

Пріоритетні напрямки охорони здоров'я

В.М. Пономаренко, В.І. Польченко, О.М. Ціборовський. Сільська лікарська дільниця, як базовий елемент у системі первинної медико-санітарної допомоги

О.М. Голяченко, Г.К. Козаков. Замість поліклініки – консультативно-діагностичний центр.

Здоров'я та суспільство

А.М. Сердюк, О.І. Тимченко, Н.Г. Гойда, В.В. Єлагін. Профілактична медицина: стан та перспективи розвитку профілактики вродженої і спадкової патології у новонароджених

Г.В. Бесполудіна, О.А. Козікова. Особливості взаємовідносин у сім'ях як керовані медико-соціальні чинники ризику

В.А. Огнев. Нові технології в медицині: якість життя дітей, хворих на бронхіальну астму

Л.В. Григорович, С.М. Толкач. Особливості впливу інфекцій, що поширюються статевим шляхом, на репродуктивне здоров'я

Т.К. Набухотний, Т.С. Макієнко, В.П. Павлюк, Г.П. Мосієнко. Стан здоров'я призовників, які постійно мешкають на контрольованих територіях внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС

А.С. Котуза. Особливості й тенденції захворюваності та дискваліфікація льотного складу військово-повітряних сил України

О.Є. Федорців, У.М. Цідилко, Т.О. Воронцова. Вплив поширеності та тривалості грудного вигодовування на захворюваність дітей першого року життя

Методологічні підходи в системі охорони здоров'я

Т.С. Грузєва. Методологія та програма поглибленого комплексного вивчення захворюваності населення за даними звертань в лікувально-профілактичні заклади

Організація медичної допомоги

Г.О. Слабкий. Етапність в наданні амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги міському населенню

Priority Directions of Public Health Care

V.M. Ponomarenko, V.I. Polchenko, O.M. Tsi-borovsky The Rural Medical Area As The Basic Element Of The First Medical-Sanitary Care

5

9

A.M. Holyachenko, H.K. Kazakov Instead Of The Polyclinic — The Consulting-Diagnostic Center

Health and Society

A.M. Serdiuk, O.I. Timchenko, N.G. Hoida, V.V. Yelagin Preventive Medicine: The State And Perspectives Of Preventive Measures The Development In Case Of Inborn And Hereditary Pathology Of New-Borns

11

G.V. Bespoludina, O.A. Kozikova The Peculiarities Of Interrelations In Families As Controlled Medico-Social Risk Factors

18

V.A. Ognev New Technologies In Medicine: Life Quality Of Children Suffering From Bronchial Asthma

20

L.V. Grygorovych, S.M. Tolkach Peculiarities Of Sexual Infections Influence On Reproductive Health

25

T.K. Nabukhotny, T.S. Makienko, V.P. Pavlyuk, G.P. Mosienko Health Status Of Persons Called Up For Military Service Who Live In Controlled Territories In Consequence Of Chornobyl Accident

30

A.S. Kotuza Peculiarities And Tendencies Of Morbidity And Disqualification Among The Flying Staff Of Ukrainian Military Air Forces

35

O.E. Fedortsiv, Y.M. Tsidylo, T.O. Vorontsova The Connection Of Illness Of The First-Year Children With The Duration Of The Natural Breeding

39

Methodologic approaches in the public health system

T.S. Hruzeva Methodology And The Programme Of Population Morbidity Complex Study Based On Referral To Medical Facilities For Medical Aid Provision Data

43

Organization of Medical Care Provision

G.A. Slabky The Stages In Ambulatory-Polyclinic Aid Provided To The Adult Population Of A Big Industrial City

46

С.М.Пуга. Про державні гарантії медичної допомоги для населення

В.В. Бондаренко, Є.О. Тарасенко, В.Д. Покрова, А.С. Добровольський, О.А. Скрипник. Передовий досвід Кіровоградської області з виконання національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні

Р.Й.Василишин, О.В.Акуленко. Аналіз стану та визначення перспективних шляхів розвитку системи охорони здоров'я Дніпропетровської області

Н.В. Медведовська Сучасний погляд на організацію офтальмологічної допомоги

Управління в охороні здоров'я

О.Н.Литвинова, І.М. Горбатюк. Стратегія державного управління в становленні національної системи охорони здоров'я України.

Л.М.Романюк, Н.Є.Федчишин. Інформаційне забезпечення управління центральною районною лікарнею

В.Л.Таралло. Передумови становлення ресурсної стратегії охорони здоров'я в XXI столітті

Медична демографія

Ю.А.Хунов. Медико-демографічна ситуація та стан здоров'я населення Луганської області наприкінці другого тисячоліття

В.В. Рудень. Кореляційний взаємозв'язок поміж показниками захворюваності, смертності від природжених вад та серед населення України і деякими медико-соціальними факторами

Медичні кадри

В.М.Пономаренко, Г.М.Москалець. Забезпечення населення України медичними кадрами

Огляд літератури

Б.В.Панов, О.О.Свірський, О.Ф.Дзигал, Л.А.Ковалевська, С.І.Конкін, М.Л.Кирилюк, С.В.Балабан, О.В.Бєляков. Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я (огляд літератури)

До авторів

49 *S. Puga* About The State Warranties Of Medical Aid For The Population

51 *V.V.Bondarenko, Ye.O. Tarasenko, Yu.P.Pivovarchuk, A.F.Dobrovolsky, O.A.Skrypnyk* Establishment Of "Hospitals' Banks" Network In Ukraine (The Experience Of Kirovogradska Region)

54 *R. Y. Vasylyshyn, E.V. Akulenko* The Analysis Of A Condition And Definition Of Perspective Ways Of Development Of System Of Public Health Services Of Dnepropetrovsk Area

59 *N.V. Medvedovskaya* Contemporary Approach To Ophthalmologic Care Provision

Management in Public Health Care

62 *O.N. Lytvynova* The Strategy Of State Management In Foundation Of A National System Of Public Health Services Of Ukraine

65 *L. N. Romaniuk, N. E. Fedchyshyn* Information Provision In Management Of The Central District Hospital

68 *V.L.Tarallo* Preconditions For The Formation Of The Resource Strategy Of Health Service In The XXI Century

Medical Demography

70 *Yu.A.Khunov* Public Health And Demographic Situation In Luganskaya Province (Ukraine) At The End Of The II-nd millenium

73 *V.V. Ruden'* Correlative Interrelation Between the Indices of Morbidity Mortality from Inborn Anomalies Among Ukrainian Population and Some Medical and Social Factors

Medical Personnel

77 *V.M.Ponomarenko, G.M. Moskalets* Provision Of Ukrainian Population With Medical Professions' Manpower

Literature Review

85 *B.V.Panov, A.A.Svirskiy, A.F.Dzygal, L.A.Kovalevskaya, S.I.Konkin, M.L.Kirilyuk, S.V.Balaban, A.V.Belyakov* Current World Tendencies Of Public Health National Systems Development

90 **Nobices for authors**

В.М.ПОНОМАРЕНКО, В.І.ПОЛЬЧЕНКО, О.М.ЦІБОРОВСЬКИЙ

СІЛЬСЬКА ЛІКАРСЬКА ДІЛЬНИЦЯ ЯК БАЗОВИЙ ЕЛЕМЕНТ У СИСТЕМІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Український інститут громадського здоров'я

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) за глосарієм ВООЗ є центральною функцією і основною ланкою системи охорони здоров'я будь-якої країни, головною службою надання медико-санітарної допомоги [1]. Національна система охорони здоров'я України побудована таким чином, що функції ПМСД в умовах сільської місцевості виконуються спеціально утвореними для цього закладами – дільничними лікарнями, лікарськими амбулаторіями і фельдшерсько-акушерськими пунктами, загальна мережа яких становить близько 20 тис. одиниць.

З огляду на специфіку надання ПМСД в умовах сільської місцевості [2,6], перспективу її реформування та розвитку на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини [2,7], слід визначити нові основоположні принципи і розробити нормативно-правові акти організації та управління ПМСД. Повернення до розгляду цих питань пов'язане також з реалізацією принципу децентралізації в управлінні охороною здоров'я, визначеного в Концепції розвитку охорони здоров'я, яку затверджено Указом Президента України [8]. Все це свідчить про необхідність посилення уваги до сільської лікарської дільниці та дільничних закладів як базових об'єктів реформування і управління.

У статті поставлено за мету обґрунтувати постановку зазначених актуальних питань і з'ясувати шляхи їх можливого вирішення, виходячи з того, що реалізація дільничного принципу, за яким населення має забезпечуватися комплексно за видами і самодостатньою за змістом та обсягами ПМСД, поширюється як на міста, так і на сільську місцевість. Але в умовах сільської місцевості, де фактор просторової доступності ПМСД не втратив досі свого обмежувачого значення [9], забезпечення сільських жителів ПМСД не може бути здійснено тільки за одним критерієм чисельності населення без врахування характеру розселення жителів та

просторового радіусу їх медичного обслуговування на сільській лікарській дільниці.

Враховуючи, що мережа сільських медичних закладів та їх потужність залежать від розмірів території, яку вони обслуговують, чисельності населення, стану шляхів та наявності транспорту, нормативно-правове визначення і регламентацію сільської лікарської дільниці доцільно, очевидно, здійснювати не відокремлено, а в рамках усїєї системи ПМСД, включаючи до неї як дільничну лікарню або лікарську амбулаторію, так і фельдшерсько-акушерські пункти. Обґрунтованість такого підходу визначається характером діяльності сільських дільничних закладів, яка здійснюється на принципах взаємозв'язку, взаємодоповнення і взаємодії, що дає підстави для системного визначення функцій цих закладів з позицій цілісної, об'єднаної загальними цілями ПМСД як головної підсистеми національної системи охорони здоров'я. Таким чином, сільська лікарська дільниця виступає як базовий і об'єднуючий елемент цієї підсистеми, який має бути в правовому полі охорони здоров'я не тільки об'єктом, а й одним із суб'єктів регулювання та управління в справі надання медичної допомоги сільським жителям.

Зазначені риси змушують по іншому, ніж в містах, оцінювати сільську лікарську дільницю, вкладаючи, разом з іншими, системостворюючий зміст у розуміння її призначення.

Якщо розглядати значущість сільської лікарської дільниці з цих позицій, то можна констатувати, що нормативно-правові акти, які регулюють її просторові параметри, мають децентралізований характер, пов'язаний з необхідністю врахування місцевих природних або соціально-економічних умов. У цьому випадку додержання принципу децентралізації в управлінні охороною здоров'я повністю узгоджується з мотиваціями встановлення оптимальних для населення параметрів доступності ПМСД в кожному регіоні. Але, враховуючи загальні вимоги щодо доступності ПМСД відповідно до держав-

ної політики в галузі охорони здоров'я, основні положення організації медичної допомоги на селі повинні, на наш погляд, визначитися централізовано.

Практика показує, що диференційований підхід до проблем організації та управління охроною здоров'я сільського населення зберігається і зараз. Проте, останнє "Положення про сільську лікарську дільницю" було затверджено ще в 1938 році [5] і з того часу не переглядалось. Звичайно, це не сприяло удосконаленню організації медичної допомоги на сільській лікарській дільниці і поліпшенню доступності ПМСД сільським жителям. Крім того, важливий критерій її оцінки зовсім випав з інформаційного забезпечення управління розвитком охорони здоров'я на селі.

Централізована розробка уніфікованого нормативно-правового документу, який би визначив сучасну роль, цілі і порядок взаємодії дільничних медичних закладів та оптимальні просторові параметри забезпечення ПМСД сільському населенню дало б можливість заповнити цей прикрий пропуск. Про необхідність цього свідчить вкрай повільна динаміка середніх параметрів сільської лікарської дільниці в цілому по Україні і, разом з тим, значна їх територіальна розбіжність на регіональному і базовому рівнях, що виникли в умовах відсутності відповідних регуляторних механізмів та регламентів.

При аналізі основних параметрів, які характеризують величину сільської лікарської дільниці встановлено, що за останні 60 років середній радіус медичного обслуговування на ній майже не змінився. Так, в 1940 р. за даними І.І.Овсієнка він становив 7,7 км [3], а в 2000 р. – 7,2 км. Теж саме можна сказати за останні 10 років і про від'ємну динаміку чисельності населення на сільській лікарській дільниці (в 1991 р. – 4,7 тис., в 2000 р. – 4,2 тис. чоловік), що сталося у зв'язку із загальним скороченням чисельності сільського населення внаслідок процесу урбанізації.

Поперечний аналіз цих даних на рівні областей довів, що середня чисельність населення на сільських лікарських дільницях різних областей коливається від 2,7 до 6,5 тис. чоловік, а радіус дільниць – в межах 4,7–9,5 км. Проте, на окремих сільських дільницях чисельність населення іноді сягає 8–9 і більше тис. чоловік, а радіус медичного обслуговування – 15–17 км, що частіше спострігається в умовах низької щільності розселення сільських жителів.

Наведені вище дані свідчать про необхідність упорядкування сільських лікарських дільниць за єдиними для України оптимальними параметрами чисельності населення і просторової дос-

тупності для нього ПМСД, зокрема таких її різновидів, як амбулаторна, стаціонарна та стаціонарозамінні форми. Організація обліку та подання в статистичній звітності сільських дільничних закладів зазначених параметрів сільської лікарської дільниці могло б зіграти позитивну роль в поліпшенні управління ПМСД, в оцінці та удосконаленні його організації.

В зв'язку з впровадженням сімейної медицини слід уточнити номенклатуру і назви сільських медичних закладів, що надають ПМСД.

Разом з тим в новому "Положенні" було б доцільно визначити співвідношення між амбулаторною лікарською і долікарською, а також між амбулаторною та стаціонарними видами медичної допомоги.

Зараз співвідношення між лікарською і долікарською амбулаторною допомогою сільському населенню визначається на рівні ПМСД середнім по Україні показником 0,7, який означає що 0,7 лікарського відвідування припадає на 1 долікарське. При цьому в Житомирській і Луганській областях цей показник становить 0,5, у Волинській, Тернопільській і Харківській – 0,4, Хмельницькій – 0,3, а в Дніпропетровській, Закарпатській, Запорізькій і Полтавській областях він перевищує 1. З огляду на однакові вимоги державної політики в забезпеченні населення лікарською допомогою як у містах, так і в сільській місцевості, реалізація цієї політики в регіонах потребує упорядкування шляхом нормативно-правової регламентації.

В зв'язку з реорганізацією дільничних лікарень в лікарські амбулаторії і відповідним скороченням лікарняних ліжок та введенням замість них стаціонарозамінних форм медичного обслуговування в денних і домашніх стаціонарах співвідношення в забезпеченні сільського населення стаціонарними видами медичної допомоги дуже змінилося (табл.).

Якщо в 1991 р. стаціонарна допомога в дільничних лікарнях за обсягами госпіталізації характеризувалася стосовно до стаціонарозамінних форм відношенням 53:1, то в 2000 р. воно зменшилося до 0,7:1. В Житомирській області, наприклад, цей показник зменшився ще більше і досяг 0,2:1.

З наведених даних зрозуміло, щоб не втратити спроможність в наданні комплексної за змістом і доступної територіальної допомоги на рівні ПМСД, цей показник співвідношення не може зменшуватися безмежно і сприйматись як майже повна ліквідація стаціонарної форми в дільничних лікарнях. На нашу думку, є обґрунтовані підстави для використання цих обох форм в умовах сільської лікарської дільниці.

Таблиця. Характеристика забезпечення сільського населення України стаціонарною медичною допомогою

Показники	На 100 сільських жителів		Питома вага (%)	
	1991	2000	1991	2000
Число сільських жителів, яким надана стаціонарна медична допомога – всього	25,8	21,4	100,0	100,0
з них: а) в закладах первинного рівня	5,8	5,4	22,5	25,2
у тому числі:				
– в лікарняних стаціонарах	5,7	2,2	22,1	10,7
– за стаціонаророзамінними формами	0,1	3,2	0,4	14,5
б) в лікарняних закладах вторинного (спеціалізованого) рівня	16,9	11,8	65,5	55,2
в) в лікарняних закладах третинного (високоспеціалізованого) рівня	3,1	4,2	12,0	19,6

Потреба в наданні в рамках ПМСД невідкладної медичної допомоги населенню (особливо позапунктових сіл) нетранспортабельним хворим і породіллям, при загостренні хронічних хвороб, а також для лікарського спостереження за перебігом хвороб, в діагностичних та інших цілях свідчить про необхідність використання в сільських дільничних закладах цілодобових ліжок у комбінаціях з ліжками денного перебування. Проблемність вбачається лише в необхідності розробки методів визначення оптимального співвідношення між цими видами стаціонарної допомоги, яке, на нашу думку, може бути різним для різних просторових умов розселення сільських жителів на території сільської лікарської дільниці, стану шляхів, наявності транспорту, медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення сільських закладів охорони здоров'я.

Поняття сільської лікарської дільниці за своїм змістом та призначенням можливо також зазнає трансформації з огляду на проведену реорганізацію лікарських дільничних закладів та найближчу перспективу реформування.

Так, якщо керуватись затвердженими МОЗ України для сільської місцевості нормами навантаження на 1 посаду сімейного лікаря 1100–1200 осіб дитячого і дорослого населення [9], то на теперішній середній сільській лікарській дільниці в перспективі буде працювати 3–4, а

то і більше сімейних лікарів. Реалізація цієї перспективи вимагає, таким чином, подальшого подрібнення сільської лікарської дільниці, яке може здійснюватись вже не на формальних принципах дільничності, а на принципах вільного вибору сімейного лікаря населенням.

Нерівнозначними сприймаються також сільські лікарські дільниці, де внаслідок реорганізації залишилися лікарські амбулаторії, і там, де продовжують функціонувати дільничні лікарні. В останньому випадку лікарняна допомога первинного рівня може поширюватись і на населення тих сусідніх дільниць, де раніше була дільнична лікарня. Таким чином, створюються, умови, при яких "лікарняна" дільниця в просторі і людності буде істотно відрізнятись від "амбулаторної" дільниці. Функції координації діяльності сільських дільничних закладів в забезпеченні населення інтегрованою за змістом ПМСД мабуть будуть в певній мірі ускладненими в цих умовах і можливо стануть підґрунтям для потреби в спеціальному менеджменті.

Сподіваємось, що розглянуті тут деякі питання концептуального характеру, будуть сприяти системному упорядкуванню та сучасному нормативно-правовому визначенню сільських лікарських дільниць і медичних закладів ПМСД, що функціонують в сільській місцевості.

Список літератури

1. *Здоров'я-21: Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВОЗ* (Європейська серія по досягненню здоров'я для всіх, №6). – Копенгаген: ВОЗ. Європейське регіональне бюро, 1999. – 310 с.
2. *Концепція реформування системи охорони здоров'я України // Ваше здоров'я.* – 1996. – 13 груд. – №49 (189). – С. 3–4.
3. *Овсиенко И.И. Укрепление сельского врачебного участка на Украине /Тез. дис... канд. мед. наук.* – Харьков, 1945. – 15 с.

4. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 лют. 2001 р. № 72.
5. Положение о сельском врачебном участке // Организация лечебно-профилактической и санитарно-противо-эпидемической работы на селе. – М.: Медгиз, 1947. – 356 с.
6. Пономаренко В.М., Польшенко В.І., Циборовський О.М. Про деякі особливості і проблеми первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – №3.
7. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 20 черв. 2000 р. №989 // Офіц. вісн. України. – 2000. – №25. – С. 1056.
8. Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 груд. 2000 р. №1313/2000 // Офіц. вісн. України. – 2000. – №49. – Ч. 1. – с. 2116.
9. Уваренко А.Р., Парій В.Д. Первинна медико-санітарна допомога на селі. – Житомир: Полісся, 1998. – 206 с.

СЕЛЬСКИЙ ВРАЧЕБНЫЙ УЧАСТОК КАК БАЗОВЫЙ ЭЛЕМЕНТ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

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

Сельский врачебный участок и функционирующие на его территории медицинские учреждения рассматриваются в статье как единая, взаимосвязанная между собой элементная база, объединенная общей целевой функцией обеспечения сельского населения доступной и интегрированной первичной медико-санитарной помощью. Показана необходимость разработки современного положения о сельском врачебном участке, регламентирующем его оптимальные параметры и совместную деятельность медицинских учреждений. Считается, что эта мера приобретает особую актуальность в условиях децентрализации управления здравоохранением и его реформирования.

THE RURAL MEDICAL AREA AS THE BASIC ELEMENT OF THE FIRST MEDICAL-SANITARY CARE

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

The rural medical area and medical institutions on this territory are considered as united interconnected element base, combined by general purpose function for ensuring accessible and intergrated medical care for rural people.

The necessity of working out the modern principles for rural medical care area regulating its optimun parameters and mutual activities of medical institutions is shown.

This measure is considered to be of the peculiar actuality under conditions of decentralisation of medical care management and its reforming.

УДК

О.М.ГОЛЯЧЕНКО, Г.К.КОЗАКОВ

ЗАМІСТЬ ПОЛІКЛІНІКИ — КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР

Тернопільська державна медична академія,
Кременецька центральна районна лікарня.

В Тернопільській області науковцями медичної академії ім. акад. І.Горбачевського разом з фахівцями обласних медичних закладів проведено широкомасштабне дослідження, одним із головних завдань якого було визначення потреби в медичній допомозі з врахуванням її радикальної організаційної перебудови.

Суть перебудови — у введенні родинної медицини. Була розроблена модель родинного лікаря, яка передбачала вирішення на його рівні до 90% усіх медичних проблем.

Дослідженням охоплено близько 10 тис. мешканців. Протягом трьох років встановлено звертальність жителів за медичною допомогою і, крім того, кожного оглянуто за спеціальною програмою. Це дало змогу визначити т.зв. вичерпну захворюваність людності, яка включає захворюваність згідно з звертальністю на момент її максимуму, та захворюваність, виявлену під час профілактичного огляду. Загалом вичерпна захворюваність склала 1167 випадків на кожну 1000 мешканців. Кожне із захворювань було піддане експертній оцінці і розподілене згідно рівнів обслуговування: первинний (родинний лікар), вторинний (міські та центральні районні лікарні), третинний — обласні медичні заклади.

Було встановлено, що із 1167 захворювань, більше 900 можуть отримати кваліфіковану медичну допомогу на рівні родинного лікаря, інші — на вторинному і третинному рівнях.

Для ілюстрації наведемо розподіл хірургічних захворювань і хвороб нервової системи за рівнями обслуговування. Всього на 1000 мешканців виявлено 84,6 хвороб, що потребують хірургічного втручання, із них 49,1% можуть отримати допомогу у родинного лікаря, звісно, відповідно підготовленого і наділеного необхідними правами. Це — варикозна хвороба нижніх кінцівок (51,2% усіх випадків цієї хвороби), поранення і забої (81,3%), параніхії, панариції, фурункули, флегмони (83,3%), геморої (75,0%), облітеруючий ендартеріїт (41,2%), артрози, артрити, синуїти (49,8%) тощо.

Амбулаторної допомоги, що її мав би надавати хірург районної чи міської лікарні, потребувало 48% хворих від загального числа. Стаціонарна хірургіч-

на допомога мала бути надана 22,5 хворим на кожну 1000 мешканців.

Якщо визначити потребу у фахівцях-хірургах, що мали б займатись амбулаторною хірургією в районних і міських лікарнях, то вона складає 0,08 посади хірурга на 10 тис. мешканців. Це означає, що для нормальної діяльності лікарні, що обслуговує 70 тис. мешканців, достатньо мати 0,56 хірургічної посади. Звісно, що тримати заради цього хірурга, який би займався амбулаторним прийомом у закладі, що носить назву «поліклініка», просто нераціонально. Між тим, сьогодні такий фахівець в поліклініці сидить, і не один і якщо підсумувати його роботу за місяць, то інакше як марнотратством таку «роботу» не назвеш. Вивчення потреби в амбулаторній неврологічній допомозі дало такі результати.

На первинному рівні або на рівні родинного лікаря може отримати допомогу 59,1% неврологічних хворих. Серед хвороб, які може обслуговувати родинний лікар, переважну частку склали захворювання периферичної нервової системи вертеброгенного генезу (46,7% стосовно до усіх хвороб нервової системи або 77,1% стосовно до хвороб цієї групи), далі — судинні ураження мозку (12,3%). На 70 тис. мешканців достатньо 0,63 посади невролога для надання консультативної неврологічної допомоги на рівні міської або районної лікарні. Водночас, якщо визначити потребу в стаціонарній неврологічній допомозі на це ж число мешканців, то неврологів потрібно 5 посад, а з врахуванням амбулаторної допомоги неврологічним хворим, — 5,63 посади. Виникає запитання, навіщо із цього загального і потужного числа виокремлювати якусь нікчемну частку одиниці і гучно оголошувати цю частку провідною ланкою неврологічної допомоги. Усі неврологи повинні працювати у стаціонарі, а в міру необхідності, хворого, якого направить родинний лікар, проконсультують у консультативно-діагностичному центрі, що існує при цьому стаціонарі.

При цьому невролог порадиться із родинним лікарем і, якщо виникає потреба, покладе хворого на ліжко, продовжуючи там стаціонарне лікування. Наступність між амбулаторною і стаціонарною допомогою буде органічною, забезпечуватись, так би

мовити, одною і тою ж особою лікаря. Не треба буде битись над досягненням цієї наступності між окремими фахівцями, що відокремлені тепер територіально, організаційно і функціонально.

Вивчення потреби в амбулаторній допомозі з боку інших вузьких фахівців із розрахунку на 70 тис. мешканців дало такі результати: акушерство і гінекологія — 1,12 посади, отолярингологія — 0,35, офтальмологія — 0,77, кардіологія — 0,18, гастроентерологія — 0,19, пульмонологія — 0,07, ендокринологія — 0,11, гематологія — 0,01, травматологія — 0,04, урологія — 0,11, інфекційні хвороби — 0,02 посади. Разом набирається 2,97 або округлено 3 посади лікарів-вузьких фахівців. Звісно, район діяльності лікарні може нараховувати не 70, а 300 тис. мешканців, але й тоді потреба у вузьких фахівцях ледве перевищує десяток. То про яку поліклініку йдеться? Характерно, що у старих союзних нормативах, що регламентували потребу у вузьких фахівцях, проти багатьох з них стояли прочерки. Не могли вчені в галузі організації охорони здоров'я нашкребти хоча б десятої частини одиниці такого фахівця, тому обмежувались мовчанкою.

В головах організаторів медичної справи та й широкої медичної громадськості глибоко запала одна думка, яку вкрай тяжко буде психологічно перебороти: чим вужча спеціальність, тим, мовляв, імовірніша вища якість і ефективність медичної допомоги. Це правильно лише за однієї передумови — медична послуга, яка надається фахівцем, є вартісною. Вартість медичної послуги залежить не тільки від величини коштів, які виділяються на медичну допомогу, а й від кількості медичних працівників, зайнятих у її виробництві. «Вужчання» медичних спеціальностей супроводжується відповідним множенням числа фахівців, що призводить до різкого зростання кількості медичних послуг, за яким навіть за сприятливих обставин не може встигнути зростання витрат. Пересічна медична послуга стає дешевою, а отже нижчою за своєю якістю і ефективністю. Єди-

ний фахівець, здатний стримати неадекватне зростання вузьких спеціалістів і числа надаваних ними послуг — це лікар загальної практики або сімейний лікар. Це — головна фігура в системі медичної допомоги. Але щоб ця фраза не стала декларативною, у підготовку родинного лікаря або лікаря загальної практики мають бути вкладені відповідні кошти. На превеликий жаль, вартість підготовки випускника медичного вищого навчального закладу у нас продовжує знижуватись і цей об'єктивний факт є причиною подальшого падіння якісного рівня цих випускників. Комп'ютерні тести і письмові іспити не в змозі протидіяти цьому об'єктивному процесу. Ми і далі продовжуємо брати числом, а не вмінням, кількістю, а не якістю. І якщо вдуматись, то поліклініка — це є організаційне відображення подібної тактики і стратегії. Поліклініка — це наше велике соціалістичне колективне господарство, де людина перетворюється на «гвинтика», де всі за одного, а один за всіх, де не знайдеш винного і відповідального, де загублено святая святих медицини — довірливий характер взаємостосунків між пацієнтом і його тілесним і духовним цілителем — лікарем.

Прийшла пора вигравити допущені помилки. Система медичної допомоги має триматись на двох китах: родинному лікареві, якому хворий довіряє своє здоров'я з моменту народження і до смерті, і на стаціонарі, де застосовується увесь арсенал засобів, спрямованих на одужання хворого. А між ними має існувати консультативно-діагностичний центр, в якому родинний лікар і лікар стаціонару узгоджують два основні питання: перше — це уточнення діагнозу в певних випадках, де потрібні вузькі методи спостереження і друге — доцільність застосування стаціонарного лікування. Поява між ними третього штучно створеного монстра у вигляді багатопрофільної і багатоповерхової поліклініки призвела до загибелі першого кита і знесилення другого. Необхідне хірургічне організаційне втручання для ліквідації монстра.

ВМЕСТО ПОЛИКЛИНИКИ — КОНСУЛЬТАЦИОННО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР.

А.М.ГОЛЯЧЕНКО, Г.К.КАЗАКОВ

В статье обосновывается необходимость реформирования теперешней системы амбулаторно-поликлинической помощи. Из состава поликлиник рекомендуется выделить участковых врачей, организовав для них самостоятельные врачебные семейные амбулатории. Между ними и стационарами создать консультативно-диагностические центры, в которых консультируются больные, направляемые семейными врачами.

INSTEAD OF THE POLYCLINIC — THE CONSULTING-DIAGNOSTIC CENTER

A.M. Holyachenko, H.K. Kazakov

The article gives the main reasons of needed reforming of the present out-patients' — polyclinical help system. It's recommended to pick out district doctors from all polyclinics, organizing independent family doctors out-patients' clinics for them. To combine out-patients' and in-patients' clinics is good to establish consulting-diagnostic centers, where patients, directed by a family doctor, would take medical consultations.

А.М. СЕРДЮК, О.І. ТИМЧЕНКО, Н.Г. ГОЙДА, В.В. ЄЛАГІН (Київ)

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПРОФІЛАКТИКИ ВРОДЖЕНОЇ І СПАДКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Інститут гігієни та медичної екології,
Міністерство охорони здоров'я України,
Управління охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації

Відомо, що генетичний склад популяції формує природний добір шляхом випадкових змін генних частот, шлюбних міграцій, спонтанних і/або індукованих мутаційних процесів [1].

Протягом ХХ ст. вплив природного добору на генофонд популяції значно знизився [3] і в 50-х рр. був у 1,5–2 рази нижчий порівняно з початком століття [6]. Одним з негативних факторів, що спричиняє це явище, є підвищення рівня медичної допомоги, зокрема, впровадження технологій штучного запліднення, поширення у популяціях планування сім'ї тощо. Іншим негативним чинником є технізація усіх сфер суспільного життя, внаслідок чого природне середовище перенасичене шкідливими елементами з генетичною активністю [7]. І нарешті, вчені вважають, що велика інтенсивність шлюбних міграцій посилила наслідки аутбридингу для здоров'я населення [6].

Таким чином, динамічна рівновага, в якій тисячоліттями перебував генофонд популяцій, останнім часом може бути порушена (або вже порушена) інтенсивним впливом вищезазначених чинників, що, в свою чергу, позначається на стані здоров'я населення.

За даними МОЗ України, в останні п'ять років (1996–2000) у нашій державі щорічно народжується близько 12 тис. дітей зі спадковою і вродженою патологією (близько 30 немовлят на 1000), в тому числі понад 500 новонароджених мають тяжку хромосомну патологію. Понад 8 тис. бажаних вагітностей першого триместру гестації щорічно закінчуються самовільним викиднем. Вважається, що близько 70% таких випадків можуть мати генетичну етіологію [4].

Вроджена і спадкова генетична патологія стабільно посідає друге місце в структурі смертності дітей до одного року життя і зумовлює значну частку дитячої інвалідності. У 2000 р. в Україні налічувалося 27 тис. дітей-інвалідів внаслідок уроджених вад віком від 0 до 16 років. Близько двох третин інвалідів дитинства мають

хвороби мультифакторіальної етіології: психічні розлади, хвороби нервової системи та органів чуття, ендокринної системи, порушення обміну речовин та ін.

Такий небезпечний для здоров'я населення стан потребує як подальшого розвитку науки, так і перегляду засад організації надання медико-генетичної допомоги населенню, зокрема, профілактики генетичної патології у новонароджених.

Слід зазначити, що останнім часом проблеми медичної генетики почали набувати державної ваги. З 1999 р. функціонує Цільова комплексна програма генетичного моніторингу в Україні на 1999–2003 р., затверджена Указом Президента України від 04.02.99 р. № 118/99, кінцевою метою якої є зменшення тягара спадкової та вродженої патології.

16 листопада 2000 р. відбулося спільне засідання Президії АМН України, керівництва МОЗ України, Комітету Верховної Ради України з питань науки і освіти, представників Ради з питань науки та науково-технічної політики при Президенті України і наукової громадськості, на якому були розглянуті питання подальшого розвитку медичної генетики. На виконання рішення засідання був виданий спільний наказ МОЗ і АМН України (від 01.12.2000 № 313/59), за яким при Президії АМН і Вченій Раді МОЗ України створено постійно діючий дорадчий орган – Міжвідомчу координаційну раду з фундаментальних і прикладних проблем медичної генетики, основними завданнями якої є щорічний аналіз і оцінка стану медико-генетичної допомоги населенню з таких питань:

- визначення стратегії і тактики, основних пріоритетів у наукових і практичних дослідженнях; розробка і внесення пропозицій щодо розвитку перспективних напрямів медичної генетики на розгляд Колегії МОЗ і Президії АМН України;
- прекоцепційна профілактика, пренатальна діагностика та скринінг вагітних і пренатальна корекція вроджених вад розвитку;

- медико-генетичне консультування, діагностика генетичних відхилень, неонатальний скринінг;
- генетичний моніторинг, скринінг мутагенів у навколишньому середовищі, оцінка ефективності профілактичних заходів щодо генетичної патології у населення;

- впровадження прикладних наукових досліджень, спрямованих на вдосконалення методів лікування і діагностики генетичних розладів;

- забезпечення тісного зв'язку в діяльності навчальних, наукових, лікувальних і профілактичних установ в галузі медичної генетики;

- сприяння встановленню і розвитку міжнародних наукових зв'язків;

- участь у здійсненні громадського контролю за наданням медико-генетичної допомоги населенню.

Відповідно до згаданого наказу між інститутами, підпорядкованими АМН України, чітко розподілені обов'язки стосовно розвитку наукових основ системи профілактики генетичної патології та надання медико-генетичної допомоги населенню України (схема 1). Інститути співпрацюють між собою та з Відділом координації наукових досліджень АМН України, Вченою медичною радою МОЗ України, Міжвідомчою координаційною радою з фундаментальних і прикладних проблем медичної генетики МОЗ і АМН України.

Інститут спадкової патології АМН України забезпечує розробку наукових засад медико-генетичного консультування, діагностики, лікування з приводу генетичних порушень і розвиток програм неонатального скринінгу.

Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України відповідає за обґрунтування методів прекоцепційної профілактики, пренатальної діагностики і скринінгу вагітних, пренатальної корекції вроджених вад розвитку.

Науковий центр радіаційної медицини АМН України забезпечує подальший розвиток проблем цитогенетики людини, мутагенезу, антимутагенезу та імуногенетики.

Завданням Інституту гігієни та медичної екології АМН України з проблем медичної генетики є наукове обґрунтування питань генетичного моніторингу, розробка новітніх методів скринінгу мутагенів у навколишньому середовищі, оцінка ефективності профілактичних заходів щодо виникнення генетичної патології у населення, а також ведення центрального комп'ютеризованого реєстру основних нозологічних форм спадкової патології та вроджених аномалій як засобу генетичного моніторингу населення.

Слід зазначити, що в Україні, згідно з наказом МОЗ від 14.04.1993 р. № 77, функціонує цілісна система закладів з надання населенню медико-генетичної допомоги. Передбачено три етапи

медико-генетичного контролю, на яких мають виявлятися особи, що потребують медико-генетичної допомоги. Перший етап має здійснюватися у пологовому стаціонарі, де лікарі-генетики мають обстежувати усіх живонароджених з підозрою на вроджену і спадкову патологію. На другому етапі сім'ї, які мають дітей зі встановленим діагнозом генетичної патології або з підозрою на неї, із затримкою психофізичного розвитку невизначеної етіології та порушенням статевого розвитку, повинні направлятися на консультації до лікаря-генетика дитячими поліклініками. Третій потік до лікаря-генетика формують жіночі консультації та гінекологічні стаціонари. Це жінки з первинною аменореєю, безплідністю та невиношуванням вагітності; жінки, в сім'ях яких народжувалися діти з вродженими вадами, з відставанням психічного і соматичного розвитку; жінки, що мають родичів зі спадковою патологією; усі вагітні старші 35 років; вагітні жінки, що самі або їхні чоловіки будь-коли контактували з мутагенними й тератогенними речовинами.

Враховуючи досвід, набутий у Київській області, до формування потоків осіб для консультування лікарем-генетиком потрібно залучати лікарів мережі кабінетів планування сім'ї, основним завданням роботи яких є співпраця з медико-генетичними кабінетами з питань обстеження сім'ї зі спадковою і вродженою патологією, зокрема проведення пренатальної діагностики [2]. Групи ризику слід формувати також з пацієнтів кабінетів дитячої та підліткової гінекології.

Незважаючи на достатньо розгалужену мережу закладів медико-генетичного профілю, населення України не отримує належної допомоги з їх боку, що зумовлено недостатньою обізнаністю працівників первинної медико-санітарної служби з питаннями медичної генетики, внаслідок чого профілактика вродженої та спадкової патології вкрай незадовільна. А у відповідності з рекомендаціями ВООЗ [8] співробітники саме цих установ мають знайомити населення України з характером та перебігом найпоширеніших генетичних хвороб і нести інформацію про роботу закладів генетичної служби в країні.

Згідно з наказом МОЗ України від 14.04.1993 р. № 77 заклади первинної медико-санітарної допомоги повинні:

- вміти оцінювати генетичний сімейний анамнез з метою виявлення осіб, які потребують консультації лікаря-генетика;

- забезпечувати консультування носіїв патологічних генів моногенних та мультифакторіальних хвороб;

- в разі потреби вміти переконати пацієнта у необхідності генетичної консультації;

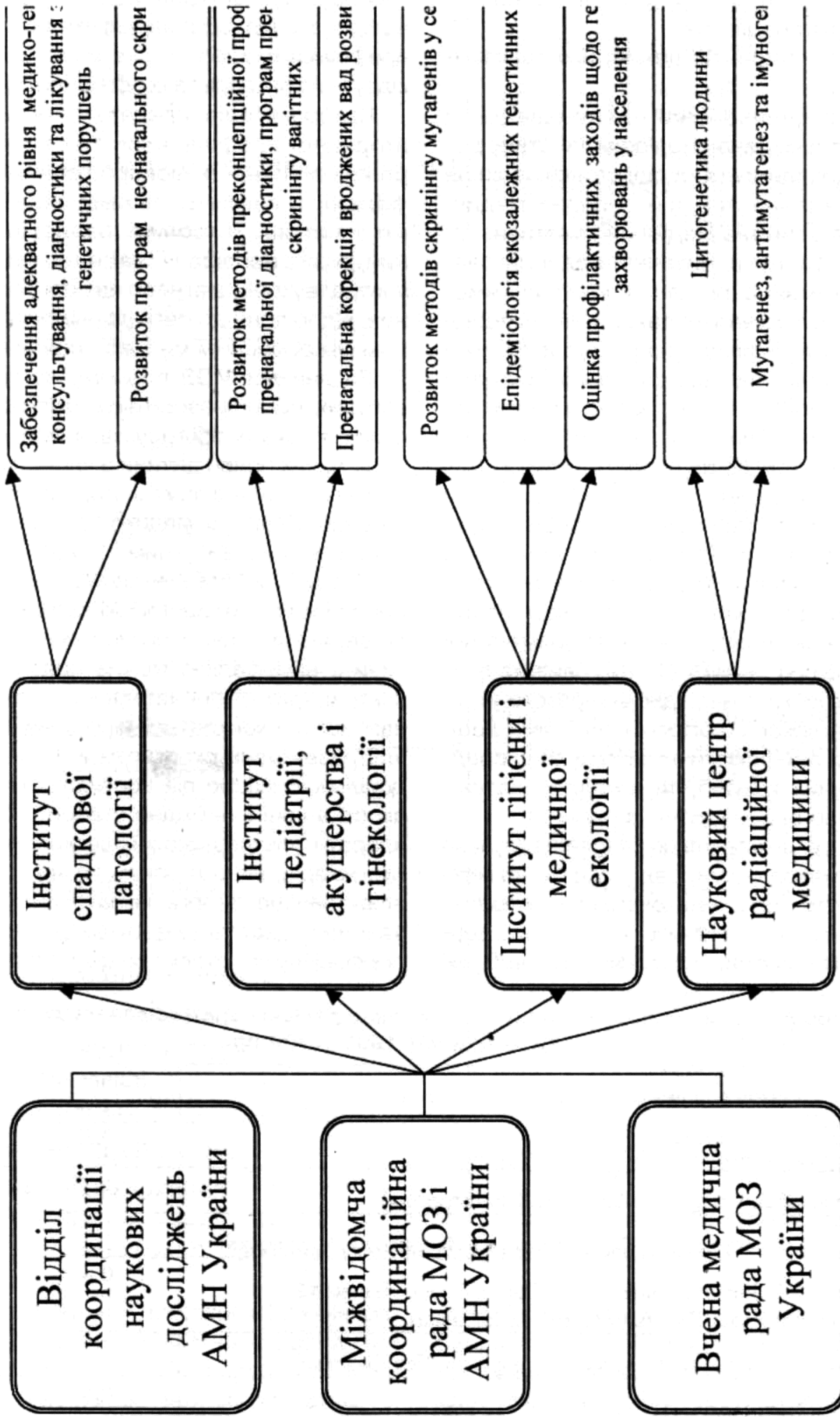


Схема. 1. Організація забезпечення розвитку наукових основ системи профілактики генетичної патології

– інформувати носіїв патологічних генів про ступінь ризику, якому підлягають самі пацієнти або їх нащадки;

– давати поради щодо зменшення ризику розвитку хвороб, пов'язаних із генетичною схильністю;

– дотримуватися основних етичних принципів і правил генетичного консультивання та знайомити з ними пацієнтів;

– направляти пацієнтів до медико-генетичних установ.

Таким чином, виконання вищенаведених пунктів наказу передбачає поліпшення стану додипломної та післядипломної підготовки не лише лікарів усіх спеціальностей, а й середніх медичних працівників з питань медичної генетики.

Слід зазначити, що вітчизняній медицині завжди була притаманна профілактична спрямованість, але упереджувальні заходи насамперед акцентувалися на інфекційних хворобах і професійних ураженнях, які ще донедавна складали більшу частину хвороб. Останнім часом неепідемічний тип патології заступив собою епідемічний з перевагою хронічних хвороб, серед яких спадкова і вроджена патологія посідає важливе місце. Вона не лише завдає моральних збитків та численних страждань сім'ям хворих, впливає на демографічні процеси, а й завдає значних економічних збитків для суспільства в цілому, тому потребує систематичної та цілеспрямованої профілактики. За даними ВООЗ [8], близько 50% вродженої патології є наслідком тератогенезу і може бути упереджена (напрями, за якими доцільно проводити профілактичні заходи по упередженню генетичних хвороб, та заклади, відповідальні за їх виконання подані на схемі 2).

Як бачимо, до цієї важливої справи залучене широке коло установ і служб, які більшою чи меншою мірою беруть участь у виконанні профілактичних заходів. Проте в діяльності приватних, державних установ та державних медичних служб, які

надають допомогу вагітним жінкам, простежується неузгодженість. Практично не проводиться популяційний скринінг носіїв патологічних генів. Санітарно-епідеміологічна служба через ряд як об'єктивних, так і суб'єктивних причин недостатньо контролює рівень мутагенів у навколишньому середовищі. В засобах масової інформації не проводиться належна пропаганда заходів, спрямованих на первинну профілактику хвороб генетичної етіології, а також відсутній контроль за їх ефективністю.

Щодо методів пренатальної діагностики, як вторинної профілактики, то своєрідним контролем є поява живонароджених малят з анцефалією та деякими іншими вадами, несумісними з життям. В таблиці представлений відносний ризик анцефалії, вади що виявляється при ультразвуковій діагностиці серед живонароджених, відповідно до регіонів, підпорядкованих певним міжобласним медико-генетичним центрам.

За даними МОЗ в цілому по Україні кількість вагітних, яким проводиться ультразвукова діагностика, з роками збільшується. Але, як видно з таблиці, ризик появи дитини з анцефалією в регіонах обслуговування Кримського, Харківського і Одеського міжобласних медико-генетичних центрів залишається підвищеним. У 2000 р. народилися всього дві дитини з анцефалією (в Автономній Республіці Крим і Харківській області), що не змінило величини відносного ризику. Народження дитини з анцефалією можна пояснити відсутністю ультразвукової пренатальної діагностики під час вагітності у конкретної жінки, неповним охоптом ультразвуковим скринінгом усіх вагітних або незадовільною якістю діагностики. Для підвищення її якості в країні необхідно створити базу даних про апарати ультразвукової діагностики та кваліфікацію лікарів, які працюють на ній. Це дасть змогу ефективніше реорганізувати систему контролю, замінити застаріле обладнання, підвищити професійну підготовку медичного персоналу тощо.

Таблиця. Відносний ризик народження дитини з анцефалією серед живонароджених у регіонах України впродовж 1993–1999 рр.

Регіон (підпорядковані області, міста)	Відносний ризик	Довірчий інтервал
Північний (Вінницька, Житомирська, Київська, м. Київ)	0,32	0,22–0,47
Південний (Автономна Республіка Крим, м. Севастополь)	1,99	1,5–2,64
Центральний (Дніпропетровська, Кіровоградська, Запорізька, Черкаська)	1,20	0,98–1,47
Західний (Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська, Хмельницька, Чернівецька)	0,89	0,75–1,07
Північно-східний (Полтавська, Сумська, Харківська, Чернігівська)	1,37	1,12–1,69
Південно-східний (Донецька, Луганська)	0,80	0,61–1,05
Південно-західний (Миколаївська, Одеська, Херсонська)	1,27	1,01–1,61

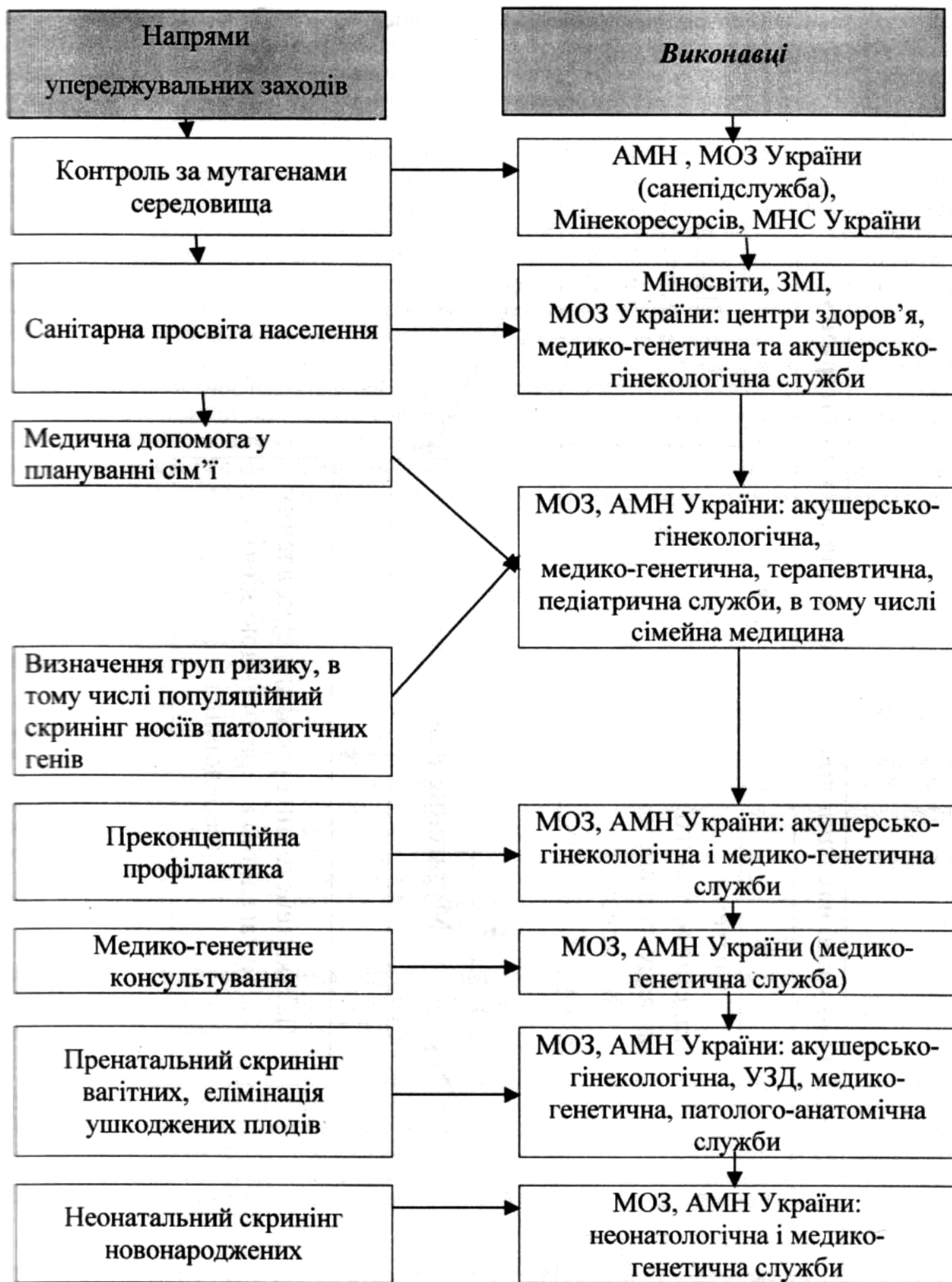
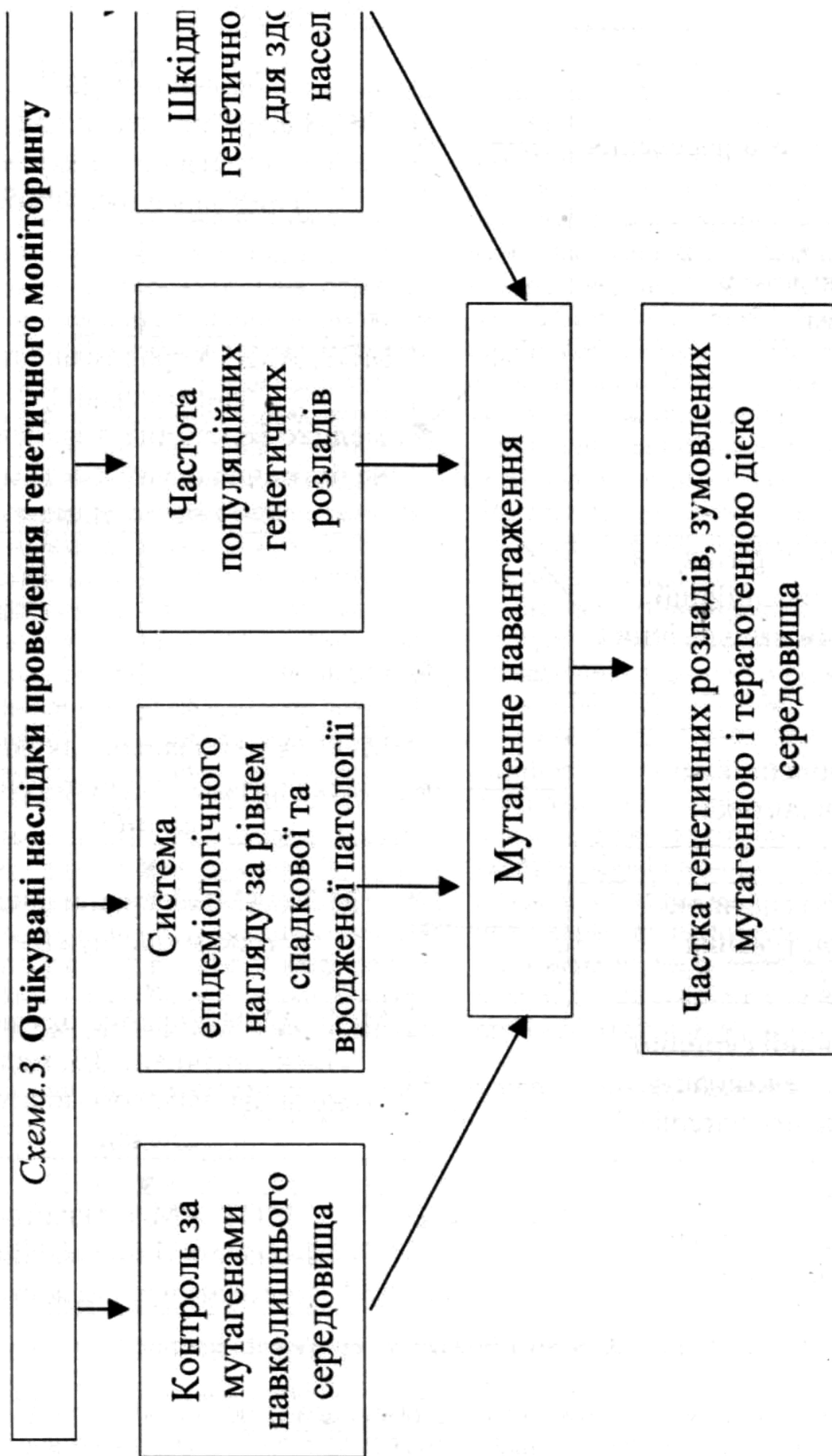


Схема. 2. Профілактика розвитку генетичних хвороб.

Замість впровадження масового біохімічного скринінгу вагітних в ряді областей скорочується навіть їх селективний огляд. Окрім того, потребує уваги розвиток інвазивних методів пренатальної діагностики. Між тим, поєднання біохімічного та ультразвукового пренатального скринінгу у відповідні

терміни дозволяє виявити більшу частину хромосомної патології та вроджених вад розвитку з певною спадковою нозологією плоду і прийняти виважене рішення про подальшу долю вагітності [8].

Необхідно також зазначити, що внаслідок відсутності реактивів часто проходить великий



проміжок часу між взяттям крові у новонароджених і проведенням аналізу, що знижує ефективність скринінгу на фенілкетонурію (ФКУ), навіть серед охоплених ним. Між тим ФКУ при своєчасному виявленні є тільки діагнозом, а не хворобою.

Скринінг новонароджених на гіпотиреоз, який зустрічається в популяціях України вдвічі частіше, ніж ФКУ, не проводиться навіть в ендемічних за йодом регіонах та в регіонах, які зазнали впливу радіоактивного йоду внаслідок аварії на ЧАЕС.

Цільова комплексна програма генетичного моніторингу акцентує увагу на вузлових проблемах профілактики хвороб генетичної етіології, які потребують негайного впровадження в практику акушерсько-гінекологічної, педіатричної, неонатальної та медико-генетичної служб. Очікувані наслідки проведення генетичного моніторингу подані на схемі 3. Але вже сьогодні впровадження і функціонування такої системи сприяє

збільшенню потоку сімей на медико-генетичне консультування, питомої ваги верифікованих діагнозів, скороченню термінів верифікації, вдосконаленню професійного рівня лікарів загальної мережі з питань клінічної генетики [3].

Підсумовуючи викладене, можна зазначити, що профілактика спадкової та вродженої патології у новонароджених в Україні залишається недостатньою. Перераховані недоліки здебільшого є наслідком недосконалої організації надання медико-генетичної допомоги і нерозуміння того, що кошти, які мають витратитися на функціонування цілісної системи первинної, вторинної та третинної профілактики хвороб генетичної етіології в країні не йдуть ні в яке порівняння з державними коштами на соціальну підтримку дітей-інвалідів.

Удосконалення організації медико-генетичної служби підвищить як клінічну, так і економічну ефективність надання медико-генетичної допомоги.

Список літератури

1. Алтухов Ю.П. Генетические процессы в популяциях – М.: Наука, 1989. – 323 с.
2. Вдосконалення спеціалізованої медичної допомоги населенню в разі порушення репродукції / Л.М. Піотрович, Н.Г. Гойда, О.І. Тимченко, Т.М. Поканевич // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – №2. – С.70–72.
3. Використання досягнень популяційної генетики в профілактичній медицині / А.М.Сердюк, О.І. Тимченко, В.В. Єлагін та ін. // Довкілля та здоров'я. – 2001. – №2 (17). – С.49–51.
4. Кулешов Н.П. Частота возникновения и судьба хромосомных аномалий у человека: Автореф. дис.... д-ра мед.наук. – М., 1979. – 42 с.
5. Омельченко Є.М., Тимченко О.І. Влияние брачной структуры на распространенность сахарного диабета в Украине // Международные дни диабета в Украине: Тез. докл. – Днепропетровск, 2000. – Вып. 5. – С. 90–95.
6. Ревазов А.А. Динамика параметров популяционной структуры как результат социально-демографических преобразований // Вестн. АМН СССР. – 1984. – №7. – С. 21–26.
7. Тимченко О.І., Барилляк І.Р., Богатирьова Р.В. Мутагенні чинники в довкіллі України і можливі наслідки їхнього впливу на здоров'я населення // Прак. медицина. – 1998. – №5–6. – С. 128–131.
8. Control of Hereditary Diseases. Report of a WHO Scientific Group / WHO. – Geneva, 1996. – 85 p.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

А.М. Сердюк, О.И.Тимченко, Н.Г.Гойда, В.В.Елагин (Киев)

Проанализировано состояние профилактики врожденной и наследственной патологии у новорожденных. Предложены мероприятия ее совершенствования: пропаганда методов первичной профилактики в средствах массовой информации, улучшение до- и последипломной подготовки врачей всех специальностей и средних медработников по вопросам медицинской генетики, усиление контроля санэпидслужбы за уровнем мутагенов в окружающей среде, популяционный скрининг носителей патологических генов, улучшение качества пренатальной диагностики, контроль за эффективностью мероприятий первичной и вторичной профилактики генетических болезней.

PREVENTIVE MEDICINE: THE STATE AND PERSPECTIVES FOR THE PREVENTIVE MEASURES DEVELOPMENT IN CASE OF INBORN AND HEREDITARY PATHOLOGY OF NEW-BORNS

A.M.Serdiuk, O.I.Timchenko,N.G.Hoida, V.V.Yelagin (Kyiv)

The state of preventive measures at inborn and hereditary pathology of new-borns has been analysed. Measures for their improvement have been proposed : primary prevention methods propaganda in mass media, improvement of before- and post-graduate physicians' training in all specialities and mid-level personnel in medical genetics, increase of sanitary epidemic service control for environmental mutagens level, pathologic genes bearers population screening, prenatal diagnostics quality improvement, controlling the effectiveness of primary and secondary preventive measures for genetic diseases.

УДК 616:301.185.1

Г.В. БЕСПОЛУДИНА, О.А. КОЗИКОВА (Луганськ)

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМВІДНОСИН У СІМ'ЯХ ЯК КЕРОВАНІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ

Луганський державний медичний університет

Аварія на Чорнобильській АЕС значно вплинула на спосіб життя величезної кількості сімей [2], серед яких біля 10 тисяч проживає безпосередньо в Луганській області. У більшості випадків проблеми дезадаптації, що виникли після Чорнобильської катастрофи, вирішуються саме на рівні сім'ї, але соціальні структури приділяють недостатньо уваги цьому питанню.

Мета дослідження. Спосіб життя і поведінка кожної людини у великій мірі залежить від характеру взаємовідносин поміж членами сім'ї. На жаль, в цей час дуже мало робіт присвячено вивченню реакції сімей на різні економічні, соціальні і екологічні зміни, а також їх ролі в управлінні медико-соціальними чинниками ризику.

Сім'я виконує функції гігієнічного виховання, профілактики, лікування, реабілітації і є свого роду центром первинної медико-соціальної допомоги [1]. Однак виконання перерахованих вище функцій багато в чому залежить від соціально-демографічних, медико-соціальних і соціально-гігієнічних характеристик сім'ї, а також способу життя її членів. Відомо, що участь одного з членів сім'ї в ліквідації наслідків ядерної катастрофи і погіршення стану його здоров'я внаслідок впливу іонізуючого випромінювання і психологічного стресу служить психотравмою для всієї сім'ї, відбивається на взаємовідносинах з дітьми [3].

Результати дослідження та їх обговорення. Характер взаємовідносин між членами сім'ї є істотним чинником поліпшення здоров'я. Особ-

ливо важливе значення даний чинник набуває в «чорнобильських сім'ях».

Після проведення порівняльного аналізу думки «чорнобильських сімей» і контрольної групи звертає на себе увагу факт, що в групі, що досліджується значно вище відсоток напружених відносин в сім'ях. Він становить 9,0%, в той час як в контрольній групі лише 2,5%. Переважне число респондентів в обох групах вважають, що взаємовідносини в сім'ї хороші, дружні. У обстеженій групі частка таких сімей становить 50,0%, а в контрольній групі 53,0%. Аналогічна картина спостерігається при розгляді питання про частоту задовільних взаємовідносин в сім'ях. У контрольній групі відсоток респондентів, тих, що відповіли на дане питання позитивно становить 40,0%, а в основній групі лише 35,5%. Однак відсоток конфліктних ситуацій в сім'ях практично однаковий: 5,5% в «чорнобильських сім'ях» і, відповідно 4,5% - в контрольній групі (табл. 1).

Логічним продовженням нашого дослідження з'явилось з'ясування причин виникнення конфліктних ситуацій в сім'ях (табл. 2). Найбільш численною за результатами нашого дослідження з'явилася група сімей, котрі вважають за основну причину виникнення конфліктних ситуацій матеріальні проблеми. Чисельність цієї групи становила 39,1% в групі «чорнобильських сімей» і 40,5% в контрольній групі.

По інших пунктах даного питання думки респондентів з контрольної і основної груп значно

Таблиця 1. Оцінка респондентами взаємовідносин в сім'ї

Взаємовідносини в сім'ї	«Чорнобильські сім'ї»	Контрольна група
	на 100 обстежених	на 100 обстежених
Хороші, дружні	50,0±3,37	53,0±3,53
Задовільні	35,5±3,23	40,0±3,46
Незадовільні, напружені	9,0±1,94	2,5±1,10
Конфліктні	5,5±1,53	4,5±1,46
Всього	100,0	100,0

Таблиця 2. Характеристика причин виникнення конфліктних ситуацій в сім'ї

Причини конфліктних ситуацій в сім'ї	«Чорнобильські сім'ї»	Контрольна група
	на 100 обстежених	на 100 обстежених
Антипатія, відсутність кохання	2,3±1,00	1,0±0,70
Психологічна, емоціональна несумісність подружжя	17,7±2,57	4,5±1,46
Фізіологічна несумісність	4,5±1,40	1,5±0,85
Інтелектуальна незадоволеність подружжя	2,8±1,09	2,0±0,98
Конфлікти дорослих між собою	25,0±2,91	22,5±2,95
Конфлікти батьків та дітей	8,6±1,89	28,0±3,17
Інші	39,1±3,28	40,5±3,47
Всього	100,0	100,0

розходяться. Так 25,0% «чорнобильських сімей» вважають, що важливою причиною виникнення конфліктів є конфлікти дорослих між собою, в той час як в контрольній групі частка таких респондентів становить 22,5%. У контрольній групі друге місце склали сім'ї, які суттєво значною причиною вважають конфлікти батьків і дітей, в той час як в основній групі цей показник дорівнює всього лише 8,6%. Досить високий відсоток «чорнобильських сімей» – третє місце по рейтингу причиною конфліктів ставить психоневрологічну, емоційну несумісність подружжя (17,7%), в той час як в контрольній групі цей відсоток становить 4,5%.

Приведена інформація показує необхідність психологічної підтримки сімей, доцільне відроблення сучасних прийомів групового і сімейного психотренінгу.

Виконання в сім'ях принципів турботи і взаємодопомоги не тільки відображають рівень психологічної культури, але і свідчать про готовність сім'ї до реалізації реабілітаційно-профілактичних програм; в таблиці 3 дані результати вивчення даного питання.

Сприятливим є факт, що більшість респондентів в обох групах вважають, що в сім'ях виконуються принципи взаємодопомоги. Частка таких

сімей становить 69,5% (72,0% в контрольній групі). Однак в 3,7% опитаних «чорнобильських сімей» не виконуються принципи взаємодопомоги і підтримки, що протидіє створенню сприятливих умов для лікування і реабілітації осіб, потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС (аналогічний показник в контрольній групі становить лише 1,0%). Крім того, виділяється група сімей (вона складає приблизно третину всіх опитаних), в якій принципи взаємодопомоги виконуються не у всіх випадках.

Отже, практично значущим напрямком рішення управлінських ситуацій стає орієнтація на чинники ризику. Особливо важливий цей підхід при роботі в сім'ях, які виявляють собою соціальну систему зі складними ієрархічними і ментальними зв'язками.

Проведене дослідження свідчить про значну частоту напружених і конфліктних відносин, різноманітність причин конфліктів, досить високу питому вагу «чорнобильських сімей», в яких не завжди виконуються принципи взаємодопомоги.

Тому проведення в сім'ях програми гармонізації внутрішньосімейних відносин із застосуванням психотерапії і соціальної реадaptaції є одним з найважливіших напрямків у попередженні конфліктних ситуацій і повинні стати складовою частиною системи антикризових заходів.

Таблиця 3. Характеристика виконання принципів взаємодопомоги в сім'ях

Виконання принципів взаємодопомоги в сім'ях	«Чорнобильські сім'ї»	Контрольна група
	на 100 обстежених	на 100 обстежених
В сім'ях виконуються принципи взаємодопомоги	69,5±3,10	72,0±3,17
Принципи взаємодопомоги виконуються не у всіх випадках	26,8±2,98	27,0±3,13
В сім'ях не виконуються принципи взаємодопомоги	3,7±1,26	1,0±0,70
Всього	100,0	100,0

Список літератури

1. Боро М.П. Нарушения и коррекция здоровья семьи ликвидаторов чернобыльской аварии. – Харьков: Основа, 1999. – 234 с.
2. Дурдинець В., Саєнко Ю. Соціальний моніторинг постчорнобильської ситуації //Постчорнобильський соціум: 15 років по аварії. – К., 2000. – С.425-464.
3. Лисицын Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни //Здравоохран. Рос.федерации. – 1998. - № 3. – С.49-52.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ КАК УПРАВЛЯЕМЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

Г.В. Бесполудина, О.А. Козикова (Луганск)

Образ жизни и поведение каждого человека во многом зависит от характера взаимоотношений в семье. В связи с этим, нами проведен анализ частоты и причин возникновения конфликтных ситуаций, дана характеристика выполнения принципов взаимопомощи в семьях. На основании полученных данных предложено проведение программы гармонизации внутрисемейных отношений как составной части системы антикризисных мероприятий.

THE PECULIARITIES OF INTERRELATIONS IN FAMILIES AS CONTROLLED MEDICO-SOCIAL RISK FACTORS

G.V. Bespoludina, O.A. Kozikova (Luhansk)

Mode of life and behaviour of every human depends a great deal on a character of interrelations in a family. In accordance with this we have conducted an analysis of frequencies and causes of conflict situations emergence. We've given a character reference of fulfilling the principles of mutual assistance in families. On the grounds of data received it was offered to conduct a programme of interfamily relations harmonization as the component of anticrisis measures system.

УДК 616.248-053.2.004.12

В.А. ОГНЄВ

НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ: ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУХарківський державний медичний університет
Національний центр міжнародної медичної програми "ISAAC"

В останні десятиріччя все більше уваги приділяється проблемі якості життя та її впливу на здоров'я. Вперше до цієї проблеми як до предмету наукового дослідження в 1947 р. звернувся доктор D.A. Karnofsky, запропонувавши обстеження соціально-побутових умов хворих для оцінки параметрів раку [11]. Термін "якість життя"

вперше з'явився в 1969 р., а перші систематизовані дані щодо якості життя хворих були опубліковані в 1975 р. [9,12]. У 1977 р. поняття "якість життя" було офіційно занесене в Index Medicus [7]. Після цього було опубліковано безліч статей, присвячених цій проблемі, розроблені методики дослідження та оцінок, зроблені спроби

наукового визначення поняття "якість життя". З 1992 року видається спеціальний журнал "Quality of Life Research" (Дослідження якості життя) [8]. В 1995 році у Франції була створена перша спеціалізована установа - інститут MAPI (MAPI Research Institute), який став головним координатором усіх досліджень з проблем якості життя. Одним з головних завдань інституту є підтримка дослідницьких ініціатив та активне співробітництво з навчальними закладами, фармакологічними компаніями, окремими авторитетними вченими, міжнародними організаціями тощо.

У літературі наявні різні визначення поняття "якість життя". ВООЗ визначає якість життя (Quality of life) як ступінь сприйняття окремими людьми чи групами людей міри задоволення власних потреб та необхідних можливостей для досягнення благополуччя й самореалізації [2]. У Великій Медичній Енциклопедії США сказано: "Якість життя - ступінь задоволення людських потреб" [7], а у Національній програмі Росії "Бронхіальна астма у дітей. Стратегія лікування і профілактики" якість життя трактується як ступінь комфортності людини, зумовлений самовідчуттям та соціальним становищем у рамках свого суспільства [3].

Тобто, визначення поняття "якість життя" тісно пов'язані з критеріями оцінки, які в свою чергу залежать від соціально-економічних умов різних соціальних груп кожної конкретної країни та менталітету тієї чи іншої популяції. Через те не існує ані єдиних критеріїв оцінки, ані певних стандартних норм якості життя. Можна визначити рівень якості життя окремо для різних груп хворих, регіонів, країн і надалі використовувати його для порівняння [6]. Неоднозначність оцінки якості життя призвела до створення великої кількості шкал і опитувальників, що деякою мірою відрізняються одне від одного. Але у всіх випадках оцінюється така низка аспектів: життєва ситуація, задоволеність життям в цілому, сімейні та соціальні взаємини, денна активність і працездатність, вільний час, фінанси, безпека, юридичні проблеми, здоров'я.

Оскільки у визначенні рівня якості життя присутній суб'єктивний компонент, то основним методом його вивчення є анкетний.

На жаль, в Україні "якість життя" як предмету наукового дослідження та практичного застосування ще не приділяється належної уваги. Немає вітчизняних методик, які дозволяли б оцінювати якість життя здорової і хворої людини. Опитувальники, що зустрічаються в науковій літературі, розроблені, як правило, в країнах далекого зарубіжжя. Три з них перекладено на російську мову і використовуються при дослідженні проблеми якості життя в Росії. З літератури відомо, що застосування цих методик в Україні було

здійснене при визначенні якості життя гематологічних хворих дорослого віку з використанням опитувальника SF-36 [1].

Матеріали і методи. За кращими зразками сучасних світових технологій, з урахуванням критеріїв оцінки якості життя, притаманних українським суспільним реаліям, нами була розроблена методика оцінки якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму [4, 5] і на її підставі проведена індивідуальна і популяційна оцінка якості життя дітей з цим захворюванням в умовах великого промислового регіону. Протягом 2000 р. в умовах спеціалізованого алергологічного стаціонару було обстежено 259 дітей, що страждають на бронхіальну астму різного ступеня тяжкості. Статистична обробка матеріалу проведена за допомогою пакета прикладних програм "Stadia 6.0".

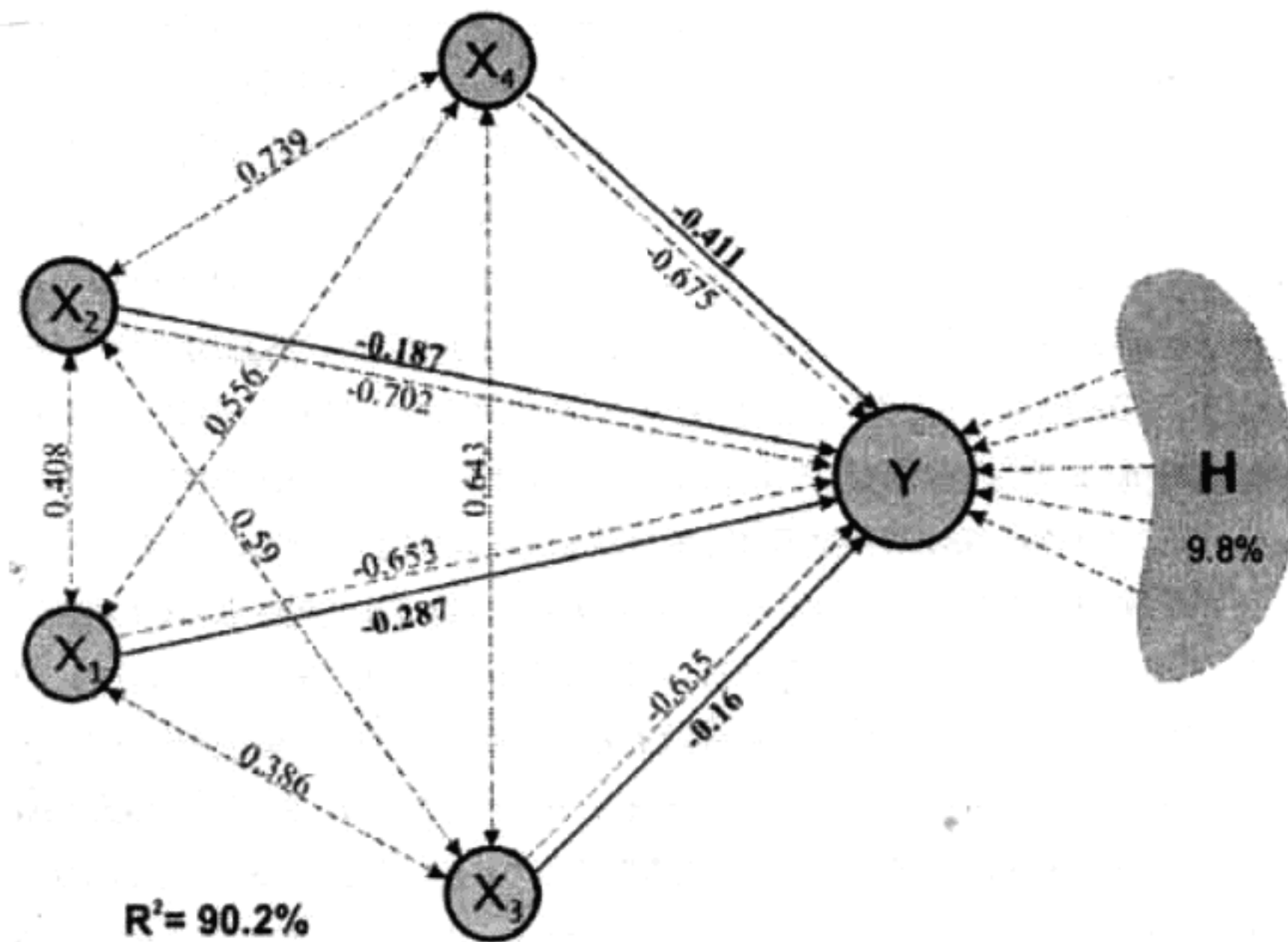
Результати дослідження та їх обговорення. Якість життя дітей, хворих на бронхіальну астму в середньому склала 63%. Проведена оцінка якості життя залежно від статі, віку, місця проживання дітей показала, що при легкому і середньому перебігу астми вона істотно не відрізняється одна від одної, і знаходиться в межах від 62 до 64,6%. При важкому перебізі астми дівчатка мають більше обмежень порівняно з хлопчиками - відповідно 35,9 і 42,8%. У міських дітей якість життя нижча, ніж у сільських на 6,1% (відповідно 39,4 і 45,5%). Суттєвої різниці якості життя у дітей 6-7 років і 13-14 років виявити не вдалося. У дітей молодшої групи якість життя склала 40,3, у дітей старшої групи - 42,3%.

Істотний вплив на якість життя має ступінь тяжкості бронхіальної астми. Якщо у дітей з легким ступенем тяжкості якість життя складає 74,01%, то при середній тяжкості вона знижується до 60,8, а при ускладненому перебізі хвороби - до 41,1%.

Серед складових, які знижують якість життя, нами виділено 4 блоки. Перший блок - "обмеження фізичної активності", другий - "психоемоційні обмеження", третій - "обмеження самостійності дитини" і четвертий - "обмеження, пов'язані із чинниками впливу навколишнього середовища". До фізичних обмежень включались сон, фізичні навантаження - їзда на велосипеді, заняття спортом, біг по сходах, підйом вгору; ігри дітей - участь в іграх, гра з однолітками, з тваринами, танці тощо; повсякденна робота - прибирання в кімнаті, робота в городі, миття підлоги, вибивання килимів, миття взуття тощо. Психоемоційні обмеження склалися з обмежень у міжособистих стосунках, швидкої стомлюваності дітей, фобій, емоційних обмежень. До обмежень у рівні самостійності були віднесені: обмеження у самостійному відвідуванні кінотеатрів, вистав, культурних центрів, зниження працездатності, зниження академічної активності.

Блок обмежень, пов'язаних з впливом навколишнього середовища, охоплював собою показники за ступенем забруднення навколишнього середовища (запиленість, задимленість), метеорологічні чинники, якість продуктів харчування тощо.

Для того, щоб ефективніше оцінити роль кожного блоку в якості життя, нами побудована математична модель (рис. 1).



- X1- обмеження фізичної активності
- X2- психоемоційні обмеження
- X3- обмеження в рівні самостійності
- X4- обмеження, зумовлені чинниками навколишнього середовища
- R²- відсоток вивчених чинників у моделі якості життя
- H - відсоток неврахованих чинників якості життя
- - - - - коефіцієнт простої лінійної регресії
- коефіцієнт множинної лінійної регресії

Рис. 1. Модель якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму

Вона ґрунтується на основі простої і множинної регресії та коефіцієнті детермінації. Коефіцієнт множинної регресії, представлений у моделі, показує абсолютний розмір впливу чинників моделі на рівень якості життя і характеризує ступінь впливу кожного чинника на якість життя при фіксованому рівні інших чинників, що входять до моделі.

Найістотніше на якість життя хворих на бронхіальну астму впливають чинники навколишнього середовища ($R_{xy} = -0.411$), друге місце посідають фізичні обмеження ($R_{xy} = -0.287$), третє - психоемоційні ($R_{xy} = -0.187$) і обмеження в рівні самостійності ($R_{xy} = -0.16$). Перемінні, включені до математичної моделі якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму, складають 90,2% всіх існуючих обмежень. За межами моделі залишилося 9,8% неврахованих чинників якості життя.

Регресійний аналіз перебігу хвороби дає можливість прогнозувати значення результативної ознаки при змінах факторних ознак. З метою найефективнішого використання методу та аналізу отриманих даних була складена прогностична матриця якості життя дітей, хворих на бронхі-

альну астму (табл. 1), де крок за кроком були співставленні усі варіанти 4-х блоків факторних ознак. За вихідний було взято перший варіант, де всі складові якості життя умовно прийняті за одиницю, а ступінь якості життя виражена коефіцієнтом множинної регресії (-0,0215). З метою отримання найбільш достовірних результатів дослідження всі розрахунки робилися двічі. При цьому показники факторних ознак в кожному наступному варіанті знижувалися у 2 рази. В таблиці наведено відношення нормативної до розрахункової якості життя, що дає змогу порівняти отримані результати і зробити їх більш наочними.

Такий метод дав можливість встановити, що коли у дитини, хворої на бронхіальну астму, збільшаться обмеження фізичної активності в 2 рази, якість життя в неї погіршиться в 14,3 рази. При зміні навколишнього середовища в гірший бік у 2 рази якість життя зміниться в 20,09 рази, а при одночасному збільшенні фізичної активності і погіршенні екології якість життя знизиться в 33,44 рази.

При збільшенні психоемоційних обмежень і обмежень з боку навколишнього середовища, внаслідок захворювання астмою, якість життя знижується в 28,79 рази. Зміна одночасно 3-х блоків (фізичні обмеження, обмеження самостійності дитини й обмеження через навколишнє середовище) призводить до зміни якості життя в 40,88, а всіх 4-х блоків - у 49,77 рази. Запропонований метод прогнозування буде мати важливе значення при розробці програм, спрямованих на упередження та полегшення перебігу хвороби, проведення моніторингу за станом здоров'я дітей, хворих на бронхіальну астму.

Для детальнішого аналізу вивчених чинників якості життя у дітей, хворих на бронхіальну астму, були розраховані додаткові коефіцієнти регресії - Δ , α і β (табл. 2).

Δ -коефіцієнт оцінює частковий вплив кожного вивченого чинника в сумарному впливі чинників, включених до математичної моделі. У структурі обмежень якості життя дітей, хворих на астму, найбільшу питому вагу займають обмеження, пов'язані з чинниками навколишнього середовища, які складають 45,7-61,2%, фізичні обмеження - від 29,2 до 33,6, психоемоційні обмеження - 5,3-13,2 і обмеження, пов'язані із зниженням рівня самостійності, які відповідно складають 4,3-6,6%.

β -коефіцієнт дозволяє зробити висновок, що з урахуванням рівня коливання чинників найбільші резерви закладені в зміні якості життя, в поліпшенні навколишнього середовища (0,0115) і зниженні обмежень у фізичній активності (0,0105).

α -коефіцієнт показує, на скільки відсотків зміниться якість життя дітей, хворих на бронхіальну астму, при зміні чинника на 1%. Односпрямованість додаткових коефіцієнтів регресії підтверджує високу вірогідність отриманих результатів.

Таблиця 1. Прогностична матриця якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму

Кількість зміни блоків	Варіанти	Блоки якості життя (чинники)				Прогностичне значення якості життя (R _{xy})	Відношення нормативного до розрахункового показника якості життя
		1-блок	2-блок	3-блок	4-блок		
1	1	1	1	1	1	-0,0215	-1,00
	2	2	1	1	1	-0,308	-14,33
	3	1	2	1	1	-0,208	-9,67
	4	1	1	2	1	-0,182	-8,47
	5	1	1	1	2	-0,432	-20,09
2	6	2	2	1	1	-0,495	-23,02
	7	2	1	2	1	-0,469	-21,81
	8	2	1	1	2	-0,719	-33,44
	9	1	2	2	1	-0,369	-17,16
	10	1	2	1	2	-0,619	-28,79
	11	1	1	2	2	-0,592	-27,53
3	12	2	2	2	1	-0,655	-30,47
	13	2	2	1	2	-0,905	-42,09
	14	2	1	2	2	-0,879	-40,88
	15	1	2	2	2	-0,779	-36,23
4	16	2	2	2	2	-1,07	-49,77

Таблиця 2. Вплив обмежень на якість життя у дітей, хворих на бронхіальну астму

Астма в цілому

Обмеження	R _{xy} ±m _{xy}	α-коэф.	β-коэф.	?-коэф.
Фізичної активності	0,287±0,0193	0,006	0,0105	33,13%
Психоемоційні	0,187±0,0229	0,002	0,0041	8,43%
Рівня самостійності	0,16±0,0211	0,001	0,0037	06,57%
Зумовлені чинниками навколишнього середовища	0,411±0,0182	0,004	0,0115	51,87%
				100%

Астма важка

Обмеження	R _{xy} ±m _{xy}	α-коэф.	β-коэф.	?-коэф.
Фізичної активності	0,289±0,0528	0,013	0,0131	33,42%
Психоемоційні	0,229±0,0625	0,005	0,0068	13,69%
Рівня самостійності	0,167±0,0567	0,004	0,0048	7,15%
Зумовлені чинниками навколишнього середовища	0,405±0,0506	0,011	0,0128	45,74%
				100%

Астма середня

Обмеження	R _{xy} ±m _{xy}	α-коэф.	β-коэф.	?-коэф.
Фізичної активності	0,255±0,0327	0,006	0,0119	31,57%
Психоемоційні	0,17±0,0392	0,002	0,0048	8,49%
Рівня самостійності	0,118±0,0332	0,001	0,0037	4,51%
Зумовлені чинниками навколишнього середовища	0,39±0,0302	0,005	0,0136	55,43%
				100%

Астма легка

Обмеження	R _{xy} ±m _{xy}	α-коэф.	β-коэф.	?-коэф.
Фізичної активності	0,274±0,0282	0,004	0,0131	29,21%
Психоемоційні	0,159±0,0350	0,001	0,0041	5,29%
Рівня самостійності	0,135±0,0264	0,001	0,0039	4,25%
Зумовлені чинниками навколишнього середовища	0,49±0,0350	0,003	0,0154	61,25%
				100%

Висновки:

1. Якість життя дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від ступеня ваги того чи іншого чинника коливається від 41,1 до 74,01% і в середньому складає 63%.
2. Якість життя дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від статі, віку, місця проживання при легкій і середній тяжкості перебігу істотно не відрізняється і знаходиться в межах від 62 до 64,6%.
3. При важкому перебізі бронхіальної астми у дітей якість життя нижча у хлопчиків (35,9%), ніж у дівчат (42,8%). У міських дітей нижча, ніж у сільських (відповідно 39,4 і 45,5%).
4. Якість життя у дітей, хворих на бронхіальну астму, на 90,2% залежить від обмежень фізичної активності, психоемоційних обмежень, обмежень у рівні самостійності й обмежень, викликаних навколишнім середовищем.
5. Найбільш значущими чинниками якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму є обмеження, викликані навколишнім середовищем (51,87%) і обмеженнями фізичної активності (33,13%). У сукупності зазначені обмеження складають 85% обмежень.
6. При погіршенні стану навколишнього середовища в 2 рази якість життя у дітей, хворих на бронхіальну астму знижується в 20,09 рази.

Список літератури

1. Жулкевич І.В., Сміян С.І., Гаврилюк М.Є. та ін. Методологічні підходи до вивчення якості життя в гематологічних дослідженнях // Вісн. наук. досліджень. - 2000. - №3. - С. 16-22.
2. *Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ* (Европейская серия по достижению здоровья для всех, №6). Копенгаген: ВОЗ. Европейское региональное бюро, 1999. - 310 с.
3. *Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика"*. - М., 1997. - 93 с.
4. Огнев В.А., Галічева Н.О., Воронцов М.П. та ін. Оцінка якості життя в системі моніторингу дітей, хворих на бронхіальну астму / Метод. рекомендації МОЗ України. - К, 2001. - 16 с.
5. Патент 34835 А. Україна. Спосіб визначення якості життя дітей, хворих на астму / В.А.Огнев, С.П.Шкляр // Промислова власність. - 2001. - №2.
6. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Чучалин А.Г. Оценка влияния образовательных программ в пульмонологии (астма-школы) на качество жизни больных бронхиальной астмой (первый опыт применения в России опросника SF-36 в пульмонологии) // Пульмонология. - 1997. - № 3. - С. 18-31.
7. Сулаберидзе Е. Еще раз о качестве жизни больного // Врач. - 1995. - № 8. - С. 35-36.
8. Шмуклер А.Б. Проблема использования понятия "Качество жизни" в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. - № 1. - С. 100-104.
9. Bonston K.P. Young's 90-th birthday party // Arch. Environ. Health. - 1969. - Vol. 18. - P. 306.
10. *Quality of life* // Med. Encyclopedia. - Chicago: The World Book, 1995. - P. 744.
11. Karnofsky D.A., Burchenal J.H. The Clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer // Evaluation Chemotherapeutic agents / Ed. C.M.Maclead. - Columbia: Univ. Press., 1947. - P. 120.
12. Stewart B.N., Hood C.I., Block A.J. Long-term results of continuous oxygen therapy at sea level // Chest. - 1975. - Vol. 68. - P. 486-492.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ: КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Огнев В.А. (Харьков)

Авторской методикой проведена оценка качества жизни у 259 детей, больных бронхиальной астмой. Разработана математическая модель, выявлены и количественно описаны составляющие качества жизни. На основании множественного регрессионного анализа составлена прогностическая матрица качества жизни. Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета прикладных программ "Stadia 6.0"

NEW TECHNOLOGIES IN MEDICINE: LIFE QUALITY OF CHILDREN SUFFERING FROM BRONCHIAL ASTHMA

V.A.Ognev (Kharkiv)

Estimation of life quality in 259 children with bronchial asthma has been performed by author's methodics in specialized allergologic department. The mathematic model was developed, components of life quality were revealed and numerically described. On the basis of multiple regression analysis the prognostic matrix of life quality has been worked out. Statistic processing of the material has been performed using the applied programmes package "Stadia 6.0"

UDC 618.177 + 616.697 : 616.97

Л.В.ГРИГОРОВИЧ, С.М. ТОЛКАЧ (Київ)

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПОШИРЮЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології

Запальні процеси сечостатевих органів, незважаючи на певні успіхи у діагностиці та їх терапевтичному лікуванні, посідають провідне місце у структурі загальної захворюваності. Серед інфекційно-запальних захворювань інфекції, що поширюються статевим шляхом (ІПСШ), заслуговують на особливу увагу, оскільки вони вражають органи та системи, які беруть участь в репродукції життєдіяльності людини [12]. Тим паче, що при обстеженні груп підвищеного ризику ІПСШ у пацієнтів, які взагалі не мали клінічних проявів запального процесу, були виявлені хламідіоз, мікоплазмоз, уреоплазмоз, СНІД, гострокінцеві кондиломи [4], що свідчить про широку розповсюдженість згаданої патології, зумовленої латентними та субклінічними її формами, певними складнощами клінічної та лабораторної діагностики, невисокою ефективністю медикаментозного лікування [1], внаслідок чого тенденція до збільшення захворюваності зберігається. Це явище характерне не лише для нашої країни, а й для ряду зарубіжних країн.

Наприклад, *Chlamidia trachomatis* – найпоширеніший збудник ІПСШ у дорослих громадян США, де кожен рік реєструється понад 3 млн випадків уrogenітального хламідіозу. Понад 20% захворювань зустрічається у сексуально активних жінок репродуктивного віку, які входять до групи ризику розвитку запальних процесів органів малого таза [2].

За допомогою сучасних діагностичних тестів (лігазна полімеразна реакція – ЛПР) для виявлення хламідій у сечі було проведено пілотне обстеження за програмою Nat Health and Nutrition Examination Survey III, яке встановило, що поширеність інфекції, спричиненої цим збудником, серед білих пацієнтів становила 2% загальної кількості обстежених, а серед чорних 7%. Причому серед жінок вона вища, ніж серед чоловіків (у білих 2% проти 1%, чорних – 7% проти 6%) [10].

Уrogenітальний хламідіоз може проявитися більше ніж 20 клінічними формами, серед яких у чоловіків переважає уретрит, парауретрит, везикуліт, епідидиміт, а у жінок – сальпінгіт, ен-

доцервіцит, кольпіт. При наявності гіпертрофічних ерозій шийки матки хламідії виявлено у 72% хворих. При асоціації аеробно-анаеробної мікрофлори може проявитися синергічна дія бактерій, яка призводить до важкого перебігу захворювання [1,12].

Найспецифічнішим методом ідентифікації ІПСШ є культуральний, при якому виділення хламідій у клітинній культурі здійснюється за допомогою мікроскопічного виявлення цитоплазматичних включень після реакції з моноклональними антитілами [11]. Поява некультуральних методів діагностики ІПСШ, таких як лігазна полімеразна реакція (ЛПР), транскрипційна ампліфікація (ТА), полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР), лігазна ланцюгова реакція (ЛЛР), що застосовуються під час скринінгової діагностики у групах ризику, значно полегшила скринінг і лікування з приводу хламідіозу. Наприклад, методики нового покоління – ПЛР та ЛЛР мають високу чутливість до збудника (понад 93%), в той час як культуральним методом виявляється тільки половина хламідій-позитивних проб [4].

Американські вчені після опрацювання проб ендцервіксу, уретри та сечі культуральними та некультуральними методами дійшли висновку, що імуноферментний метод визначення антигенів (ІФА), пряма імунофлуоресценція (ПІФ) та методи з використанням ДНК-зондів часто мають неспецифічний характер, що призводить до отримання значної кількості хибно-позитивних результатів [4].

Так, при неускладненому перебігу хламідійної інфекції імуноферментний метод вважається малоінформативним. Натомість, при ураженні верхніх відділів сечостатевого тракту, коли інфекційні вогнища недоступні для отримання лабораторного матеріалу, він цілком адекватний для діагностики і масових скринінгових обстежень.

Велике поширення (до 20%) та розмаїття форм мікоплазм, зумовлюють певні труднощі діагностичного та лікувального характеру [3].

Колонізація сечостатевого тракту людини *Mycoplasma hominis* та *Ureaplasma urealyticum*

залежить від віку, соціального становища та сексуальної активності пацієнта. Концентрація мікоплазм у лабораторному матеріалі, більша за 10 000 мікробних клітин у 1 мл вважається етіологічно значущою [4]. *Ureaplasma urealyticum* відіграє етіологічну роль у виникненні вагініту, уретриту, циститу, сальпінгіту у жінок та уретриту, простатиту, епідидиміту – у чоловіків. Встановлено, що рівень інфікованості цими мікроорганізмами статистично більший у жінок, ніж у чоловіків [5].

Колонізація мікоплазмами сечостатевого органу викликає інфекційно-запальний процес в органах малого таза і спричиняє зміни гормонального фону та імунного статусу. На перебіг запального процесу значною мірою впливає як масивність колонізації мікоплазм [6,10], так і їх здатність утворювати асоціації з іншими збудниками урогенітальних інфекцій.

Так, за даними Л.А. Матвійчука, бактеріальне обсіменіння сечівника змішаною аеробно-анаеробною флорою виявлено у 70% хворих, аеробною – у 27%. В асоціації з хламідіями найчастіше зустрічалися бактеріоїди (57% випадків), пептострептококи – (33 %) та клостридії (17%) [8]. Хламідії виявлені у 40% хворих на гонорею й у 30% хворих на трихомоноз [1]. Проводячи проспективне дослідження на базі клінік планування сім'ї в Балтіморі, G.Burtstein виявив у 29,1% хворих, що страждали хронічними запальними процесами сечостатевого тракту, інфікування хламідіями [11].

В сучасній медичній практиці використовуються високоефективні лікарські засоби, що дозволяють позбавитися як хламідій, так і інших збудників ІПСШ. Але глибокі морфофункціональні зміни тканин, які виникають внаслідок інфекційно-запального процесу, залишаються і впливають на репродуктивний потенціал подружжя. Тому останнім часом паралельно з пошуком ефективних засобів медикаментозного лікування йде активний пошук засобів вакцинації проти хламідійної інфекції.

Автори даної статті користувалися вакциною, виготовленою з дендритних клітин кістково-мозкового походження, оброблених *ex vitro* вбитих хламідій [2, 10].

Метою дослідження було вивчення особливостей впливу інфекцій, що поширюються статевим шляхом, на генеративну функцію безплідних подружніх пар та їх розповсюдження, звідки й випливали завдання дослідження:

1) вивчення структури інфекційно-запальних процесів внутрішніх статевих органів безплідних подружніх пар;

2) вивчення особливостей ураження репродуктивної системи чоловіків і жінок, які стражда-

ють інфекційними захворюваннями, що поширюються статевим шляхом;

3) проведення клініко-статистичної обробки одержаних даних за критеріями математичного аналізу.

Здійснений авторами аналіз даних анамнезу та клініко-лабораторного обстеження жінок і чоловіків 100 подружніх пар, які звернулися до лабораторії штучної інсемінації Інституту педіатрії, акушерства та гінекології у 1998–1999 рр., показав, що середній вік обстежених жінок становив 30,4 року. З них 81% перебували у першому шлюбі, а 19 – у другому. На первинну безплідність страждали 74% жінок, вторинну – 26. 21% обстежених жінок штучно переривали вагітність (від 1 до 3 раз); 91% пацієнток страждали на хронічні запальні процеси внутрішніх статевих органів і проходили щонайменше один курс протизапальної терапії в стаціонарних умовах. За анамнестичними даними 23 % пацієнток протягом останніх трьох років хворіли на урогенітальний хламідіоз, 7 – на уреоплазмоз.

Клініко-лабораторне обстеження жінок включало: огляд лікарем, бактеріологічне, вірусологічне та ультразвукове дослідження внутрішніх статевих органів, метросальпінгографію, гормональні та деякі імунологічні дослідження.

Захворювання запального характеру, виявлені внаслідок первинного обстеження жінок, подані на рис. 1.

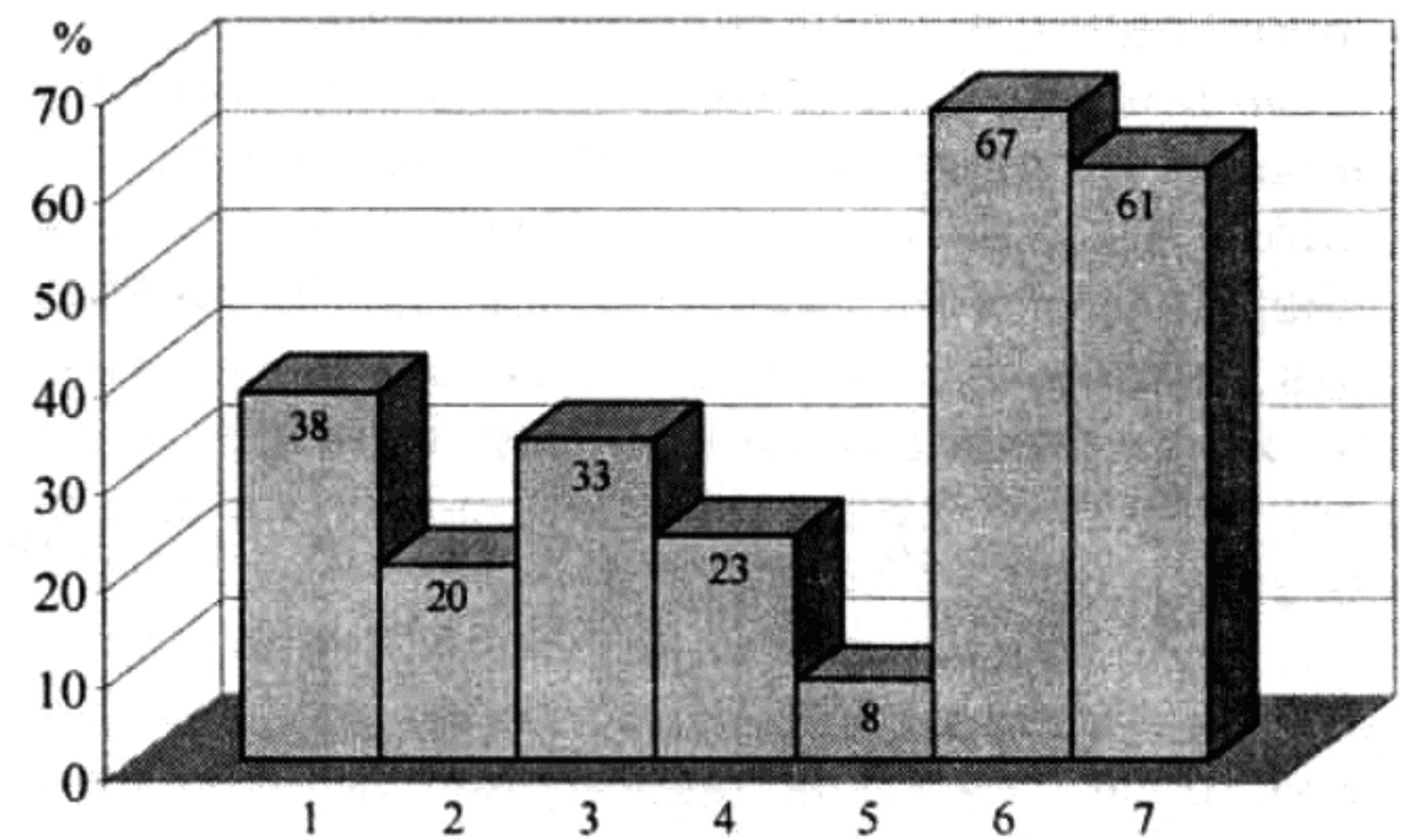


Рис. 1. Запальні захворювання, виявлені у обстежених жінок:

1 – кольпіт; 2 – бактеріальний вагіноз; 3 – цервіцит; 4 – ерозія шийки матки 23; 5 – хронічний ендометрит 8; 6 – хронічний аднексит; 7 – адгезивний перисальпінгіт.

Біоценоз піхви у жінок характеризувався зниженим рівнем концентрації нормальної мікрофлори і наявністю в більшості випадків умовно-патогенної та патогенної мікрофлори в асоціаціях (рис. 2).

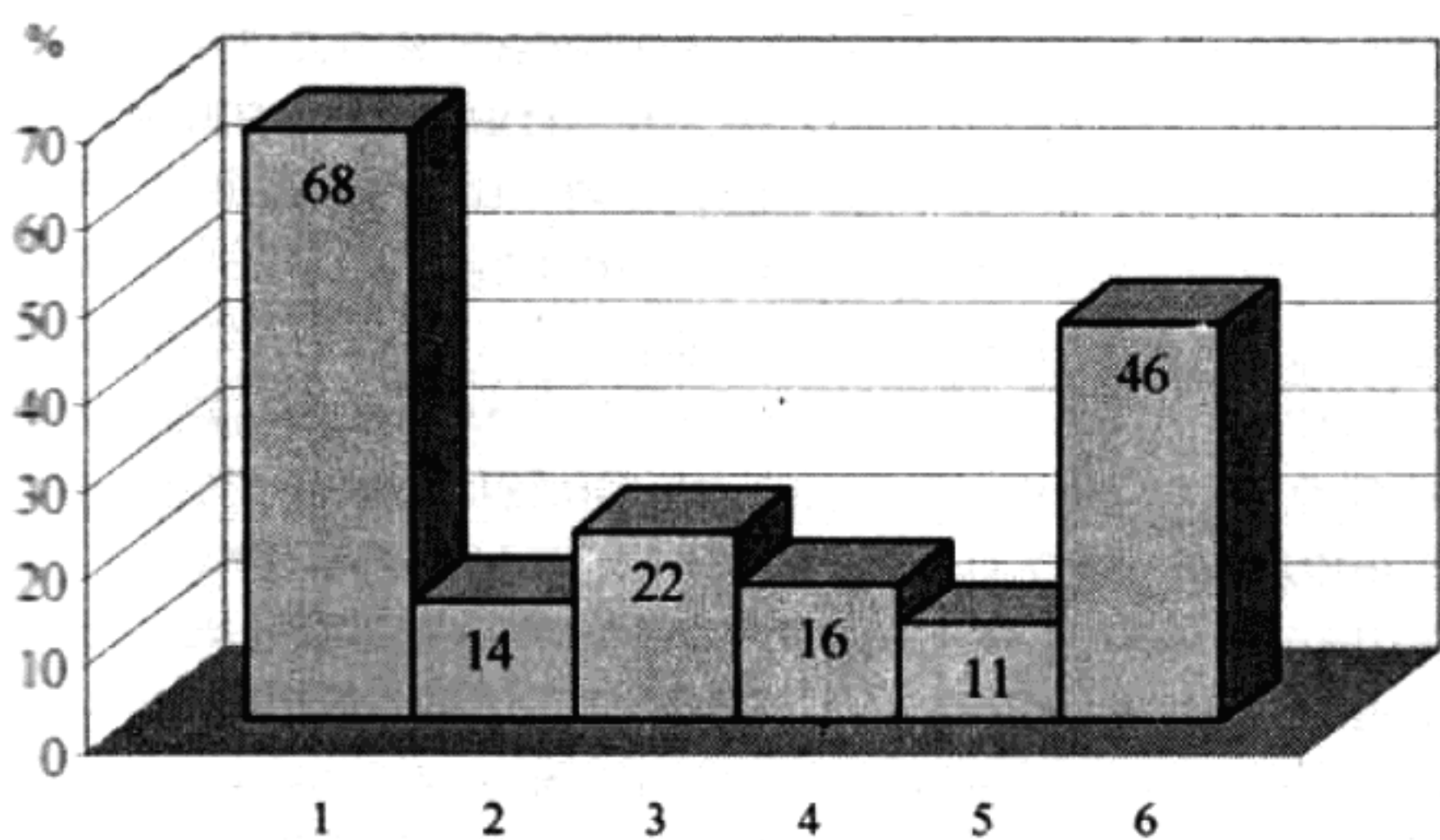


Рис. 2. Мікробіологічна структура піхвового біоценозу:

1 – патогенні стафілококи та стрептококи; 2 – ентеробактерії; 3 – грамнегативні неферментуючі бактерії; 4 – псевдомонади; 5 – дифтероїди; 6 – гриби.

Як видно з рисунка 2, найчастіше у піхвових виділеннях спостерігались наявні патогенні стафілококи та стрептококи, грамнегативні неферментуючі бактерії та гриби. Слід зазначити, що прикметною особливістю бактеріологічного спектра були асоціації урогенітальних інфекцій. В асоціації з хламідіями найчастіше зустрічалися ентеробактерії (15%), патогенний стафілокок (12%) та псевдомонади (6%). Натомість, висівання монокультур складало лише 8%.

У обстежених впродовж 1998–1999 рр. жінок загальна кількість виявленої хламідійної інфекції в монокультурі та асоціації становила 34%, урогенітального уреоплазмозу – 16, простого герпесу – 32,1% (у 26 пацієнток із 79 обстежених) (табл.).

Близько 40% обстежених жінок страждали хронічними запальними захворюваннями

Характеристика мікроорганізмів, виявлених у пацієнтів групи ІПСШ

Мікроорганізми (монокультура, асоціації)	Жінки		Чоловіки	
	Абс. кількість випадків	Відносна кількість, %	Абс. кількість випадків	Відносна кількість, %
Хламідії	18	18	20	20
Уреоплазми	5	5	10	10
Вірус герпесу простого	15	21,1	15	21,1
Уреоплазми + вірус герпесу	1	1	1	1
Хламідії + вірус герпесу	6	6	3	3
Хламідії + уреоплазми	6	6	5	5
Хламідії + вірус герпесу + уреоплазми	4	4	1	1
Разом	55	61,1	56	62,1

внутрішніх статевих органів, етіологічними чинниками яких були мікроорганізми, що не належать до групи ІПСШ. Вони зустрічалися у монокультурі, асоціаціях між собою та в асоціаціях з ІПСШ. Тільки у 7% пацієнток не було ідентифіковано жодного інфекційного збудника.

Слід зазначити, що дані експериментального обстеження не підтверджують популярної в літературі думки про більшу поширеність захворювання на уреоплазмоз серед жінок. При обстеженні виявлено приблизно однакову частоту захворювань у пацієнтів обох статей: відповідно 16% проти 17 (див. табл.). Щодо урогенітального хламідіозу, то його збудник був виявлений у жінок, чоловіки яких не були інфіковані. Проте під час статистичної обробки даних про загальну захворюваність обстежених подружніх пар, не було виявлено суттєвої різниці між кількістю інфікованих хламідіями чоловіків і жінок.

При ідентифікації вірусу простого герпесу частіше діагностуються гострі форми та загост-

рення перебігу хронічних форм запальних процесів шийково-піхвового блоку: 47% від кількості зареєстрованих кольпітів та 33,5% цервіцитів з числа діагностованих.

Таким чином, результати наших досліджень мікробіологічного статусу органів сечостатевого тракту узгоджуються з даними більшості авторів. Деякі розбіжності можуть бути обумовлені відсутністю методики єдиного протоколу обстеження на наявність ІПСШ та мікробіологічного статусу в цілому, а також різницею соціального становища певних верств населення у різних за життєвим рівнем країнах.

Середній вік обстежених чоловіків становив 33,2 року. З них 90% перебували у першому шлюбі, 10 – в другому або третьому. Внаслідок попереднього обстеження з'ясовано, що секреторну безплідність мають 24% чоловіків (із них у 11% ідентифіковано ІПСШ), екскреторну – 61% (із них у 30% виявлено ІПСШ), а серед 15% фертильних пацієнтів виявлено 2% інфікованих ІПСШ.

Хронічний простатит різного ступеня активності діагностований у 70% пацієнтів чоловічої статі, хронічний уретрит – у 17%.

У кожного обстеженого чоловіка були виявлені *Chlamidia trachomatis*, *Ureaplasma hominis* та бактеріологічні і морфофункціональні параметри еякуляту, а у 71 із 100 пацієнтів – наявність антигену *Herpes simplex*.

Загальна кількість випадків виявленої хламідійної інфекції у чоловіків становила 28%, урогенітального уреаплазмозу – 17, герпесу простого – 28,2% (у 20 із 71 пацієнта) (див. табл.).

В еякуляті обстежених чоловіків найчастіше виявлялись патогенні стафілококи та гриби, а у 91% пацієнтів – асоційовані форми мікробного обсіменіння.

Як уже згадувалося, інфекційні чинники спричиняють певні морфофункціональні порушення різних ділянок репродуктивної системи у пацієнтів обох статей. Запальні процеси різної локалізації у обстежених жінок призвели до численних змін у діяльності органів репродуктивної системи. Так, на тлі хронічного аднекситу у 74% жінок із зареєстрованою ІПСШ (в монокультурі або асоціаціях) діагностовано гормональну дисфункцію, представлену, переважно, хронічною ановуляцією (26%) та персистенцією дозрілого фолікула (38%). Пригнічення функції яєчників на тлі хронічних запальних процесів придатків, у тому числі ІПСШ, відбувається за рахунок розвитку фіброзної тканини у стромі яєчника, стовщення його оболонки, порушення місцевого кровообігу. Слід зазначити, що результати наших досліджень збігаються з опублікованими даними інших дослідників [6].

Анатомічний стан маткових труб оцінювався за допомогою метросальпінгографії з водорозчинною контрастною речовиною, яка проводилася після санації вогнищ запалення. У 58% обстежених жінок виявлені різні варіанти деформації труб, 36% з яких становили повне або часткове порушення прохідності. Велика частота ураження маткових труб характерна для ІПСШ. Провідну роль в ушкодженні маткових труб хронічною інфекцією та утворенні значних анатомічних змін відіграють хламідії. Так, хламідійний антиген виявлено у 62% обстежених хворих з торбинчастими утворами маткових труб [6].

Обстеження 38 пацієнток на наявність шийкового чинника за допомогою тесту на взаємодію сперми з цервікальним слизом показало, що у 22 жінок (57,9%) тест був позитивним, у 16 (42,1%) – негативним. З метою визначення ступеня активності антиспермального імунітету проведено тестування за методикою Ізоджима, під час якого іммобілізуючі антиспермальні антитіла (АСАТ) були виявлені у 35,5% обстежених жінок.

Титр іммобілізуючих АСАТ коливався від 1/10 до 1/40. Це свідчить про те, що тривалий запальний процес в органах малого таза призводить до виснаження місцевого імунітету і посилення на цьому тлі продукції антиспермальних антитіл [7].

Фертильність чоловіків обстежених подружніх пар оцінювали на підставі результатів морфофункціонального дослідження еякуляту, яке проводилося за стандартною методикою. Так, середня концентрація сперматозоїдів дорівнювала $42 \pm 8,6$ млн у 1 мл, кислотність сім'яної плазми через 30 хв після еякуляції становила $7,8 \pm 0,9$ (проти 7,4 за критеріями ВООЗ), активна і помірна рухомість сперматозоїдів (4 та 3 бали, тобто 33,2% проти норми понад 50%), кількість лейкоцитів – $6,4 \pm 1,1$ у 1 мл (проти норми не більшої за 1 млн в 1 мл). Аглютинація сперматозоїдів, якої не повинно бути взагалі, зустрічалася у 43 випадках.

Отже, загальна кількість патоспермії з числа обстежених становила 85%, а у групі з 54 чоловіків, які страждали на ІПСШ у монокультурі та різних асоціаціях, патоспермія констатована у 51 пацієнта.

Таким чином, в ході експерименту встановлено, що більшість чоловіків і жінок безплідних подружніх пар страждають на інфекційно-запальні захворювання внутрішніх статевих органів, внаслідок чого у них виявлено різні патологічні морфофункціональні зміни, в тому числі і хронічного характеру. Так, 70% обстежених чоловіків хворіють на хронічний простатит, 93% жінок мають хронічні запальні процеси внутрішніх статевих органів, з яких 75% складає гормональна дисфункція, а 42 – антиспермальний імунітет. При цьому нормоспермія спостерігалася тільки у 15% чоловіків.

Дані дослідження дають змогу краще зрозуміти механізми, що впливають на зниження фертильності подружніх пар, зокрема, на ступінь функціональної активності сперматозоїдів, патологічні зміни фізико-хімічних параметрів сім'яної рідини у чоловіків, на патологічні зміни фізико-хімічних властивостей середовища піхви та шийкового каналу у жінок з ушкодженням маткових труб, дисфункцію яєчників та антиспермальний імунітет, гормональні та імунологічні зміни в цілому.

Щоб нормалізувати репродуктивну спроможність подружніх пар необхідне своєчасне обстеження партнерів в умовах поліклінічних відділень центральних районних лікарень, територіальних медичних об'єднань або в спеціалізованих центрах, оснащених лабораторіями з сучасними діагностичними технологіями та апаратурою. Особлива увага під час обстеження приділялася подружнім парам, які потребують використання допоміжних репродуктивних технологій.

Список літератури

1. Борисенко К.К., Тоскин Й.А., Кисина В.Й. О значении колонизации мочеполовых органов *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* // Инфекции, передаваемые половым путем. –1999. –№3. – С. 28–32.
2. Возіанов О.Ф., Горпінченко І.І., Малишкін І.Н. Етіологія та патогенез чоловічої неплідності // Сексологія і андрологія. Сб. статей. – 1998. – Вип. 4. – 213 с.
3. Жершова Т.А. Стан деяких показників ендокринного гомеостазу при хронічних запаленнях органів репродуктивної системи жінок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. –1999. – № 1. – С. 125–126.
4. Кира Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здоровье // Журн. акушерства и детских болезней. –1999. – Вып. 2. – Т. XVIII. – С. 71–78.
5. Козлова В.Й., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. –М.: Авиценна, – 1995. – 317 с.
6. Корнацька А.Г. Прогнозування, профілактика і обґрунтування патогенетичної терапії у жінок з поєднаними формами неплідності: Дис. . . д-ра мед. наук. – К., 1998. – 230 с.
7. Мавров Й.Й. Нарушение репродуктивной функции у больных урогенитальным хламидиозом и уреоплазмозом // Вестн. дерматологии. –1991.–№11.– С. 72–75.
8. Матвійчук Л.А. Вплив хламідійної інфекції на безпліддя у шлюбі // Сексологія і андрологія. Зб.статей. – 1998. – Вип. 4.– С. 69–71.
9. Савичева А.М., Башмакова Л.И. Микоплазмы и микоплазменные инфекции // Заболевания, передающиеся половым путем. –1996. – № 2. – С. 28–32.
10. Хоммершлаг М. Заболевания, передаваемые половым путем у детей, подвергшихся сексуальному насилию // Инфекции, передаваемые половым путем. –1999. –№3. – С. 4–11.
11. Burtsten Q., Gandos C. Incident chlamidia trachomatis infections among inner-city adolescent females // J.A.M.A. – 1998. – Vol. 12 – № 280 (b) – P. 521–526 .
12. Schlott T. Ruda G., Hoppert M. The in situ polymerase chain reaction for detection of chlamidia trachomatis // J.Histochem. Cytochem. –1998. –№46(9).– P.1017–1023.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Л.В.Григорович, С.М. Толкач (Киев)

Представлены результаты исследований, проведенных в Институте педиатрии, акушерства и гинекологии Украины о влиянии инфекций, передающихся половым путем, на репродуктивную способность супружеских пар. Указана необходимость обследования на TORCH инфекцию обоих супругов для предупреждения осложнений беременности, родов и послеродового периода, а также инфицирования яйцеклетки при вспомогательных репродуктивных технологиях.

PECULIARITIES OF SEXUAL INFECTIONS INFLUENCE ON REPRODUCTIVE HEALTH

L.V. Grygorovych, S.M. Tolkach (Kyiv)

The results of investigations, run at the Ukrainian Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, concerning the influence of sexually transmitted diseases on reproductive ability of married couples have been presented. The necessity of examination for TORCH infection of both husband and wife to prevent pregnancy, childbirth and post-natal complications and ovarian cell infection using auxiliary reproductive methods has been pointed out.

УДК 312.6:616-053.7]:614.876

Т.К. НАБУХОТНИЙ, Т.С. МАКІЄНКО, В.П. ПАВЛЮК, Г.П. МОСІЄНКО

СТАН ЗДОРОВ'Я ПРИЗОВНИКІВ, ЯКІ ПОСТІЙНО МЕШКАЮТЬ НА КОНТРОЛЬОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Кафедра військової загальної практики - сімейної медицини,
Українська військово-медична академія

Серед різноманітних соціальних і медичних проблем, зумовлених аварією на Чорнобильській АЕС, важливими є вплив малих доз іонізуючого випромінювання на організм людини, довготривалий прогноз наслідків, засоби та методи захисту населення [3, 5, 6].

Серед учених немає єдиної думки відносно оцінки дії малих доз іонізуючого випромінювання [1, 2, 4]. Принципові труднощі в основному пов'язані з тим, що вплив випромінювання на здоров'я не має специфічності. Тому об'єктивний висновок про вплив малих доз іонізуючого випромінювання на організм людини може бути зроблений лише шляхом комплексного аналізу динаміки стану здоров'я за певний, бажано чималий проміжок часу.

Метою нашого дослідження було вивчення деяких показників стану здоров'я через 10-12 років після аварії у призовників, які постійно мешкають на контрольованих територіях.

В основній групі було 3 019 підлітків 16-18 років із забруднених районів Житомирської та Вінницької областей, які були обстежені терапевтом, ендокринологом, невропатологом, окулістом та іншими спеціалістами. Окрім того, були проведені ультразвукове і гормональне обстеження функції щитоподібної залози (ЩЗ), гематологічні та імунологічні дослідження.

Відомо, що універсальним показником стану здоров'я є захворюваність. Серед підлітків основної групи вона складала 648,6 на 1000 проти 591,4 в контрольній групі підлітків 16-18 років з чистих районів. Найбільша захворюваність мала місце за класом хвороб органів дихання (384,2) та хвороб ендокринної системи (467,8). В чистих районах захворюваність відповідно становила 361,7 та 311,9 на 1000 населення.

При порівняльному аналізі фізичного розвитку юнаків основної групи з мешканцями чистих районів (контрольна група), суттєвої різниці в зрості та масі нами не виявлено. Лише в загальній популяції представників основної групи

їх зріст перевищував зріст підлітків контрольної групи ($P < 0,05$). При кореляційному аналізі у всіх вікових групах мав місце вірогідний позитивний зв'язок слабкої сили між зростом і масою тіла та рівнем внутрішнього випромінювання (ВВ).

Радіонуклід Cs^{137} рівномірно розподіляється в тканинах організму, а рівень накопичення його залежить від маси та зросту людини. Порівняльна характеристика показників фізичного розвитку підлітків, які мешкають в районах з різним рівнем забруднення навколишнього середовища (1-5 Ki/km^2 , 5-15 Ki/km^2 та 15-40 Ki/km^2), суттєвої різниці не виявила. Разом з тим, аналізуючи індивідуальні параметри фізичного розвитку підлітків, ми встановили, що через 10 років після аварії у 18% обстежених мала місце надмірна маса тіла. Недостатня маса спостерігалась у 21% підлітків. Відставання в зрості виявлено у 16% підлітків. Причому, серед 16-річних цей показник був вищий і становив 21%. Серед 18-річних низькорослі юнаки склали 9%.

Таким чином, незважаючи на уявне благополуччя антропометричних показників у підлітків, які мешкають на забруднених територіях, виявлені високі показники дизгармонійного розвитку, що проявляється в затримці або прискоренні зросту та в надмірній масі тіла.

Щодо кореляційної залежності між поглиненою дозою випромінювання і показниками фізичного розвитку, то такої закономірності не простежувалося. Відмічений достовірний зворотній зв'язок слабкої сили лише між зростом та ВВ у 17-річних підлітків ($r = -0,14$).

На підставі комплексного обстеження стану гіпофізарно-тиреоїдної системи частота уражень ЩЗ складала 36,1%. Як свідчать дані таблиці 1, частота змін в ЩЗ у 17- та 18-річних підлітків була дещо більшою, ніж у 16-річних. Частіше виявлялось збільшення об'єму ЩЗ I ступеня. Причому частота цього стану зростала з віком юнаків. Рівень збільшення ЩЗ II ступеня у 16-річних підлітків практично не відрізнявся від 18-річних

(7,26 і 7,50% відповідно). Частота дифузного зоба (ДЗ) у підлітків 16–18 років складала відповідно 1,24, 1,14 і 1,25%. Така ж закономірність простежувалася і в процесах кістоутворення. Вузловий зоб зустрічався в 0,61% випадків. У 18-річних допризовників частота вузлового зоба дещо перевищувала таку у 16- та 17-річних. Середня частота аутоімунного тиреоїдиту (АТ) у підлітків складала 1,2%, коливаючись в межах 0,81–1,43% залежно від віку.

Таким чином, (33,11%) у третини підлітків спостерігається еутиреоїдний зоб. Разом з тим, у 3,18% має місце АТ, кісти ЩЗ та вузловий зоб.

Для порівняння патологічних змін у ЩЗ у призовників, що проходять період гормональної перебудови, нами обстежено 2 підгрупи 12–13 річних дітей, які ще не вступили в цей стан.

У останніх проводився аналіз частотних патологічних змін в ЩЗ. Середня частота змін в ЩЗ у дітей першої підгрупи, які зазнали "йодного удару" внутрішньоутробно, складала 33,12%. Вона трохи перевищувала частоту таких же змін у на-

роджених після квітня 1987 року, які не зазнали впливу радіонуклідів йоду і, відповідно, становить 30,5%. Слід підкреслити, що у дітей, які зазнали "йодного удару" вдвічі частіше зустрічався АТ (0,86% порівняно з 0,42% в другій підгрупі). На нашу думку, це може свідчити про певну патогенетичну роль малих доз іонізуючого випромінювання в генезі патологічних змін ЩЗ плода.

Нами проведена оцінка функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи в загальній популяції підлітків, які мешкають на забрудненій території порівняно з практично здоровими підлітками (табл. 2). У віковому аспекті суттєвої різниці в показниках серед юнаків основної групи нами не виявлено. Порівняно з контрольною групою мало місце вірогідне збільшення об'єму ЩЗ, у 17-річних підлітків – зниження параметрів вільної фракції тироксину (vT_4), а у 16-річних та 17-річних – зменшення плазменного рівня ТТГ. Переважно у підлітків, які страждали АТ, відмічалось підвищення титру антитіл до мікросомальних фракцій та тиреоглобуліну.

Таблиця 1. Характер змін в ЩЗ у підлітків, які постійно мешкають на забруднених територіях (через 10 років після аварії)

Вік (роки)	Кількість обстежених підлітків	Характер змін в ЩЗ												Всього підлітків	
		Зоб 1 ст.		Зоб 2 ст.		Дифузний зоб		Кісти ЩЗ		Вузловий зоб		АТ			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16	1 645	372	22,65	121	7,26	21	1,24	21	1,29	11	0,64	21	1,20	567	34,25
17	894	222	24,88	69	7,76	10	1,14	13	1,39	4	0,45	13	1,43	331	37,04
18	480	123	25,65	36	7,50	6	1,25	7	1,36	4	0,75	2	0,81	176	37,02
Всього	3 019	717	24,39	226	7,51	37	1,21	41	1,35	19	0,61	36	1,15	1 076	36,10

При всіх формах ураження ЩЗ спостерігалось збільшення її об'єму (табл. 3). Наприклад, vT_4 була збільшена у підлітків з вузловим зобом, а рівень ТТГ вірогідно зростав у юнаків з АТ. Крім того, у останніх мало місце підвищення титру антитіл до мікросомальних фракцій та тиреоглобуліну. Інтегрований показник функції цієї гормональної системи (ТТГ/ vT_4) у підлітків з АТ перевищував такий же у практично здорових майже вдвічі, що свідчить про приховану функціональну недостатність системи "гіпофіз – ЩЗ".

Нами також простежено вплив різних рівнів зовнішнього випромінювання на показники морфо-функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи у підлітків. Суттєвої різниці в цих показниках при рівні зовнішнього забруднення

1–5 Ki/km^2 , 15–40 Ki/km^2 і природному радіаційному фоні не встановлено, за винятком показника об'єму ЩЗ. Останній був вірогідно більшим у підлітків, які мешкають на забруднених територіях. На нашу думку, цей факт можна віднести на рахунок йодної ендемії в цьому регіоні.

Аналіз кореляційної залежності показників морфо-функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи і рівня ВВ (в Бк) в загальній групі підлітків суттєвого зв'язку не виявив. Лише у 17-річних юнаків мав місце достовірний зворотній зв'язок слабкої сили між рівнем ВВ і vT_4 . У підлітків із змінами в ЩЗ позитивний достовірний зв'язок слабкої сили між об'ємом ЩЗ та рівнем ВВ спостерігався при зобі I та II ступеня. Слід зазначити, що при різних патологічних ста-

Таблиця 2. Показники морфо-функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи у підлітків, які мешкають на забруднених радіонуклідами територіях

Вік (роки)	Показники	Середні показники морфо-функціонального стану				
		Основна група			Група порівняння	
		M ± m	n	p	M ± m	n
16	Об'єм ЩЗ (см ³)	14,2 ± 0,27	377	<0,001	11,8 ± 0,57	27
	Вільна фракція тироксину (пмоль/л)	14,3 ± 0,17	377	>0,05	15,1 ± 0,62	27
	Тироксинстимулюючий гормон (мкод/мл)	1,37 ± 0,05	377	<0,05	1,75 ± 0,15	27
	Титр антитіл до мікросомальних фракцій (од)	6,24 ± 3,73	377	<0,001	0	27
	Титр антитіл до тиреоглобуліну (од)	1,01 ± 0,37	377	<0,001	0	27
17	Об'єм ЩЗ (см ³)	14,55 ± 0,29	284	<0,001	10,8 ± 0,58	23
	Вільна фракція тироксину (пмоль/л)	14,05 ± 0,27	284	<0,001	17,5 ± 0,92	23
	Тироксинстимулюючий гормон (мкод/мл)	1,29 ± 0,05	284	>0,05	1,51 ± 0,16	23
	Титр антитіл до мікросомальних фракцій (од)	4,54 ± 2,42	284	<0,001	0	23
	Титр антитіл до тиреоглобуліну (од)	0,59 ± 0,33	284	<0,001	0	23
18	Об'єм ЩЗ (см ³)	14,5 ± 0,77	47	>0,05	13 ± 0,6	17
	Вільна фракція тироксину (пмоль/л)	14,2 ± 0,56	47	>0,05	15,2 ± 0,85	17
	Тироксинстимулюючий гормон (мкод/мл)	1,35 ± 0,09	47	<0,001	2,05 ± 0,2	17
	Титр антитіл до мікросомальних фракцій (од)	1,27 ± 0,94	47	<0,001	0	17
	Титр антитіл до тиреоглобуліну (од)	0	47		0	17

нах ЩЗ кореляційний зв'язок носив нелінійний характер. Суттєвого впливу поглиненої дози випромінювання (рад) на функціональний стан гіпофізарно-тиреоїдної системи у допризовників зі змінами в ЩЗ також не виявлено.

Відсутність чіткої залежності між рівнем внутрішнього та зовнішнього випромінювання і показниками морфо-функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи у потерпілих підлітків обумовило необхідність вивчення у них рівня йодурії. У підлітків із різним характером змін в ЩЗ мало місце вірогідне зменшення екскреції йоду з сечею. Причому у осіб з дифузним зобом йодурія була вірогідно меншою, ніж у підлітків із зобом I та II ступеня.

Отже, залежність ступеня збільшення ЩЗ від рівня дефіциту йоду в організмі підлітків вказує в першу чергу на ендемічний характер зоба.

Гематологічне обстеження підлітків основної групи виявило наявність анемії у 0,3% обстежених, тромбоцитопенії – у 0,1; еозінофілія мала місце у 6,4% підлітків. Порівняльний аналіз середніх показників периферичної крові у юнаків основної групи свідчить про достовірне збільшення у них кількості еритроцитів, рівня гемоглобіну, гематокриту, середньої концентрації гемоглобіну в еритроциті та середньої концентрації гемоглобіну, що можна розцінювати як прояв гормезису. Суттєве підвищення числа лейкоцитів, паличкоядерних

нейтрофілів та моноцитів, мабуть, обумовлене змінами в крові, які могли мати місце у реконвалесцентів від ГРВІ тощо. Еозінофілія була здебільшого притаманна підліткам з проявами алергії.

Заслугує на увагу аналіз кореляційної залежності показників периферичної крові від рівня ВВ. Достовірний позитивний зв'язок слабкої сили мав місце з кількістю еритроцитів, рівнем гемоглобіну та середньою концентрацією гемоглобіну у 16-річних підлітків. У 17-річних ВВ обумовлювало підвищення середнього рівня гемоглобіну та моноцитів і пригнічувало паличкоядерний зсув. Отже, вплив ВВ на показники крові носив нелінійний характер. Нелінійність кореляційного зв'язку показників крові з рівнем ВВ прослідковувалася у підлітків з різним характером змін в ЩЗ.

Таким чином, іонізуюче випромінювання в малих дозах обумовлює субклінічний вплив на стан здоров'я підлітків, які мешкають на забруднених радіонуклідами територіях. Це проявляється підвищенням захворюваності, дизгармонією фізичного розвитку, морфо-функціональними змінами системи тиреостату та периферичної крові. Разом з тим, порушення функціонального стану системи "гіпофіз – щитоподібна залоза" безпосередньо пов'язані у них із дефіцитом йоду в організмі, що потребує відповідних реабілітаційно-оздоровчих заходів.

Таблиця 3. Показники морфо-функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи у підлітків зі змінами в ЩЗ, які постійно мешкають на забруднених територіях

Показники	Характер змін в ЩЗ у підлітків основної групи																										
	Зоб 1 ст.						Зоб 2 ст.						Дифузний зоб						Кісти			Вузловий зоб			Аутоім тире		
	M ± m	n	p	M ± m	n	p	M ± m	n	p	M ± m	n	p	M ± m	n	p	M ± m	n	p	M ± m	n	p	M ± m	n	p	M ± m	n	p
Об'єм ЩЗ (см ³)	19,71 ± 0,18	191	<0,001	24,2 ± 0,55	69	<0,001	32,91 ± 1,39	20	<0,001	18,76 ± 1,79	21	<0,02	20,75 ± 3,07	6	<0,05	18,57 ± 1,19	6	<0,05	13,2 ± 0,77	6	<0,05	2,79 ± 0,37	6	>0,05	298 ± 72	6	-
Вільна фракція тироксину (пмоль/л)	14,64 ± 0,16	191	>0,05	14,68 ± 0,39	69	>0,05	13,85 ± 2,59	20	>0,05	14,4 ± 0,94	21	>0,05	17 ± 1,31	6	<0,05	13,2 ± 0,77	6	<0,05	13,2 ± 0,77	6	<0,05	2,79 ± 0,37	6	>0,05	298 ± 72	6	-
Тироксинстимулюючий гормон (мкд/мл)	1,57 ± 0,06	191	<0,05	1,47 ± 0,08	69	<0,05	1,55 ± 0,4	20	>0,05	1,79 ± 0,15	21	>0,05	1,56 ± 0,28	6	>0,05	2,79 ± 0,37	6	>0,05	2,79 ± 0,37	6	>0,05	2,79 ± 0,37	6	>0,05	298 ± 72	6	-
Титр антитіл до мікросомальних фракцій (од)	7,36 ± 0,23	191	<0,001	10,72 ± 2,39	69	<0,001	18 ± 16,01	20	<0,001	0	21	-	0	6	-	298 ± 72	6	-	298 ± 72	6	-	298 ± 72	6	-	298 ± 72	6	-
Титр антитіл до тиреоглобуліну (од)	0,08 ± 0,03	191	<0,001	0	69	-	6 ± 4,12	20		0	21	-	0	6	-	66,5 ± 32,1	6	-	66,5 ± 32,1	6	-	66,5 ± 32,1	6	-	66,5 ± 32,1	6	-

Список літератури

1. Кеирим-Маркус И. В. Новые сведения о действии на людей малых доз ионизирующего излучения – кризис господствующей концепции регламентации облучения / Мед. радиология и радиационная безопасность. – 1997. – № 2. – С. 34–36.
2. Руда В. П., Кузин А. М. Влияние гормезиса при гамма-облучении развивающихся крысят // Радиобиология. – 1991. – Т. 31. – Вып. 3. – С. 34–35.
3. Сорокман Т.В. Морфо-функціональний стан щитоподібної залози у дітей з аутоімунним тиреоїдитом, які проживають в зоні тривалої дії малих доз радіації // Вісн. наук. досліджень. – 1998. - № 3–4. – С. 113–114.
4. Сорокман Т.В., Пішак В.П., Набухотний Т. К. Педіатричні аспекти Чорнобильської катастрофи. – Чернівці: Прут, 1998. – 252 с.
5. Boice J.D., Miller R.W. Childhood and adult cancer after intrauterine exposure to ionizing radiation // Teratology. – 1999. – Vol. 59. – № 4. – P. 227–233.
6. Jendryczko A., Drozd M. Late sequelae of small doses of ionizing radiation in humans // Wiad. Lek. – 1999. – Vol. 42. – №12. – P. 815–819.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПРИЗЫВНИКОВ, КОТОРЫЕ ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮТ НА КОНТРОЛИРУЕМЫХ ТЕРРИТОРИЯХ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Т.К. Набухотный, Т.С. Макиенко, В.П. Павлюк, Г.П. Мосиенко (Київ)

Представлены показатели здоровья призывников в Вооруженные силы Украины, постоянно проживающих на загрязненных радионуклидами территориях Винницкой и Житомирской областей вследствие аварии на Чернобыльской АЭС. Наибольшая заболеваемость имела место по классу заболеваний органов дыхания и заболеваний эндокринной системы. Выявлено, что радиационное облучение в малых дозах предопределяет субклиническое влияние на состояние здоровья подростков. Это проявляется повышением заболеваемости, дисгармонией физического развития, морфо-функциональными изменениями системы тиреостата и периферической крови.

HEALTH STATUS OF PERSONS CALLED UP FOR MILITARY SERVICE WHO LIVE IN CONTROLLED TERRITORIES IN CONSEQUENCE OF CHORNOBYL ACCIDENT

T.K. Nabukhotny, T.S. Makienko, V.P. Pavlyuk, G.P. Mosienko (Kyiv)

Data concerning health status of persons called up for military service in Ukraine who live in radionucleotides polluted territories (Vinnytsia and Zhytomyr regions) after Chornobyl accident. The greatest incidence of morbidity is registered in the classes of respiration tract and endocrine system diseases. Euthyroid goiter was the most frequent pathology of thyroid gland in males of 16-18 years old. It is manifested in morbidity level increase, disharmony of physical development, morphofunctional changes of thyreostatis and peripheral blood.

УДК 312.6:358

А.С. КОТУЗА

ОСОБЛИВОСТІ Й ТЕНДЕНЦІЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ДИСКВАЛІФІКАЦІЯ ЛЬОТНОГО СКЛАДУ ВІЙСЬКОВО-ПОВІТРЯНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Українська військово-медична академія

Професійна діяльність льотного складу ВПС здійснюється в умовах дії комплексу несприятливих фізичних, хімічних факторів польоту та зовнішнього середовища. Після 35 років 70-80% льотчиків діагностують порушення провідності та трофіки серцевого м'язу, хронічні захворювання хребта, хвороби нирок та психічні розлади, які мають схильність до швидкого прогресування. За даними ряду авторів спостерігається лінійна залежність рівня хронічних захворювань від тривалості та інтенсивності льотної діяльності [3].

Для успішного виконання польотів на бойових літаках льотчики ВПС повинні володіти високими фізичними якостями та відмінним професійним здоров'ям. За спостереженнями спеціалістів відновлення ряду психофізіологічних показників організму військового льотчика відбувається лише на 3-4 день після виконання польотів. Тривалий вплив на льотчиків негативних чинників, пов'язаних з професійною діяльністю, їх соціально-економічна незахищеність сприяють ранньому виникненню і швидкому прогресуванню ряду психосоматичних захворювань, які суттєво відбиваються на ефективності льотної діяльності і є вагомою підставою для прийняття Лікарсько-льотною комісією рішення про дискваліфікацію пілотів.

За даними досліджень, середній вік льотчиків, які були дискваліфіковані у 2000 р. за станом здоров'я, становив 37,8 років, а тривалість професійної діяльності в середньому дорівнювала 15,4 рокам. В переважній більшості дискваліфікувалися пілоти 1-го та 2-го класів. Таким чином, пенсійний вік льотчиків ВПС значною мірою зумовлений хронічними захворюваннями, які знижують їх професійну активність та соціальний статус [1].

Аналіз матеріалів, що в динаміці відображають рівень і структуру захворюваності за ряд років, дає змогу розробити цілеспрямовані програми, необхідні при плануванні розвитку мережі реабілітаційних та лікувально-профілактичних закладів, а також з метою підготовки висококваліфі-

кованих медичних фахівців, тобто заходів спрямованих на зміцнення здоров'я досліджуваного контингенту людей.

Метою даного дослідження був аналіз динаміки показників захворюваності льотного складу ВПС України в період з 1992 до 2000 р., визначення найбільш поширених класів хвороб, які є головною причиною дискваліфікації льотного складу ВПС України. Показники захворюваності є одним з найбільш інформативних критеріїв діяльності медичної служби, ефективності проведення реабілітаційних, профілактичних, лікувальних та соціальних заходів, спрямованих на збереження здоров'я військових льотчиків [2].

Вивчаючи поширеність тих чи інших захворювань серед льотного складу ВПС України було встановлено зростання: частоти вперше виявлених захворювань, захворюваності за більшістю класів хвороб, частоти переходу гострих форм захворювань у хронічні.

Отримані дані щодо поширеності захворювань серед льотного складу ВПС України, свідчать, що в 2000 р. на 1000 осіб льотного складу було - 448 11,7 випадків захворювань, у тому числі 33,9 4,3 з них встановлено вперше (в 1992 р. аналогічні показники відповідно становили 340,5 6,7 та 27,1 2,2).

В структурі первинної захворюваності 2000 р., перше місце займають хвороби системи кровообігу - 50,8% (17,2 3,1‰), друге - хвороби нервової системи - 16,4% (5,6 1,8‰), на третьому місці знаходяться травми та отруєння - 9,8% (3,3 1,4‰), а четверте й п'яте місця зайняли хвороби сечостатевої системи - 8,2% (2,8 1,2‰) та хвороби органів травлення - 6,6% (2,2 1,1‰). Частка інших класів хвороб складала 8,2% (2,8 1,2‰) (рис. 1).

Дані про поширеність захворювань серед льотного складу наведені в табл. 1.

Наведені дані свідчать про стійке зростання рівня захворюваності льотного складу ВПС. В 2000 р. Порівняно з 1992 р. збільшилася кількість захворювань системи кровообігу на 27,4%, а хвороб



Рис. 1. Структура первинної захворюваності льотного складу ВПС України в 2000 році, %

кістково-м'язової системи і сполучної тканини та органів травлення - в три рази. Зростання показника рівня захворюваності по вищезазначеним класам хвороб, свідчить не лише про погіршення здоров'я льотного складу, а й про неспроможність існуючих реабілітаційних та лікувально-профілактичних заходів упередити виникнення чи сповільнити перебіг психосоматичних захворювань. Водночас, ці дані свідчать про належний контроль медичної служби ВПС за здоров'ям льотного складу і високий рівень діагностики захворювань.

Проте, слід зауважити, що головним завданням медичної служби є профілактична та реабілітаційна діяльність, спрямована на відновлення і зміцнення резервних можливостей організму льотчиків з метою упередження чи сповільнення перебігу уже виявленого захворювання, а не тільки встановлення діагнозу.

Отримані нами дані дозволяють зробити висновки про актуальність оптимізації системи ме-

Таблиця 1. Динаміка рівня поширеності захворювань льотного складу ВПС України за класами хвороб в період з 1992 по 2000 рр., %, (М т)

Класи хвороб (МКХ-10)	Р о к и					Середній показник
	1992	1994	1996	1998	2000	
Хвороби системи кровообігу (IX)	119,5 ±4,6	132,3 ±5,7	109,9 ±5,7	128,8 ±6,9	152,9 ±8,5	122 ±1,9
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (XIII)	35,1 ±2,6	51,4 ±3,7	52,6 ±4,1	66,8 ±5,1	98,4 ±7	58,2 ±1,3
Хвороби вуха та соскоподібного відростка (VIII)	22,2 ±2,1	17,8 ±2,2	14,7 ±2,2	14,4 ±2,4	28,3 ±3,9	19 ±0,8
Хвороби нервової системи (VI)	25,4 ±2,2	13,8 ±2	9 ±1,7	17,3 ±2,7	17,8 ±3,1	14 ±0,7
Хвороби ока та його придаткового апарату (VII)	33,1 ±2,4	44,1 ±3,5	42,6 ±3,7	29,1 ±3,5	17,2 ±3,1	34,3 ±1,1
Хвороби органів травлення (XI)	5,4 ±1	7,1 ±1,4	10 ±1,8	8 ±1,8	16,7 ±3	8,1 ±0,5
Хвороби сечостатевої системи (XIV)	2,4 ±0,7	5,4 ±1,1	3,7 ±1,1	1,7 ±0,8	3,3 ±1,4	2,9 ±0,3
Інші класи	97,5 ±4,2	131,4 ±5,7	123,9 ±6	111,1 ±6,5	112,8 ±7,5	112,7 ±1,8
Всього	340,5 ±6,7	403,3 ±8,2	366,4 ±8,8	377 ±10	448 ±11,7	366 ±2,8

дичного забезпечення польотів льотного складу ВПС, в зв'язку з неспроможністю нинішньої медичної служби забезпечити зниження рівня захворювань системи кровообігу, кістково-м'язової системи та сполучної тканини і хвороб органів травлення.

Аналіз структури поширеності загальної захворюваності серед льотного складу, дав такі результати (табл. 2).

На сьогоднішній день домінуюче місце в структурі поширеності захворювань льотного складу належить хворобам системи кровообігу, кістково-м'язової системи, хворобам вуха та со-

скоподібного відростка. Вказані класи хвороб у 2000 р. відповідно склали 34,2%, 22 та 6,3% (в цілому - 62,5%), інші класи хвороб -37,5% (рис. 2).

Загальний показник рівня дискваліфікації льотного складу ВПС України в 2000 р. становив 42,1 4,6%. Дані про динаміку рівня дискваліфікації льотного складу за класами хвороб подані в табл. 3.

З наведених даних видно, що більша частина рівня дискваліфікації льотного складу за класами хвороб у 2000 р. належить хворобам кістково-м'язової системи та сполучної тканини - 18,6+

Таблиця 2. Динаміка структури поширеності захворювань серед льотного складу ВПС України в період з 1992 по 2000 рр., %, (М т)

Класи хвороб (МКХ-10)	Р о к и					Середній показник
	1992	1994	1996	1998	2000	
Хвороби системи кровообігу (IX)	35,1 ±1,2	32,8 ±1,2	30 ±1,4	34,2 ±1,6	34,2 ±1,7	33,3 ±0,5
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (XIII)	10,3 ±0,7	12,8 ±0,9	14,4 ±1,1	17,6 ±1,3	22 ±1,5	14,4 ±0,3
Хвороби вуха та соскоподібного відростка (VIII)	6,5 ±0,6	4,4 ±0,5	4 ±0,6	3,8 ±0,6	6,3 ±0,9	5,2 ±0,2
Хвороби нервової системи (VI)	7,5 ±0,6	3,4 ±0,5	2,5 ±0,5	4,6 ±0,7	4 ±0,7	3,8 ±0,2
Хвороби ока та його придаткового апарату (VII)	9,7 ±0,7	10,9 ±1,7	11,6 ±1	7,7 ±0,9	3,9 ±1,4	9,4 ±0,3
Хвороби органів травлення (XI)	1,6 ±0,3	1,9 ±0,8	2,7 ±0,9	2,1 ±0,5	3,9 ±0,7	2,2 ±0,3
Інші класи хвороб	29,3 ±1,1	33,9 ±1,2	34,8 ±1,4	29,9 ±1,5	25,9 ±1,5	31,6 ±0,4
Всього	100	100	100	100	100	100

3,1‰, хворобам системи кровообігу - 13,8±2,7 та хворобам органів травлення - 3,7±1,4‰. В структурі дискваліфікації льотного складу за класами хвороб в 2000 р. вказані три класи склали відповідно 45,5%, 33,8 та 6,5%, а в 1992 р. ці показники становили 33,5%, 43,9 та 6,7% (рис. 3).

Підсумовуючи сказане можна стверджувати, що сформувався несприятлива тенденція погіршення стану здоров'я льотного складу ВПС України, в зв'язку з чим зростає частка осіб льотного складу з парціальною недостатністю в стані здоров'я (II група здоров'я), яка в 2000 р. складала 44,7 1,2%. Водночас, рівень загальної захворюваності (без урахування класу інфекційних та паразитарних хвороб) льотного складу зріс до 448 11,7‰, що становить найвищий показник за період з 1992 до 2000 р. В структурі первинної захворюваності перші два місця посідають хвороби системи кровообігу та нерво-



Рис. 2. Структура поширеності захворювань серед льотного складу ВПС України в 2000 р., %

Таблиця 3. Динаміка рівня дискваліфікації льотного складу ВПС в період з 1992 по 2000 рр. за класами хвороб, %, (М т)

Класи хвороб (МКХ-10)	Р о к и					Середній показник
	1992	1994	1996	1998	2000	
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (XIII)	10,6 ±1,4	21,9 ±2,4	20,9 ±2,5	44,6 ±4,1	18,6 ± 3,1	23,2 ± 1,2
Хвороби системи кровообігу (IX)	13,8 ±0,6	13,1 ±1,9	7,6 ±1,5	15,1 ±2,4	11,2 ±2,4	13,0 ± 0,9
Хвороби органів травлення (XI)	2,1 ±0,4	1,6 ±0,7	3,5 ±1,1	6,2 ±1,5	2,7 ±1,2	3,4 ± 0,5
Хвороби нервової системи (VI)	1,3 ±0,5	4,3 ±1,1	3,8 ±0,8	4,7 ±1,3	2,7 ±1,2	2,5 ± 0,4
Інші класи хвороб	3,7 ±0,9	14,1 ±1,9	12,1 ±2	11,2 ±2,1	6,9 ±1,8	9,6 ± 0,8
Всього	31,5 ±2,4	55,0 ±3,7	47,9 ±3,8	81,8 ±5,4	42,1 ±4,6	51,7 ±1,7

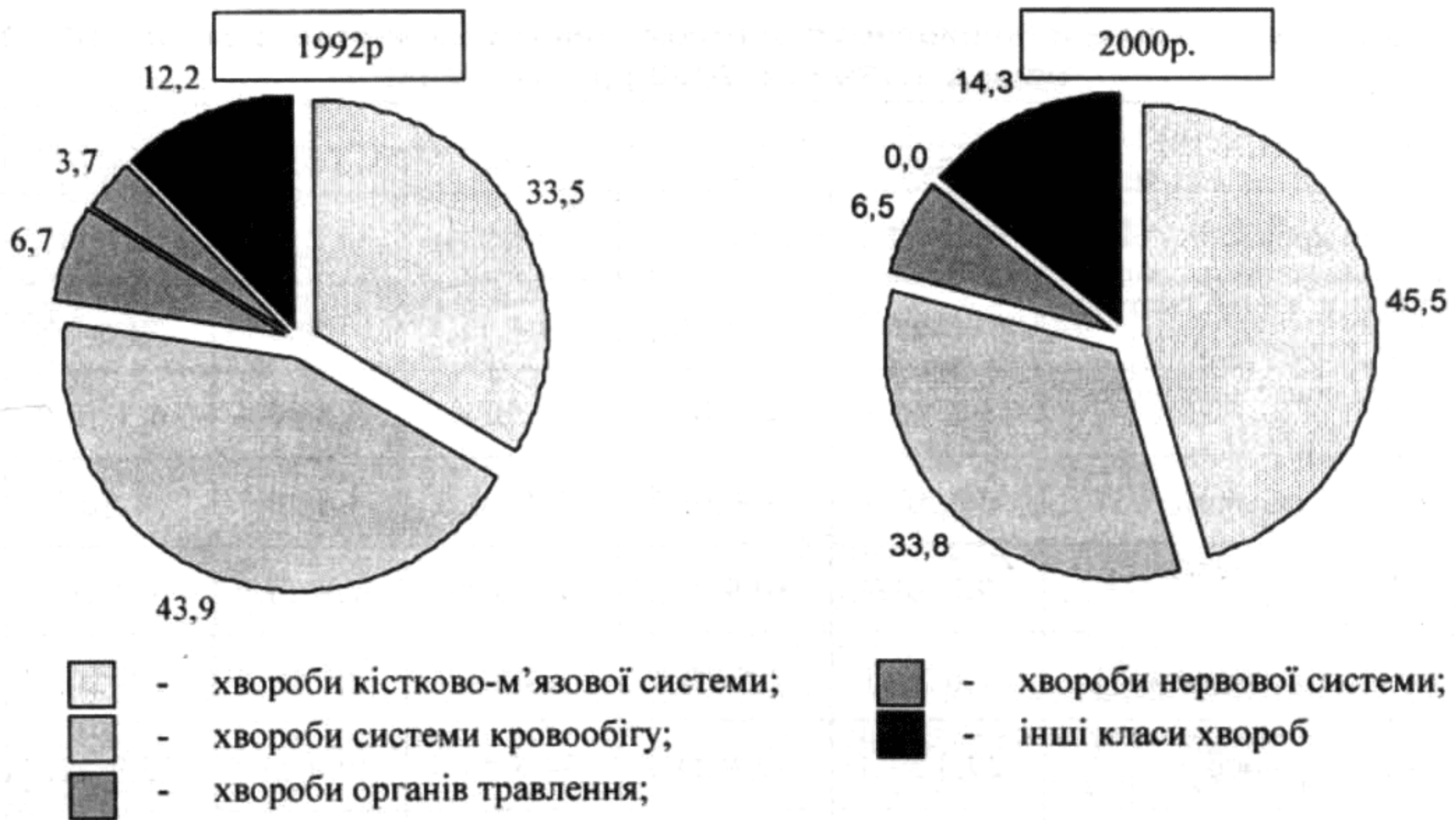


Рис. 3. Структура дискваліфікації льотного складу ВПС України за класами хвороб в 1992 та 2000 рр., %

вої системи, які відповідно складають 50,8 та 16,4%.

В 2000 р. рівень дискваліфікації складав $42,1 \pm 4,6\%$ і був в основному зумовлений хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини, хворобами системи кровообігу і органів травлення, який відповідно становив $18,6 \pm 3,1$, $13,8 \pm 2,7$ та $3,7 \pm 1,4\%$. Вказані три класи хвороб займали в структурі причин дискваліфікації льотного складу ВПС України відповідно 45,5%, 33,8 та 6,5%. В 2000 р. за рішенням Лікарсько-льотної комісії з приводу захворювань системи кровообігу дискваліфікувався кожний 10-й льотчик, кістково-м'язової системи та сполучної тканини - кожний 5-й, органів травлення - кожний 4-й льотчик із загальної кількості льотного складу ВПС рішенням.

Таким чином можна констатувати, що існуюча система медичного забезпечення льотного скла-

ду ВПС не в змозі зберегти та зміцнити здоров'я льотного складу, свідченням чого є зростання: частки осіб з парціальною недостатністю здоров'я, первинної та загальної захворюваності, дискваліфікації льотного складу за медичними показаннями. Вищенаведені дані вимагають створення системи відновлювальної медицини, головними завданнями якої будуть профілактика, корекція та реабілітація льотного складу ВПС. Ця проблема повинна вирішуватися на державному рівні.

Однак покращити стан здоров'я льотного складу лише медичними заходами неможливо. Тому, на нашу думку, потрібно створити якісно нову систему соціально-економічного забезпечення льотного складу ВПС, сформувавши законодавчу базу, яка вимагає нести індивідуальну відповідальність льотчика за власний рівень професійного здоров'я та нездоровий спосіб життя.

Список літератури

1. В.В Лапа. Человеческий фактор и его значение в системе организации боевой подготовки и безопасности полётов // Материалы науч.-практ. конф. "Актуальные проблемы психо-физиологического обеспечения учебно-боевой деятельности личного состава Вооружённых Сил.- М., 1997. - С. 3-13.
2. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Підручник / Під ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. - С. 95-161.
3. Ступаков Г.П. Проблемы безопасности полётов и эффективности деятельности авиационных специалистов // Медицина труда и пром. экология. - 1995. - №3. - С. 2-6.

ОСОБЕННОСТИ И ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ДИСКВАЛИФИКАЦИИ ЛЁТНОГО СОСТАВА ВОЕННО-ВОЗДУШНЫХ СИЛ УКРАИНЫ

А.С. Котуза (Киев)

Освещены особенности и тенденции заболеваемости и дисквалификации лётного состава Военно-воздушных сил Украины по данным официальной статистической отчётности за 1992-2000 гг.

Сделан вывод о целесообразности пересмотра существующей системы организации медицинского обеспечения лётного состава Военно-воздушных сил Украины.

PECULIARITIES AND TENDENCIES OF MORBIDITY AND DISQUALIFICATION AMONG THE FLYING STAFF OF UKRAINIAN MILITARY AIR FORCES

A.S Kotuza (Kyiv)

Peculiarities and tendencies for morbidity and disqualification among flying staff of Ukrainian military air forces have been highlighted according to the official statistic reports data for 1992-2000.

The conclusion has been made as for the expedience of reconsideration of the existing medical provision organization system for flying staff of Ukrainian military air forces.

УДК 616-053. 36-02:613.953.11

О.Є. ФЕДОРЦІВ, У.М. ЦІДИЛКО, Т.О. ВОРОНЦОВА

ВПЛИВ ПОШИРЕНОСТІ ТА ТРИВАЛОСТІ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Державна медична академія імені І.Я. Горбачевського

Грудне молоко є не тільки ідеальним нутрієнтом, який повністю відповідає фізіологічним потребам дитини, але й забезпечує її гармонійний фізичний та нервово-психічний розвиток, покращує адаптацію до позаутробного життя, сприяє зниженню гострої і хронічної захворюваності не тільки в ранньому дитинстві, але й в наступних вікових періодах [1, 2, 6].

Підвищення інтересу до грудного вигодовування в останні роки пов'язане з одного боку з поглибленим вивченням імунопротективних та імуностимулюючих властивостей грудного молока, з другого — з підвищенням антропогенного забруднення, із зростанням інфекційної і алергічної захворюваності дітей, зниженням тривалості лактації матерів і невиправданим поширенням

штучного вигодовування [3, 5]. По-третє, вплив недостатнього або незбалансованого харчування на організм може бути зіставлений з дією генетичних, активних хімічних чи інфекційних чинників, оскільки нутрієнтна недостатність призводить до включення в тканини плода і дитини інших, відносно близьких за механізмом всмоктування і метаболізму хімічних сполук, в тому числі і екотоксикантів [3].

Не можна не зважати і на той факт, що проблеми харчування завжди потенційно більш керовані, ніж генетичний, токсикологічний і навіть інфекційний моніторинг.

Матеріали і методи Ретроспективно проаналізовано історії хвороби 105 дітей першого року життя, які знаходились на стаціонарному

лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні, в ході якого проводилось поглиблене клініко-лабораторне та інструментальне обстеження.

За частотою звертань у клініку виділено 3 групи дітей. Першу групу склало 28 малюків, які захворіли вперше. В другу групу увійшли 43 епізодично хворіючих дітей (ЕХД), у третю — 34 часто хворіючих дітей (ЧХД), які хворіли 4 і більше разів на рік.

Результати дослідження та їх обговорення Проведене нами багатофакторне дослідження поширеності грудного вигодовування, як одного з найважливіших чинників, який забезпечує гармонійний розвиток і здоров'я дитини, виявило необгрунтовано низьке охоплення ним всіх обстежуваних (25,7%). Зокрема, в першій групі грудне молоко отримували 32,1%, в другій — 25,6%, а в третій — лише 20,6% малюків.

Некерованими з боку медичних працівників причинами переведення дітей на раннє штучне та змішане вигодовування у всіх групах можна вважати матеріальну скруту (42,3%), погані житлові умови (14,1%), незадовільну якість харчування матері під час вагітності (39,7%) та лактації (11,5%), несприятливий мікроклімат в сім'ї (16,7%), ранній вихід на роботу (8,9%). Несправжню гіпогалактію (29,5%), недостатню поінформованість вагітних (39,7%) і матерів (12,8%) про переваги та техніку грудного вигодовування, пізні прикладання дітей до грудей в пологовому будинку (55,1%), низьку якість допологового (34,6%) та післяпологового патронажу (8,9%), регламентований режим вигодовування у перші місяці життя (37,2%) можна розглядати як керовані медико-організаційні чинники, усунення яких не потребує затрат і є цілком можливим навіть в сучасних умовах обмеженого фінансування медицини.

У більшості малюків діагностовано гострі захворювання органів дихання, зокрема, пневмонію (48,7%), бронхіт (9,5%), респіраторно-вірусну інфекцію (55,1%). Друге місце в структурі захворюваності посідала патологія шлунково-кишкового тракту: вроджені (8,6%) та набуті (26,7%) ферментопатії, діареї, викликані умовно-патогенною (39,5%) та патогенною (60,7%) флорою. Серед інших слід зазначити ураження сечовидільної (7,6%) та нервової (31,4%) систем, алергічні захворювання (12,4%).

В ході дослідження встановлено, що частота природнього вигодовування серед дітей, які захворіли вперше, була в 1,6 рази вищою, ніж серед ЧХД (відповідно 32,1% проти 20,6%). Поряд з цим, розповсюдженість штучного вигодовування серед ЧХД була в 2,3 рази вищою, ніж грудного. Частота природнього та змішаного вигодовування серед ЕХД порівняно з першою

групою майже не відрізнялася, а штучного була в 1,5 рази вищою.

Беручи до уваги те, що значну частину обстежених складають ЕХД, ми вважали за доцільне вивчити взаємозв'язок кратності захворювань у цієї групи дітей з характером вигодовування. На сьогодні було б помилково розглядати грудне молоко як виключно нутрієнтне та енергетичне джерело, оскільки воно містить широкий комплекс регулюючих та інформаційних носіїв — гормонів, біологічно активних речовин і стимуляторів диференціювання окремих органів та систем, факторів імунного захисту і толерантності. Надзвичайно важливою в природньому вигодовуванні є унікальна система психологічного та соціального імпринтингу в процесі годування грудьми, а також специфічний механізм смоктального зусилля і напруження [3, 4].

Серед ЕХД двічі протягом року хворіли 53,5% дітей, 3 рази — 46,5% пацієнтів. Частота грудного вигодовування (30,4%) при дворазовому захворюванні була в 1,2 рази вищою, ніж штучного (26,1%), тоді як при трьохразовому захворюванні значно частіше, в 2,5 рази, зустрічалось штучне вигодовування (50% проти 20%, що засвідчує пряму залежність імунологічної резистентності дитячого організму від охоплення малюків грудним вигодовуванням та його тривалості.

Серед дітей I групи грудне молоко до 3-місячного віку отримували 77,8%, у другій групі — 54,5%, а в третій — лише 28,5%, що пояснює найвищу захворюваність серед цих пацієнтів.

На превеликий жаль, лише 31,4% матерів при переведенні на змішане чи штучне вигодовування користувались адаптованими сумішами. Переважна ж більшість (68,6%) годували дітей коров'ячим молоком та його розведеннями. До того ж виявлено значні погрішності у введенні фізіологічних додатків та пригодовувань. Більшість дітей отримували їх значно раніше або, навпаки, пізніше встановленого терміну, у послідовності, кількості та кратності невідповідній до віку дитини.

Дітям властива велика адаптивна пластичність і здатність до швидкого й ефективного "пристосування". Цим можна пояснити, на перший погляд, "спокійну" реакцію дітей на догодовування простими молочними сумішами або раннє введення пригодовувань, особливо на основі глютенвмісних злакових. Не менш небезпечним є запізніле введення овочевого та м'ясного пюре.

Несвоєчасне виникнення функції, обумовлене вимушеною адаптацією, з одного боку, призводить до відставання в інших напрямках росту і диференціювання, обумовлюючи гетерохронії розвитку, а, з іншого, викликає кінцеву неповноцінність цієї функції, яка була індукована афізіологічно [4].

Аналіз характеру вигодовування у дітей першого року життя, хворих на гостру пневмонію, показав взаємозв'язок між тяжкістю хвороби та забезпеченістю малюків грудним молоком. Частота штучного вигодовування при ускладненій пневмонії в 4,2 рази вища, ніж при неускладненій. Раннє штучне вигодовування нерідко призводить до розвитку аліментарнозалежних захворювань. Серед епізодично та дітей, які хворіють, значно частіше, ніж в першій групі, виявлено рахіт, хронічні розлади живлення, залізодефіцитну анемію, алергічні захворювання.

Таким чином, проведений аналіз показав, що відсутність або зниження лактаційного імунітету

сприяє виникненню гострих, хронічних та аліментарнозалежних захворювань.

Вигодовування дітей першого року життя характеризується необґрунтовано пізнім прикладанням немовлят до грудей, низькою поінформованістю вагітних про переваги грудного молока, годуванням дітей навіть в перші місяці життя за режимом, несвоєчасним введенням фізіологічних пригодовувань і факторів харчування, що й обумовило зменшення поширеності та тривалості грудного вигодовування в регіоні. Часте використання коров'ячого молока як замітника грудного в харчуванні дітей сприяє розвитку залізодефіцитних станів, зниженню імунологічної реактивності, росту сенсibiliзації до харчових алергенів.

Список літератури

1. Алперович Д.В., Кесельман Е.В., Шепелев А.П. Взаимоотношение неспецифических противомикробных факторов в молоке// Сб. микробиологии, эпидемиологии, иммунологии.- 1994.- № 3.- С 120-128.
2. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения/ Кормление детей первого года жизни: физиологические основы// ВОЗ: Женева, 1982.-120 с.
3. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Актуальные проблемы естественного вскармливания// Педиатрия.- 1997.-№ 1.- С.38-41
4. Воронцов И.М. Педиатрические аспекты пищевого обеспечения женщин при подготовке к беременности и при ее врачебном мониторинге // Педиатрия. - 1999. - №5. - С. 87-90.
5. Джеймс В. Хансен. Современные аспекты вскармливания детей раннего возраста// Педиатрия. - 1997. - №1. - С. 57-60.
6. Отт В.Д., Марушко Т.Л. Иммунобиологическая роль женского молозива и молока// Педиатрия.- 1985. - №10. - С. 72-75.
7. American Academy Paediatrics, Committee on nutrition. Pediatrics. - 1983. - Vol.72. - P. 253-255.
8. Nutritional Needs of the Preterm Infant. Scientific Basis and Practical Guidelines/ Tsang R.C., Lucas A., Uauy R. et al. - Baltimor., 1993. - P. 288.

ВЛИЯНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

О.Є. Федорців, У.М. Цидилко, Т.А. Воронцова

Проанализировано распространенность и длительность грудного вскармливания среди 105 младенцев первого года жизни, которые находились на стационарном лечении в областной детской клинической больнице. Обнаружено недопустимо низкую распространенность (25,7%) его среди исследуемых, часто в сочетании с грубыми нарушениями основных принципов диететики. Установлено зависимость здоровья детей от характера питания: младенцы на искусственном и смешанном вскармливании болеют чаще и дольше, чем на естественном.

THE CONNECTION OF ILLNESS OF THE FIRST-YEAR CHILDREN WITH THE DURATION OF THE NATURAL BREEDING

O.E. Fedortsiv, Y.M. Tsidylko, T.O. Vorontsova

The subject of the investigation is duration of natural breeding of the 105 children of the first year, who were on treatment in the regional hospital. We found correlation of illness with the kind of breeding. Children on natural breeding have illness more rare than children on artificial breeding. 25.7% of children had rude mistakes on breeding.

Т.С. ГРУЗЄВА (Київ)

МЕТОДОЛОГІЯ ТА ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОГО ПОГЛИБЛЕНОГО ВИВЧЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ЗА ДАНИМИ ЗВЕРТАНЬ В ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ УСТАНОВИ

Український інститут громадського здоров'я

Захворюваність є важливою характеристикою здоров'я населення. Це об'єктивне масове явище виникнення і поширення патології серед населення в результаті взаємодії теперішніх і попередніх поколінь людей з навколишнім середовищем, яке проявляється в різних формах у конкретних умовах існування суспільства. Показники захворюваності та поширеності хвороб серед населення разом з медико-демографічними характеристиками, даними про фізичний розвиток та функціональний стан дозволяють отримати вірогідну комплексну оцінку стану здоров'я нації [1,2].

При вивченні захворюваності важливе значення має вибір методики, джерел вихідних даних, визначення періодичності і тривалості спостережень. Велику роль відіграють доступність інформації, можливість забезпечення ефективного її збору і обробки, терміновість одержання результатів [3,4].

В Україні налагоджена система постійного збору інформації про захворюваність за даними поточної статистики лікувально-профілактичних закладів. Вона дає змогу постійно стежити за частотою та структурою захворювань населення за звертаннями в лікувально-профілактичні заклади. Така інформація дозволяє постійно відслідковувати динаміку частоти захворювань, структуру захворюваності окремих територіальних груп населення. Разом з тим, мала диференціація статистичних даних про захворюваність за нозологічними формами, статтю, віком, іншими ознаками не дозволяє встановити причинність явищ, які вивчаються, є недостатньою для розробки наукового прогнозу. У зв'язку з цим особливої актуальності набувають спеціальні вибіркові поглиблені дослідження стану здоров'я населення. Такі дослідження приурочують до переписів населення і планують як загальнодержавні заходи. Обов'язковою складовою програми вивчення здоров'я населення у зв'язку з пе-

реписом є програма вивчення захворюваності за даними звертань в лікувально-профілактичні установи.

Враховуючи унікальну можливість та нагальну необхідність отримання вірогідної різнопланової інформації про стан здоров'я окремих контингентів населення, у тому числі тенденції медико-демографічних характеристик захворюваності, поширеності хвороб, інвалідності, про фактичні та необхідні обсяги медичної допомоги на первинному, вторинному та третинному рівнях її надання, Міністерство охорони здоров'я України і Український інститут громадського здоров'я виступили з ініціативою про проведення поглибленого вибіркового вивчення здоров'я у зв'язку з переписом.

Згідно з дорученням Кабінету Міністрів України було підготовлено проект постанови Кабінету Міністрів України «Про проведення вибіркового комплексного вивчення стану здоров'я населення України, приуроченого до Всеукраїнського перепису населення 2001 року». Українським інститутом громадського здоров'я розроблено методологію дослідження, у тому числі програму і методику вивчення захворюваності населення за звертаннями в медичні заклади, здійснено її експертну оцінку, підготовлено інструктивно-методичні документи, які будуть забезпечувати організацію і проведення дослідження (спеціальні карти, переліки, кодифікатори, інструкції).

Основною метою вивчення захворюваності населення за матеріалами звертань у лікувально-профілактичні установи є:

- отримання статеві-вікових характеристик захворюваності;
- виявлення місцевих особливостей рівнів і структури захворюваності, проблемних ситуацій в стані здоров'я населення;
- встановлення динамічних зрушень основних показників захворюваності порівняно з відпо-

відними даними 1989 р., для тих територій, де проводилося вивчення здоров'я, приурочене до попереднього перепису населення;

- дослідження особливостей фізичного розвитку населення;

- визначення характеристики фактичних обсягів медичної допомоги населення, що включає показники відвідуваності, госпіталізації, структури обстежень, рекомендації тощо.

У ході дослідження будуть отримані характеристики загальної захворюваності, в інтенсивному та екстенсивному виразі, у розрізі типу патології (основне захворювання, супутнє, ускладнення), характеру перебігу (гостре, хронічне відоме раніше чи вперше виявлене, загострення хронічного захворювання). Проведене дослідження дозволить виявити також показники тривалості перебігу різних нозологічних форм патології і інші характеристики.

Усі перераховані вище показники можуть бути отримані в розрізі будь-якої вікової групи. Проте основними групами за віком стануть наступні: 0–4, 5–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60 і старше.

Збір матеріалу здійснюватиметься за єдиною програмою з дотриманням єдиних методичних вимог співробітниками спеціально організованих груп з вивчення здоров'я населення, які пройшли відповідну підготовку.

Поглиблене вивчення захворюваності населення за даними звертань базуватиметься на наступних методичних принципах: вибірковий метод дослідження, випадковий тип добору і традиції відбору діагнозів для обчислення показників загальної захворюваності.

Джерелами інформації стануть офіційна статистична інформація та первинна облікова документація лікувально-профілактичних установ. Програмою передбачено викопіювання інформації з первинної облікової документації за один рік. Дослідження проводитиметься на базових територіях, які є представницькими для різних регіонів України. Вибіркова сукупність на кожній базовій території становитиме 25 тис. міського і 25 тис. сільського населення. Розподіл вибіркової сукупностей на території України здійснено з урахуванням соціально-економічного розвитку регіонів і забезпечує представництво різних типів поселень, етнічні і інші особливості, які репрезентативно відобразять специфіку стану здоров'я населення. Для проведення дослідження були відібрані Вінницька область з центрального регіону, Рівненська – з західного, Донецька та Луганська з південно-східного, Одеська та Миколаївська – з південного, м.Київ – як столиця, Овруцький район Житомирської області – як територія, що зазнала радіоактивного забруднен-

ня. Така вибірка забезпечить можливість отримання співставних даних за окремими територіями з результатами попередніх досліджень і визначити регіональні особливості стану здоров'я населення України.

Персональний облік дорослого населення буде проводитися за списками виборців, дитячого населення і підлітків – за відповідною документацією лікувально-профілактичних установ з наступним уточненням за даними перепису населення. Відбір населення здійснюватиметься методом випадкової вибірки за першою буквою прізвища. Початкова буква прізвища для формування вибіркової сукупності визначатиметься у відповідності до структури їх розподілу і чисельності населення конкретної території. На кожну особу старше 18 років, яка увійшла у вибірку сукупність, буде заповнена «Карта поособового обліку». Інформація вводиться в ЕОМ, де кожній особі буде присвоєно відповідний системний номер. Буде сформовано таблицю «персон» з номерами та паспортними даними, при цьому прізвища будуть розташовані в алфавітному порядку. Ідентифікаційний шестизначний номер буде внесено в поточному порядку на кожен заповнений на дану особу документ («Карта звертань»). На кожну дитину і підлітка, що знаходяться на обліку у відповідних поліклініках, буде заповнено «Карту звертань» незалежно від того чи було звернення в період спостереження, чи ні. Паспортна частина «Карти звертань» заповнюється з «Історії розвитку дитини» (ф.112/о) або «Медичної карти амбулаторного хворого» (ф.025/0). Для заповнення «Карти поособового обліку» розроблено спеціальну інструкцію.

На всіх осіб, що включені в вибірку сукупність збирається інформація про всі звернення як з приводу захворювань, так і будь-яких інших контактів (отримання медичних довідок, медичні огляди, нормальна вагітність і т. ін.) у всі лікувально-профілактичні установи, а також в установи соціального забезпечення і інших відомств, де здійснюється автономне медичне обслуговування та має місце самостійна реєстратура. Перед початком роботи складається перелік таких установ.

Основна інформація буде отримана в амбулаторно-поліклінічних установах з «Медичної карти амбулаторного хворого» (ф.25/о).

В реєстратурах амбулаторно-поліклінічних установ до початку роботи підбираються всі амбулаторні карти на відібрану частку населення для перевірки якості реєстрації в них даних, що потрібні для вивчення захворюваності, і при необхідності відповідної корекції (дата народження, адреса, дата реєстрації захворювань, зак-

лючний діагноз, захворювання відоме раніше чи виявлене в році спостереження). Із архіву відбираються необхідні карти на померлих, осіб, які вибули, або тих, які давно не зверталися до лікаря.

У тому випадку, коли в карті немає відміток про відвідування пацієнтом лікаря у рік спостереження, вони після їх перевірки повертаються на місце. Повнота і вірогідність даних про захворюваність забезпечуються організацією місцевими органами охорони здоров'я систематичного контролю якості діагностики і правильності ведення медичної документації.

Всі особи, що мають «Медичну карту амбулаторного хворого» незалежно від того, чи були звертання в році спостереження чи ні, відмічаються в «таблиці персон». Це буде підтвердженням того, що дана особа пройшла облік. На тих осіб, на яких немає «Медичної карти амбулаторного хворого», але вони є в «таблиці персон», в дільничній службі уточнюватимуться дані про їх проживання.

Викопіювання інформації на «Карту звертань» у відповідності до інструкції забезпечуватиметься спеціально підготовленим середнім медичним персоналом під контролем лікаря

Викопіювання даних проводитиметься ретроспективно за один рік (2001) на початку 2002 р.

Реєструватимуться всі випадки захворювань і звертань протягом року з 1 січня по 31 грудня. Ті випадки гострих захворювань чи загострення хронічних, які мали початок в попередньому році (2000), а закінчилися в 2001 р., – обліку не підлягають. Ті захворювання, що почалися в 2001 році і продовжуватимуться в наступному 2002 році, підлягатимуть реєстрації. При викопіюванні даних про захворюваність враховуватимуться лише уточнені заключні діагнози.

Проміжок між одним і тим же гострим захворюванням чи загостренням хронічних захворювань повинен складати не менше одного місяця. Тому у випадках, коли проміжок між початком захворювань однієї і тієї ж нозологічної форми буде меншим, ніж 30 днів, визначатиметься не два випадки хвороби, а один.

При вивченні захворювання за звертаннями братимуться до уваги також дані про медичні огляди. Діагнози, що виявлені у пацієнтів, враховуватимуться для розрахунку показників захворюваності за загальноприйнятими правилами. Тривалість хвороби в даних випадках не визначатиметься і дата першого звернення з приводу захворювання буде співпадати з датою останнього відвідування.

Проводитиметься також облік даних про госпіталізацію населення безпосередньо з «Медичних карт стаціонарного хворого» (ф.003-/о),

«Історії пологів» (ф.096-/о) тощо, які зберігаються в архівах лікарень і повинні бути попередньо підготовлені для викопіювання інформації з них на «Карти звертань».

При цьому слід враховувати, що в стаціонарі одна і та ж особа може знаходитися декілька разів і в даному випадку буде заповнено відповідне число «Карт звертань».

Враховуватимуться всі контакти населення з лікарями будь-яких спеціальностей і фельдшерами (інформація буде отримана як загальна, так і окремо для цих двох категорій медичних працівників). Контакти із середнім медичним персоналом (медичні сестри), постановка ними діагнозів і призначення лікування не враховуватимуться.

В програму досліджень входить вивчення загальної захворюваності, в тому числі з урахуванням хвороб зубів і порожнини рота. Шифрування діагнозів буде проводитися відповідно повного переліку за чотирьохзначним шифром згідно з Міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду. Буде використовуватися також «V» шифр. Дана робота буде виконана спеціально підготовленими лікарями.

На одну особу може бути заповнено декілька документів як з різних типів лікувально-профілактичних установ, так і з одного і того ж закладу. Для вибору діагнозу, який буде включено до розрахунку показника захворюваності, машинним шляхом визначатимуться особи, що мали звертання в декілька різних лікувально-профілактичних установах, впродовж періоду спостереження. На кожну особу, що має більше одного заповненого документу («Карта звертань»), роздруковується змістовна частина сегменту «діагноз» кожного документу і експертним шляхом визначаються діагнози, які підлягають обліку.

Перед початком роботи на усіх базових територіях будуть проведені інструктажі для голів і членів робочих груп з детальним ознайомленням з інструкцією щодо заповнення «Карти звертань» і додатками.

Лікар робочої групи з вивчення здоров'я населення проводитиме навчання і перевірку засвоєння інструкції середнім медичним персоналом. Перш ніж вислати «Карту звертань» в Український інститут громадського здоров'я чи в обчислювальний центр на своїй території, буде здійснено перевірку правильності заповнення цього документу. Необхідною умовою отримання вірогідного матеріалу стане вибіркового контролю правильності заповнення «Карти звертань» медичним персоналом, зіставляючи викопіювану інформацію з записами первинної медичної облікової документації.

Вивчення захворюваності населення за звертаннями в лікувально-профілактичні установи в рамках програми вибіркового комплексного вивчення здоров'я населення дозволить оцінити стан здоров'я всебічно, за цілим комплексом параметрів. Буде виявлено особливості захворюваності в різних статевих-вікових, соціальних, регіональних групах населення, деталізовано показники за нозологічними формами та групами,

здійснено розподіл населення за групами здоров'я, відслідковано динаміку змін захворюваності та поширеності хвороб, отримано характеристику тяжкості патології та тривалості перебігу захворювань. Ця інформація стане основою для розробки прогнозу здоров'я населення на близьку та віддалену перспективу і створення регіональних програм збереження та зміцнення здоров'я.

Список літератури

1. Максимова Т.М. Современные проблемы и перспективные оценки здоровья населения как основа реформирования здравоохранения // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2000. – №5. – С. 9–15.
2. Лисицин Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины. – М.: Медицина, 1982. – 328 с.
3. Тищук Е.А. К вопросу об актуальности некоторых направлений изучения состояния здоровья населения в современных условиях // Экономика здравоохранения. – 1997. – №11. – С.18–22.
4. *Захворюваність сільського населення і планування лікувально-профілактичної допомоги* /Л.А.Авербух, Ю.М.Колодинський, Л.Р.Левинська, Є.В.Ходоківський. – К.: Здоров'я, 1980. – 114 с.

МЕТОДОЛОГІЯ І ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОГО УГЛУБЛЕННОГО ІЗУЧЕННЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТІ НАСЕЛЕННЯ ПО ДАННИМ ОБРАЦАЕМОСТІ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Т.С. Грузева (Київ)

Програмою виборочного комплексного изучения здоров'я населення, приуроченого к переписи, предусмотрено углубленное изучение заболеваемости по данным обращаемости. В статье изложена методология и программа предстоящего исследования, охарактеризованы источники информации, технология изучения заболеваемости, условия обеспечения получения качественной информации, ожидаемые результаты.

METHODOLOGY AND THE PROGRAMME OF POPULATION MORBIDITY COMPLEX STUDY BASED ON REFERRAL TO MEDICAL FACILITIES FOR MEDICAL AID PROVISION DATA

T.S.Hruzeva (Kyiv)

The programme of population health status complex study has been elaborated to be timed to forthcoming overall census in Ukraine (planned for December 2001). It has foreseen conduct of a comprehensive study of the population morbidity patterns based on peoples' referral for medical aid provision. The methodology as well as working programme for this study has been also outlined. The sources of primary information and conditions needed for obtaining its guaranteed quality, technology of morbidity study provision and some preliminary assumptions about possible results of this study were also presented.

Г.О. СЛАБКИЙ (Макіївка)

ЕТАПНІСТЬ У НАДАННІ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

Міська лікарня №2

Стратегічним завданням держави в галузі охорони здоров'я є постійна турбота про здоров'я громадян, ефективне виконання загальнодержавних та галузевих медико-соціальних заходів, забезпечення населення доступною й кваліфікованою медичною допомогою [2].

Аналіз нинішнього стану в системі охорони здоров'я України дає змогу говорити про її невідповідність сучасним вимогам [5], що зумовлює нагальну потребу реформування галузі [4,6] у відповідності з державними законотворчими документами та документами ВООЗ [1, 5, 8, 9]. Проектом міжгалузевої програми "Здоров'я нації" передбачається, зокрема, усунення диспропорції у розвитку амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної, первинної й спеціалізованої медичної допомоги. В Програмі пріоритетне значення надається розвитку медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, що дозволить підвищити якість і ефективність обслуговування та поліпшити рівень її доступності, а також передбачено шляхи раціоналізації та оптимізації спеціалізованої медичної допомоги.

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є основоположною ланкою усієї системи медичної допомоги і охоплює собою лікувальну функцію найпоширеніших захворювань, невідкладну медичну допомогу, охорону материнства і дитинства, санітарно-профілактичну та протиепідемічну діяльність, формування здорового способу життя, експертизу непрацездатності, визначення потоків хворих до лікарів-спеціалістів та на госпіталізацію [7].

Метою нашого дослідження було удосконалення організації надання спеціалізованої медичної допомоги населенню в амбулаторно-поліклінічних умовах. Нами була розроблена нова функціонально-структурна модель організації спеціалізованої допомоги дорослому населенню великого промислового міста, в основу якої були покладені принципи використання етапності в наданні поліклінічної допомоги з урахуванням взаємозв'язку між її окремими елементами. Ро-

бота виконувалася на базі міста Макіївки з чисельністю дорослого населення 349 тис. чоловік.

За принципами моделі надання спеціалізованої медичної допомоги набуло такого вигляду:

- первинне обслуговування населення, яке мешкає компактно в групі будівель, або окремих мікрорайонів, з чисельністю 6-12 тис. чоловік;

- повсякденне обслуговування населення більших за площею районів з чисельністю 35-45 тис. чоловік;

- періодичне обслуговування населення всього міста.

Таким чином, перший етап медичної допомоги (ПМСД) для жителів міста здійснюється на рівні мікрорайону і є основним етапом в наданні лікарської амбулаторно-поліклінічної допомоги міському населенню. На цьому етапі медична допомога найбільш наближена до місця проживання пацієнтів та найбільш доступна. Лікарі, які надають ПМСД, працюють в сімейних амбулаторіях та поліклініках першого рівня. Питома вага відвідувань лікарів ПМСД за експертними даними складає до 45-50%.

Другий етап надання амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню здійснюється лікарями, що працюють в амбулаторно-поліклінічних закладах другого рівня, які, як правило, розташовуються в житлових районах. Як було встановлено в ході експертного перерозподілу, за питомою вагою фактичних лікарських відвідувань на другому місці після відвідувань дільничних терапевтів та сімейних лікарів знаходяться відвідування лікарів-спеціалістів: хірургів, офтальмологів, отоларингологів, невропатологів, травматологів.

Таким чином, на другому етапі надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги доросле населення повинно і може отримувати саме таку спеціалізовану допомогу. Враховуючи значну медичну й соціальну значущість кардіологічної та інфекційної патології, на другому етапі доцільно організувати роботу лікарів і з цих галузей медицини.

На третьому етапі медична допомога дорослому міському населенню надається в поліклініках третього рівня, до якого належать міські консультативно-діагностико-лікувально-експертні поліклініки.

Комплексне вивчення принципів надання медичної амбулаторно-поліклінічної допомоги на матеріалах майже 450 тис. відвідувань лікарів дозволило по-перше: одержати диференційовані розрахункові показники кількості відвідувань і, відповідно, лікарських посад; по-друге, визначити мінімальну кількість населення, при якій доцільно організовувати самостійний прийом з тих чи інших видів спеціалізованої допомоги; і по-третє, розробити загальну схему організаційно-функціональної структури спеціалізованих видів амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги населенню великого промислового міста.

За основний системоутворюючий елемент амбулаторно-поліклінічних закладів була прийнята мінімальна функціональна одиниця – лікарська посада з повним нормативним навантаженням,

яке визначалося наявністю відповідних контингентів хворих.

Застосування методу поетапного надання медичної амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню великого міста дало змогу:

- визначити ступінь потреби жителів конкретного населеного пункту в тому чи іншому виді спеціалізованої лікарської допомоги;
- встановити можливості ведення лікарями-спеціалістами самостійного прийому;
- визначити мінімальну кількість хворих, при якій доцільна організація самостійного прийому за тою чи іншою спеціальністю за умови повного навантаження на лікарську посаду.
- встановити кількість самостійних прийомів за тою чи іншою спеціальністю на кожному етапі надання медичної допомоги у відповідності з кількістю населення, яка її потребує.

При виконанні даної роботи використовувалися методичні підходи, запропоновані ВНДІ ім. М.О. Семашка [3].

Одержані в ході дослідження дані наведені в таблиці.

Таблиця. Чисельність населення, необхідна для введення посад лікарів-спеціалістів, та рівні надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги дорослому міському населенню

№	Назва посади	Чисельність населення на 1 посаду, тис.	Амбулаторно-поліклінічний етап
1	Лікар-алерголог	200	III
2	Лікар-гастроентеролог	100	III
3	Лікар-геріатр	250	III
4	Лікар-гематолог	125	III
5	Лікар-комбустіолог	250	III
6	Лікар-кардіолог	40	II-III
7	Лікар-невропатолог	22,2	II-III
8	Лікар-нейрохірург	1 посада на місто	III
9	Лікар-нефролог	150	III
10	Лікар-отоларинголог	33,3	II-III
11	Лікар-офтальмолог	33,3	II-III
12	Лікар-проктолог	100	III
13	Лікар-пульмонолог	100	II
14	Лікар-ревматолог	100	III
15	Лікар-сурдолог	1 посада на місто	III
16	Лікар-травматолог	35	II-III
17	Лікар-уролог	66,5	III
18	Лікар-хірург	28,5	II-III
19	Лікар-інфекціоніст	50	II-III
20	Лікар-імунолог	250	III

Результати дослідження дають підставу твердити, що метод поетапного надання амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню великого міста дозволяє представити основні види медичної допомоги в територіальних амбулаторно-поліклінічних закладах, тим самим наблизивши їх до населення, а вузькоспеціалізовані види централізувати і зосередити в консультативних медичних закладах, які обслуговують населення міста в цілому. Кількість лікарських посад на всіх рівнях визначалася кількістю хворих.

Поетапне розгортання спеціалізованої медичної допомоги передбачає також певне розмежування функцій між лікарями амбулаторно-поліклінічних закладів різних рівнів (етапів). Так, на перших двох етапах лікарі-спеціалісти виконують головним чином профілактичну та лікуваль-

но-діагностичну, а на третьому етапі – в основному консультативну функції.

Отже, система амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню великого міста базується на принципі поетапності в наданні медичної допомоги медичними закладами з різним рівнем спеціалізації (від територіальних закладів до загальноміських спеціалізованих центрів), що забезпечує узгодженість і єдність функціонально-організаційної структури усієї мережі амбулаторно-поліклінічних закладів.

Таким чином, кожному етапу амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги по обслуговуванню дорослого міського населення відповідає певний її обсяг, диференціація поліклінік за лікарськими спеціальностями, де й відбувається регулювання кількості посадових осіб залежно від кількості хворих.

Список літератури

1. *Европейская политика по достижению здоровья для всех на двадцать первое столетие.* – Копенгаген, 1997. – 217 с.
2. *Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р.* // *Голос України.* – 1996. – 27 лип. – №138.
3. *Логина Е.А., Потехина М.В., Линденбрaten А.Л.* Методические подходы к формированию сети поликлинических учреждений в планировочной структуре крупного города // *Сб. науч. трудов.* – М., 1980. – С. 53–62.
4. *Москаленко В.Ф.* Програма діяльності Кабінету Міністрів України: завдання охорони здоров'я на межі століть // *Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2000. – №2. – С. 17–19.
5. *Охрана здоров'я в Україні: проблеми та перспективи /* За заг. ред. В.М.Пономаренка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 299 с.
6. *Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Євсєєв В.І.* Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації // *Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 1999. – №2. – С. 57–61.
7. *Практическое руководство для врачей общей (семейной) практики /* Под общ. ред. И.Н.Денисова. – М.: ГЭОТАР, 2001. – 719 с.
8. *Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 20 черв. 2000 р. №989* // *Офіц. вісн. України.* – 2000. – №25. – ст. 1056.
9. *Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 груд. 2000 р. № 1313/2000* // *Офіц. вісн. України.* – 2000. – №49. – Ч. 1. – ст. 2116.

ЭТАПНОСТЬ В ОКАЗАНИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Слабкий Г.А. (Макиевка)

На основании новой функционально-структурной модели определены этапы оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению большого города. Определены функции врачей-специалистов на разных этапах оказания медицинской помощи.

THE STAGES IN AMBULATORY-POLYCLINIC AID PROVIDED TO THE ADULT POPULATION OF A BIG INDUSTRIAL CITY

G.A.Slabky (Makiivka)

The stages of ambulatory-polyclinic aid provided to the adult population in a big city have been defined. It is pointed out, that the division of medical aid into stages gives possibility to ensure all types of medical provision. The functions of physicians-specialists at different stages of ensuring medical aid provision have been also defined.

УДК 616. – 089:658.516

С.М. ПУГА

ПРО ДЕРЖАВНІ ГАРАНТІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ

Український інститут громадського здоров'я

Розширений огляд витрат на охорону здоров'я дозволив з'ясувати, що витрати на надання медичної допомоги за останні десятиріччя зростають удвічі швидше за ВВП. Це зумовлено наслідком поєднання впливу таких факторів, як старіння населення, наростання екологічних проблем, прискорення технічного прогресу і т.п. Зараз ця проблема постає перед усіма країнами світу, а для України, що знаходиться в скрутних економічних умовах, постає особливо гостро.

На сьогодні ситуація в здоров'яохороні характеризується комплексом проблем. Незважаючи на деяку стабілізацію, рівень смертності населення продовжує залишатись високим й значно перевищує рівні смертності в розвинених країнах. В зв'язку з низькою народжуваністю й високою смертністю природній приріст населення залишається негативним. Особливе занепокоєння викликає безупинний ріст захворюваності на туберкульоз, на хвороби, що передаються статевими шляхами, на СНІД. Значне поширення серед населення займає наркоманія, алкоголізм. Основними причинами смертності населення продовжують залишатись хвороби системи кровообігу, новоутвори, травми, отруєння. Звертає на себе ріст смертності серед працездатного населення. Очікувана тривалість життя за останні роки скоротилась приблизно на 4-5 роки. Ці дані свідчать, що рівень здоров'я населення країни за останні роки погіршився. Дана ситуація зумовлена в значній мірі відсутністю достатньої організації надання медичної допомоги, відсутністю гарантій з боку держави на забезпечення населення медичною допомогою і пояснюється з одного боку – обмеженістю бюджетного фінансування, відсутністю законодавчих документів щодо введення альтернативних джерел фінансування (надання медичної допомоги за плату, медичне страхування, тощо), з другого боку – невизначеністю обсягів та рівня безоплатної медичної допомоги громадянам за бюджетні кошти.

Так, за 1999 рік галузь отримала з бюджету близько 40 % коштів від потреби, за 2000 рік – близько 50%. У той же час згідно ст. 49 Конституції України щодо безоплатності медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я фактично заборонено її надання за плату.

Конституційний Суд України, відповідаючи на звернення медиків, бачить вихід з такого становища у "розробці, затвердженні та впровадженні відповідних загальнодержавних програм, в яких був би чітко визначений гарантований державою (в т.ч. державним фінансуванням) обсяг безоплатної медичної допомоги всім громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, запровадженні медичного страхування та ін."

Питання гарантованого державою безоплатного для населення обсягу медичної допомоги не є новим й розглядається протягом кількох останніх років на різних рівнях й відображене в багатьох нормативно-правових документах ("Закон про соціальні гарантії", "Основи законодавства про охорону здоров'я": ст.7, п. "В" "подання всім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги в обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України", "Конституція України ст.49: "Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування"). Але, на жаль, сьогодні жодним нормативно-правовим документом не встановлено чіткого переліку видів та обсягів медичної допомоги. Затвердження даного переліку утруднене відсутністю розрахунків щодо вартості видів медичної допомоги. А без прийняття рішення про державні гарантії в сфері охорони здоров'я неможливий подальший розвиток галузі. Тому дане питання сьогодні залишається відкритим та його актуальність є надзвичайно гострою.

На нашу думку, гарантований обсяг державної безоплатної для населення медичної допомоги – це види медичної допомоги, яку держава гарантує та надає через лікувально-профі-

лактичні заклади завжди і усім категоріям населення.

На даний момент об'єм даних послуг буде дуже стислим (задовільняти самі необхідні вимоги щодо підтримання здоров'я населення) враховуючи не кращу економічну ситуацію в країні та обмежені кошти, що виділяються від ВВП на охорону здоров'я. Даний показник за останні роки тримається біля 3% (1996 – 2,7%, 1997 – 3,4%, 1999 – 3,3, 2000 – 2,8%) і на більше розраховувати поки що не доводиться. Надалі при зростанні ВВП зростатиме і об'єм коштів на охорону здоров'я, а в майбутньому повинна зрости і частка від ВВП.

В умовах обмеженого фінансування державою першочергово повинні забезпечуватися пріоритетні функції в сфері охорони здоров'я населення, а це є:

- 1) підтримання здоров'я населення;
- 2) сприяння народжуваності;

3) підтримання санітарно-епідемічного благополуччя в країні.

Виходячи із цих завдань. Видами гарантованої медичної допомоги будуть:

- 1) допомога за життєвими показами (швидка та невідкладна допомога, включаючи невідкладну стоматологічну);
- 2) ведення вагітності, допомога при пологах, догляд за дитиною до 1 року;
- 3) діагностика особливо небезпечних захворювань, попередження небезпечних санітарно-епідемічних ситуацій, міроприємства по їх ліквідації, вакцинація населення.

Надалі види та обсяги медичної допомоги визначатимуться щорічно – щорічно буде переглядатись перелік видів медичної допомоги, його структура та обраховуватись їх вартість. Це є проміжний крок у реформуванні галузі, але без нього не можливий подальший її розвиток.

О ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ

С.М. Пуга

Изложены основные проблемы предоставления населению Украины гарантированного уровня медицинской помощи. Перечислены приоритетные виды медицинской помощи, которые необходимо привести в первичный перечень гарантированного уровня медицинской помощи.

ABOUT THE STATE WARRANTIES OF MEDICAL AID FOR THE POPULATION

S. Puga

The main problems of granting to the population of Ukraine of the guaranteed level of medical aid are stated. The priority kinds of medical aid, which are necessary to be included in to the primary list of the guaranteed level of medical help.

УДК 614.2. : 368.4 (477.45)

*В.В. БОНДАРЕНКО, Є.О. ТАРАСЕНКО, В.Д. ПОКРОВИ,
А.Ф. ДОБРОВОЛЬСЬКИЙ, О.А. СКРИПНИК*

ЕСТАФЕТА ЛІКАРНЯНИХ КАС В УКРАЇНІ (З ДОСВІДУ КІРОВОГРАДСЬКОГО РАЙОНУ)

Управління охорони здоров'я Кіровоградської обласної державної адміністрації,
Кіровоградська центральна районна лікарня

На виконання Указу Президента України "Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України" (п.4 №963/2000 від 08.08.2000) та доручення Кабінету Міністрів України (від 10.08.2000 №13764/1) до зазначеного Указу, Міністерством охорони здоров'я України продовжується вивчення діяльності лікарняних кас, створених у Миколаївській, Кіровоградській, Полтавській, Донецькій, Чернівецькій та Житомирській областях, містах Одесі та Смілі Черкаської області та у Білозерському районі Херсонської області.

Створення лікарняних кас, ініційоване місцевими органами влади, фактично стало одним із заходів реформування системи охорони здоров'я. Їх поява була зумовлена кризовим станом місцевих бюджетів і значним зниженням рівня та якості надання медичних послуг населенню. Лікарняні каси залучають кошти і частково витрачають їх на лікування своїх членів, насамперед тих, які потребують лікування в умовах стаціонару, на проведення діагностичних обстежень, надання невідкладної та амбулаторно-поліклінічної допомоги.

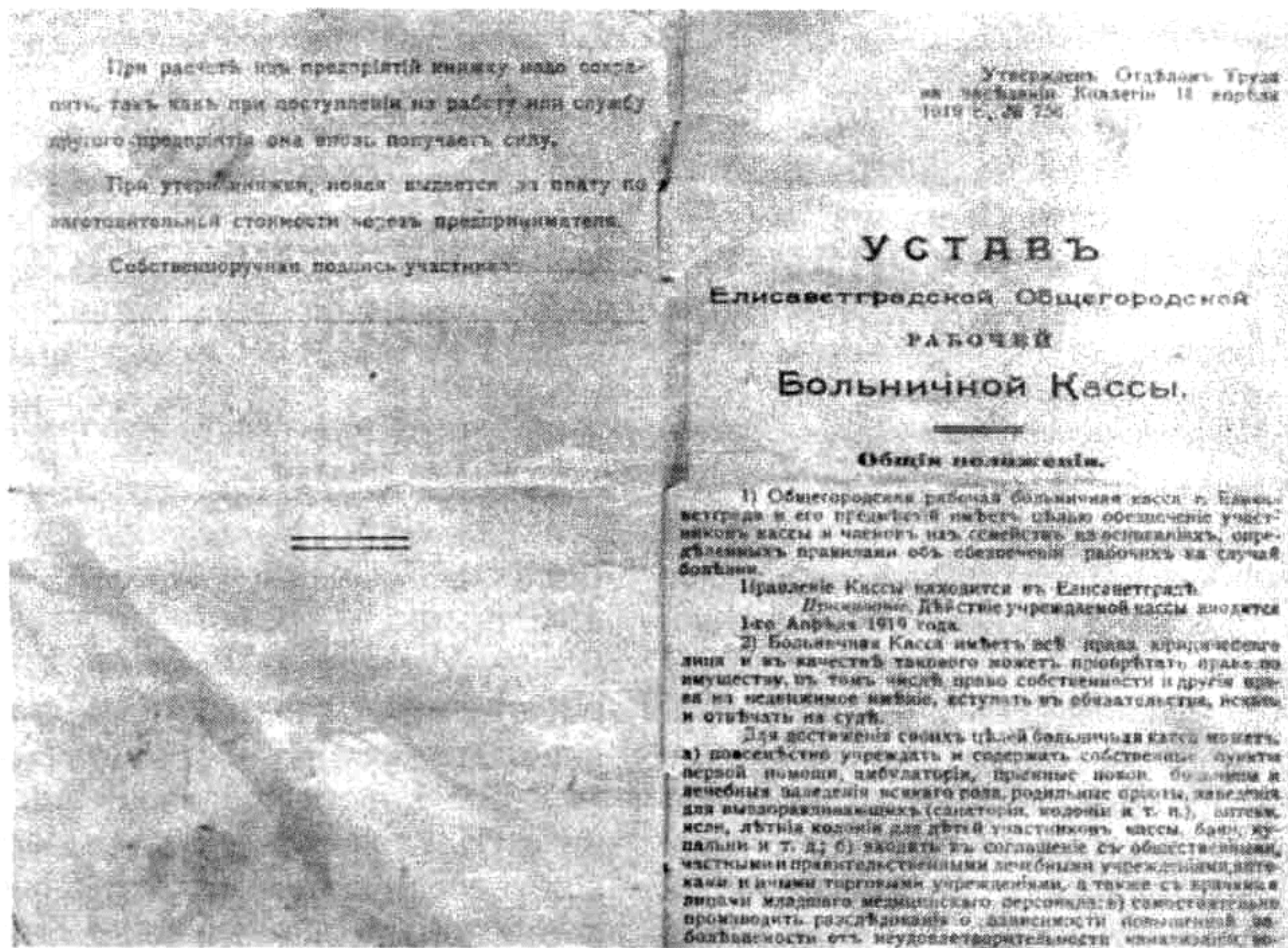
Як своєрідна форма страхової медицини лікарняні каси виникли ще на початку ХХ ст. після прийняття у 1912 р. Російським урядом закону про страхування робітників. У відповідності із законом, витратні фонди на лікування робітників у зв'язку з хворобами мали формуватися як за рахунок фізичних осіб, так і за рахунок підприємств. У разі нещасних випадків, які спричинялися до виробничих травм, усі витрати на лікування потерпілих покладалися на підприємства. Найбільшого поширення лікарняні каси набули саме на півдні України. Наприклад, у Херсонській губернії і, зокрема, у повітовому місті Єлисаветграді (нині – Кіровоград), до початку 1915 р. процес створення мережі лікарняних кас було завершено. Херсонська губернія, де було засновано 74 каси, за їх кількістю посіла третє місце серед українських губерній і сьоме в

Російській імперії в цілому. Протягом 1917–1919 рр. форми роботи та організації цих установ видозмінювалися. Так, у відповідності з Декретом Ради робітничих та солдатських депутатів від 22 грудня 1917 р. в містах Одесі, Миколаєві та Херсоні, після проголошення на півдні України в березні–квітні 1919 р. радянської влади, відбулося якісно нове об'єднання кас на засадах загального та обов'язкового страхування за рахунок роботодавців, внаслідок чого надання медичної допомоги робітникам стало виключною прерогативою лікарняних кас.

На новому історичному етапі процес відродження лікарняних кас розпочався у Кіровоградському районі. Слід зазначити, що робота по створенню першої лікарняної каси в районі проводилася за активної підтримки і цілеспрямованої допомоги районних органів управління та державної влади. Першу заяву про вступ до лікарняної каси написав голова Кіровоградської районної держадміністрації М.І.Яцканич, якому і належить абонемент №1. Його ж було обрано головою правління районної лікарняної каси, а Першого заступника голови райдержадміністрації Г.Б.Підковського заступником. Особистий приклад керівників райдержадміністрації був вагомим стимулом для працівників державних установ, медиків, керівників установ та закладів різних форм власності, які разом із своїми колективами підтримали цю ініціативу.

Щоправда, у певній частині населення утворення нових фондів і товариств, які оперують громадськими коштами, викликають настороженість, а то й відверту недовіру. Проте практична робота кас поступово переконує скептиків, що альтернативи цьому нововведенню за нинішньої соціально-економічної ситуації немає.

Наприклад, лікарняна каса при Кіровоградській ЦРЛ функціонує лише рік (з квітня 2000 р.), але робота, проведена нею за цей час, вражає. З 30 тис. дорослого населення району 50% є її членами, внаслідок чого каса постійно має у вільному



Устав Єлисаветградської лікарняної каси

обігу до 100 тис. грн. Її статут експертами Міністерства охорони здоров'я визнано кращим в Україні.

Оскільки в касі діє принцип "Багатий платить за бідного, а здоровий – за хворого", то з травня 2000 р. по березень 2001 р. уже проліковано 3144 члени каси, на що витрачено 288 тис. грн. Слід зазначити, що в разі щомісячного внеску в розмірі 5% від заробітної плати чи пенсії, за абонементом батьків обслуговуються також їх неповнолітні діти. Щоправда, витрати на медичне обслуговування дітей не повинні перевищувати суму в 15 грн 40 коп. Окрім того, за рахунок каси придбано автоклав, стерилізаційну камеру, медичний інструментарій, дезінфекційні засоби, комп'ютер. Планується придбання діагностичного та лікувального обладнання.

З метою зменшення витрат лікарняна каса самостійно проводить закупівлю лікарських засобів за оптовими цінами, що виходить у 1,5–2 рази

дешевше, ніж у роздрібній торгівлі. Для їх збереження створено склад медично-лікарських засобів, які використовуються в разі невідкладної допомоги та планової госпіталізації членів лікарняної каси. Лікар-експерт каси узгоджує з платним або дільничним лікарем список необхідних для кожного конкретного хворого лікарських засобів, які отримуються безпосередньо на складі.

Порівняння показників лікувальної діяльності стаціонарних закладів району за 1999 і 2000 роки дає підстави говорити, що форми роботи лікарняної каси значно поліпшили доступність та ефективність медичної допомоги, а також розширили її обсяги для жителів Кіровоградського району (табл., рис. 1, 2).

На Кіровоградщину неодноразово приїжджали делегації з інших областей, щоб перейняти передовий досвід запровадження альтернатив-

Таблиця. Деякі показники діяльності стаціонарів Кіровоградського району, що відображають вплив лікарняної каси на рівень обслуговування населення

Показники	1999 р.	2000 р.	Покращення показника, %
Госпіталізовано в стаціонар, чоловік	7244	8045	+11,05
Рівень госпіталізації, на 100 жителів	19,5	21,8	+11,8
Середня кількість днів зайнятості ліжок	332,2	348,7	+5
Середня тривалість лікування, днів	12,0	11,5	-4,2
Летальність, %	0,6	0,4	-33,3
Кількість прооперованих хворих, всього чоловік на 10 000 населення	2088	2441	+16,9
	531,2	578,8	+9
Післяопераційна летальність, %	0,3	0,1	-66,7

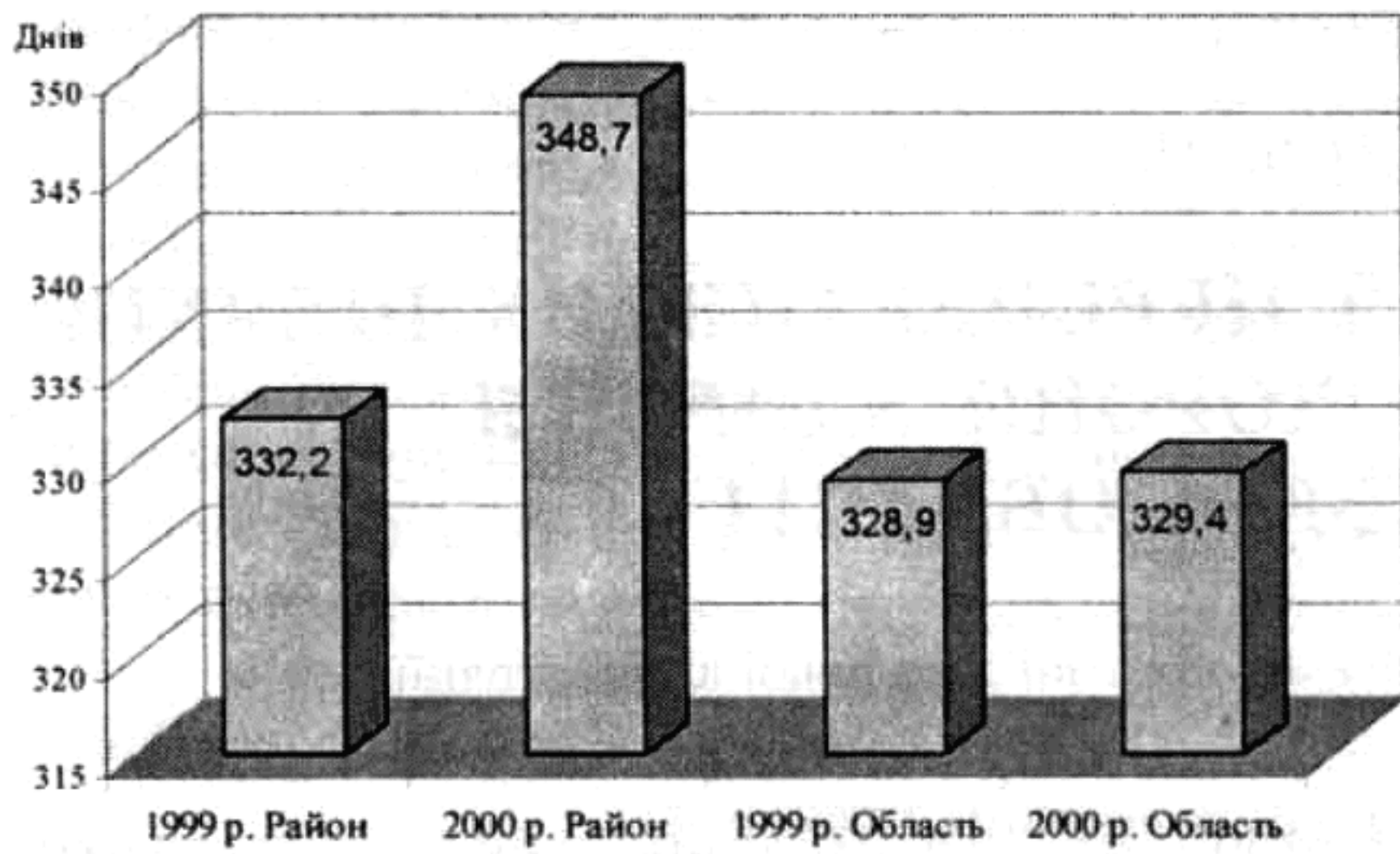


Рис. 1. Вплив діяльності лікарняної каси на динаміку роботи ліжка у Кіровоградському районі та області в цілому у 2000 р.

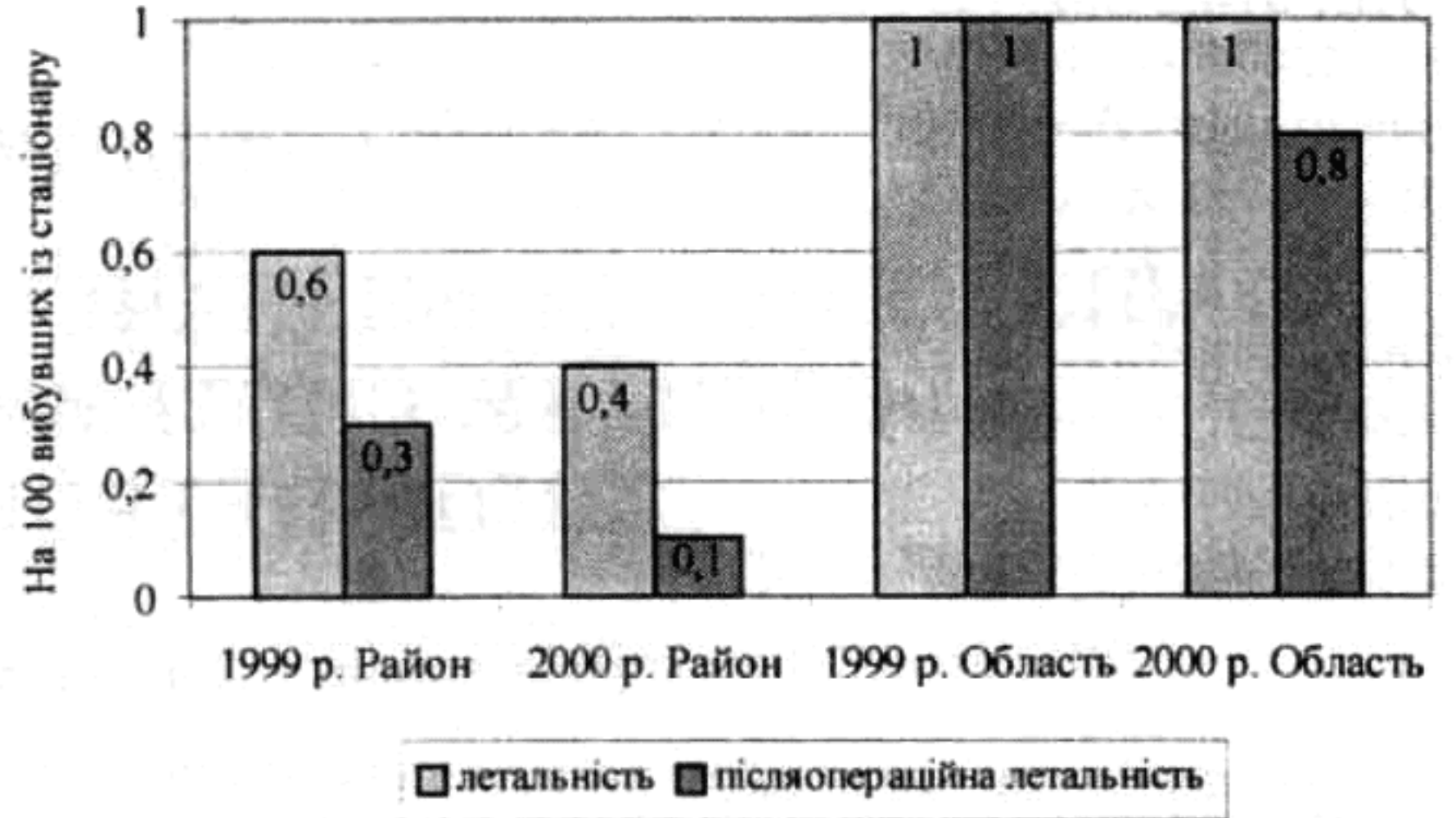


Рис. 2. Вплив діяльності лікарняної каси на рівень природної та післяопераційної летальності в Кіровоградському районі та області у 2000 р.

ного позабюджетного джерела фінансування медичних послуг.

У 2000 р. започаткована робота щодо організації лікарняних кас майже в усіх районах області, внаслідок чого на початку 2001 р. вже функціонувало 11 кас. В 2001 р. планується створити лікарняні каси в усіх районах області. Наступним етапом роботи в цьому напрямку буде створення структури, яка координуватиме

роботу усіх лікарняних кас області і, зокрема, обласної лікарняної каси.

Позитивні наслідки роботи лікарняних кас є невід'ємною складовою частиною процесу реформування системи охорони здоров'я, оскільки в основу їх діяльності покладено принцип підвищення відповідальності як лікарів за свою професійну діяльність, так і пацієнтів за свідоме ставлення до свого здоров'я.

ЭСТАФЕТА БОЛЬНИЧНЫХ КАСС В УКРАИНЕ (ПО ОПЫТУ КИРОВОГРАДСКОГО РАЙОНА)

В.В.Бондаренко, Е.О.Тарасенко, Ю.П.Пивоварчук, А.Ф. Добровольский, О.А.Скрипник (Кировоград)

Освещен передовой опыт внедрения в Кировоградской области "больничных касс" как альтернативного небюджетного источника финансирования медицинской помощи, позитивно влияющего на уровень обслуживания населения, качество лечения, профессиональную деятельность врачей, сознательное отношение пациентов к своему здоровью.

ESTABLISHMENT OF "HOSPITALS' BANKS" NETWORK IN UKRAINE (THE EXPERIENCE OF KIROVOGRADSKA REGION)

V.V.Bondarenko, Ye.O. Tarasenko, Yu.P.Pivovarchuk, A.F.Dobrovolsky, O.A.Skrypnyk (Kirovograd)

The article highlights an innovative experience to introduce s.c. "hospitals' banks" network in Kirovogradska oblast of Ukraine. They serve as an alternative financial source to the budget one for maintenance of medical aid provision to the public on a local level. Such a system has shown so far the positive effects on level and quality of treatment, professional activity and performances of medical personnel as well as increases of patients responsibilities and attitude towards their own health.

УДК 614.2:362: (477.63)

Р.Й. ВАСИЛИШИН, О.В. АКУЛЕНКО

АНАЛІЗ СТАНУ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПЕРСПЕКТИВНИХ ШЛЯХІВ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

Погіршення соціально-економічної ситуації в Україні і пов'язана з цим криза системи охорони здоров'я (СОЗ) населення призвели до негативних змін у стані суспільного здоров'я (1,2). Неефективність функціонування попередньої системи охорони здоров'я при переході до ринкових механізмів управління державою, який почався разом з формуванням нової незалежної України, викликала необхідність суттєвого її реформування, переходу до господарчих методів планування і управління, до впровадження бюджетно-страхової та сімейної медицини, створення нових організаційних форм (3,5). Саме вони мають бути тими інструментами, завдяки яким вирішується основний принцип - забезпечення кожному члену суспільства максимального рівня здоров'я.

Цей принцип вже став головним і для Міжнародної програми розвитку ВООЗ, яка розглядає здоров'я як одне з прав і ставить своєю місією у XXI столітті всім людям надати максимальну можливість у досягненні індивідуального здоров'я, де не тільки держава, але і самі люди зможуть приймати участь як ресурс здоров'я - з однієї сторони і як партнери - з іншої.

Зміни суспільного здоров'я (СЗ) у Дніпропетровській області відбуваються згідно до загальних тенденцій, притаманним індустріальним країнам, але сучасна демографічна ситуація в регіоні є складною, з ознаками соціального регресу суспільства, що створює небезпеку як для подальшого відтворення населення, так і для його соціально-економічного прогресу. При цьому, для існуючої в Україні ОЗ притаманні: високий, економічно незабезпечений рівень декларованості безкоштовних державних послуг; низька ефективність використання ресурсів; недоцільний розподіл і орієнтація спеціалізованих та високоспеціалізованих відділень сучасним потребам суспільства, з похідним від цього непрофесійним відношенням спеціалістів до своїх обов'язків, неуважним ставленням до пацієнтів та побори з

останніх. Відсутність ясних цілей в роботі та економічних стимулів в умовах несбалансованості державних зобов'язань, розкладає відношення між медичними працівниками та пацієнтами.

Мета дослідження - вивчення показників здоров'я населення та діяльності закладів управління охорони здоров'я Дніпропетровської області за 1991-2000 р.р. і визначення його стратегічних напрямків розвитку.

Матеріал і методи. В роботі був використаний статистичний аналіз розповсюдженості захворювань на різні нозологічні групи хвороб серед мешканців м. Дніпропетровська і Дніпропетровської області на базі статистичних талонів, звітів статистичного відділу управління міського та обласного відділів охорони здоров'я за термін 1991-2000 роки, з яких було можливим отримати підсумкові статистичні і аналітичні дані лікувальних закладів. Кількісні дані були оброблені методами варіаційної статистики (4).

Результати дослідження та їх обговорення.

Дніпропетровська область - це великий промисловий регіон України, який за чисельності населення займає друге місце серед областей України. Територія області дорівнює 31,9 тисяч квадратних кілометрів і питома вага її становить 5,3% в Україні. В області розташовано 13 міст обласного підпорядкування, 7 районного, 22 - сільських районів, 48 - селищ міського типу.

Дніпропетровське обласне управління ОЗ має належний кадровий, науковий потенціал, розгалужену систему закладів з достатньою кількістю амбулаторно-поліклінічних установ та ліжкового фонду для надання усіх видів медичної допомоги населенню.

Станом на 1.01.2000 року в області діюча мережа лікувально-профілактичних закладів складалась із 174 лікарень, 26 диспансерів, в яких розташовані 36764 ліжка. Забезпеченість населення лікарняними ліжками становила 100,1 ліжка на 10 тисяч населення. Амбулаторно-поліклінічну допомогу надавали 424 поліклініки та поліклінічні відділення при

лікарняних закладах із загальною потужністю 77488 відвідувань за зміну. Долікарську медичну допомогу надавали 582 фельдшерсько-акушерських пункти (ФАП). Із загальної чисельності лікарень налічувалось 61 міських, 10 дитячих, 8 спеціалізованих, 1 обласна, 22 центральних районних, 49 дільничих, 6 пологових будинків, 26 диспансерів. Розглядаючи таблицю 1, видно, що порівняно з 1991 роком кількість вказаних лікувальних закладів зменшилась.

Відбулася реорганізація дільничих лікарень в сільські лікарняні амбулаторії – 6; сільських лікарняних амбулаторій в дільничні лікарні – 3; в ФАП – 1.

В області розташовані 5 самостійних та 44 об'єднаних станцій швидкої медичної допомоги, 6 станцій переливання крові, 7 центрів здоров'я, 2 обласних патолого-анатомічних бюро, 1 бюро судово-медичної експертизи.

Таблиця 1. Кількість самостійних амбулаторно-поліклінічних закладів та відділень при лікарняних закладах Дніпропетровської області у 1991 та 2000 рр.

Амбулаторно-поліклінічні заклади	Число закладів	
	1991 р.	2000 р.
Поліклініки	8	11
Амбулаторії	116	143
В т.ч. сільські	109	133
Дитячі поліклініки		2
Госпрозрахункові поліклініки	2	2
Медичні діагностичні центри		1
Центри по профілактиці СНІД		1
Фізіотерапевтичні поліклініки	1	1
Амбулаторно-поліклінічні відділення При лікарняних закладів	271	239
Всього	398	400
Стоматологічна пол-ка для дорос.	19	20
Стоматологічна пол-ка для дітей	4	4
Госпрозрахункові стомат. поліклініки	1	
Всього стоматологічних поліклінік	24	24
Санаторії для дорослих	4	3
Санаторії для дітей	16	12
Всього санаторіїв	20	15
Станції переливання крові	6	6
Станції швидкої медичної допомоги:		
самостійні	4	5
об'єднані	32	44
Будинки дитини	4	4
Центри здоров'я	7	7
Патолого-анатомічні бюро		2
Бюро судмедекспертизи	1	1
Санепідемстації	46	55
Дезінфекційні станції	4	4
Обласні центри статистики		1
Фельдшерсько-акушерські пункти	625	582

Із наведеної таблиці видно, що у 2000 р. загальна кількість поліклінік і амбулаторій збільшилась, відкрились 2 дитячі поліклініки, медичний діагностичний центр та центр по профілактиці СНІД, обласний центр медичної статистики та обласний центр медико-соціальної експертизи.

В лікувально-профілактичних закладах області працювало 14941 лікарів та 34412 середніх медичних працівників, що становило 40,3 лікаря та 93,7 середніх медичних працівників на 10 тисяч

населення (табл. 2). За період з 1995 по 1998 роки в установах ОЗ було скорочено 34,5 тисяч посад, що становило 24,5% від загальної чисельності. Така тенденція зберігається і сьогодні.

За останні 10 років зменшились показники забезпеченості області штатними посадами лікарів на 8,3%, зайнятими посадами лікарів на 4,6%. При цьому відмічається ріст забезпеченості фізичними особами лікарів на 8,6%. Кількість останніх порівняно з 1991 роком зросла на 10,8%.

Таблиця 2. Динаміка змін кількості медичних працівників і штатних посад у Дніпропетровській області за 1991-2000 рр.

Рік	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Динаміка змін у %
К-ість лікарів (абс)	13476	13396	15774	15557	15127	15492	15329	14870	14925	14941	+1465(10,8)
В т.ч. стоматологи	890	895	981	1028	1034	1085	1482	1382	1401	1271	+381
Мають категорію	7398	7489	8266	8735	8132	7969	8045	10198	11353	10008	+2610
- вищу (% до атестації)	11,1	11,7	16,2	18,6	21,6	23,2	26	28,2	28,2	27,4	+2,4
- 1 (% до атестації)	40,0	41,6	42,9	44,1	46,1	46,2	44,9	45	43,5	42,5	+6,2
- 2 (% до атестації)	48,9	46,7	40,9	37,3	32,3	30,6	29,1	26,8	28,3	30,1	-38,5
К-сть серед-х мед.пр.	38757	39325	40376	41528	39725	41660	39493	35335	34454	34412	-4345 (-11,2)
Забезпеченість лікарями на 10 тисяч населення											
Штатних посад область	52,8	52,9	67,6	61,2	62,2	62,2	54,2	48,2	47,9	48,4	-8,3%
Україна	51	53,3	61,5	65	57,6	57,7	53,2	49,6	49	49,1	-3,7
Зайнятих посад область	49	49,6	53,2	56,8	57,6	57,5	49,8	45,4	46,2	46,7	-4,6
Україна	47,6	49,6	57,1	59,9	53,1	53,4	48,5	45,6	46,2	46,6	-2,1
Фізичних осіб область	37,1	35,9	38,6	41,9	41,3	41,3	41,2	39,8	40,5	40,3	+8,6
Україна	39,3	39,8	39,4	39,4	40,2	41,1	41,2	40,9	41,2	41,6	+5,8
Забезпеченість середніми мед. працівниками на 10 тисяч населення											
Штатних посад область	131	131,1	134,4	139,8	141,1	138,2	112,7	95,3	94,4	95,5	-27,1
Україна	120,9	123,8	122,5	123,6	123,8	122,5	110,2	101	98,8	98,3	-18,7
Зайнятих посад область	123,1	123,5	125,7	132,2	130,1	129	105	92	92,2	93,2	-24,3
Україна	115,6	118,4	117,3	117,9	117,2	116,6	103,6	96,2	95,1	95,3	-17,6
Фізичних осіб область	101	100	102,6	106	101,2	108,6	103,6	94,2	93	93,7	-7,2
Україна	102,1	104,2	105,3	104,6	103,5	105,7	104,5	101,6	100,8	100,9	-1,2

Забезпеченість населення штатними посадами середнього медичного персоналу зменшилась на 27,1%, зайнятими посадами на 24,3%, фізичними особами на 7,2%. Кількість середніх медичних працівників зменшилась на 11,2%. Слід відзначити, що вказані тенденції мають місце і при аналізі цих показників по Україні.

Питома вага атестованих лікарів у лікувально-профілактичних закладах області збільшилась з 54,8% у 1990 р. до 66,9% 2000 році. Мала місце чітка тенденція до росту відсотку лікарів, які мали вищу та першу атестаційні категорії (1991 р. – 51,1%, а в 2000 р. – 69,9%).

Значно різняться показники укомплектованості штатів на рівні лікувальних закладів. Так, укомплектованість лікарями на рівні обласної лікарні складала 102%, обласної дитячої лікарні – 82,6%, в міських лікарнях – 87,9%, дільничних – 93%, лікарняних амбулаторіях – 98,6%.

На перший погляд укомплектованість штатів в дільничних лікарнях та лікарняних амбулаторіях краща, ніж в інших закладах ОЗ. Однак це пов'язане з тим, що лікарі працювали на неповні ставки. Така ж ситуація простежувалась в лікувальних закладах міст та обласному центрі.

Необхідно відмітити відсутність лікарів і середніх медичних працівників в 13 лікарняних амбулаторіях та 23 ФАПх. Основні причини: неprestижність роботи в сільській місцевості, відсутність житла та пільг на комунальні послуги.

В обласному центрі зайнятості у 2000 році на обліку знаходилось близько 600 лікарів та 1080

середніх медичних працівників. В поточному році підлягають працевлаштуванню більше 400 лікарів – випускників ДДМА. Складна ситуація і по працевлаштуванню середніх медичних працівників. Водночас, в системі ОЗ працює близько 20% лікарів та 14% середніх медичних працівників пенсійного віку.

Показники забезпеченості медичними кадрами потребують перегляду підходів та розробки заходів з питань підготовки медичних кадрів, координації працевлаштування та використання трудового потенціалу галузі.

Аналіз відвідувань хворими лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів свідчить про її збільшення у 1993 і 1995 роках, що можна пояснити ростом загальної захворюваності населення у ці роки (табл. 3). Питома вага профілактичних відвідувань лікарів за цей період зменшилась на 8,9% у цілому по області.

В сільських районах число відвідувань лікарів хворими в амбулаторно-поліклінічних закладах на 1 жителя в рік значно менше і має таку ж тенденцію до росту у 1993 і 1995 роках. Число відвідувань лікарями хворих вдома у 2 рази нижче і складало 0,4 на 1 жителя (по області – 0,9 у 2000 р.). Питома вага профілактичних відвідувань зменшилась на 5,4% (табл. 4).

Стаціонарна медична допомога населенню області надавалась у 177 лікарняних закладах, їх ліжковий фонд складав 33685 ліжок.

При скороченні ліжок медичні працівники були орієнтовані на зменшення невиробничих витрат,

Таблиця 3. Число відвідувань лікарів в амбулаторно-поліклінічних закладах та лікарями вдома за 1991-2000 р.р. (на 1 жителя)

Рік	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Динаміка змін у %
Відвідувань лікарів всього	9,6	10,1	10,4	10,6	9,9	10,1	9,5	8,9	9,7	9,9	3,4
В тому числі вдома	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	0,9	12,5
Питома вага профілактичних відвід. (%)	39,4	39,1	38	39,5	38,9	38,5	39,2	37	36,3	35,9	-8,9

Таблиця 4. Число відвідувань лікарів в амбулаторно-поліклінічних закладах та лікарями вдома в сільських районах за 1991-2000 р.р. (на 1 жителя)

Рік	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Динаміка змін у %
Відвідувань лікарів всього	6,7	6,5	7	7,1	6,6	6,8	6,4	6,3	6,8	6,8	1,4
В тому числі вдома	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	
Питома вага профілактичних відвід. (%)	42,9	41,4	45,1	43,9	41,7	42,9	44,1	42,3	42,1	40,6	-5,4

запровадження ефективних методів лікування при збереженні доступності стаціонарної допомоги. Зниження кількості стаціонарних ліжок спостерігається за всіма профілями. Рівень госпіталізації у 1998 році становив 20,2 на 100 осіб (Україна 1997 р. – 19,1). За період з 1992 по 1998 роки він знизився як серед міського, так і серед сільського населення.

Особливо помітно скоротився рівень госпіталізації сільських жителів (з 24,6 на 100 у 1992 році до 16,9 в 1998 році).

Паралельно з тенденцією скорочення ліжкового фонду поширювалось використання стаціонарозамінюючих форм медичної допомоги, зокрема, денних та домашніх стаціонарів (чисельність ліжок – 2,0 та 1,05 на 10000 населення відповідно).

Близько 60% первинних звернень припадало на вузьких спеціалістів, а 50% викликів бригад швидкої медичної допомоги складала виклики хворих на хронічну патологію.

Недоліки первинної медико-санітарної допомоги знайшли своєрідну "компенсацію" в подальшому економічно невиправданому та медично необгрунтованому розширенні більш дорогих видів медичної допомоги – спеціалізованої, швидкої, стаціонарної. Саме ці види, особливо на стаціонарну допомогу, витрачалось 80% коштів, виділених на охорону здоров'я, серед яких велику частину складали витрати на утримання будівель, оплату комунальних послуг, тощо.

Відсутність лікаря, відповідального за здоров'я пацієнта і сім'ї в цілому протягом усього життя, не задовольняє як населення, так і самих медичних працівників. В особі сімейного лікаря поєднується багато функцій теперішнього

дільничного лікаря, педіатра, акушер-гінеколога, цехового терапевта, лікарів-спеціалістів. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги робить найбільший внесок у формування громадського здоров'я, несе найбільшу відповідальність за його витрати, визначає раціональне та ефективне використання ресурсів охорони здоров'я.

Згідно проведеного нами опитування про відношення населення Дніпропетровської області до сімейної медицини (5), за необхідність введення інституту сімейного лікаря (СЛ) висловилися більше половини опитуваних – 68,7%. Причому всі, хто зазнавав труднощів у спілкуванні з дільничними лікарями, висловилися на користь СЛ. Причинами незадоволення роботою дільничного лікаря є: відсутність постійного дільничного лікаря – 18,9%, недостатня увага лікаря до пацієнта – 16,1%, незацікавленість у здоров'ї пацієнта – 13,2%, недовір'я до лікаря – 7,3%.

Таким чином, отримані результати діяльності сімейного лікаря висвітлюють позитивні тенденції в показниках здоров'я відповідної території, а матеріали соціологічного опитування населення свідчать про переважно схвальне ставлення населення до сімейної медицини.

Протягом 1997-2000 рр. Дніпропетровською медичною академією було підготовлено близько 600 "сімейних лікарів". Однак успіх впровадження ПМСД на засадах сімейної медицини в реальних умовах безпосередньо залежить від того, у якій мірі існують нові форми докорінної перебудови існуючої системи ПМСД, перегляду та розробки її правового, нормативного, організаційного, інформаційно-технічного та фінансового забезпечення.

Служба охорона здоров'я Дніпропетровської області в 1991-2000 роках функціонувала в складних умовах так званої "ринкової економіки". Витрати, передбачені на охорону здоров'я, протягом десятиріччя не перевищували 40% до проекту бюджету. Галузь практично повністю фінансується із загальних доходів бюджету. Витрати в розрахунку на одного мешканця у 1997 році склали 70 гривень, що нижче на 47% порівняно з 1992 роком, а в 1999-2000 роках витрати стали ще меншими.

* Понад 60% виділених коштів припадало на оплату праці, при цьому середньомісячна заробітна платня в галузі становила 163 грн., мало відрізняючись від платні середнього та молодшого медичного персоналу. Порівняно з 1992 роком середньомісячна заробітна платня працівників галузі починаючи з 1998 року знизилась на більше ніж на 30% із збереженням суттєвого відриву від рівня "споживчої корзини". Низька заробітна плата негативно впливає на морально-психологічний мікроклімат серед медичних працівників.

У структурі фінансування видатки на харчування хворих та придбання медикаментів склали відповідно 3,8% і 4,7%. Фактична вартість одного ліжка-місця за добу в умовах стаціонару становила по харчуванню – 60 коп, забезпеченню медикаментами – 80 коп. Структура витрат на

охорону здоров'я свідчить, що в основному фінансуються такі статті витрат як: "заробітна плата", "інші видатки та енергоносії". Можна з упевненістю сказати, що забезпечення харчуванням та медикаментами лягає на плечі самих хворих.

Недостатнє фінансування галузі в минулі роки деякою мірою компенсувались платними послугами, внесками до благодійних фондів. За ці кошти проводились ремонти в лікувальних закладах, закупівля лікарських препаратів. Скасування Конституційним Судом Постанови Кабінету Міністрів про платні медичні послуги поглибило кризову ситуацію в системі охорони здоров'я. Збереження державних гарантій по наданню усіх видів безкоштовної медичної допомоги для всіх верст населення було і є нереальним навіть при залученні додаткових джерел фінансування.

Багато проблем породжується диспропорцією у розвитку поліклінічної, стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги.

На рівні області переглянуто потреби у наданні спеціалізованої допомоги всіх рівнів медичних закладів. Відбувається концентрація високоспеціалізованих видів медичної допомоги на обласному рівні. У 1998 році відкрито дитяче нейрохірургічне, алергологічне, профпатологічне відділення та ін. Подальшого розвитку набули кардіохірургічні, лапароскопічні оперативні втручання.

Висновок

Гарантом охорони та зміцнення здоров'я населення, задоволення потреб громадян в основних видах медичної допомоги, як і бюджетною системою медичної допомоги в Україні, повинна бути держава. При цьому актуальним є розвиток і впровадження багатоканального механізму фінансування ОЗ - приватного, комерційного, відомчого секторів, які повинні регулюватись і буди під контролем держави, суспільства.

Однією з позитивних форм перебудови існуючої системи ПМСД є впровадження практики сімейної медицини, перегляду та розробки її правового, нормативного, організаційного, інформаційно-технічного та фінансового забезпечення.

Список літератури

1. Богатирьова Р.В. Становлення фармації України як галузі в сучасних ринкових умовах // Фарм. журнал. – 1999. - №5. – С.6-20.
2. Москаленко В.Ф. Основні чинники формування та розвитку нормативно-правової бази України з питань охорони // Клініч. фармація. – 1999. – Т.3, №1. – С. 5-10.
3. Москаленко В.Ф., Дзяк Г.В., Васишин Р.Й. 2001 рік - рік охорони здоров'я населення України // Мед. перспективи –2001.- Т.6.-№1.-С.4-6.
4. Плохинский Н.А. Биометрия.- М.: Наука, 1970.- 368 с.
5. Про відношення населення Дніпропетровської області до сімейної медицини (за даними соціологічного дослідження) /Лехан В.М.,Васишин Р.Й., Семенова Л.С. та інш. // Мед. перспективи –2000. - Т.5. - №3. - С. 135-139.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРСПЕКТИВНЫХ ПУТЕЙ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Василишин Р.И., Акуленко Е.В.

На основе медико-статистических исследований раскрыты негативные аспекты современного состояния лечебно-профилактических учреждений Днепропетровской области, доказана необходимость целенаправленного внимания к последующему анализу и разработке путей улучшения системы охраны здоровья области, главными из которых может быть сочетание плановых и рыночных подходов относительно государственного регулирования на основе приоритетного финансирования и структурной реорганизации отрасли.

THE ANALYSIS OF A CONDITION AND DEFINITION OF PERSPECTIVE WAYS OF DEVELOPMENT OF SYSTEM OF PUBLIC HEALTH SERVICES OF DNEPROPETROVSK AREA

R. Y. Vasylyshyn, E.V. Akulenko

On the basis of medico-statistical researches the negative aspects of a modern condition of medico-preventive establishments of Dnepropetrovsk area are opened, the necessity of purposeful attention to the subsequent analysis and development of ways of improvement of health protection system of area is proved, of which the combination of the scheduled and market approaches concerning state regulation can be main on the basis of priority financing and structural reorganization of branch.

УДК 617.7: 616-082.001.73

Н.В. МЕДВЕДОВСЬКА (Київ)

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ОРГАНІЗАЦІЮ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Український інститут громадського здоров'я

Соціально-економічна криза в республіках колишнього СРСР протягом останнього десятиліття виявила недоліки в системі організації масової медичної допомоги, її неспроможність реагувати на потреби в медичній допомозі певної якості. Теоретики охорони здоров'я, проголошуючи чудовий принцип загальнодоступності медичної допомоги, не врахували, що вона забезпечується в першу чергу кваліфікованим лікарем загальної практики на первинному рівні. В усьому світі прийшли до висновку, що чим більше спеціалізована допомога, тим складніше отримати її хворому в потрібному обсязі, що призводить до збільшення витрат, неефективного використання знань лікарів-спеціалістів і ресурсів.

У нашій охороні здоров'я розвинулася надто сильна спеціалізація. Причому саме «вузькі» спеціальності набули особливого престижу, створили ситуацію, за якої, незважаючи на надмірну кількість лікарів, отримати звичайну медичну допомогу більшістю хворих стало складно. Що стосується офтальмології, то багато лікарів-окулістів на прийомі змушені надавати хворому первинну і вторинну медичну допомогу одночасно. Таким чином, знання та навички лікаря-спеціаліста, який повноцінно може надавати допомогу в складніших випадках очних хвороб, часто залишаються не використаними. А, отже, робота спеціаліста поступово втрачає свою ефективність.

На сьогодні погляд на покращення ситуації в існуючій офтальмологічній допомозі насамперед

проходить через реорганізацію трьохрівневої системи надання медичної допомоги. По-перше, це впровадження сімейної медицини або лікарів загальної практики як первинного рівня медичної допомоги. Як свідчить власний історичний досвід і досвід багатьох країн Заходу, первинна медико-санітарна допомога може вирішувати близько 90% проблем медичного забезпечення населення.

Згідно з визначенням ВООЗ, до первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) належить основна лікувальна допомога – проста діагностика і лікування, направлення у складних випадках на консультацію до спеціалістів вищого рівня, профілактична допомога та основні санітарно-освітні заходи.

Нами розроблений перелік необхідних навичок обстежень і лікувальних процедур, якими повинен володіти або вміти розшифровувати сімейний лікар під час надання первинної допомоги офтальмологічним хворим. Він охоплює: зовнішній огляд очей, повік, кон'юнктиви, визначення чутливості рогівки, обстеження слізних залоз, слъозовивідних шляхів, визначення гостроти зору, поля зору та кольоросприймання, вимірювання внутрішньоочного тиску пальпаторно і за допомогою тонометра, визначення рефракції корегувальними скельцями, корекція аметропії, пресбіопії, закапування крапель в кон'юнктивальний мішок, змазування країв повік, закладання мазі за повіки, масаж повік, епіляція вій, взяття мазка з кон'юнктивальної порожнини для посіву мікрофлори, видалення поверхневих сторонніх тіл з кон'юнктиви і рогівки, дослідження бінокулярного зору, визначення косоокості, надання невідкладної допомоги при травмах і ушкодженнях (хімічні опіки, обмороження очей), надання допомоги в разі гострого нападу глаукоми.

Таким чином, сімейний лікар може діагностувати, а в деяких простих випадках і лікувати, з приводу таких очних хвороб: аномалії рефракції (міопія, гіперметропія, астигматизм), косоокість, захворювання повік, кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, катаракту, глаукому, спазм акомодативної м'язової оболонки ока.

Важливо, що сімейний лікар також займатиметься активною профілактикою виникнення та розвитку очної патології.

За визначенням ВООЗ, вторинна медична допомога трактується як більш витончена і склад-

на порівняно з первинною. За умови повноцінної діяльності лікаря загальної практики з вищевказаними знаннями та вміннями вторинна офтальмологічна допомога дійсно відповідатиме цьому визначенню. Лише тоді можна буде сподіватися на зростання ефективності роботи дипломованого лікаря-офтальмолога.

Зміна поглядів на призначення двох основних ланок у системі медичної допомоги – первинної та вторинної – необхідна передумова модернізації на краще нашої системи надання офтальмологічної допомоги населенню.

Третинна медична допомога, згідно з визначенням ВООЗ, – це допомога, що потребує висококваліфікованого обслуговування, яка, як правило, може надаватися лише в спеціально обладнаних з цією метою центрах і лікарнях, що пройшли відповідну спеціалізацію. І це відповідає дійсності.

Отже, враховуючи наведені вище міркування стосовно призначення трьох рівнів системи медичної допомоги, вичерпна захворюваність населення на хвороби органів зору за рівнями обслуговування буде розподілена таким чином: первинний рівень – 49,1%, вторинний – 40,1%, третинний рівень – 10,8%. Серед хворих, яким може надавати допомогу сімейний лікар, переважну частку складуть хворі на кон'юнктивіт, аномалії рефракції (міопія, гіперметропія, астигматизм), ангіопатії сітківки, що в цілому становить 69,1% первинних звертань.

Зважаючи на наведені дані, можливо стверджувати доцільність проведення реорганізації системи надання медичної допомоги шляхом створення мережі лікарів загальної практики, що потребує перегляду адміністративного, фінансового стосунку та структури сучасних поліклінік, лікарських дільничних амбулаторій, статусу дільничного лікаря-педіатра та терапевта. Тенденції реорганізації системи офтальмологічної допомоги можуть набути іншого спрямування. Слід відокремити від сучасних поліклінік лікарські дільничні амбулаторії, забезпечити їхню адміністративну і фінансову самостійність, змінити дільничних лікарів-педіатрів на лікарів загальної практики, тобто створити справжній фундамент системи медичної допомоги – її первинний рівень. На вторинному рівні замість теперішніх поліклінік потрібно створити діагностично-консультативні центри при стаціонарах. У них будуть консультиватися хворі, яких направлятимуть сюди лікарі загальної практики.

Список літератури

1. Аветисов Э. С. Основные тенденции развития современной офтальмологии // Рос. мед. журн. – 1997. – №1. – С. 4–6.
2. Базилевич Я.П. Сімейна медицина (завдання, принципи людей) // Лікування та діагностика. – 1997. – №3. – С.41–47.
3. Кобылов Ф.Н. Экономические методы стимулирования внедрения прогрессивных форм организации медицинской помощи // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1998. – №1. – С.35–39.
4. Корещий В.Л. Реформирование первичной медико-санитарной помощи Украины // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 1997. – №3. – С.58–60.
5. Седых Л.И., Елейникова В.С., Киселев И.Н. Первичная медико-санитарная помощь в зарубежных странах // Там же. – 1996. – №1. – С.1–9.
6. Щепин О.П., Овчаров В.К., Коротких Р.В. Оптимизация модели развития службы врача общей практики // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1997. – №4. – С.1–7.
7. Storfield B., Simpson L. Primori care os a port of US health service reform // JAMA.– 1998. – Vol. 269, №24. – P. 3136–3139.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОРГАНИЗАЦИЮ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Н. В. Медведовская (Киев)

Статья посвящена актуальной проблеме реорганизации медицинской помощи, в частности офтальмологической. Взгляд на улучшение ситуации проходит через реорганизацию трехуровневой системы оказания медицинской помощи. Обосновано более эффективное соотношение общей практики и специализированной офтальмологической помощи в диагностике и лечении при глазных болезнях.

CONTEMPORARY APPROACH TO OPHTHALMOLOGIC CARE PROVISION

N.V. Medvedovskaya (Kyiv)

The article is devoted to an actual problem of some specialized medical care provision reorganization, i.e. ophthalmologic one. Personal approach to the improvement of existing situation consists in a three - level medical care provision system reorganization. A more effective correlation between general practice and specialized ophthalmologic care in diagnosis and treatment of eye diseases has been grounded.

О.Н. ЛИТВИНОВА, І.М. ГОРБАТЮК (Тернопіль, Вінниця)

СТРАТЕГІЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СТАНОВЛЕННІ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського, Вінницький обласний протитуберкульозний диспансер

Основою ефективної управлінської діяльності є стратегічне бачення організації в перспективі. Відхід від адміністративно-командного планування характеризується непередбачуваністю та мінливістю як зовнішнього, так і внутрішнього середовища, в якому опинилась система охорони здоров'я і ставить перед нею цілий ряд нових і складних завдань, зокрема, таких, як: розширені автономні функції в управлінні; переорієнтація охорони здоров'я із наслідкової в профілактичну; орієнтація на інтенсивність розвитку системи - тобто необхідність стратегічного бачення діяльності системи. Основним стратегічним документом для становлення національної системи охорони здоров'я є "Основи законодавства України про охорону здоров'я". Реалізація його основних положень (які наводяться нижче) є прямим шляхом для досягнення мети системи охорони здоров'я в державі.

Виходячи із визначення "охорони здоров'я", в даному програмному документі дано визначення "закладу охорони здоров'я". Відповідно, в наступних законодавчих актах має бути розроблений статус закладу охорони здоров'я з чітким і однозначним визначенням їх функцій, прав та обов'язків. Необхідно законодавчо визначити різновиди закладів охорони здоров'я з метою віднесення їх до тих чи інших державних структур чи визначення самостійних статусів, визначити шляхи їх фінансування, утримання, орієнтації в податковій політиці і т.д.

В статті 5 "Охорона здоров'я - загальний обов'язок суспільства та держави" говориться про обов'язок державних, громадських чи інших органів, підприємств, установ, організацій, посадових осіб та громадян забезпечити пріоритетність охорони здоров'я. Практичне здійснення такого положення буде можливе лише при економічній вигоді такої пріоритетності або при силових важелях у вигляді економічних санкцій чи кримінальній відповідальності. На сьогодні немає механізму здійснення ні одного, ні другого.

Найвагомішою і найзначущішою на сьогодні є стаття 7 Законодавства "Гарантії права на охорону здоров'я", яка передбачає державну гарантію прав громадян на охорону здоров'я. Вперше вводиться в законодавство поняття гарантованого рівня надання медико-санітарної допомоги. Введенням гарантії надання такої допомоги забезпечується соціальний захист населення і реалізація права на отримання медико-санітарної допомоги в умовах переходу від одного соціального устрою до іншого, в умовах створення різних форм надання медико-санітарної допомоги на різних формах власності. Обсяг гарантованого рівня медико-санітарної допомоги повинен встановлюватися Кабінетом Міністрів України за поданням Міністерства охорони здоров'я та погодженням з Міністерством фінансів України. Гарантований рівень медико-санітарної допомоги не є максимальним чи мінімальним, не є необхідним і достатнім, не є на рівні світових стандартів і не є незмінним. Це є рівень, який держава здатна надати всім громадянам на безоплатній з їх боку основі на даний час. Обсяг надання громадянам медико-санітарної допомоги може коректуватися на місцях, залежно від можливостей місцевих бюджетів лише в сторону збільшення. Пропорційно до розвитку економічної могутності держави розширятиметься і гарантований рівень медико-санітарної допомоги.

Держава гарантує право громадського контролю та нагляду в галузі охорони здоров'я, що в умовах становлення держави особливо важливо. Для здійснення такої гарантії і запобігання хаотичному втручанням в діяльність закладів охорони здоров'я необхідна правова регламентація діяльності громадського контролю у сфері охорони здоров'я. Специфіка медико-санітарної допомоги вимагає для контролю і нагляду за своєю діяльністю професійних громадських організацій. Сьогодні такою організацією може виступати Українське лікарське товариство, Асоціація лікарів України тощо. Залучення до конт-

ролюючих функцій громадських професійних організацій слугуватиме запобіганням від зловживань одноосібних рішень, корупції та інших негараздів.

Гарантія організації державної системи збирання, обробки і аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації з метою оптимізації діяльності системи охорони здоров'я повинна передбачати структуру, здатну інтегрувати дану інформацію і на основі системного її аналізу розробляти програми коректування діяльності сфери охорони здоров'я.

Стаття 8 "Державний захист права на охорону здоров'я" порушує питання відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди і поновлення порушених прав у галузі охорони здоров'я. Для реалізації положень статті необхідна розробка механізму виявлення порушень прав у галузі охорони здоров'я, механізму відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди із деталізацією методик встановлення заподіяної шкоди, визначення її обсягу і вартісної оцінки, форм відшкодування і т.д. Необхідне визначення структури, яка буде вирішувати ці питання. При вирішенні даних проблем необхідні зміни в адміністративному та кримінальному кодексах України, які дозволять судовим органам притягати до відповідальності за невиконання забезпечення прав на охорону здоров'я.

Стаття 9 "Обмеження прав громадян, пов'язані із станом їх здоров'я" говорить про випадки визнання непридатними виконувати певні державні функції чи професійні обов'язки громадянами через порушення їхнього здоров'я тимчасово чи постійно. Для подальшого розвитку положень даної статті необхідно визначити перелік професій і вимог до стану здоров'я для їх виконання, використовуючи дані профзахворюваності та статистичних досліджень груп працюючих для виявлення особливостей у стані їх здоров'я, пов'язаних із виконанням тих чи інших функцій в тому числі і державних. Професійні обмеження, пов'язані із станом здоров'я громадян, дозволять значно зменшити професійну захворюваність і вберегти здоров'я громадян від впливу чинників, які здатні збільшити порушення в здоров'ї громадян і привести до появи хвороби та її трагічних наслідків. Положення даної статті слід розробляти із врахуванням "Декларації прав людини" та Конституції України.

Положення про те, що державна політика охорони здоров'я забезпечується державним фінансуванням згідно потреб охорони здоров'я (ст. 12) має деякі особливості: система фінансування охорони здоров'я складається з двох частин. Одна частина - це фінансування медико-санітарної допомоги. Дані кошти передбачається виділяти на певні конкретні структури та заклади, які мають відношення до медико-санітарної допо-

моги. Такі фінансові витрати можна планувати, виділяти і контролювати їх використання та доцільність. Лише в цій частині можна говорити про виділену частку із національного доходу чи валового продукту. Інша частина асигнувань, яка повинна би виділятися на охорону здоров'я, виходячи із визначення здоров'я, розсіюється у галузях народного господарства. Ця частина асигнувань передбачає витрати на створення умов, які б забезпечили збереження і розвиток фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

Стаття 13 "Формування державної політики охорони здоров'я" роз'яснює формування державної політики охорони здоров'я в Україні, роблячи акцент на провідній ролі Верховної Ради України та органах місцевого та регіонального самоврядування. Причому на останні покладається розробка програм із відображенням специфічних потреб охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях.

Створення дорадчих та експертних органів при Верховній Раді України малоефективне через непрофесійний основний склад Парламенту, в тому числі і Комітетів Верховної Ради. Більш результативним було б зібрання робочих груп, до яких би входили провідні фахівці в галузі охорони здоров'я. Питання фінансування, порядок створення та діяльності, склад робочих груп повинен визначатись відповідно до мети їх створення.

Стаття 14 "Реалізація державної політики охорони здоров'я" вперше вводить відповідальність Президента України за реалізацію державної політики охорони здоров'я. Дане положення повинно підтверджуватися конкретною формою відповідальності, зарегламентованою цивільним і кримінальним кодексом України. Органи державної виконавчої влади зобов'язуються даним законодавством впроваджувати в життя положення державної політики охорони здоров'я, для чого необхідно надати їм певні повноваження і встановити конкретну відповідальність за невиконання своїх функцій.

Міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах своїх компетенцій розробляють програми та прогнози в галузі охорони здоров'я. Компетенція Міністерства охорони здоров'я повинна врівноважуватись із юридичними та економічними можливостями та структурними співвідношеннями із іншими міністерствами і не обмежуватись питаннями лише медико-санітарної допомоги.

Стаття 15 "Органи охорони здоров'я" вказує спеціально уповноважений центральний орган державної виконавчої влади в галузі охорони

здоров'я - Міністерство охорони здоров'я України, що діє на основі Положення, яке повинно відбивати всі основні позиції "Основ законодавства України про охорону здоров'я" та містити юридичні можливості впливу на всі сфери діяльності людини з позицій охорони її здоров'я та медико-санітарної допомоги, надавати можливості пріоритетного впливу його діяльності.

Вперше в "Основах законодавства України про охорону здоров'я" вводиться вимога професійного керівництва закладом охорони здоров'я. Відмічається, що керівництво закладом охорони здоров'я може здійснювати тільки особа, яка відповідає встановленим державою єдиним кваліфікаційним вимогам. Отже, Міністерству охорони здоров'я України необхідно удосконалити "Єдині кваліфікаційні вимоги до керівників закладів охорони здоров'я" із вимогами до освіти, кваліфікації, досвіду, вмінь і навиків, порядок призначення керівника, підпорядкованість за загальними та спеціальними питаннями, обсяги автономії, соціальну захищеність і т.д.

Стаття 19 "Матеріально-технічне забезпечення охорони здоров'я" передбачає державне матеріально-технічне забезпечення охорони здоров'я лише в обсязі гарантованого рівня медико-санітарної допомоги. Таке забезпечення можливе на науково обґрунтованому рівні лише при розробці стандартів лікування та налагодженому обліку використання матеріально-технічних ресурсів, які виділятимуться згідно нормативів, розроблених відповідно до санітарно-гігієнічних вимог та нормативів технічного забезпечення. Право закладів охорони здоров'я самостійно вирішувати питання свого матеріально-технічного забезпечення реалізовуватиметься лише в

умовах гарантованого фінансування закладу. При вирішених шляхах надходження коштів і гарантованому їх надходженню можна надавати право лікувально-профілактичним закладам самостійно вирішувати питання свого забезпечення.

Стаття 21 "Податкові та інші пільги в галузі охорони здоров'я" передбачає лише ті пільги, які вже закладені у чинному законодавстві. Пріоритетність розвитку сфери охорони здоров'я вимагає поширеного викладу системи оподаткування в своїй діяльності, необхідно переглянути доцільність оподаткування бюджетної частини коштів в сфері медико-санітарної допомоги.

Стаття 22 "Державний контроль і нагляд в галузі охорони здоров'я" функції контролю покладає на спеціально уповноважені органи виконавчої влади. Існуючі сьогодні контролюючі служби належать до різних відомств, мають різні функції, різні повноваження та різні можливості впливу як юридичного, так і економічного. Така децентралізація контролюючих служб не створює єдиної цільної сітки вимог у сфері охорони здоров'я та ефективного контролю за виконанням заходів, направлених на охорону здоров'я.

Таким чином, можемо зробити висновок, що становлення національної системи організації охорони здоров'я України потребує значних зусиль з боку управлінської ланки для стратегічної реорганізації системи з метою переорієнтації її з лікувальної, наслідкової в профілактичну, що в кінцевому результаті призведе до значного економічного ефекту в державі. Така діяльність потребує значної переорієнтації бачення ситуації самими керівниками, реорганізації їх підготовки, призначення на посади і значної реорганізації самої управлінської діяльності.

СТРАТЕГИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ В СТАНОВЛЕНИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

О.Н. ЛИТВИНОВА, И.М. ГОРБАТЮК (Тернополь, Винница)

Успешное реформирование системы здравоохранения Украины невозможно без стратегического планирования. Основным программным документом последнего являются "Основы законодательства Украины о здравоохранении". Развитие отдельных его положений обеспечит правовую базу здравоохранению Украины и его развитие.

THE STRATEGY OF STATE MANAGEMENT IN BECOMING OF A NATIONAL SYSTEM OF PUBLIC HEALTH SERVICES OF UKRAINE

O.N. LITVYNNOVA, I.M. HORBATIUK (Ternopol, Vinnitsa)

The successful reforming of a system of public health services of Ukraine is impossible without strategic planning. The main program document of the latter is "Fundamentals of the legislation of Ukraine about public health services". The development of some of its positions will supply legal basis to Ukrainian public health service and its development.

УДК 614. -21

Л.М.РОМАНЮК, Н.Є.ФЕДЧИШИН

ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЮ РАЙОННОЮ ЛІКАРНЕЮ

Тернопільська державна медична академія

Центральна районна лікарня /ЦРЛ/ є основним закладом, що надає вторинну медичну допомогу сільській людині. Сьогодні в Україні налічується 488 центральних районних лікарень, в яких зосереджено 25% усього ліжкового фонду держави. ЦРЛ не тільки забезпечує спеціалізовану медичну допомогу сільському населенню з основних профілей, а й здійснює методичне управління медичними закладами первинного рівня, оскільки в сільських адміністративних районах лікарські дільниці територіально відокремлені від центральних районних лікарень.

Базовий рівень - основний в системі медичної допомоги. Тут зосереджені її первинна та вторинна ланки. Вони забезпечують 90 % амбулаторно-поліклінічної і 80 % стаціонарної допомоги. Від якості та ефективності управління на цьому рівні залежать практично результати діяльності усієї системи.

Управління охороною здоров'я на базовому рівні страждає багатьма недоліками: по-перше, воно не займається соціальними проблемами здоров'я людини, бо не має для цього відповідної інформації та повноважень; по-друге, воно не займається економічними проблемами медичної допомоги через брак відповідних фахівців, необізнаність, тощо; по-третє: основним методом управління залишається адміністративно-командний [1] .

Керівництво ЦРЛ, її структурними підрозділами вимагає постійного інформаційного забезпечення. На всіх рівнях управління охороною здоров'я і в т.ч. на базовому, тепер бракує об'єктивної інформації. Це значно ускладнює процес реорганізації охорони здоров'я разом з тим, загальновідомим є той факт, що медичні працівники основну частку свого робочого часу /більше (25 %) витрачають на письмову роботу, тобто на збір інформації. Статистичної інформації збирається багато, часто вона є зайвою, непотрібною і водночас поверхневою, без належного аналізу.

Між тим, наука управління стверджує, що модель інформаційного забезпечення повинна мати

вигляд піраміди, її широка основа має обслуговувати базовий рівень, де забезпечується основний обсяг медичної допомоги. Чим вищий рівень управління, тим інформація має бути меншою за обсягом, але інтегрованішою або комплекснішою за своїм характером. Основною причиною невідповідності між величезним обсягом інформаційного матеріалу, що збирається і кучим обсягом його аналізу є орієнтація на суцільний метод збору цього матеріалу. В існуючих облікових і звітних статистичних формах враховується значний перелік даних, необхідних для оцінки діагностики та лікування хворого, в той час відсутні дані, вкрай необхідні для управління. Це дані, що стосуються соціальної обумовленості здоров'я, оцінки економічної ефективності медичної допомоги та вартості медичних послуг.

Інформаційне забезпечення управління охороною здоров'я має бути радикально перебудоване. В першу чергу це стосується базового рівня і не лише тому, що тут надається основний обсяг медичної допомоги. На основі інформації, що створюється тут, задовольняються потреби і всіх інших рівнів управління [1,2]

Входом в систему інформаційного забезпечення управління центральною районною лікарнею є облікові документи. Первинними з них є "Медична карта амбулаторного хворого" /ф.025/о/ та "Медична карта стаціонарного хворого" /ф.003/о/. Ці документи ще певний час мають заповнювати лікарі, поки не буде забезпечено належного рівня застосування машинних носіїв інформації. На сучасному етапі в практиці інформаційного забезпечення використовують не названі медичні документи, а так звані проміжні облікові документи, які створюються на їх основі. Для амбулаторно-поліклінічних закладів це є "Талон амбулаторного пацієнта" /ф.025-7/0/, для стаціонарних - "Статистична карта вибулого із стаціонару" /ф.066/о/. Для реєстрації та аналізу смертності використовується "Лікарське свідоцтво про смерть" /ф.106/о/.

Ці документи дають змогу визначити частоту певних явищ /захворюваності, інвалідності, смер-

тності, тощо/ та їхню структуру серед всього населення. Але за допомогою цих форм неможливо вивчити частоту та структуру даних явищ серед соціальних та інших прошарків. Загальновідомо, що здоров'я передусім залежить від умов та способу життя людей. Суттєвим є віковий фактор. Для впливу на здоров'я людей потрібні дані про поширеність хвороб та смертність саме серед вікових, професійних та соціальних прошарків суспільства. Отримання таких даних - справа складна і копітка, але вона стає реальною за умови використання вибіркового методу збору та аналізу інформації. Згідно закону великих чисел, розмір вибірки залежить від поширеності факторів, які беруться для аналізу. Пропонуємо на рівні району користуватись таким переліком хвороб: туберкульоз, злоякісні

новоутвори, доброякісні новоутвори, хвороби ендокринної системи, розлади харчування, обміну речовин, в т.ч. цукровий діабет, хвороби нервової системи, глаукома, хвороби системи кровообігу, в т.ч. ревматизм, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, стенокардія, церебро-васкулярна хвороба, хвороби органів дихання, в т.ч. пневмонія, бронхіт хронічний та емфізема, бронхіальна астма, хвороби органів травлення, в т.ч. виразкова хвороба і гастрит, хвороби сечостатевої системи, в т.ч. нефрит, хвороби жіночих статевих органів, кістково-м'язової системи, травми та отруєння. Вікові групи пропонуємо наступні / 0-14, 15-19, 20-44, 45-64 та 65 років і старше/.

Професійні та соціальні прошарки вказані в "Карті жителя району" :

КАРТА ЖИТЕЛЯ

1. Прізвище, ім'я, побатькові _____
2. Код особи _____
3. Рік _____ місяць _____ день _____ народження
4. Місце проживання _____
5. Код місця роботи _____
6. Суспільна група: службовець – 1, селянин – 2, робітник – 3, тваринник – 4, учень – 5, дошкільник – 6, інвалід з дитинства – 7, інвалід праці – 8, інвалід війни, армії – 9, вільні заняття – 10 /підкреслити/.
7. Професія: службовець /адм.управлінський персонал/ – 1, службовець /інтелігенція/ – 2, рільник – 3, тваринник – 4, механізатор – 5, кваліфікований робітник пром. підприємства – 6, некваліфікований робітник пром. підприємства – 7, будівельник – 8, водій – 9, вільна професія – 10, фермер – 11, підприємець – 12, інші – 13 /підкреслити/.
8. Професійні шкідливості: є – 1, немає – 2 /підкреслити/.
9. Сім'я: повна – 1, неповна – 2 /підкреслити/.
10. Число поколінь: 1, 2, 3 /підкреслити/.
11. Пересічний прибуток на 1 чл. сім'ї за місяць /гривні/. _____
12. Житлові умови: добрі – 1, задовільні – 2, незадовільні – 3 /підкреслити/.
13. Матеріальний добробут: автомобіль – 1, кольоровий телевізор – 2, пральний автомат – 3, відеосистема – 4 /підкреслити/.
14. Соціальний прошарок¹: 1, 2, 3, 4 /підкреслити/.
15. Група здоров'я: 1, 2, 3, 4, 5 /підкреслити/.
16. Відношення до профілактичних оглядів: на основі попиту – 1, в порядку обов'язкових оглядів – 2 /підкреслити/.
17. Мікроекологічні умови: добрі – 1, задовільні – 2, незадовільні – 3 /підкреслити/.

Згідно поширеності факторів, взятих для аналізу, мінімальним обсягом вибірки для отримання достовірних даних є 4 тисячі осіб. Найефективнішим методом вибірки є комбінований. На практиці це виглядає так: населення району поділяється на сільські лікарські дільниці та районний центр. Пропорційно чисельності встановлюється число людей, які попадають у вибірку з кожної дільниці та районного центру. Беруться особи з прізвищем на певні літери: "К", "Л", тощо. На кожного з вибраних заповнюється карта жителя. Дані карти вводяться в комп'ютер. Талони амбулаторного пацієнта та карти вибулого із стаціонару на осіб, що попали у вибірку, об'єднуються з картою жителя і аналізуються. Це дає змогу отримати всю необхідну інформацію. Вона використовується головним лікарем ЦРЛ для підготовки управлінських рішень на рівні органів місцевого самоуправління, для поточних та перспективних планів розвитку охорони здоров'я району, для визначення вартості медичних послуг.

¹Соціальні прошарки формуються залежно від конкретних критеріїв або їх сполучень.

Поряд з вибірковою методикою збору та аналізу статистичних документів, в окремих випадках застосовується суцільний аналіз. Це стосується визначення якості та ефективності роботи конкретного медичного працівника за короткий проміжок часу /місяць, квартал/ з метою економіч-

ного стимулювання праці, реєстрації окремих малопоширених хвороб /інфекційні, венеричні, тощо/.

В сучасній практичній охороні здоров'я статистичний інформативний матеріал страждає поверхневістю, відсутністю таких методів аналізу, як визначення достовірності показників, отриманих з використанням малих чисел спостереження /менше 30/, динамічний аналіз, визначення взаємозв'язку між явищами /кореляційний аналіз/, економіко-математичні методи, комплексні оцінки.

На основі вищенаведеного можна зробити такі висновки:

1. Інформаційна ланка - початкова і найважливіша в управлінському циклі.

2. Нині діюча система інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я сільського району не має інформації стосовно соціальної обумовленості здоров'я людності, оцінки економічної ефективності медичної допомоги та вартості медичних послуг.

3. Основною причиною невідповідності між великим обсягом інформаційного матеріалу, що збирається і малим обсягом його аналізу є орієнтація на суцільний метод збору цього матеріалу.

4. Для забезпечення належного рівня повноти та якості статистичної інформації, необхідної для управління охороною здоров'я на базовому рівні, необхідний перехід на переважно вибірко-вий метод її збору та аналізу.

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. Приходський О., Морарь Л., Голяченко А. Управління охороною здоров'я. -Тернопіль: Лілея, 2001. -65с.
3. Голяченко А.М., Мельник В.К., Серкова В.К. Методические рекомендации по совершенствованию информационного обеспечения системы управления здравоохранением области.-Вінниця, 1983 .-34с.
4. Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я України.-статистично-аналітичний довідковий посібник.-Київ: МОЗ України, 2000. -137с.
5. Інформаційна система для управління охороною здоров'я сільського району в умовах медичного страхування.-методичні рекомендації.-Вінниця, 1992. -10 с.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УПРАВЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕЙ

Романюк Л.Н., Федчишин Н.Е. (Тернополь)

Проведен анализ современного состояния информационного обеспечения системы управления здравоохранением на базовом уровне. Предложена методика выборочного сбора и анализа статистической информации, необходимой для управления центральной районной больницей.

INFORMATION PROVISION IN MANAGEMENT OF THE CENTRAL DISTRICT HOSPITAL

L. N. Romaniuk, N. E. Fedchyshyn

Analysis of modern state of information provision of public health care management system on basic level was performed. Method of elective collection and analysis of statistical information necessary for provision of the central district hospital was presented.

УДК 614.2

В.Л. ТАРАЛЛО (м. Чернівці)

ПЕРЕДУМОВИ СТАНОВЛЕННЯ РЕСУРСНОЇ СТРАТЕГІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ХХІ СТОЛІТТІ

Буковинська державна медична академія

Сучасні тенденції розвитку суспільства [1] виявили соціальну системність охорони здоров'я, а проблеми, що стоять перед нею [2-5], невід'ємні від проблем економіки, політики, екології і культури, засвідчили деформацію відтворювального циклу потенціалу здоров'я [6], у тій чи іншій степені притаманну системам охорони здоров'я всіх країн світу [6, 7] і вимагають їхнього реформування.

Усвідомлення масштабності необхідних змін виразила політика ВООЗ [6], яка за підсумками розвитку охорони здоров'я в ХХ столітті зафіксувала соціальне замовлення світового співтовариства на досягнення здоров'я для всіх (ЗДВ). Вона **намітила базові орієнтири реформування**, а також висловила готовність використовувати ресурси держав - членів ВООЗ, для досягнення мети – "Здоров'я для всіх". Усе це обґрунтовує і робить актуальною розробку відповідної ресурсної стратегії охорони здоров'я, стратегії зміцнення і розвитку здоров'я населення України з формуванням в країні умов забезпеченості і здійсненості щодо досягнення глобальної мети – "Здоров'я для всіх". Передумови до розробки даної стратегії в даний час уже створені.

Провідною з них, яка визначає становлення основ ресурсного підходу до досягнення здоров'я для всіх, є визнання світовим співтовариством здоров'я стратегічним ресурсом соціального й економічного розвитку. Цей факт конституював нове бачення [7] відповідності будь-якої соціо-екологічного співробітництва, а також у сферах економіки, політики і культури; нова ідеологія наукового обґрунтування програм охорони здоров'я.

Спрямованість і науково-практичний базис реформування охорони здоров'я закладені в принципах концепцій первинної медико-санітарної допомоги [13], поліпшення здоров'я [14], "Здоров'я для всіх" [9] і початих у 1987 році проектах "Здорові міста". Вони сприяли підвищенню ролі неформальних і громадських заходів (програм) по зміцненню та покращанню здоров'я населення [6] і створили передумови організації міжсекторального співробітництва і відносин партнерства в сфері охорони здоров'я.

Наступною передумовою, що визначає реальну можливість створення **інформаційно-методичних**

основ нової ресурсної політики в технології охорони здоров'я, є відкриття вченими України закону виживання популяцій [15], використання якого вперше дозволило інтегрально оцінювати в будь-який час і на будь-якій території ступінь відповідності політики і організації охорони здоров'я населення його здоров'ю [16]. Отримані за законом раніше невідомі інтегральні показники здоров'я населення і якості стану його довкілля заклали практичні умови прямого виходу на визначення обсягу і структури компенсаційних витрат ресурсів галузі (і територій) для охорони, збереження і зміцнення здоров'я населення [17] при забезпеченні "справедливості і рівності" для всіх груп [3, 6, 7, 18].

Нарешті, важливою передумовою, що визначає **організаційні основи управління охороною здоров'я населення в Україні**, стала розробка Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" [19].

Ця програма, відбиваючи особливості державної політики в сфері охорони здоров'я, цілком узгоджуються з міжнародною політикою по даному питанню і націлена на збільшення "можливостей для виживання" населення і "якості життя". Тут варто підкреслити, що вперше в основу реалізації програми покладений розвиток нового світогляду в ОПР і населення з метою формування в суспільстві здорового способу життя і здорового навколишнього середовища, включаючи систему охорони здоров'я.

Вказане свідчить, що успіх реформування визначається, у першу чергу, **відповідністю світогляду** осіб, які формують державну, громадську й індивідуальну політику зміцнення здоров'я, до реальних умов навколишнього середовища. Саме він дозволяє виявити й усунути проблеми забезпечення здійсненості здорових умов життя: проблему нормального функціонування систем охорони здоров'я при реалізації задач "ЗДВ", проблему становлення, відновлення і розвитку здорових зон життєдіяльності, а також проблему виробництва ресурсів здоров'я.

Успіх також прямозалежний від **коректності методології**, що буде використовуватися особами, які формують ресурсну стратегію, для ви-

явлення й усунення проблем здійсненості місії "ЗДВ" (стійкої безпеки систем охорони здоров'я, доступності усім здорового вибору в даному місці, у даний момент часу і відповідно до змін у навколишньому середовищі), а також проблеми освоєння ресурсів здоров'я.

Нарешті, успіх прийде при використанні в роботі і реалізації програм зміцнення здоров'я насе-

лення технологій, здатних усунути такі найважливіші проблеми у формуванні здорового способу життя, як дієвість програм реалізації ресурсозабезпеченої стратегії досягнення ЗДВ, сталість розвитку систем охорони здоров'я і стабільність розвитку "потенціалу здоров'я" у цілому.

Шляхи і способи вирішення цих проблем в даний час нами розробляються.

Список літератури

1. Тоффлер Э. Третья волна. -М.: АСТ, 1999. -782 с.
2. Ницета, дети и социальная политика: путь в светлое будущее: Региональный мониторинговый доклад, 1995, №3, UNICEF. -Флоренция: Международный центр развития ребенка, 1995. -161 с.
3. Оценка стратегии достижения здоровья для всех к 2000 году. Седьмой обзор состояния здравоохранения в мире. Т.1. Глобальный обзор. -Женева: ВОЗ, 1987. -144 с.
4. Здоровье населения в Европе -1997 г. Отчет о третьей оценке прогресса на пути к достижению здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (1996-1997 г.). -Копенгаген: Европейское бюро ВОЗ, 1998. -90 с.
5. Здоровье населения в Европе - 1997 г. Резюме. -Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998. -40 с.
6. Здоровье - 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению ЗДВ, №6. -Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999. -310 с.
7. Здоровье - 21. Здоровье для всех в 21-ом столетии. Введение. Европейская серия по достижению ЗДВ, №5. - Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998. -43 с.
8. Словарь - справочник по экологии. /Сытник К.М. и другие. -К.: Наукова думка, 1994. -666 с.
9. Стратегия ЗДВ к 2000 г. - Глобальная стратегия. -Женева: ВОЗ, 1981. -104 с.
10. Дитрих Я. Проектирование и конструирование. Системный подход. -М.: Мир, 1981. -455 с.
11. Радаев В.О. О критериях общественного развития. //Экономист, 1992. -№4. -с.71-80.
12. Шеффер М. Управление программами по гигиене окружающей среды. Системный подход. -Женева: ВОЗ, 1976. -259 с.
13. ПМСП: Совместный доклад генерального директора ВОЗ и Директора - распорядителя Детского Фонда ООН. -Женева: ВОЗ, 1978. -106 с.
14. Укрепление здоровья. Дискуссионный документ: концепции и принципы. -Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985. -27 с.
15. Таралло В.Л., Горский П.В., Тимофеев Ю.А. Закон выживания популяции. Зарегистрирован в Международном Регистре Глобальных Систем Информации. Регистрац. номер №000324. Шифр 00005. Код 00015. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информационно-интеллектуальной новизны МАИ, СЭС ООН, Москва. 4.06.1998г.
16. Таралло В.Л. Здоров'я населення - основа формування системи управління його охороною. //Буковинський медичний вісник. -Чернівці, 1999. -Т.3, №2. -С. 228-230.
17. Таралло В.Л. Системні підходи до визначення обсягів асигнувань в охороні здоров'я.// Політика і стратегія Української держави в галузі охорони здоров'я: Матеріали науково-практичної конференції 20-21 травня 1999 р., Одеса. -Одеса: Одеський держ. мед. ун-т, 1999. -С.188-192. -(Б-ка Одеського медичного журналу. Додаток до №3 (55) 1999).
18. Dahlgren G., Whitehead M. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья. - Копенгаген: ВОЗ, Европейское региональное бюро, 1992. -56 с.
19. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації". -Київ: МОЗ України, 2001. -112 с.

ПРЕДПОСЫЛКИ СТАНОВЛЕНИЯ РЕСУРСНОЙ СТРАТЕГИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В XXI ВЕКЕ

В.Л.Таралло

Изложены основные предпосылки формирования усовершенствованной ресурсной стратегии здравоохранения, которые базируются на результатах анализа динамики здоровья населения и функционирования системы его охраны в развитых странах мира в последние десятилетия XX века.

PRECONDITIONS FOR THE FORMATION OF THE RESOURCE STRATEGY OF HEALTH SERVICE IN THE XXI CENTURY

V.L.Tarallo

The author has presented the fundamental preconditions for the formation of improved resource strategy of health service that are based on the results of the analysis of the dynamics of the population's health and functioning of the system of its protection in developed countries of the world during the last decades of the XXth century.

Ю. А. ХУНОВ

МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ ТА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ НАПРИКІНЦІ ДРУГОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

Управління охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації

Медико-демографічна ситуація в Україні продовжує залишатися складною, що зумовлено зменшенням чисельності населення в цілому, кількість якого з 1995 р. скоротилася на 2437,2 тис. чоловік, що складає 4,7%. При цьому темпи падіння народжуваності за 1996–1998 рр. склали 7,8%, а підвищення рівня смертності у 2000 р. досягло 15,3% [1].

Луганська область за цими показниками посідає друге місце після Автономної Республіки Крим. За станом на 01.01.2001 р. чисельність населення області становила 2611 тис. осіб, з яких шосту частину складають діти віком до 14 років. За останні 5 років кількість населення в області скоротилася на 6,7%, а народжуваність складає 6 народжених на 1000 населення проти 7,8 по Україні в цілому.

Луганська область у геополітичному та соціально-економічному відношенні посідає особливе місце серед інших регіонів України, що зумовлено низкою обставин. Насамперед, слід зазначити, що на її території мешкає майже 1/20 частина населення країни. В області сконцентровано багато промислових об'єктів, які мають велике народногосподарське значення, а їхня продукція добре відома не тільки в республіці, а й далеко за її межами. Серед них підприємства нафтопереробної, вугледобувної, металургійної, хімічної, машинобудівної, легкої, харчової та інших галузей промислового виробництва, від роботи яких певною мірою залежать макроекономічні показники.

У географічному плані область межує з трьома областями Російської Федерації, з якими існують давні й тісні стосунки в економічній, культурній і науковій сферах, які підтримуються та динамічно розвиваються завдяки міжрегіональним контрактам. По території області проходять стратегічно важливі транспортні магістралі з розгалуженою сіткою залізничних та автомобільних сполучень, здійснюється великий обсяг вантажних і пасажирських перевезень.

Все це, безумовно, позначається на специфіці регіону, у зв'язку з чим аналіз медико-демографічної ситуації та виявлення різноманітних чинників, що впливають на поширеність захворювань і стан здоров'я населення, набувають важливого науково-практичного значення як для планування системи охорони здоров'я, так і для розробки оздоровчо-профілактичних заходів.

Уповільнення репродуктивної функції серед луганчан фертильного віку пояснюється кількома обставинами, а саме: низьким рівнем матеріального достатку молодих сімей; недостатньою ефективністю заходів щодо соціального захисту молодих і багатодітних родин; значною кількістю випадків розірвання шлюбів у перші роки подружнього життя; погіршенням репродуктивного здоров'я сімейних пар; зайнятістю жінок у суспільному виробництві, а також зацікавленістю молоді здобути вищу та середню спеціальну освіту, щоб потім знайти роботу та забезпечити собі належний рівень життя.

Відбуваються процеси розмивання важливих історичних традицій українського способу життя та ментальності, яким була характерна велика родина, турбота про свою сім'ю та сиріт. Всі ці фактори впливають на зменшення народжуваності, втрату молоддю священних морально-етичних норм інституту сім'ї, свідченням чого є випадки відмови батьків від своїх неповнолітніх дітей.

Тому для розв'язання проблеми народжуваності та досягнення позитивних зрушень потрібні комплексні заходи соціального і законодавчого характеру щодо забезпечення надійного захисту сімей в умовах ринкової економіки. Доцільним є створення громадських об'єднань "Служба допомоги сім'ї", яка може виконувати обов'язки соціологічного моніторингу за проблемними сім'ями для оперативного реагування. Відкрити регіональний інститут репродукції й здоров'я сім'ї з наданням йому відповідних функцій з формування репродуктивної поведінки, забезпечення

соціально-психологічної підтримки сімейних пар, які потребують допомоги. Ініціювати прийняття законодавчих актів, щоб на державному рівні гарантувати поліпшення добробуту молодих та багатодітних сімей і, тим самим, активізувати репродуктивну функцію в українських родинах на основі відновлення найкращих національних традицій і звичаїв.

Про вкрай напружену демографічну ситуацію, що склалася у Луганській області, свідчить і той факт, що кожний з десяти померлих в Україні приходить саме на цю область, а замість 100 померлих народжується лише 40 немовлят. Найбільша в Україні смертність спостерігається серед міських поселень області. В цілому рівень смертності на Луганщині сягає 17% при від'ємному природному прирості населення, який складає 1%.

У структурі причин смертності чільні місця посідають серцево-судинні захворювання, злоякісні новоутворення, хвороби органів дихання, травми та нещасні випадки, які в сукупності складають майже 91,3%.

Особливо високою є передчасна смертність населення працездатного віку, рівень якої сягає 375 випадків на 100 000 населення. Найпомітніші темпи збільшення смертності серед

чоловіків 30–59 років, внаслідок чого у статевовіковій піраміді окреслюється деформація, пов'язана з порушенням співвідношення смертності між чоловіками та жінками.

Гострота проблеми високого рівня смертності активного працездатного населення не обмежується лише площиною демографічних процесів. Вона безпосередньо зачіпає соціально-економічну сферу, оскільки йдеться не тільки про відтворення населення, а й про відновлення трудового потенціалу області. Адже економічно активна частина населення відіграє роль важливого чинника економіки та суспільного виробництва і є творцем матеріальних та духовних цінностей.

Внаслідок негативних медико-демографічних тенденцій у структурі населення області намітився виразний регрес з характерними для нього ознаками: низькою питомою вагою дітей віком до 14 років й перевагою осіб похилого віку. Тобто, в Луганській області відбувається процес старіння населення (табл. 1).

Неухильне зменшення кількості дітей віком до 14 років у загальній структурі населення зумовлене не лише низькою народжуваністю, а й високою смертністю серед немовлят, рівень якої коливається в межах 11,2–12,1%.

Таблиця 1. Вікова структура населення Луганської області у 1995, 1997 і 1999 рр.

Вікова група, років	1995		1997			1999		
	Абс. кількість	Питома вага, % від усього населення	Абс. кількість	Питома вага, % від усього населення	Темп приросту (складу), % порівняно з 1995 р.	Абс. кількість	Питома вага, % від усього населення	Темп приросту (складу), % порівняно з 1995 р.
0–14	533 697	19,2	484 992	18	-9,3	429 139	16,3	-19,6
15–49	1 377 340	49,5	1 368 653	50,7	-0,6	1 361 075	51,6	-1,2
50 років і старше, в тому числі непрацездатного віку	871 749	31,3	847 038	31,3	-2,8	847 106	32,1	-2,8
	656 849	23,6	657 551	24,3	+0,1	643 468	24,4	-2
Разом	2 782 786	100	2 700 683	100	-2,9	2 637 320	100	-5,2

Серед основних причин смертності серед дітей першого року життя є ускладнення у перинатальному періоді, які складають 32,8%, вроджені вади розвитку, несумісні з життям дитини – 29,3, інфекційні й паразитарні хвороби – 8,1, а також нещасні випадки та травми – 6,4%.

З огляду на ці явища особливого значення набуває реалізація комплексно-цільових програм "Планування сім'ї" та "Репродуктивне здоров'я", в рамках виконання яких передбачені профілактика смертності серед немовлят шляхом суттєвого поліпшення організації медичної допомоги вагітним і породіллям, а також забезпечення належного догляду за дітьми, особливо першого року життя. Вагому роль в цих заходах мають відіграти акушерсько-педіатрично-терапевтичні комплекси, які планується створити з метою

ефективної систематичної лікувально-профілактичної роботи з цим контингентом населення з моменту народження й до досягнення ним дорослого віку.

Більш повне уявлення про причини незадовільної демографічної ситуації в Луганській області дає аналіз захворюваності, рівень якої лише за останні роки збільшився на 5,6%. Порівняно з іншими видами патології найбільше зросла захворюваність на ендокринні хвороби (31,4%), хвороби шийки матки незапального характеру (14,7), психічні розлади (на 9,7%) тощо.

Крім серцево-судинних захворювань, реальну загрозу для життя й здоров'я населення становлять злоякісні новоутворення та туберкульоз, що, як правило, тягнуть за собою передчасну смертність або інвалідність. За умови надмірної

поширеності цих хвороб вони справедливо вважаються соціально небезпечними. На Луганщині рівень захворюваності на злоякісні новоутворення, незважаючи на деякий спад, є досить високим і складає 319,8 випадків на 100 000 населення. Значною мірою це є наслідком погіршення екологічного та соціально-економічного стану, яке негативно впливає на спосіб та якість життя. Навіть у випадку візуальної локалізації близько 30% злоякісних новоутворень виявляються досить пізно, внаслідок чого особам з уперше встановленим діагнозом рідко вдається прожити до року.

Не ліпшим чином склалася ситуація з туберкульозом, поширеність якого тільки за вісім останніх років зросла майже на 80%. Цей показник перевищує встановлену межу епідемії і складає 65,6 випадків на 100 000 населення, а смертність від усіх форм туберкульозу за період з 1995 р. збільшилася у 3,2 рази.

Безперечно, що така, вкрай складна та напружена ситуація вимагає застосування невідкладних заходів, в першу чергу санітарно-протиепідемічних, спрямованих на своєчасне вияв-

лення джерел зараження та проведення запобіжних заходів щодо їхньої локалізації.

Отже, можна констатувати, що на зламі тисячоліть стан здоров'я населення Луганської області є вкрай незадовільним, а за окремими хворобами – навіть загрозливим і потребує розроблення регіональної міжгалузевої програми з чітко визначеними пріоритетними напрямками в подальшому розвитку охорони здоров'я, серед яких найголовнішими є охорона здоров'я матері та дитини, профілактика серцево-судинних захворювань, злоякісних новоутворень та туберкульозу. Реалізація такої програми повинна стати невід'ємною складовою частиною регіональної політики на усіх рівнях влади, зацікавлених служб і відомств із залученням широкого кола громадськості. Водночас слід передбачити реформування охорони здоров'я на засадах сімейної медицини та застосування комплексної автоматизованої програми моніторингового контролю за основними показниками здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів.

Список літератури

1. Охорона здоров'я України: результати діяльності (Щорічна доповідь, 1999 р.) / За ред. В.Ф. Москаленка – К., 2000 – 511 с.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ В КОНЦЕ ВТОРОГО ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ

Ю.А. Хунов (Луганск)

Представлен анализ медико-демографической ситуации, сложившейся в конце второго тысячелетия в Луганской области, которая характеризуется низкой рождаемостью, высокой смертностью и отрицательным естественным приростом населения.

Вследствие неблагоприятных медико-демографических тенденций в возрастной структуре населения области наметился регресс. Высокая распространенность социально опасных заболеваний (сердечно-сосудистых, злокачественных новообразований, туберкулеза) способствует увеличению смертности среди экономически активного населения, что требует неотложных профилактических мер, разработки комплексной региональной межотраслевой программы с определением приоритетных направлений в здравоохранении.

PUBLIC HEALTH AND DEMOGRAPHIC SITUATION IN LUGANSKAYA PROVINCE (UKRAINE) AT THE END OF THE II-ND MILLENIUM

Yu.A.Khunov (Luhansk)

The analysis of public health status and demographic situation in Luhanska at the end of the II-nd Millenium has been presented. It was characterized by low birth- rates, high mortality indices and hence by negative natural population growth-rates trend. Such an unfavourable public health status as well as demographic tendencies have led to regress in the province population demographic structure. High prevalence and morbidity patterns of such socially devastating diseases as those of blood circulation system, malignancy neoplasms, TB and other seem to be the main causes of increasing overall mortality , especially among the provinces' productive age population groups. Thus, nowadays situation here demands urgent introduction of some targeted preventive and health maintaining measures, elaboration and implementation of a comprehensive regional interdepartmental programme with emphasis on most challenging and priority health problems.

УДК: 614.1 : (312.2 : 313.1) : 616 – 056.7 (477)

В.В. РУДЕНЬ

КОРЕЛЯЦІЙНИЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОМІЖ ПОКАЗНИКАМИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ, СМЕРТНОСТІ ВІД ПРИРОДЖЕНИХ ВАД ТА СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ І ДЕЯКИМИ МЕДИКО – СОЦІАЛЬНИМИ ФАКТОРАМИ

Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького

Комплексний аналіз стану захворюваності та смертності від природжених аномалій розвитку серед населення України, на нашу думку, буде не повним без аналізу кореляційних взаємозв'язків поміж показниками загальної захворюваності та смертності серед населення та від природжених вад.

Це відзеркалює парадигму про те, що природжена патологія виступає в ролі постійного суб'єкта по відношенню до системи показників захворюваності та смертності серед люду України. Якщо є суб'єкт і об'єкт, значить функціонує система [1], а раз є система то поміж її складовими мусять існувати взаємозв'язки.

Даний методологічний підхід щодо комплексного вивчення стану захворюваності та смертності від природжених вад пояснюється ще й тим, що природжена патологія в загальній структурі захворюваності та смертності серед населення в останні десятиріччя займає, не дивлячись на незначний її цифровий вираз, чільне місце, оскільки є одночасно складною медико – соціальною проблемою як для держави, так і для конкретної сім'ї.

У відповідності до цього нами зроблена спроба відшукати кореляційні взаємозв'язки поміж показниками захворюваності природженими вадами та іншими хворобами серед населення України згідно статистичних даних захворюваності серед населення України в 2000 році, про що засвідчують дані таблиці 1.

Це дозволило нам виявити такі характерні особливості кореляційного взаємозв'язку поміж показниками захворюваності природженими вадами та показниками захворюваності іншими хворобами, а саме:

по-перше, первинна і загальна захворюваності природженими аномаліями пов'язані між собою прямим зв'язком середньої сили, тобто із зростанням первинної захворюваності природженою патологією зростає і загальна захворюваність. Однак, цей процес, очевидно, опосередкований багатьма іншими факторами, від чого сила зв'язку є помірною;

по-друге, рівні як первинної, так і загальної захворюваності природженими аномаліями пов'язані із рівнями захворюваності іншими хворобами, що свідчить про спільну природу факторів, які діють на ці хвороби;

по-третє, щодо первинної захворюваності природженими вадами, то кількість кореляційних зв'язків виявилась значно більшою порівняно із загальною захворюваністю даної патології. Це, на нашу думку, пояснюється тим, що первинна захворюваність є менш опосередкованою іншими причинами порівняно із загальною.

Нами також встановлено, що рівні як первинної, так і загальної захворюваності природженими аномаліями серед населення України кореляційно пов'язані відповідно із рівнями первинної і загальної захворюваності двох хвороб: бронхітом хронічним і алкоголізмом хронічним. В першому випадку зв'язок прямий, цебто причини, які діють на рівні природжених вад, мають те ж спрямування щодо бронхіту хронічного. В другому випадку зв'язок зворотній, цебто із зменшенням дії на рівень однієї хвороби, зростає протилежна дія на рівень іншої хвороби.

Первинна захворюваність природженими аномаліями кореляційно пов'язана також із захворюваністю злостью новотворами, цукровим діабетом і низкою хвороб системи кровообігу. Останнє ми пояснюємо тим, що природжені вади системи кровообігу складають вагому частку серед усіх природжених вад.

Стан кореляційних взаємозв'язків поміж показниками смертності від природжених аномалій та інших хвороб серед населення України в 2000 році поданий в таблиці 2.

Епідеміологічні дані таблиці 2 стверджують, що смертність від природжених аномалій пов'язана з тими ж причинами, що й захворюваність, правда, проте в дещо звуженому переліку. При цьому сила зв'язку поміж аналізованими ознаками зростає порівняно із захворюваністю. Зокрема, із рівнями смертності від хвороб системи

Таблиця 1. Кореляційні взаємозв'язки між показниками захворюваності природженими вадами та іншими хворобами серед населення України в 2000 році

№ з/п	Показники захворюваності	Захворюваність природженими вадами			
		Загальна		Первинна	
		коефіцієнт кореляції (r)	рівень значимості (p)	коефіцієнт кореляції (r)	рівень значимості (p)
1.	Первинна захворюваність природженими вадами	0,51	<0,01	-	-
2.	Первинна захворюваність:			-	-
	✓ злякисні новоутвори			- 0,40	< 0,05
	✓ цукровий діабет			- 0,47	< 0,05
	✓ ревматизм			0,46	< 0,05
	✓ гіпертонічна хвороба			0,42	< 0,05
	✓ гострий інфаркт міокарду			- 0,43	< 0,05
	✓ бронхіт хронічний			0,48	< 0,05
	✓ алкоголізм хронічний			- 0,46	< 0,05
3.	Загальна захворюваність:	-	-		
	✓ бронхіт хронічний	0,44	<0,05		
	✓ алкоголізм хронічний	-0,40	<0,05		

Таблиця 2. Кореляційні взаємозв'язки між показниками смертності від природжених аномалій та інших хвороб серед населення України в 2000 році

№ з/п	Причина смертності	Коефіцієнт кореляції (r)	Рівень значимості (p)
1.	Злякисні новоутвори	- 0,56	< 0,01
2.	Хвороби системи кровообігу, в тому числі:	- 0,72	< 0,001
	✓ ревматизм	- 0,49	< 0,05
	✓ гіпертонічна хвороба	- 0,52	< 0,01
	✓ судинні ураження мозку	- 0,53	< 0,01
3.	Гостре отруєння алкоголем	- 0,62	< 0,01

кровообігу рівні смертності від природжених аномалій пов'язані сильним кореляційним зв'язком зворотної дії: чим вищою є смертність від хвороб системи кровообігу, тим нижчою є смертність від природжених аномалій і навпаки.

З усіма іншими ознаками, що підлягали аналізу, кореляційний зв'язок також є зворотній, але середньої сили. Цікаво, що й тут позначився вплив алкоголю: оскільки смертність від природжених аномалій кореляційно пов'язана вельми значним зв'язком зворотної дії зі смертністю від гострого отруєння алкоголем.

В ході виконання наукового дослідження нами вивчався наявний кореляційний взаємозв'язок

захворюваності природженими аномаліями і смертності від них серед населення України з деякими соціально – медичними факторами, що, на нашу думку, мають безпосередній вплив на розвиток даного процесу (див. дані таблиць 3 та 4).

Такий соціально – медичний фактор як смертність від природжених аномалій пов'язаний прямим зв'язком середньої сили із загальною захворюваністю даної патології. Цебто, вища загальна захворюваність природженими вадами зумовлює й вищу смертність від них і навпаки, що є цілком зрозумілим явищем.

Загальна захворюваність в свою чергу тісно пов'язана із часткою сільських мешканців і на-

Таблиця 3. Кореляційні взаємозв'язки між показниками захворюваності серед населення природженими аномаліями та деякими соціально – медичними факторами

№ з/п	Соціально – медичні фактори	Показники захворюваності природженими вадами			
		Загальна		Первинна	
		Коефіцієнт кореляції (r)	Рівень значимості (p)	Коефіцієнт кореляції (r)	Рівень значимості (p)
1.	Смертність від природжених вад	0,54	<0,01	0,21	>0,05
2.	Народжуваність	0,77	<0,001	0,39	<0,05
3.	Частка сільських мешканців	0,85	<0,001	0,35	>0,05
4.	Число абортів (по відношенню до жінок фертильного віку)	-0,53	<0,01	-0,22	>0,05
5.	Рівень недоношеності дітей	-0,31	>0,05	-0,05	>0,05
6.	Рівень смертності вагітних і породіль	-0,39	<0,05	-0,31	>0,05
7.	Забезпеченість педіатрами	0,36	>0,05	-0,07	>0,05
8.	Забезпеченість акушер - гінекологами	-0,30	>0,05	-0,20	>0,05
9.	Раннє охоплення вагітних медичним наглядом (до 12 тижнів вагітності)	0,15	>0,05	-0,06	>0,05

Таблиця 4. Кореляційні взаємозв'язки між показниками смертності населення від природжених вад та деякими соціально – медичними факторами

№ з/п	Соціально – медичні фактори	Смертність від природжених вад	
		Коефіцієнт Кореляції (r)	Рівень Значимості (p)
1.	Загальна захворюваність природженими вадами	0,54	<0,01
2.	Первинна захворюваність природженими аномаліями	0,21	>0,05
3.	Рівень недоношеності дітей	-0,30	>0,05
4.	Народжуваність	0,61	<0,01
5.	Частка сільських мешканців	0,60	<0,01
6.	Забезпеченість лікарями - педіатрами	0,16	>0,05
7.	Забезпеченість лікарями акушер - гінекологами	-0,41	<0,05
8.	Раннє охоплення вагітних медичним наглядом (до 12 тижнів)	0,18	>0,05
9.	Число абортів (по відношенню до жінок фертильного віку)	-0,50	<0,01
10.	Смертність вагітних, родильниць і породіль	-0,20	>0,05

роджуваністю: зв'язок сильний і прямий. Чим вищою є частка сільських мешканців і вищою є народжуваність, тим вищою є і загальна захворюваність природженою патологією.

Доречним є відзначити, що смертність від природжених аномалій також тісно пов'язана із питомою часткою сільських мешканців і народжуваністю: зв'язок – той же прямий, але дещо слабшої сили порівняно із загальною захворюваністю природженими вадами.

Як із загальною захворюваністю природженими вадами, так і зі смертністю від них, про що засвідчують дані таблиці 4, кореляційно пов'язана частота абортів серед жінок фертильного віку: зв'язок середньої сили і зворотньої дії.

Тобто, із збільшенням числа абортів зменшується захворюваність і смертність від природжених аномалій. Явище цілком зрозуміле, якщо врахувати вище зазначений сильний прямий зв'язок природжених вад із народжуваністю, адже аборти напряму впливають на народжуваність та зменшують останню.

В цьому сенсі може бути зрозумілою і наявність несильного зворотнього зв'язку поміж рівнями загальної захворюваності природженими аномаліями і рівнями смертності вагітних та породіль.

Цікавою є наявність зворотнього кореляційного зв'язку середньої сили між забезпеченістю ліка-

рями акушер - гінекологами і смертністю населення від природжених вад. Цебто нижча забезпеченість лікарями акушер - гінекологами призводить до вищої смертності від природжених аномалій. Це вже торкається медико - організаційної сторони проблеми природженої патології.

Однак, такі медико - організаційні фактори, як от раннє охоплення вагітних лікарським динамічним спостереженням, забезпеченість лікарями - педіатрами кореляційного взаємозв'язку із рівнями природжених аномалій, за нашими даними, не мали.

Встановлена нами кореляційна взаємозалежність поміж показниками захворюваності, смертності від природжених вад розвитку та показниками захворюваності, смертності серед населення України і деякими медико-соціальними факторами дозволяє загалом проблему природжених вад серед населення України кваліфікувати як одну з найактуальніших з точки зору її вирішення, оскільки стан захворювання природженими аномаліями та смертності від згаданої нозології зі своїми кваліметричними параметрами суттєво доповнюють показники нездоров'я нації.

Апріорі шляхів вирішення проблеми природжених вад досить не мало, проте, серед них профілактичний напрямок залишається ведучим.

Список літератури

1. Дячишин В.І. Наукові основи управління медикаментозним забезпеченням на сучасному етапі реформування ринкових відносин у системі охорони здоров'я: Зб. наукових праць УАДУ / За заг. Ред. В.І. Лугового, В.М. Князева. – К.: Вид -во УАДУ, 2000. – Вип. 2. – В 4 ч.: - Ч. II. – С. 328 – 332.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ ОТ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ И СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ И НЕКОТОРЫМИ МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ

В. Рудень (Львов)

Установленные автором корреляционные взаимосвязи между показателями заболеваемости, смертности от врожденных аномалий развития и показателями заболеваемости, смертности среди населения Украины, а также некоторыми медико-социальными факторами позволяют в общих чертах проблему врожденной патологии среди населения Украины квалифицировать как одну из самых актуальных с точки зрения ее решения, поскольку состояние заболевания природженными аномалиями и смертности от упомянутой нозологии со своими кваліметричними параметрами значительно дополняют показатели нездоровья нации.

Априори путей решения проблемы врожденных недостатков развития существует не мало, но среди них профилактическое направление остается ведущим.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ ОТ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ И СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ И НЕКОТОРЫМИ МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ

В. Рудень (Львов)

Established correlative interrelations between the indices of morbidity, mortality caused by inborn anomalies of development and indices of morbidity, mortality among the Ukrainian population as well as some medical and social factors allow to make the general classification of the problem of inborn pathology as one of the most actual problems from the point of view of its solving because the status of morbidity and mortality from inborn anomalies add significantly the indices of natio's bad health.

There are not many ways of solving the problem of inborn defects of development but among them the preventive direction remains to be leading.

В.М.ПОНОМАРЕНКО, Г.М.МОСКАЛЕЦЬ (Київ)

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ МЕДИЧНИМИ КАДРАМИ (за останнє десятиріччя)

Український інститут громадського здоров'я

Кадрова політика будь-якої галузі є одним з пріоритетних напрямів, тому ефективно функціонування системи охорони здоров'я значною мірою залежить від її кадрових ресурсів. Нині її стратегія будується з урахуванням кращих надбань національної практики в сфері охорони здоров'я та світового досвіду з метою визначення оптимальних важелів щодо управління персоналом в умовах реформ.

Розвиток кадрового потенціалу в сфері охорони здоров'я об'єктивно пов'язаний із загальними процесами в структурі й динаміці суспільно-господарської зайнятості населення, яким у середньостроковій перспективі будуть властиві такі основні тенденції: збільшення частки осіб похилого віку в складі робочої сили; скорочення частки молоді в складі працюючого населення; вивільнення жінок із сфери суспільного виробництва, головним чином із державного сектора; зростання чисельності зайнятих у невиробничих галузях за рахунок скорочення кадрів, які працювали у промисловості, будівництві та сільському господарстві; прискорення темпів росту чисельності працюючих, зайнятих в охороні здоров'я та соціальному забезпеченні [1].

Важливою умовою вдосконалення системи охорони здоров'я, підвищення якості медичного обслуговування є науково обґрунтоване розв'язання проблем медичних кадрів. З урахуванням завдань реформи охорони здоров'я необхідно розробити комплексну модель управління медичними кадрами, провести аналіз форм організації праці медичних працівників в умовах медичного страхування, переглянути принципи нормування праці залежно від показників якості медичного обслуговування та оплати праці, удосконалити облікові та звітні форми, систему показників і методики їх розрахунку з проблем медичних кадрів [3].

Кадрові пропозиції значною мірою залежать від організації й фінансування охорони здоров'я та специфіки роботи медичних працівників різних категорій. Як показує практика, мінімальний рівень лікарняного обслуговування потребує, як

правило, наявності 1 лікаря на 1000 населення та від 2 до 4 середніх медичних працівників на 1 лікаря. Слід зазначити, що науково обґрунтованого співвідношення між кількістю середнього персоналу та лікарів, необхідних для ефективного обслуговування населення, не існує, але за емпіричним правилом, прийнятим у медичній практиці, кількість середнього медичного персоналу повинна перевищувати кількість лікарів не менше ніж у 2 рази.

Нинішній стан медичних кадрів України дає змогу говорити про порушення кадрової диспропорції. Так, спостерігається як надлишок лікарів порівняно з кількістю середнього медичного персоналу, так і лікарів-спеціалістів порівняно з лікарями загального профілю. Цей дисбаланс створює чимало проблем. Насамперед, така політика обертається подорожчанням медичної допомоги як такої. Тому в сучасних умовах кадрова політика передбачає заходи щодо розширення функцій середнього медичного персоналу та, зокрема, швидку еволюцію сестринської професії [6].

Слід зазначити, що проблеми неадекватного розподілу медичних кадрів (МК) властиві не лише для нашої країни, а й багатьом країнам як близького, так і далекого зарубіжжя. Основними причинами такого стану є небажання медиків працювати у віддалених чи ізольованих областях країни, де, як правило, діють нижчі норми державного фінансування, а можливості приватної практики мінімальні, внаслідок чого уряди багатьох країн не в змозі регулювати кількісний та професійний склад медичних працівників. Зокрема, такий стан характерний для США, де в системі МК діють виключно ринкові закони. У Канаді здійснюються певні заходи щодо розробки та впровадження програм, спрямованих на поліпшення централізованого управління процесами збалансованого розподілу фахівців з різних медичних спеціальностей.

Ключовим моментом усунення диспропорції в розподілі лікарів є визначення співвідношення щодо кількості фахівців з сімейної медицини/

загальної практики та вузьких спеціалістів. Для країн Центрально-Східної Європи (ЦСЄ) та Нових Незалежних Держав (ННД), що постали з колишніх республік СРСР, цей параметр дуже важливий, оскільки тут відбуваються процеси становлення ринкової економіки і пов'язані з ними реформи у всіх галузях суспільного життя. В системі охорони здоров'я йде переорієнтація на посилення ПМСД, збільшення кількості лікарів загальної практики та відхід від сучасного домінування лікарів вузької спеціалізації [7].

Метою даного дослідження було виявлення закономірностей, властивих забезпеченню населення медичними кадрами, та аналіз причин, які впливали на кадрову політику охорони здоров'я України протягом 1991–2000 рр., а джерельною базою – матеріали Центру медичної статистики МОЗ.

Станом на початок 2001 р. в закладах та установах системи МОЗ України працювало 200 111 лікарів (без зубних), що становило 40,8 на 10 000 населення (табл. 1).

Враховуючи зазначене, всі регіони України умовно були розподілені на три групи.

Так, першу групу складають Автономна Республіка Крим, Вінницька, Дніпропетровська, Запорізька, Івано-Франківська, Львівська, Одеська, Полтавська, Тернопільська, Харківська, Чернівецька області та міста Київ і Севастополь. Ця група має найвищий рівень забезпеченості населення лікарями, який становить 41,9–63,6 на 10 000 населення. Значною мірою це явище зумовлено особливостями соціально-економічного розвитку окремих регіонів: в Дніпропетровській, Запорізькій та Харківській областях зосереджена велика кількість промислових підприємств з відомчими медичними закладами, а в Автономній Республіці Крим, Закарпатті, Львівській та Одеській областях – переважна більшість санаторно-курортних закладів країни. Окрім того, в кожній області цієї групи є вищі медичні навчальні заклади III–IV рівнів акредитації, випускникам яких легко знайти роботу за місцем свого постійного проживання. В місті Києві, Харківській, Львівській і Одеській областях існує розгалужена мережа науково-дослідних установ, що також суттєво впливає на показник кількісного забезпечення населення лікарським персоналом.

До другої групи увійшли Волинська, Донецька, Закарпатська, Луганська та Черкаська області, де ступінь забезпеченості населення лікарями також досить високий і сягає 35,1–40,8 на 10 000 населення. Комплекс факторів, які формують цей показник можна розподілити так: Донецька і Луганська області являють собою високорозвинутий промисловий регіон і мають вищі медичні навчальні заклади III–IV рівнів акредитації та знач-

ну кількість лікувально-профілактичних закладів; для Закарпатської області характерна розгалужена мережа санітарно-курортних закладів.

Найнижчі рівні забезпеченості населення лікарями (30,5–34,1 на 10 000 населення) у Житомирській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Рівненській, Сумській, Херсонській, Хмельницькій та Чернігівській областях, які зараховані нами до третьої групи. Для цих областей властивий переважно аграрний характер економічного розвитку і у всіх перелічених областях, окрім Київської, відсутні вищі медичні заклади. У Житомирській, Київській, Рівненській та Чернігівській областях додаткові труднощі з укомплектуванням лікувально-профілактичних закладів фізичними особами виникають через радіаційне забруднення цих територій внаслідок аварії на ЧАЕС.

Отже, аналіз стану забезпеченості населення України лікарями впродовж останніх 10 років показав, що цей показник мав тенденцію до поступового збільшення, досягнувши найвищого рівня в 1999 р., що становило 41 лікар на 10 000 населення, а у 2000 р. знизився до 40,8. Однак по регіонах цей процес протікав нерівномірно. Так, у Волинській, Львівській та Харківській областях показники збільшення кількості лікарів співпадають із середньостатистичними показниками. У 12 із 24 областей, а саме: Вінницькій, Житомирській, Запорізькій, Івано-Франківській, Луганській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Черкаській, Чернівецькій та Чернігівській областях забезпеченість лікарями збільшувалася поступово. В Автономній Республіці Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській та Хмельницькій областях рівень забезпеченості населення лікарями змінювався хвилеподібно, то збільшуючись, то зменшуючись. В Одеській і Херсонській областях, містах Києві та Севастополі кількість лікарів на 10 000 населення зменшувалася. Причому, у перших двох регіонах забезпеченість населення лікарями зменшувалася поступово (відповідно від 45,3 і 33,6 у 1991 р. до 43,2 і 32,7 у 2000 р.), а у двох останніх – дуже різко (відповідно від 70,7 і 54,1 у 1991 р. до 63,6 і 45,1 у 2000 р.).

Слід зазначити, що аналогічні показники у Російській Федерації мали більш виражену тенденцію до збільшення, ніж в Україні. Так, в Росії в 1995, 1997 і 1998 рр. вони становили 38,4, 41,6, 42 на 10 000 населення, а в Україні – відповідно 40,4, 40,2, 40,6 [2].

При обробці статистичних даних щодо забезпеченості населення України лікарями-спеціалістами було доцільно, залежно від профілю, розподілити їх на чотири основні групи: терапев-

Таблиця 1. Забезпеченість населення України лікарями (без зубних), на 10 000 населення у 1991–2000 рр.

Територіально-адміністративна одиниця	Роки									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998		
Автономна Республіка Крим	45,1	46,1	47,1	47	47,9	47,9	46,3	45,6		
Вінницька	35,8	37,1	38	39,1	39,9	40,2	40,3	40,6		
Волинська	32,5	33,3	34,4	35,1	36	36,2	36,4	36,9		
Дніпропетровська	41,7	41,9	42,6	42,2	43,8	43,6	41,8	41,9		
Донецька	39,3	39,4	39,5	39,8	40,4	40,9	40,8	41,4		
Житомирська	28,7	29,6	30,2	30,6	31	31,8	32,3	32,7		
Закарпатська	34	34,3	34,5	34,7	35	34,9	34,7	35		
Запорізька	39,6	40,1	40,1	40,8	42	42,2	42,3	43,6		
Івано-Франківська	40,1	40,4	41,1	41,9	42,2	42,2	42,5	43,4		
Київська	30,6	30,7	31,2	31	30,9	31,4	30,9	30,8		
Кіровоградська	31,7	32,1	32,7	32,1	32,4	32,6	32,2	31,7		
Луганська	35,6	35,7	36,4	36,3	37,3	37,4	37,4	37,7		
Львівська	40,7	41,1	41,7	41,8	42,9	42,7	43,3	42,8		
Миколаївська	32,8	33,3	33,7	33,6	33,9	34	32,1	32,2		
Одеська	45,3	44,5	43,2	42,6	44,2	43,7	42,1	42,9		
Полтавська	35,2	35,8	37,4	38,2	39,1	40,1	40,7	41,3		
Рівненська	29,2	29,7	30,9	31,4	32,2	33,2	32,7	33,4		
Сумська	29,7	29,8	30,2	30,8	31	31,3	31,3	32,1		
Тернопільська	40,5	42,5	42,9	44,1	44,5	43,4	43,3	44,4		
Харківська	41,7	42,5	42,6	43,2	44,2	45,2	44,9	45,7		
Херсонська	33,6	34,1	34	34,3	34,2	34,3	33,7	32,9		
Хмельницька	31	31,9	32,3	32,5	32,8	33,4	32,8	32,9		
Черкаська	33	33,9	34,4	34,3	34,6	34,9	34,8	35		
Чернівецька	39,6	40	41,1	40,9	42,7	43	42,7	43,9		
Чернігівська	29,5	30,3	31	31,3	31,9	33	33,3	33,7		
м. Київ	70,7	70	62	61,7	63,6	63,1	63,1	63,6		
м. Севастополь	54,1	54,4	56,1	48,1	49,2	49,9	48,6	48,3		
Україна	39	39,4	39,4	39,5	40,4	40,6	40,2	40,6		

тичного, хірургічного, стоматологічного та санітарного профілів.

Найчисленнішу групу складають лікарі терапевтичного профілю, яких нараховуються 10,51 на 10 000 населення. В межах цієї групи співвідношення чисельності лікарів на 10 000 населення становило: лікарі-терапевти – 5,77, лікарі з медицини невідкладних станів – 1,35, інфекціоністи – 0,61, кардіологи – 0,55, лікарі з функціональної діагностики та фізіотерапевти – по 0,36, ендокринологи – 0,32, лікарі з ультразвукової діагностики – 0,3. Кількість фахівців з вузьких спеціальностей – лікарів-лаборантів-генетиків, дієтологів, генетиків, імунологів, алергологів, ревматологів, пульмонологів, нефрологів, гематологів, гастроентерологів та дитячих спеціалістів цього ж профілю – коливалася у діапазоні 0,01–0,21 на 10 000 населення.

Загальна кількість лікарів хірургічного профілю порівняно з лікарями терапевтичного профілю була майже в два рази нижча і відповідно складала 5,38 проти 10,51 на 10 000 населення. Залежно від профілю спеціалізації ця група розподілялася так: лікарів-хірургів – 1,83, анестезіологів – 1,46, ортопедів-травматологів – 0,85, урологів – 0,37. Лікарів-онкологів-отоларингологів, онкологів-гінекологів, проктологів, хірургів серцево-судинних, торакальних, лікарів-трансфузіологів, онкологів-хірургів припадало 0,01–0,1 на 10 000 населення. Рівень забезпеченості дитячого контингенту населення лікарями-спеціалістами коливався. Наприклад, лікарів-нейрохірургів було 0,01, а лікарів-анестезіологів – 0,21 на 10 000 населення.

Середньостатистичний рівень забезпеченості населення України лікарями стоматологічного профілю становив 4,2, з яких найбільше було лікарів-стоматологів – 3,14, стоматологів-ортопедів – 0,63, зубних лікарів – 0,59, а найменше – 0,08 лікарів-стоматологів-ортодонтів. Рівень забезпеченості населення лікарями, які надають стоматологічну допомогу дітям, дорівнював 0,48.

Останнє місце серед чотирьох розглянутих груп посідає ступінь забезпеченості населення лікарями санітарного профілю, який становить 1,78. Найбільші показники мали лікарі-гігієністи (0,86), в тому числі, кількість лікарів з комунальної гігієни, гігієни праці, гігієни харчування, гігієни дітей і підлітків, загальної гігієни, радіаційної гігієни коливалася в діапазоні 0,03–0,19. Лікарі-епідеміологи, дезінфекціоністи і паразитологи склали 0,55, а найменш чисельною групою є лікарі-бактеріологи й вірусологи 0,37.

Серед лікарів спеціалістів, які не увійшли до розглянутих груп, високі рівні забезпеченості населення мають лікарі-педіатри (3,45 на 10 000 населення), акушери-гінекологи (2,53), соціальні

гігієністи та організатори охорони здоров'я (2,48), невропатологи (1,33), психіатри (0,85), рентгенологи (0,81), офтальмологи (0,79), лікарі-лаборанти (0,74), отоларингологи і дерматовенерологи (по 0,73). Забезпеченість у діапазоні 0,01–0,1 має незначна кількість лікарів-спеціалістів, а саме: лікарі-токсикологи, санологи, сексопатологи, психотерапевти, лікарі загальної практики/сімейні лікарі. Рівень забезпеченості населення дитячими лікарями вузьких спеціальностей, а саме: патологоанатомами, дерматовенерологами, гінекологами, фтизіатерапевтами, дитячими та підлітковими психіатрами, офтальмологами, отоларингологами, неврологами коливався від 0,02 до 0,18 на 10 000 населення.

Аналіз кількісного складу лікарів терапевтичного профілю показав, що в цілому по групі протягом 1991–2000 рр. рівень укомплектованості ними медичних закладів збільшувався від 10,3 до 10,54 у 1999 р., а у 2000 р. зменшився до 10,51. Така ж тенденція характерна для лікарів-пульмонологів, кардіологів, дитячих кардіоревматологів, нефрологів, ендокринологів, лікарів з функціональної та ультразвукової діагностики, лікарів з медицини невідкладних станів, інфекціоністів, в тому числі дитячих. Це можна пояснити як підвищенням рівня захворюваності населення на відповідні класи хвороб, так і факторами матеріально-технічного забезпечення системи охорони здоров'я, чим викликана поява лікарів-спеціалістів з функціональної та ультразвукової діагностики, а також розширенням мережі лікувально-профілактичних закладів. Забезпеченість фахівцями інших спеціальностей залишалася майже на однаковому рівні.

Збільшення чисельності лікарів хірургічного профілю різної спеціалізації пояснюється зростанням кількості захворювань, які потребують хірургічного втручання, а також появою нових методик хірургічної допомоги. Проте протягом останнього десятиліття спостерігається незначне зменшення забезпеченості населення серцево-судинними лікарями-хірургами, що деякою мірою зумовлено невідповідністю вартості медичних послуг, зокрема операцій на серці та судинах, реальним доходам населення.

Підвищенням рівня стоматологічної захворюваності, особливо дитячого населення, зумовлені темпи зростання чисельності лікарів-стоматологів протягом 1991–2000 рр. Натомість, кількість зубних лікарів протягом останнього десятиліття зменшилася з 0,9 до 0,59 на 10 000 населення.

Хвилеподібний характер має забезпеченість населення лікарями санітарного профілю з незначною тенденцією до зменшення як у групі в цілому, так і лікарями-бактеріологами й вірусоло-

логами, зокрема. Зазначений показник у лікарів-гігієністів, утримувався майже на однаковому рівні, а лікарів-епідеміологів, дезінфекціоністів, паразитологів з 1994 р. поступово зростав аж до 1999 р. В 2000 р. він трохи зменшився.

Порівняння ступенів забезпеченості населення лікарями, які не увійшли до розглянутих профільних груп, показало, що переважна більшість із них мала тенденцію до збільшення або залишалася майже на однаковому рівні. Проте, серед таких спеціалістів, як лікарі-педіатри і рентгенологи, показник чисельності дещо зменшився. Натомість, виразно збільшився рівень забезпеченості населення лікарями-педіатрами, невропатологами, дерматовенерологами, акушерами-гінекологами. Незначне збільшення рівня забезпеченості населення лікарями загальної практики/сімейними лікарями безпосередньо пов'язане зі зменшенням аналогічного показника серед лікарів-терапевтів та педіатрів.

Належний рівень медичної допомоги населенню значною мірою залежить від достатньої укомплектованості лікувально-профілактичних закладів не тільки лікарями, але й середніми медичними працівниками. Аналіз статистичних даних щодо рівня забезпеченості населення України цими медичними фахівцями показав, що на початку 2001 р. їх кількість становила 99,1 на 10000 населення (табл. 2).

По областях цей показник коливався від 85,4 (Миколаївська область) до 112,5 (Чернігівська область). Найвищий рівень забезпеченості мають Чернігівська, Житомирська (107,7), Волинська (106,7), Черкаська (105,8), Івано-Франківська (105,3), Полтавська (105,3) області, що можна пояснити переважно аграрним характером їх економічного розвитку і значною мережею медичних училищ.

Слід зазначити, що в областях з високим рівнем радіаційного забруднення внаслідок Чорнобильської аварії, зокрема Житомирській та Чернігівській, рівень укомплектованості медичних закладів середніми медичними працівниками значно вищий за відповідний показник укомплектованості лікарями. Це свідчить про хорошу роботу місцевих органів охорони здоров'я щодо підготовки медичних фахівців середньої ланки із жителів цих же регіонів. Найнижчі рівні забезпеченості населення середніми медичними працівниками мають Миколаївська, Одеська (91,7), Київська (92), Херсонська (93), Закарпатська (93,4) та Дніпропетровська (93,7) області, де цей показник протягом останніх десяти років коливався у діапазоні 94 – 104,8 на 10 000 населення.

Аналіз динаміки рівня забезпеченості населення середніми медичними працівниками в цілому по Україні протягом 1991–2000 рр. показав, що

відбулось поступове зменшення загальної кількості цієї категорії фахівців. Така ж тенденція була характерна для 15 з 24 областей України. Але у Волинській, Дніпропетровській, Київській, Тернопільській та Хмельницькій областях в 1995 р. цей показник досяг найвищого рівня, після чого знову почав скорочуватись. Натомість, збільшення кількості зазначених фахівців з розрахунку на 10 000 населення виявлене також в Закарпатській, Львівській та Полтавській областях, що зумовлено розширенням мережі санаторно-курортних закладів, а у Житомирській та Чернігівській – цілеспрямованою і ефективною роботою місцевих органів охорони здоров'я в галузі кадрової політики, спрямованої на достатню укомплектованість лікувально-профілактичних закладів. В інших областях рівень забезпеченості населення середніми медичними працівниками був нестабільним і носив хвилеподібний характер.

Як свідчать статистичні дані щодо рівня забезпеченості лікувальних закладів України фельдшерами, на початку 2001 р. на 10 000 населення припадало 9,5 зазначеного фахівця. Цей показник коливався від 4,1 (м. Севастополь) до 14,9 (Тернопільська область). В ряді областей високий рівень кількості фельдшерів зумовлений специфікою мережі медичних закладів, оскільки для них характерна чисельна перевага фельдшерсько-акушерських пунктів, що, як правило, комплектуються відповідними фахівцями. Це стосується нижчеперелічених областей, де зазначений показник становить: Чернігівська – 13,3, Житомирська – 12,8, Волинська – 12,5, Рівненська – 12,3, Київська – 12,2, Сумська – 12. Низький рівень забезпеченості населення фельдшерами виявлено, крім м. Севастополя, у м. Києві (5,4), Одеській (7,1), Миколаївській (7,3), Дніпропетровській (7,6) областях та Автономній Республіці Крим (7,9). В інших областях цей показник коливався в діапазоні 8,1 – 11,7 на 10 000 населення.

Під час порівняння даних щодо рівня забезпеченості населення фельдшерами за останні десять років виявлено, що зазначений показник поступово зменшувався в Україні в цілому від 13,5 у 1991 р. до 9,5 – у 2000 р. Така ж тенденція спостерігалася в Автономній Республіці Крим, Закарпатській, Кіровоградській, Чернігівській областях і м. Севастополі. У Запорізькій області цей процес відбувався дуже різко. Якщо протягом 1991–1995 рр. рівень забезпеченості фельдшерами коливався у межах 16,7–18,7, то з 1996 р. по 2000 р. – від 9 до 9,2 на 10 000 населення. У переважній більшості областей кількість фельдшерів зменшувалася хвилеподібно, а в таких областях, як Вінницька, Волинська, Полтавська, Сумська, Хмельницька, була майже однаковою протягом 1991–2000 рр.

Таблиця 2. Забезпеченість населення України середніми медичними працівниками, на 10 000 населення, у 1991–2000 рр.

Територіально-адміністративна одиниця	Роки									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998		
Автономна Республіка Крим	105,2	105,9	105,3	101,3	104	102,3	99,7	97,8		
Вінницька	103,9	105,4	107,1	107	108,2	107,1	102,8	103,5		
Волинська	115,2	115,4	115,8	114,7	117	115,4	114,3	110,7		
Дніпропетровська	106,7	108	108,4	104,2	109	104,3	96,6	95,6		
Донецька	111,2	111,5	110,2	110,7	111	109,2	105,4	104,7		
Житомирська	99,1	102,3	104,1	106,9	109,1	110,4	108,6	106,6		
Закарпатська	89,0	90,4	91,7	92,6	93,4	94,3	94,1	93		
Запорізька	101,8	103,7	103,5	103,2	107,9	106,7	103,8	104,9		
Івано-Франківська	109,2	108,7	107,2	106,2	108,5	109,6	108,4	107,7		
Київська	93,2	94,7	96,5	96,3	98,7	97,3	93,5	91,7		
Кіровоградська	106,6	107	108,6	106,6	107,1	106,7	104,2	101,3		
Луганська	109,1	108	106,6	102,5	105,9	101,2	97,6	96,8		
Львівська	87,8	90,5	90,5	92,2	92,9	93,9	95	96,5		
Миколаївська	96	96,7	94,2	92,1	94,2	95	89,6	86,4		
Одеська	106,6	107,9	104,1	101	101,1	97	93,5	93,7		
Полтавська	99	100,3	103,6	104,1	104,3	107	105,5	105,6		
Рівненська	102,4	105,5	106,6	107,5	110,1	110,8	104,9	104,5		
Сумська	101,9	100,9	101,7	102,4	105,2	108,3	105,4	104,2		
Тернопільська	107,8	106,7	107,4	108,9	109	105,8	105,7	106,7		
Харківська	94,7	96,2	96,6	95,4	99,5	101,3	98,5	98,9		
Херсонська	105,7	106,9	104,3	101,8	105,2	102,4	99,1	96,6		
Хмельницька	98,4	100,3	102,2	101,6	103,6	100,2	95,3	93,6		
Черкаська	102,1	105,1	106,5	105,3	106,9	106,1	105,1	104,3		
Чернівецька	96,9	99,9	102,6	99,3	101,5	102	102	99,6		
Чернігівська	106,2	108,5	110,3	110,1	113	115,2	115,5	113		
м. Київ	129,2	128,1	115,3	112,6	116,4	112,3	110,5	110,1		
м. Севастополь	124,7	126,8	116,5	113,5	118,4	114,1	112,7	109,7		
Україна	104,2	105,3	104,6	103,5	105,7	104,5	101,6	100,8		

Аналіз ступеня забезпеченості населення України медичними сестрами свідчить, що на початку 2001 р. в лікувально-профілактичних закладах працювало 63,4 медсестри на 10 000 населення. Найвищий рівень показника виявлений у містах Києві та Севастополі (відповідно 71 і 72,8), Чернігівській (71,8), Черкаській (69), Запорізькій (68,4), Івано-Франківській (67,7) областях. Низький рівень забезпеченості спостерігався в Миколаївській (54,1), Чернівецькій (54,7), Київській (56,8), Хмельницькій (57,9), Одеській (58,8) областях. В решті регіонів України цей показник коливався в межах 60–66,5 на 10 000 населення. В цілому по Україні протягом 1991–2000 рр. цей показник тримався майже на одному рівні – в межах 63–65,4, за винятком 1991 р., коли він дорівнював 61,1. Така ж тенденція характерна для Вінницької, Київської, Полтавської, Рівненської областей. У 12 областях України спостерігалось зниження рівня забезпеченості медичними сестрами. Активніше цей процес проходив у Волинській, Дніпропетровській, Одеській областях, а у містах Києві та Севастополі він різко уповільнився з 1993 р. У 41% областей виявлена зворотна тенденція – кількість медичних сестер на 10 000 населення збільшилася. Найвищий рівень забезпеченості медсестрами був характерний для Закарпатської, Запорізької, Львівської та Чернігівської областей.

Відомо, що якість надання медичної допомоги значною мірою залежить від рівня укомплектованості посад штатних спеціалістів усіх рівнів фізичними особами. Аналіз статистичних даних показав, що рівень укомплектованості штатних посад лікарями в цілому по Україні у 2000 р. становив 83,8%, а з урахуванням сумісництва – 94,5% (рис. 1). Цей процес має хвилеподібний характер: з 1991 по 1994 р. він поступово зменшувався з 73,1 до 69,3%, а з 1995 по 1999 р. – поступово збільшувався з 70,5 до 84,2%. В 2000 р. – знову дещо зменшився. Таку саму тенденцію має рівень укомплектованості з урахуванням сумісництва, за винятком 1996 р., коли показник зменшився до 90,8%.

Аналіз рівня укомплектованості штатних посад лікувально-профілактичних закладів середніми медичними працівниками засвідчив, що на початку 2001 р. вони були укомплектовані фізичними особами на 101%, а за сумісництвом – на 96,9 (рис.2). Порівняння зазначених показників протягом останнього десятиліття показало, що рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами підвищився в 1992 р. порівняно з 1991 р. (86 проти 84,2%), потім до 1995 р. поступово знижувався, а в 1996–1997 рр. різко підвищився з 83,6 до 100,6% і залишався май-

же однаковим протягом останніх трьох років. Стосовно укомплектованості з урахуванням сумісництва, то вона перебувала майже на одному рівні протягом 1991–1996 рр. (у межах 94,1–95,8%), а з 1997 р. поступово збільшувалась.

Одним з важливих показників забезпеченості населення медичними кадрами є співвідношення чисельності лікарів та середніх медичних працівників. Як свідчать статистичні дані, зазначений показник в 2000 р. по Україні склав 1:2,4, а в 1997 р. – 1:2,5. Останній показник майже однаковий з аналогічним в Республіці Беларусь, де на 1 лікаря припадало 2,56 спеціаліста з середньою медичною освітою [5].

Аналіз динаміки співвідношення середній медперсонал/лікаря в цілому по Україні протягом останніх 10 років показав, що починаючи з 1994 р. ці показники поступово зменшувалися з 2,7 до 2,4. Аналогічна тенденція спостерігалась і в Російській Федерації. Так, в 1990 р. на 1 лікаря в середньому припадало 2,6 середнього медперсоналу, а в 1994 цей показник знизився до рівня 2,36. Якщо розрахувати цей показник лише з урахуванням 3 основних спеціальностей серед-

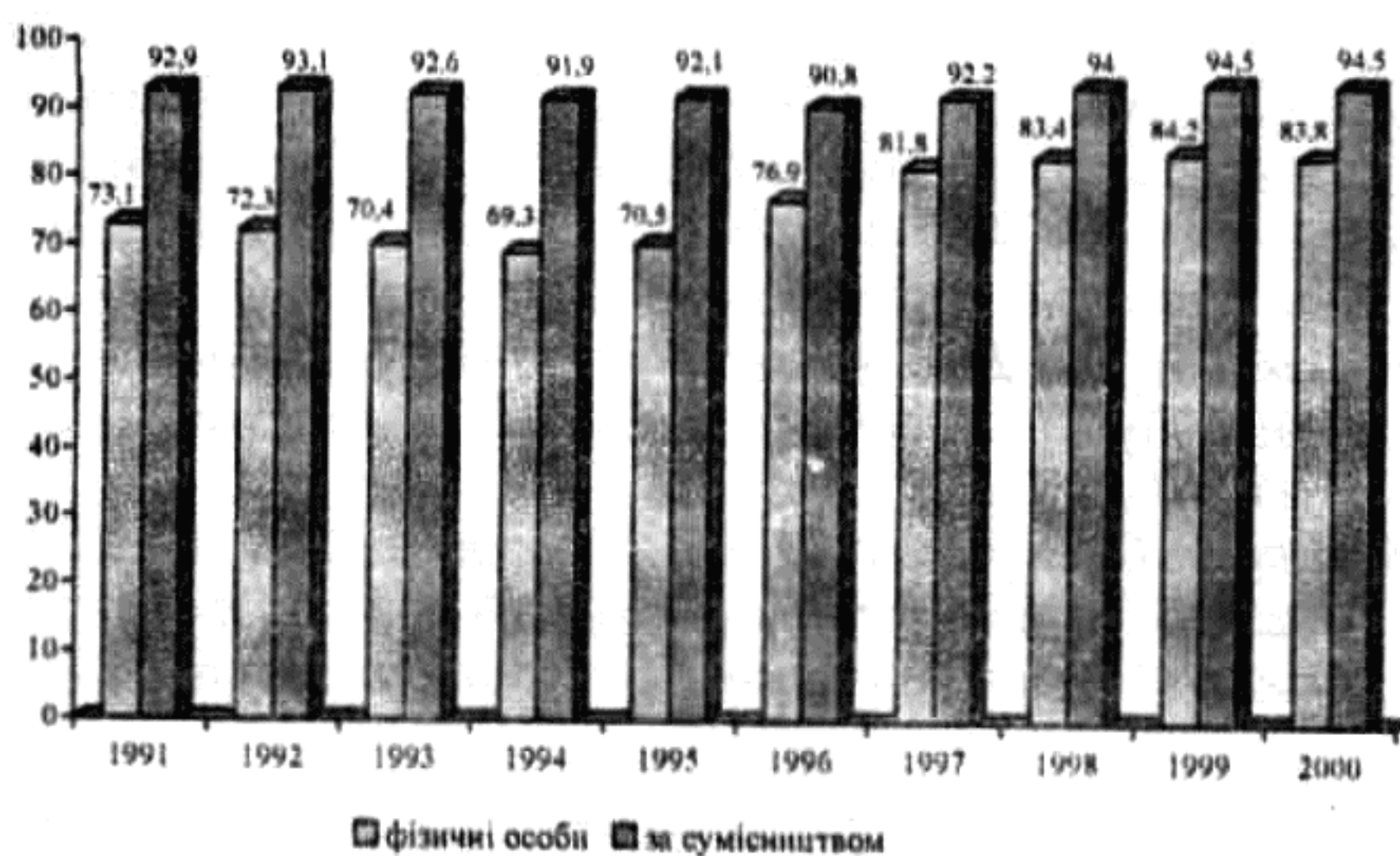


Рис. 1. Укомплектованість лікарями штатних посад в Україні в 1991–2000 рр.

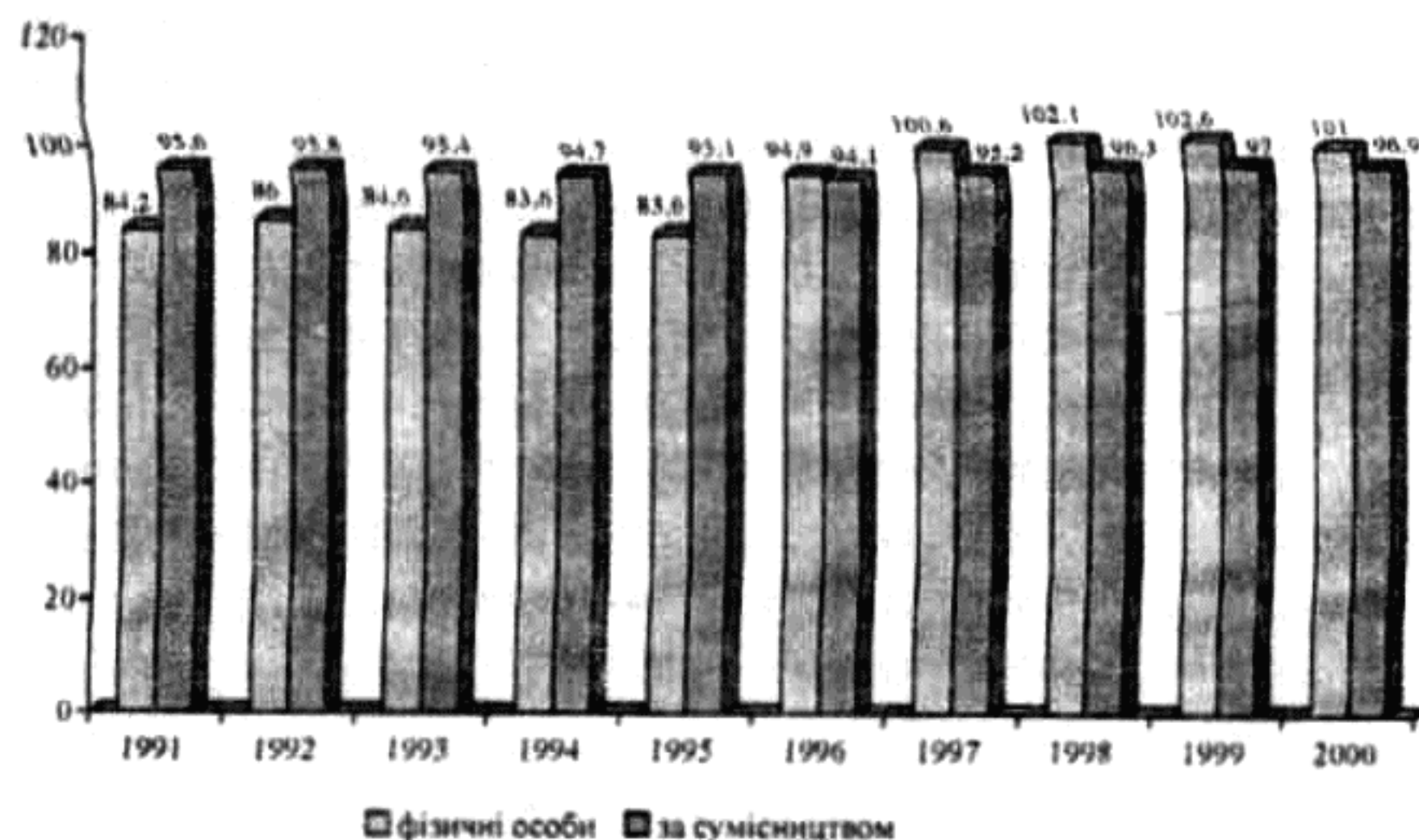


Рис. 2. Укомплектованість середніми медичними працівниками штатних посад в Україні в 1991–2000 рр.

нього медперсоналу (сестер, фельдшерів і акушерок), безпосередньо зайнятих доглядом, що найбільш відповідало б категорії "сестринський персонал" в зарубіжній статистиці, то цей показник склав приблизно 1,7 [4].

Наведені результати аналізу статистичних даних з проблеми рівня забезпеченості населення України медичними кадрами дозволяють зробити такі висновки:

1. На рівень забезпеченості населення регіонів України лікарями та середніми медичними працівниками найбільше впливають такі чинники: наявність в регіоні медичного навчального закладу III–IV рівнів акредитації; кількість медичних навчальних закладів I–II рівнів акредитації; особливості соціально-економічного розвитку регіону; наявність розгалуженої мережі науково-дослідних установ; кількість санаторно-курортних закладів; рівень радіаційного забруднення території внаслідок Чорнобильської катастрофи; кадрова політика місцевих органів охорони здоров'я.

2. Найвищі та найменші показники рівня забезпеченості населення України медичними кадрами спостерігалися в тих регіонах, де проявлявся вплив декількох чинників одночасно.

3. Рівень забезпеченості населення лікарями в цілому по Україні за останні 10 років поступово підвищувався за винятком 1997 і 2000 років. Аналогічні показники стосовно середніх медичних працівників мають зворотну тенденцію, за винятком 1992 і 1995 років.

4. Рівень укомплектованості штатних посад лікувально-профілактичних закладів фізичними особами відповідної кваліфікації, в тому числі і за сумісництвом, протягом 1991–2000 рр. мав хвилеподібний характер.

5. Співвідношення кількості лікарів до кількості середніх медичних працівників має низький рівень. За останні 10 років цей показник поступово зменшувався, що свідчить про негативні тенденції в кадровій політиці, оскільки лікарі змушені були виконувати роботу середніх медичних працівників.

Список літератури

1. *Здоровцов Г.И.* Формирование общественно необходимой профессионально-квалифицированной структуры кадров медицинских работников // Экономика здравоохранения. – 2000. – №7/46. – С. 22–29.
2. *Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения* // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2001. – №2. – С. 38–45.
3. *Кузьменко М.М.* Медицинские кадры: научно-практические аспекты (современное состояние проблемы) // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1996. – №4. – С. 42–46.
4. *Перфильев Г.М.* Проблема кадрового дисбаланса в здравоохранении и ее последствия // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1996. – №2. – С. 46–48.
5. *Соколовская Л.А., Пилирцевич Н.Н., Рагачева Т.А. и др.* Состояние и проблемы обеспеченности населения Республики Беларусь медицинскими кадрами // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 1999. – №1. – С. 3–7.
6. *Щепин О.П., Филатов В.Б., Погорелов Я.Д. и др.* Подходы к определению стратегии кадровой политики в здравоохранении: международный опыт // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1998. – №3. – С. 13–19.
7. *Reamy J.* Managing physician resources: East and West // Croat. Med. J. – 1998. – Vol.39. – №3. – P. 234–240.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ

В.М.Пономаренко, Г.М.Москалец (Киев)

Освещены результаты анализа статистических материалов Центра медицинской статистики МЗО Украины по вопросам обеспечения населения Украины медицинскими кадрами на протяжении 1991–2000 гг. Результаты проведенного анализа дали возможность определить факторы, которые существенно влияют на уровень обеспеченности населения регионов Украины врачами и средними медицинскими работниками. К ним относятся: наличие в регионе медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации; количество медицинских учебных заведений I–II уровней аккредитации; преобладающий характер экономического развития региона; наличие научно-исследовательских учреждений; количество санаторно-курортных учреждений; уровень радиационного загрязнения территории в результате аварии на ЧАЭС; управленческие решения местных органов здравоохранения. В исследовании выявлено, что показатели уровня обеспеченности населения врачами в целом по Украине за последние 10 лет постепенно увеличивались (за исключением 1997 и 2000 гг.), а аналогичные показатели, касающиеся средних медицинских работников, имели обратную тенденцию (за исключением 1992 и 1995 гг.); уровень укомплектованности штатных должностей лечебно-профилактических учреждений физическими лицами, в том числе по совместительству, имел волнообразный характер; соотношение количества средних медицинских работников и врачей имеет низкий уровень и хотя незначительно, но постепенно уменьшалось в 1991–2000 гг.

PROVISION OF UKRAINIAN POPULATION WITH MEDICAL PROFESSIONS' MANPOWER

V.M.Ponomarenko, G.M. Moskalets (Kyiv)

Some data concerning provision of Ukrainian Population with medical professions' manpower in 1991–2000 were presented and analysed. They were obtained from DB of the Center of Medical Statistics within Ukrainian Ministry of Public Health. The number of factors affecting manpower supply of various physicians' and medical-aids' professionals for local medical facilities in some regions (provinces) of Ukraine have been revealed. They are as follows: the presence or absence of a medical school of III-IV accreditation levels (medical high school) as well as the number of medical schools of I-II accreditation levels (secondary medical schools) in a region; the prevailing direction of a region's economics specialization and its development trend; presence there of some medical-profile research institutions and/or number of various sanatorium-resorts' facilities; the level of territories contamination by radionuclides after Chornobyl NPPD; the policy and decision-making of a regional authorities and existing local public health administrative bodies. The sufficiency normatives for population provision with various physicians' specialities (e.g. different type of local medical facilities stuffs' composition) in Ukrainian PHS showed a trend of increase for the last 10 years (with exeption only for 1997 and 2000), but at the same time these indices for middle-level medical personnel got reverse trend (the exeption was only for 1992 and 1995). The medical facilities stuffs' making-up process for meeting their working personnel composition normatives (even with part-time employees) has shown a wavy-like character. The "physicians /middle-level medical personnel" ratio still remains irrational, but the proportion of middle-level personnel against physicians in this ratio showed some slight trend to increase during 1991–2000.

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

УДК: 614.2 (100)

*Б.В.ПАНОВ, О.О.СВІРСЬКИЙ, О.Ф.ДЗИГАЛ, Л.А.КОВАЛЕВСЬКА, С.І.КОНКІН,
М.Л.КИРИЛЮК, С.В.БАЛАБАН, О.В.БЕЛЯКОВ (Одеса)*

СУЧАСНІ СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

(Огляд літератури)

Українській НДІ медицини транспорту

Охорона здоров'я населення країни має особливу суспільну значимість [7] і, як цілісна система, складається з двох підсистем: охорони громадського здоров'я, тобто збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом вирішення соціально-еко-

номічних, суспільно-політичних та інших аспектів та медичної допомоги, тобто відновлення здоров'я і проведення медичної профілактики, організація яких покладається на органи та заклади теперішньої системи охорони здоров'я [4].

В Україні різко погіршує ситуацію в галузі охорони здоров'я фінансово-економічна криза. Проте поспішитися на неї можна лише частково, бо якби система охорони здоров'я та медична галузь реформувалися, то вплив кризи на них був би значно меншим [5]. Причому, розв'язання усіх проблем охорони здоров'я та медичної допомоги не слід ставити у залежність від фінансування, і реформувати галузь за наявних, а не ідеальних умов.

Відомо, що системи охорони здоров'я в країнах з перехідною економікою часто не в змозі задовольнити медичні потреби власного населення і підтримувати його здоров'я на стабільному рівні. Значною мірою це явище пов'язане з економічними труднощами країн та їх окремих регіонів, що безпосередньо відбивається на стані функціонування галузі, яка повністю ґрунтується на витратних механізмах [17].

Нині в галузі індустріальної охорони здоров'я, як правило, використовуються кілька основних моделей організації та управління систем. На пострадянському просторі, в країнах, що входять до Співдружності Незалежних Держав ще й досі використовуються елементи охорони здоров'я системи М.О.Семашка, яка побудована на дільничному принципі надання медичної допомоги населенню, а у сфері індустріальної медицини – на цеховому. Ця система мала як свої переваги, до яких слід віднести планування та її соціальну спрямованість, так і недоліки – недостатню гнучкість, екстенсивність функціонування, відсутність ефективних важелів заохочення медичного персоналу, позбавлення пацієнта права самостійно обирати лікаря тощо [1,2,3].

Реформи, здійснені в Росії протягом останнього часу, підняли національну систему медичної допомоги на якісно новий рівень – рівень державно-муніципальної медицини, де близько 10% усіх лікувально-профілактичних закладів підпорядковані відомчим системам охорони здоров'я. Основними напрямками надання медичної допомоги за такої системи є багатоукладність, цехово-територіальний принцип надання допомоги, пріоритетність профілактичного напрямку. Залучення страхових коштів, які складаються з відрахувань у розмірі 3,6% заробітної плати відбувається опосередковано через територіальні фонди державної системи обов'язкового медичного страхування. Із загальної суми надходжень 5,6% направляються у федеральний фонд, а 94,4 – залишаються в регіональному фонді. Оплата визначається кількістю пролікованих хворих у стаціонарі та амбулаторних відвідувань у поліклініках. Лікувально-профілактичним закладам надається право брати плату за послуги, не включені до основного пакету медич-

них послуг. Таким чином, за даними соціологічних опитувань, вартість 30–50% спожитих медичних послуг населення Росії сплачує особисто [6, 9].

Вперше у світі систему соціального страхування було впроваджено у Німеччині. За прізвиськом канцлера, який на той час очолював уряд країни, її називають системою Бісмарка. Її основним елементом є мережа лікарняних кас, у функціонуванні яких вагоме значення мають як принцип придатності, так і гонорарний принцип оплати. На практиці кожний працюючий громадянин має право застрахуватися у державній страховій компанії, регулярно сплачуючи певну частку своєї зарплати. Близько 50% страхового внеску сплачує роботодавець. Водночас, працюючий має право на альтернативне медичне страхування у приватній компанії, що дає можливість розширити спектр медичних послуг. Цією формою страхування користується близько 10% населення Німеччини [19].

Нордична універсалістська система Бевериджа, яка склалася у Великобританії, відрізняється капітацією оплати (per capita payment) медичних послуг. За цією системою бюджет формується за рахунок приватної практики і залежить, насамперед, від чисельності пацієнтів, зареєстрованих на постійній основі. Дещо вищим є коефіцієнт оплати для дітей віком до чотирьох років, жінок фертильного віку, літніх людей та мешканців бідних районів. Кожен пацієнт користується правом вільного вибору лікаря. На 85% національна система охорони здоров'я (НСОЗ) фінансується за рахунок загального оподаткування, на 12,5 – з фондів обов'язкового державного страхування робітників і роботодавців, 2,5% надходить від платежів за послуги. Існує також невеликий, цілком приватний страховий сектор, послугами якого користуються близько 7 млн. громадян Сполученого Королівства, які, крім внесків у НСОЗ у вигляді податків, купують приватну медичну страховку [19].

Дещо специфічною є корпоративна система надання медичної допомоги працюючим в Японії, де функції соціального забезпечення бере на себе корпорація з власною мережею лікувальних та оздоровчих закладів, послугами яких користуються як працюючі, так і члени їхніх родин [18].

У Франції система соціального забезпечення регламентується Законом "Про медичне страхування і фінансування охорони здоров'я", який передбачає внесення страхових сум як працюючими, так і роботодавцями. Причому, для робітників означена сума досить висока і становить 19,4% від зарплати. Крім того, в країні існує 6 різних страхових фондів, організованих переваж-

но за фаховим принципом, які фінансують до 70% усієї медичної допомоги населенню [21, 22].

Чітку соціальну спрямованість має НСОЗ у Швеції, де лікарі, як наймані працівники, працюють за контрактами. Кошти до лікувально-профілактичних закладів надходять з фондів окружних рад, які формуються за єдиною податковою ставкою, що становить 10–15% прибутку. Кожний заклад отримує суму, яка визначається кількістю наданих послуг [1, 19].

У Нідерландах робітники з прибутком, нижчим від нормативного рівня, включені до системи обов'язкового соціального страхування, яка охоплює близько 60% населення. В країні існує майже 50 різних страхових фондів, організованих переважно за територіальним принципом. Внески до системи страхування однакові як для робітників, так і для роботодавців. Приватне медичне страхування добровільне, необов'язкове, призначене для забезпечених громадян, які не беруть участі у загальній програмі медичного страхування. Послуги, не передбачені основною програмою страхування, надаються з фондів системи додаткового приватного страхування, яка є аналогом німецької моделі [19].

У Бельгії фонди медичного страхування на 58% формуються за рахунок внесків робітників і роботодавців, а 42% фінансування складають федеральні субсидії, надані державою. Кожний громадянин зобов'язаний застрахуватися за власним вибором в одній із 6 компаній, які здійснюють медичне страхування на взаємній основі. Страхова компанія, в свою чергу, відшкодовує клієнту вартість лікування на підставі виданого нею поліса. Страхові компанії перебувають під контролем найчастіше релігійних або політичних організацій. Оплата послуг первинної медичної допомоги здійснюється як пацієнтом (незначна частина), так і страховою компанією. Щодо послуг "вузьких" фахівців, то витрати на консультації у них визначаються встановленими розцінками. Населення, яке має страховки і зайняте у сфері приватного підприємництва, самостійно виплачує всі витрати на первинну медичну допомогу. Вдовам, сиротам, пенсіонерам та особам з фізичними й розумовими вадами 80% вартості лікування в стаціонарі оплачується за рахунок федеральних субсидій. Іншим категоріям пацієнтів федеральний уряд компенсує 25% вартості лікування, що визначається на підставі затверджених добових розцінок. Інші види лікування в стаціонарі та засоби надання медичної допомоги компенсуються компаніями, які здійснюють медичне страхування. 85% вартості лікарських засобів, включених до обов'язкового переліку, а також засобів, які не входять до переліку підлягають відшкодуванню [15].

Сучасні тенденції в розвитку зарубіжних систем охорони здоров'я дозволяють громадянам європейських країн вільно обирати лікаря та лікувальний заклад не лише у межах країни проживання, а й у будь-якій з країн Європейського Союзу (ЄС). Реструктуризація систем охорони здоров'я зумовлює зміни у системі фінансування національних програм. Наприклад в Іспанії, помітні зрушення у бік переходу від страхових систем до податкового фінансування. Тому, в разі підвищення частки фінансування з податкових надходжень, відповідно зменшується частка обов'язкового (державного) суспільного страхування. У Бельгії, Франції, Німеччині та Нідерландах страхова модель зберігається і має тенденцію до поєднання з обов'язковими суспільними, обов'язковими приватними та добровільними приватними страховими внесками. Лише в Греції, де діє подібна система фінансування, персональна оплата лікарняних послуг в майбутньому ймовірно підвищиться. У країнах, де переважає система фінансування охорони здоров'я із фондів, отриманих шляхом оподаткування, спостерігається загальна тенденція до збільшення частки страхового фінансування. У Греції – це обов'язкове суспільне, а у Фінляндії, Ірландії, Португалії, Великобританії – добровільне приватне страхування [1, 19].

Є можливість переходу на страхові внески та більші розміри змішаних і стандартних платежів за медичні послуги. Це сприятиме зменшенню тягаря, що лежить на суспільному фінансуванні, та збільшенню тягаря на населення, пов'язаного з витратами на медичні послуги [2]. До 90-х років розмір коштів, витрачених на охорону здоров'я, не був предметом інтересу широкої громадськості, внаслідок чого означені витрати зросли майже в усіх європейських країнах. Тепер склався дисбаланс між наявністю суспільних джерел фінансування охорони здоров'я і потенціалом медичних послуг з високим позитивним ефектом. Через обмеженість кількості приватних ініціатив фінансування в суспільному секторі охорони здоров'я у майбутньому, очевидно, посилиться контроль за поточними й інвестиційними витратами, підвищиться бюджетна ефективність. Тому виникає необхідність чітко окреслити обсяг гарантованих суспільством та морально вмотивованих медичних послуг, які будуть надаватися будь-якому громадянину ЄС, незалежно від його фінансової спроможності.

Канадська система охорони здоров'я найкраще відповідає системі державного медичного страхування. Медичне обслуговування в Канаді перебуває у відомстві місцевої, провінційної влади, а не федерального уряду. Оплата праці здійснюється за гонорарним принципом, а якість

наданої медичної допомоги контролюється професійними медичними асоціаціями [17].

У Сінгапурі діє програма Medisave, у відповідності з якою всі працюючі щомісячно відраховують 6–8% своєї зарплати на спеціальний банківський рахунок. Ці кошти використовуються для оплати послуг медичної допомоги. Якщо ж вони перевищують суму накопиченого рахунку, то мінімальний обсяг медичних послуг, передбачений законом, оплачує держава. Проте цю процедуру може здійснити лише обмежене коло медичних закладів, спеціально акредитованих для надання медичної допомоги за програмою [1, 19].

У Сполучених Штатах Америки, де діє багатокладна система охорони здоров'я з найнижчою в світі часткою державного фінансування (до 45%), за страховим полісом оплачується близько 80% вартості перебування в лікарні, а 20 – оплачує пацієнт з власних коштів. Поруч із державними програмами (Medicare та Medicaid) на ринку медичних послуг працює велика кількість приватних страхових компаній. Послугами федеральних страхових компаній користується 33 млн. людей, тобто 21% населення країни. Через роботодавців застраховано 148 млн. населення (57%), а близько 45 млн. американців взагалі не мають медичної страховки [17].

Успішно вирішує проблеми реформування охорони здоров'я Чехія [14]. До 1992 р. НСОЗ Чехії багато в чому нагадувала надцентралізовану НСОЗ колишнього СРСР. За останні роки вона значно змінилася і тепер базується на обов'язковому державному медичному страхуванні працездатних верств населення. Страхові фонди працюють за фаховим принципом і на підставі угоди з відповідною профспілкою. Фонд медичного страхування формується з відрахувань із зарплати, з коштів роботодавця (60%) та держбюджету (25%). Контроль якості медичної допомоги проводиться інспекторами страхових компаній.

В Україні основні напрями реформування НСОЗ визначені Основами законодавства України про охорону здоров'я [7] та Концепцією про розбудову національної системи охорони здоров'я в Україні [1, 2]. У відповідності з цими нормативними актами, НСОЗ України ґрунтується на таких принципах:

- гуманістична спрямованість; забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найважливіших прошарків населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність усіх видів медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я;
- дотримання прав і свобод людини в галузі

охорони здоров'я, які гарантуються державою;

- комплексний підхід до охорони здоров'я, який передбачає соціальну, екологічну та медичну профілактику, метою яких є упередження хвороб, а також заходи по лікуванню і відновленню здоров'я громадян;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я і ефективність медичної допомоги з урахуванням як вітчизняних традицій, так і досягнень світового досвіду;

- багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, об'єднання державних гарантій з демонополізацією і заохоченням до підприємництва та конкуренції;

- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування працівників охорони здоров'я на правовій та договірній основі.

Аналіз сучасної літератури та результати інформаційного пошуку в електронних базах MEDLINE, OVID та Health Star свідчать, що провідні фахівці з індустріальної медицини приділяють велику увагу реструктуризації [6, 11] та фінансовому забезпеченню медичних закладів [10, 20], створюються, зокрема, регіональні центри профпатології [20]. Так, у Польщі створюються воєводські центри медицини праці з власними фінансовими інституціями [3, 20], перспективним напрямом є розвиток системи пропаганди медичних знань і здорового способу життя [13, 18, 19], проведення заходів із санітарної освіти серед працездатного населення [13]. Цікавим з цієї точки зору є досвід японських медиків, які суттєво скоротили кількість захворювань шляхом впровадження ефективної системи пропаганди здорового способу життя [18]. Детально розробляються проблеми взаємовідносин між медичною службою підприємства, профспілки та адміністрації [3, 10, 17], які охоплюють як сферу планування, так і контролю за ефективністю системи, створюють гнучкі моделі медичного та фінансового менеджменту в індустріальній медицині [3, 15, 16].

З огляду на викладене, «пора б зрозуміти, що вільних грошей у держави немає і не буде», тому подальше зволікання з «невирішенням питань охорони здоров'я загрожує національній безпеці» України [5], свідченням чого є «катастрофічні наслідки зниження народонаселення» [8].

Таким чином, в Україні необхідно негайно приступати до організації медичного страхування працюючих, у відповідності з Основами законодавства України про охорону здоров'я [7] та Концепцією про розбудову системи охорони здоров'я в Україні, що дасть змогу досягти належного рівня національної системи охорони здоров'я. Це справа загальнодержавної невідкладної ваги.

Список літератури

1. Бідний В.Г., Орлова Н.М. *Медичне страхування*. – К.: Задруга, 2000. – 136 с.
2. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. *Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я*. – Тернопіль – Київ – Вінниця: Лілея, 1997. – 328 с.
3. Жилієва Е.П. // *Пробл. соц. гігієни и история медицины*. – 1998. – №1. – С. 56–58.
4. Журавель В. // *Ліки України*. – 2000. – № 7–8 (36–37). – С. 11–12.
5. Журавель В.И. // *Укр. мед. часопис*. – 1999. – № 5/13, IX–X. – С. 38–42.
6. Лисицын Ю.П., Аюрян А.С. *Панорама охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и нерешённые вопросы приватизации в здравоохранении*. – М., 1998. – 287 с.
7. *Основи законодавства України про охорону здоров'я* // *Відом. Верховної Ради України*. – 1993. – №4. – С. 59–84.
8. Пиріг Л. // *Укр. мед. вісті*. – 1997. – №1. – С. 10–12.
9. Сквирская Г.П., Тарасова Л.А., Карачарова С.В. // *Медицина труда и пром. экология*. – 1999. – №8. – С. 31–34.
10. *Финансово-экономические аспекты деятельности работодателей в условиях обязательного медицинского страхования* / Под ред. В.В.Гришина, Г.В.Гуцаленко. – М.: Федер. фонд ОМС, 1998. – 135 с.
11. Шеметова М.В., Блохин А.Б., Ползик Е.В. // *Пробл. соц. гигиены и история медицины*. – 2000. – №1. – С. 26–33.
12. Щепин О.П. // *Пробл. соц. гигиены и история медицины*. – 1995. – № 6. – С. 3–5.
13. Breucker G., Schroer A. // *Promot. Educ.* – 1999. – №3. – P. 3–8, 31–32, 40–41.
14. Durasiewicz Z. // *Med. Pr.* – 1998. – №2. – P. 191–200.
15. Hoet P., Lison D. // *Int. Arch. Occup. Environ. Health*. – 1996. – №3. – P. 137–140.
16. Mauro M.Y. // *Rev. Bras. Enferm.* – 1998. – №3. – P. 469–484.
17. McGuinness M.J. // *Salud Publica Mexicana*. – 1994. – №6. – P. 578–596.
18. Muto T., Kikuchi S., Tomita M. et al. // *Ind Health* – 1996. – № 2. – P. 101–111.
19. Myers W. A. Jr. // *Ann. Emerg. Med.* – 1997. – №6. – P. 746–748.
20. Rydlewska-Liszkowska I., Jugo B. // *Med. Pr.* – 1999. – №2. – P. 125–133.
21. Sibinski J. // *Ibid.* – 1994. – № 6. – P. 551–554.
22. Sibinski J. // *Ibid.* – 1994. – № 6. – P. 551–554.
23. Sibinski J. // *Ibid.* – 1995. – № 1. – P. 75–80.

СОВРЕМЕННЫЕ МИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Б.В.Панов, А.А.Свирский, А.Ф.Дзыгал, Л.А.Ковалевская, С.И.Конкин, М.Л.Кирилюк, С.В.Балабан, А.В.Беляков (Одесса)

Рассмотрены основные тенденции развития национальных систем здравоохранения различных стран Европы, Азии и Америки с учётом возможного заимствования их элементов в Украине. Основным фактором организации медицинской помощи населению преимущественно является обязательное государственное социальное страхование работающих жителей страны. Сделан вывод, что для рациональной организации национальной системы здравоохранения в Украине необходимо немедленно внедрять обязательную систему государственного страхования всех граждан страны, это дело общегосударственной важности.

CURRENT WORLD TENDENCIES OF PUBLIC HEALTH NATIONAL SYSTEMS DEVELOPMENT (LITERATURE REVIEW)

B.V.Panov, A.A.Svirsky, A.F.Dzygal, L.A.Kovalevskaya, S.I.Konkin, M.L.Kirilyuk, S.V.Balaban, A.V.Belyakov (Odessa)

The principal tendencies in the national public health systems of different countries of Europe, Asia and America have been considered taking into account possible borrowing of their elements in Ukraine. The major factor of providing the population with medical aid is mainly the obligatory state social insurance of the working citizens of the country. The following conclusion has been made: for rational organization of the national public health system in Ukraine it is necessary to introduce immediately the obligatory system of state insurance for all citizens of the country. It is a matter of nation-wide importance.