

---

Український інститут громадського здоров'я  
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

**ВІСНИК  
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ  
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

*ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ*

*2*

---

---

Ukrainian Institute of Public Health  
Ternopil Medical State Academy by I.Y. Horbachevsky

**BULLETIN  
OF SOCIAL HYGIENE AND  
HEALTH PROTECTION  
ORGANIZATION OF UKRAINE**  
*QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL*

Київ - Тернопіль  
“Укрмедкнига”  
2002

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ**

---

Головний редактор **В.М. Пономаренко**

---

*Ю.В. Вороненко, О.М. Голяченко (відповід. редактор), Л.Я. Ковальчук (заст. головного редактора), Б.П. Криштопа, О.Н. Литвинова (відповід. секретар), О.Ю. Майоров, В.Ф. Москаленко, Г.М. Москалець (відповід. секретар), А.М. Нагорна (заст. головного редактора), А.М. Сердюк, І.М. Солоненко, А.Р. Уваренко, А.О. Шелюженко*

---

**РЕДАКЦІЙНА РАДА**

---

*О.І. Авраменко (Київ), В.О. Волошин (Київ), Є.М. Горбань (Київ), Ю.І. Губський (Київ), В.В. Єлагін (Київ), М.П. Захараш (Київ), А.П. Картиш (Київ), В.О. Колоденко (Одеса), В.І. Огарков (Донецьк), З.М. Парамонов (Житомир), Е.Г. Педаченко (Київ), А.Ю. Романенко (Київ), Л.А. Чепелевська (Київ)*

---

Журнал включено до Переліку № 1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук (додаток до Постанови Президії ВАК України від 9.06.99 № 1-05/7)

*Рекомендовано до друку вченою радою  
Українського інституту громадського здоров'я  
(протокол № 35 від 05.03.2002 р.)*

**Передплатний індекс – 22867**

**Здоров'я і суспільство**

*В.М. Пономаренко, Ю.А. Хунов.* Вивчення стану здоров'я дітей – складова частина формування програм розвитку охорони здоров'я

5

*Н.В. Медведовська.* Особливості структури офтальмологічної патології в осіб, які перебували під тривалим впливом малих доз іонізуючого випромінювання

11

*В.В. Беспалько.* Характерні особливості підлітків, що зловживають психоактивними засобами

13

*В.М. Шимон.* Фізичний розвиток дітей Хустського району (Закарпаття) віком від одного до семи років

16

*О.М. Волик.* Стан здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України кадрового складу за даними медичних обстежень

20

*В.О. Колоденко, Л.Г. Засипка, В.В. Безпоясна.* До методики комплексної оцінки стану репродуктивного здоров'я

23

*О.М. Голяченко, Н.Є. Федчишин, У.М. Цідилко.* Територіальний аспект здоров'я людей

32

**Методологічні підходи в системі охорони здоров'я**

*Т.С. Грузева.* Наукове обґрунтування програми статистичної обробки матеріалів вибіркового комплексного дослідження здоров'я населення

35

*А.Б. Зіменковський, Б.О. Матвійчук.* Розроблення протоколу ведення хворих із шлунково-кишковими кровотечами – концептуальна основа реформування невідкладної хірургічної гастроентерології

38

*В.А. Шамрай, О.В. Шамрай.* Деякі проблеми вивчення епідеміології злоякісних новоутворень

43

**Правове забезпечення**

*Н.М. Лещук.* Особливості трансформації структури нормативно-правових актів, що стосуються різних напрямів діяльності охорони здоров'я України

45

*В.В. Солнушко, О.Є. Єфімов, М.Ф. Андрейко.* До питання перегляду стандартів акредитації лікувально-профілактичних закладів стосовно частоти лікарських записів у медичних картах психічно хворих

51

**Інформаційні технології в управлінні охороною здоров'я**

*В.М. Пономаренко, М.М. Ластовченко, В.В. Кальниш, Ю.Г. Бобир, Р.О. Волошин.* Концеп-

**Health and society**

*V.M.Ponomarenko, Yu.A.Khunov.* The study of children's health state as a component of forming the public health development programmes

*N. V.Medvedovskaya.* Structural peculiarities of ophthalmological pathology in persons subjected to small doses of ionizing radiation

*V.V. Bospalko.* Characteristics of adolescents abusing psychoactive drugs

*V.M. Shimon.* Physical development of children aged from one to seven living in Khustsky region (Zakarpate)

*A.N. Volik.* Health status of regular military service men in the Ukraine armed forces

*V.A. Kolodenko, L.G. Zasyпка, V.V. Bespoyasnaya.* About methodic of reproductive health complex assessment

*O.M. Holyachenko, N.Y. Fedchyshyn, U.M. Tsydilko.* Territorial aspect of people's health

**Methodologic Approaches in the Public Health System**

*T.S. Hruzeva.* Scientific substantiation for statistical processing programme of materials for randomised complex study of population health

*A.B. Zimenkovsky, B.O. Matveichuk.* The development of records for following up the patients suffering from gastrointestinal bleedings - a conceptual basis for the reformation of urgent surgical gastroenterology

*V. Shamrai, O. Shamrai.* Some problems of studies of the epidemiology of malignant tumors

**Legal provision**

*N.M.Leschuk.* Peculiarities of structural transformation in normative and legislative acts following directions of public health in Ukraine

*V. V.Solnushko, O.E. Yefimov, M.F.Andreiko.* The revision of medical facilities accreditation standards concerning the frequency for physician's records in medical cards of psychic patients

**Information Technologies in the Public Health Management**

*V.M.Ponomarenko, M.M.Lastovchenko, V. V.Kalnysh, Yu.H.Bobyr, P.A. Voloshin.* Conceptual

туальні положення застосування інформаційних технологій телемедицини в системі аналізу стану захворюваності населення України

53

### Історія медицини

*В.О. Колоденко, Є.М.Захарченко, А.Г.Кравченко, Е.О.Підлубна.* Наукова діяльність кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Одеського державного медичного університету протягом ХХ століття

61

### Організація медичної допомоги

*Г.В. Гайко, Ю.В. Поляченко, О.О. Коструб, М.І. Хохол.* Пріоритетні напрями вдосконалення організації ортопедо-травматологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я України

67

*І.М. Шувалова, І.Т. Клименко, Ю.І. Оборин, Л.П. Жукова.* Підвищення результативності лікування хворих на облітеруючі захворювання судин нижніх кінцівок за допомогою НІЛВ

73

*І.І. Басистюк.* Оптимізація диспансеризації хірургічних хворих на засадах сімейної медицини

77

*М.І. Борщівський, К.Б. Вишинський, В.М. Борщівський.* Нові підходи до організації ведення післяопераційного періоду

80

*В.В. Бондаренко, Є.О. Тарасенко, В.Д. Покрова, О.А. Скрипник, А.Ф. Добровольський.* Передовий досвід Кіровоградської області по виконанню Національної Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні

82

*А.О. Голяченко.* Організація пелоїдотерапії в багатофункціональній лікарні

85

### Медична демографія

*Л.А. Чепелевська.* Медико-демографічна ситуація в незалежній Україні

87

### Формування здорового способу життя

*О.І. Тимченко, А.М. Сердюк, Н.Г. Гойда, Т.М. Поканевич, Л.М. Піотрович, В.В. Єлагін, С.С. Карташова, Е.М. Омельченко, О.В. Линчак, О.І. Турос.* Профілактична медицина: стратегія зміцнення здоров'я населення України

89

### Інформаційне забезпечення

*О.Н. Литвинова.* Функції менеджера в охороні здоров'я

94

### Ювілеї

*Валентин Іванович Польченко (до 75-річчя від дня народження)*

96

### До авторів

97

items of modern teleinformation technologies to be implemented into population morbidity analysing system within Ukrainian PHS

### Hystory of medicine

*V.A. Kolodenko, E.M. Zakharchenko, A.G. Kravchenko, E.A.Podlubnaya.* Scientific activity of social medicine and public health department of Odessa state medical university in XX century

### Organization of Medical Care Provision

*G. V. Gaiko, Yu. V. Polyachenko, A.A. Kostrub, M.I. Khokhol.* Priority trends in orthopedic and traumatologic aid organization improvement in conditions of public health system reformation in Ukraine

*I.M. Shuvalova, I.T. Klimenko, Yu.I. Oborin, L.P. Zhukova.* Ways for improving therapy outcomes in patients with blood vessels obliteration in legs

*I.I. Basistyuk.* Optimization of surgical patients' dispensarization on the basis of family medicine

*M.I. Borschivskiy, K.B. Vyshynskiy.* New approaches to the organization of supervising of the postoperation period

*V.V. Bondarenko, Ye.O. Tarasenko, V.D. Pokrova, O.A. Skripnik, A.F. Dobrovolskiy.* Successful Experience of Kirovohrad region in Implementing National Programme of Arterial Hypertension Prevention and Treatment in Ukraine

*A.O. Holyachenko.* Organization of mud therapy in a multi-functional hospital

### Medical Demography

*L.A. Chepelevskaya.* Medical and demographic situation in the independent Ukraine

### Formation of health life-style

*O.I.Tymchenko, A.M.Serdyik, N.G.Goida, V.O. Galagan, T.M. Pokanevych, L.M.Piotrovych, V.V.Yelagin, S.S. Kartashova, Ye.M. O-melchenko, O.V.Lynchak, O.I.Twos.* Preventive medicine: strategy of the population health improvement in Ukraine

### Information provision

*O. Lytvynova.* Functions of the manager in public health services

### Jubilees

*Valentine Ivanovich Polchenko (to 75-th anniversary)*

### Notices for Authors

## **ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ – СКЛАДОВА ЧАСТИНА ФОРМУВАННЯ ПРОГРАМ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Український інститут громадського здоров'я,  
Управління охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації

Охорона здоров'я дітей, забезпечення належних умов їхнього розвитку – стратегія соціального розвитку України. Рівень здоров'я підростаючого покоління визначає інтелектуальний, трудовий, оборонний потенціал суспільства [5]. Пріоритетність інтересів дітей, зобов'язання держави щодо збереження і зміцнення їхнього здоров'я проголошені основним законом України – Конституцією України, а також низкою інших нормативно-правових актів держави [1, 3].

З метою поліпшення стану здоров'я дітей за роки незалежності було прийнято низку національних, комплексних і цільових програм, зокрема: Національну програму “Діти України”, Цільову комплексну програму генетичного моніторингу в Україні на 1999–2003 роки, Цільову комплексну програму “Фізичне виховання – здоров'я нації”, Комплексну програму “Цукровий діабет” [4]. Президентом України у 2001 р. видані Укази “Про додаткові заходи щодо забезпечення виконання Національної програми “Діти України” на період до 2005 року” та “Про Національну програму “Репродуктивне здоров'я 2005”.

Створення умов для реалізації “потенціалу здоров'я” та забезпечення здорового початку життя є основною метою політики Всесвітньої організації охорони здоров'я. Ця впливова міжнародна організація рекомендує комплексний програмний підхід до вирішення проблем збереження і зміцнення здоров'я населення з урахуванням усіх чинників, що на нього впливають [2].

Враховуючи значення для оцінки стану здоров'я дітей такої важливої характеристики, як захворюваність, нами проаналізовані статистичні дані про первинну захворюваність та поширеність хвороб серед дитячого населення Луганської області у розрізі класів хвороб, окремих нозологічних форм, територій проживання в динаміці впродовж 1995–2000 рр. Джерелом інформації стали дані Координаційного центру управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації та Центру медичної статистики МОЗ України.

Протягом п'ятирічного періоду захворюваність дитячого населення Луганської області збільшилася з 956,6 до 1223 випадків на 1000 дітей, тобто на 27,8 %. Найнижчим був її рівень у 1996 р. і становив 859 випадків на 1000 дітей. Починаючи з 1996 р., захворюваність дітей збільшувалася, що може свідчити не лише про погіршення стану їхнього здоров'я, а й про поліпшення виявлення захворювань і збільшення доступності медичної допомоги.

У Луганській області рівень захворюваності дітей близький до середнього її рівня в Україні (1223 проти 1200,3 випадку на 1000 дітей). Основну структури захворюваності складають хвороби органів дихання (65,7 %), хвороби шкіри і підшкірної клітковини (5,3 %), інфекційні та паразитарні хвороби (4,9 %), травми та отруєння (3,6 %). Частка і рангові місця окремих класів хвороб у структурі захворюваності дітей Луганської області подібні до розподілу захворюваності в цілому серед дитячого населення України.

За період із 1995 по 2000 рр. у структурі захворюваності дітей зменшилася питома вага травм та отруєнь з 5 до 3,6 %, хвороб шкіри і підшкірної клітковини – з 7,1 до 5,3 %, інфекційних і паразитарних хвороб – з 6,2 до 4,9 %. Одночасно відбулося збільшення частки хвороб нервової системи та органів чуття – з 6,9 до 8 %, системи кровообігу – з 0,4 до 1 %, сечостатевої системи – з 1,4 до 1,9 %.

Вивчення дитячої захворюваності впродовж 5 років дозволило виявити негативні її тенденції з більшості класів хвороб. Так, збільшилася (в 3,5 раза) частота виникнення хвороб системи кровообігу, системи крові та кровотворних органів (в 2,9 раза), розладів психіки і поведінки, новоутворень, хвороб органів травлення, сечостатевої системи (в 1,7 раза), вроджених аномалій (в 1,5 раза).

Тенденції захворюваності дітей Луганської області в цілому корелюють з тенденціями захворюваності дитячого населення України. Проте темп приросту захворюваності за більшістю

класів хвороб в області вищий, ніж в Україні, зокрема, за класом хвороб крові та кровотворних органів відповідно в 2,9 та 1,4 раза, розладів психіки і поведінки – на 69,2 і 8,6 %, хвороб системи кровообігу – 3,5 та 1,5 раза. Близьким за величиною є приріст чисельності новоутворень, ендокринних хвороб, хвороб органів дихання, травлення, сечостатевої системи, вроджених вад. Однак за темпом збільшення інфекційної та паразитарної патології (на 0,2 і 2,7 % відповідно), травм та отруєнь ( на 4,7 і 14,5 %) середній рівень захворюваності дітей в Україні вищий, ніж на Луганщині.

Найвищі рівні захворюваності дітей у 2000 р. реєструвалися в містах Стаханові (1689,2 випадку на 1000 дітей), Лисичанську (1760,2), Рубіжному (1634,5), Марківському районі (1696,7). Відносно невисоким був рівень захворюваності дітей у Краснодонському (468,1), Білокуракинському (553,7), Новопсковському (621,1), Антрацитівському (687,2 випадку на 1000 дітей) районах, де показники були у 2 рази нижчими від середніх по області.

За період із 1995 по 2000 р. поширеність хвороб серед дітей Луганщини в межах 1029,6 (1996 р.) – 1470,6 (2000 р.) випадку на 1000 дітей. У 2000 р. вона була більшою від рівня 1995 р. на 32,4 %.

Структуру поширеності хвороб серед дитячого населення Луганської області в основному формують хвороби органів дихання (56,2 %), травми і отруєння (7,8 %), хвороби ока та його придаткового апарату (6,4 %), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5), інфекційні та паразитарні хвороби (4,3 %).

Аналіз динаміки поширеності хвороб серед дитячого населення Луганщини свідчить про тенденцію її до зростання. З більшості класів хвороб темп зростання цього показника в області вищий від середнього в Україні. За п'ятирічний період поширеність хвороб крові та кровотворних органів серед дітей зросла на Луганщині в 3 рази, в Україні в цілому – в 1,6 раза, розладів психіки і поведінки – відповідно на 40,5 і 11 %, хвороб системи кровообігу – в 2,8 і 1,4 раза, органів травлення – в 1,7 і 1,2 раза, сечостатевої системи – в 1,7 і 1,5 раза.

Інфекційні та паразитарні хвороби займають особливе місце у структурі захворюваності дитячого населення. Рівень захворюваності на інфекційні хвороби протягом 5-річного періоду коливався в Луганській області в межах 44–68 випадків на 1000 дітей, за винятком 1998 р., в якому рівень інфекційної захворюваності дітей Луганщини був нижчим від середнього в Україні.

Профілактичні щеплення відіграють вирішальну роль у боротьбі з інфекціями, що керуються

імунопрофілактичними засобами. В Луганській області протягом кількох років активно реалізувалася Національна програма імунопрофілактики населення на 1993–2000 роки. Охоплення профілактичними щепленнями дітей області сягало у 2000 р. 99,5 %, що дало змогу суттєво знизити рівень захворюваності на керовані інфекції.

Серед інфекційної патології важливе значення має така соціально небезпечна хвороба, як туберкульоз. В Україні рівень захворюваності дитячого населення на туберкульоз характеризується високими темпами зростання. В області захворюваність дітей на туберкульоз становила за досліджуваний період 7 випадків на 100 000 дітей у 1996 р., 3,7 – у 1997, 7 – у 1999, 9,1 – у 2000 р., в Україні відповідно в 1996 р. 6,4; 1997 – 8,3, 1998 – 9,9; 1999 – 8,8; у 2000 р. – 9 випадків на 100 000 дітей. За вказаний період рівень захворюваності дітей на туберкульоз збільшився в області на 30 %, в Україні – на 40,6 %.

Контингент дітей, хворих на туберкульоз, склали у 1997 р. 74 особи, або 14,5 випадку на 100 000 дітей. Поширеність туберкульозу в області того року була меншою, ніж в середньому по Україні, на 42,1 %. За період із 1997 по 2000 р. контингент дітей, хворих на туберкульоз, збільшився до 99 осіб, або 23,1 випадку на 100 000, а темп приросту становив 59,3 %. В Україні рівень поширеності туберкульозу серед дітей у 2000 р. був вищим на 7,4 %, темп приросту за 3 роки становив 20,4 %.

Отже, ситуація в області щодо туберкульозу неблагополучна. Рівень захворюваності дітей на туберкульоз вищий від середнього в державі і має тенденцію до збільшення, поширеність – менша, ніж в Україні в цілому. Проте темп приросту поширеності туберкульозу перевищує аналогічний у країні в 2,9 раза. На зниження захворюваності в області спрямовується реалізація комплексних заходів боротьби з туберкульозу, затверджених Постановою Кабінету Міністрів України № 667 від 23.04.99. Вони передбачають забезпечення хворих на туберкульоз лікарськими засобами і повноцінним харчуванням у диспансерах і санаторіях, зміцнення кадрового потенціалу фтизіатричної служби, посилення профілактики.

У структурі захворюваності дитячого населення Луганської області новоутворення становили 0,2 %, в структурі поширеності – 0,2–0,3 %. Протягом 1995–2000 рр. ця патологія виявлялася з частотою 1,5–2,5 випадку на 1000 дітей, а поширеність становила відповідно 2,4–4 випадки. Для зазначених показників характерною була негативна динаміка. За п'ятирічний період

онкологічна захворюваність збільшилася на 66,7 %, поширеність – на 53,8 %. У 2000 р. частота розвитку новоутворень у дітей Луганщини була на 19 % більшою від середньої частоти в Україні, поширеність – нижчою на 17,5 %.

Злоякісні новоутворення у дітей зустрічаються відносно рідко. Проте, хоча їх частка в структурі захворюваності незначна, вони характеризуються тяжким перебігом, високою інвалідністю і смертністю. Рівень онкологічної захворюваності дитячого населення Луганської області становив у 1996 р. 0,12 на 100 000 дитячого населення, 1997 – 0,11, у 1998 р. – 0,12, що відповідає середнім значенням цього показника в Україні.

В Україні спостерігається тенденція до зростання рівня захворюваності на ендокринні хвороби. Частка її у загальній структурі захворюваності становить 2,2 %. В Луганській області захворюваність на хвороби ендокринних залоз дорівнює 10,7 випадку на 1000 населення з питомою вагою близько 1 %. Рівень захворюваності дітей Луганщини на ендокринні хвороби, розладів харчування, порушень обміну речовин в 2,5 раза нижчий, ніж у цілому по Україні. Динаміка захворюваності дітей Луганщини із цією патологією протягом 1999–2000 рр. позитивна; відбулося зниження її рівня на 6,1 %.

Рівень поширеності ендокринної патології (27,9 випадку на 1000 дітей) в 3,6 раза менший від середнього по Україні.

Провідними ендокринними хворобами є цукровий діабет і хвороби щитоподібної залози. В області захворюваність на цукровий діабет становить 0,1 випадку на 1000 дітей, що близько до середнього її значення по Україні (0,09). Всього в області на цукровий діабет хворіло 363 дитини, що становило 0,9 випадку на 1000 дітей. Цей показник вищий за середній по Україні в 1,6 раза. Тому проблема лікування дітей, хворих на цукровий діабет, є для області надзвичайно актуальною. Завдяки цільовому виділенню з державного і місцевого бюджетів коштів на придбання інсулінів у 2001 р. вдалося забезпечити хворих на цукровий діабет дітей цими препаратами у необхідних кількостях.

Для України останнім часом характерне зростання рівня захворюваності на хвороби крові та кровотворних органів і їхньої поширеності. Темп приросту поширеності в цілому в державі становив за 5 років 55,7 %. В Луганській області дитяче населення хворіє на хвороби крові та кровотворних органів із частотою 11,6 випадку на 1000 дітей, що рідше від середньої частоти цих хвороб в Україні (18,7) в 1,6 раза. У структурі захворюваності дитячого населення Луганщини хвороби крові становлять 0,2 %, тобто так, як і в Україні в цілому. Проте динаміка захворюваності

на хвороби крові та кровотворних органів має негативні тенденції. За 5 останніх років цей показник збільшився у Луганській області в 2,9 раза, тоді як в Україні темп приросту був нижчим і становив 41,7 %.

Основу структури захворюваності на хвороби цього класу складають анемії. Рівень захворюваності дітей на анемію становив у 2000 р. в Луганській області 11,2 випадку на 1000 дітей. Близько 95 % усіх анемії становить залізодефіцитна анемія. Важливе значення в боротьбі з анеміями відіграє раціональне збалансоване харчування дітей. З цією метою в області проводиться постійна робота з підвищення забезпеченості дитячих дошкільних закладів і шкіл фруктами, соками, вітамінними препаратами.

Стан психічного здоров'я є важливою характеристикою здоров'я дітей. Рівень захворюваності дітей України на розлади психіки та поведінки порівняно з 1999 р. збільшився на 5 %, а за п'ятирічний період – на 8,6 %, поширеність – відповідно на 2,9 і 10,6 %. Захворюваність дітей на розлади психіки та поведінки в Луганській області протягом 1995–2000 рр. перебувала в межах 6,5–11 випадків на 1000 дітей. Частота розвитку розладів психіки у дітей Луганщини була більшою, ніж в Україні в цілому (11 і 6,3 випадку на 1000 дітей відповідно), в 1,7 раза. Протягом 5-річного періоду частота розвитку цієї патології збільшилася на Луганщині на 69,2 % проти 8,6 % в Україні.

Поширеність розладів психіки та поведінки серед дітей Луганщини також була високою і мала негативну динаміку. З 1995 р. по 2000-й рівень її збільшився з 29,1 до 40,9 випадку на 1000 дітей, тобто на 40,5 %. Поширеність розладів психіки та поведінки перевищувала таку в Україні на 26,6 %, а темп її приросту в області був в 4 рази вищим, ніж середній у державі.

Захворюваність на хвороби нервової системи та органів чуття в Луганській області була близькою до середньої в Україні. Провідною патологією класу нервових хвороб є запальні хвороби центральної нервової системи, епілепсія, хвороби периферичної нервової системи та дитячий церебральний параліч.

Захворюваність на дитячий церебральний параліч у дітей Луганської області протягом кількох років дорівнювала 0,1 випадку на 1000 дітей, поширеність – 2,4–2,5 випадку. Цей показник впродовж 1995–2000 рр. був відносно стабільним, а порівняно з середніми рівнями цих показників у державі на Луганщині спостерігалася сприятливіша ситуація, адже захворюваність дітей на дитячий церебральний параліч в Україні мала тенденцію до зростання і досягла 0,17, а поширеність – 2,7 випадку на 1000 дітей. У Луганській

області ці показники були нижчими в 1,7 раза та на 12,5 % відповідно.

Хвороби ока та його придаткового апарату становлять 3,2 % у загальній структурі захворюваності дитячого населення Луганської області і 6,4 % – поширеності. В 2000 р. рівень захворюваності становив 39,7 випадку на 1000 дітей, поширеності – 77,8 випадку. Захворюваність дітей Луганщини на очну патологію сягала загальнодержавного рівня, поширеність була дещо нижчою за середню по Україні.

Захворюваність на хвороби вуха та соскоподібного відростка у дітей Луганської області нижча від середньої в Україні і має тенденцію до зменшення. Основу структури її складають хвороби середнього вуха, в тому числі хронічний і гострий отит.

Рівень захворюваності на хвороби системи кровообігу протягом 1995–2000 рр. мав стійку тенденцію до зростання, підвищився в 3,5 раза і сягнув 12,6 випадку на 1000 дітей, проте був нижчим від середнього в Україні. Поширеність хвороб системи кровообігу серед дітей Луганщини також характеризувалася постійним збільшенням. За п'ятирічний період її рівень збільшився в 2,8 раза і сягнув 36,7 випадку на 100 000, що перевищує середній в Україні (24,9) в 1,5 раза.

Ревматизм є системною хронічною хворобою сполучної тканини, що призводить до значних страждань, втрати працездатності і зниження якості життя хворих. Захворюваність на гостру ревматичну гарячку становила в Луганській області 0,1 випадку на 1000 дітей, поширеність – 0,4 випадку і були вдвічі та на 25 % нижчими відповідно від середніх їхніх рівнів в Україні.

Хвороби органів дихання займають провідне місце в структурі патології дитячого населення. В Україні в цілому їхня частка становить 62,8 % усіх вперше виявлених захворювань і 49,8 % – усіх зареєстрованих хвороб. Дитяче населення Луганської області також найчастіше хворіє на цю патологію. Хвороби органів дихання займають перше рангове місце в структурі захворюваності та поширеності хвороб серед дітей області з питомою вагою 65,7 і 56,2 % відповідно. За п'ятирічний період захворюваність на цю патологію перебувала в межах 548,1–803,9 випадку і зросла на 20,2 %. Рівні захворюваності дітей Луганщини на хвороби органів дихання та їхньої поширеності були близькими до середніх в Україні.

Хронічні хвороби органів дихання серед дітей Луганщини мали тенденцію до зростання. Лише за, 2000 р. поширеність хронічного риніту і фарингіту збільшилася в 1,6 раза, хронічних хвороб мигдаликів та аденоїдів – на 13,8 %, а за

п'ятирічний період – на 18,2 % і в 1,8 раза відповідно. Ця тенденція характерна для поширення патології в Україні в цілому. У 2000 р. поширеність хронічного риніту, назофарингіту і фарингіту серед дітей області була меншою, ніж в Україні, в 1,7 раза, хронічних хвороб мигдаликів та аденоїдів – в 1,4 раза. Поширеність хронічного бронхіту серед дітей Луганщини за 5 років зменшилася на 34,5 %.

На рівень захворюваності дитячого населення на алергічні хвороби суттєво впливає забруднення навколишнього природного середовища. З 1995 по 2000 р. захворюваність дітей України на бронхіальну астму збільшилася в 1,8 раза, на алергічний риніт – в 2,1 раза. Лише за 2000 р. ці показники збільшилися на 4,7 і 15,4 %. Захворюваність дітей Луганської області на алергічний риніт зросла впродовж 1995–2000 рр. з 0,4 до 1 випадку на 1000 дітей, тобто в 2,5 раза, поширеність – з 0,6 до 1,2 випадку, тобто в 2 рази. У 2000 р. рівень захворюваності дітей Луганщини на алергічний риніт був нижчим від середнього в Україні (1 ‰ проти 1,5 ‰) в 1,5 раза, поширеності (1,2 ‰ проти 2,5 ‰) – в 2,1 раза. Захворюваність на бронхіальну астму становила у 2000 р. 1,1 випадку на 1000 дітей, темп її приросту за 5 років – 120%. Рівень захворюваності на бронхіальну астму перевищував середній в Україні (0,9) на 22,2 %. Поширеність цієї патології досягла у 2000 р. 4,4 випадку на 1000 дітей, що майже дорівнювало середньому значенню в Україні (4,5).

Луганська область – промислово розвинений регіон, де сконцентрована значна кількість підприємств нафтопереробної, вугледобувної, металургійної, хімічної та інших галузей виробництва. Тому екологічна ситуація характеризується високими рівнями забруднення навколишнього природного середовища. Для поліпшення екологічної ситуації та зниження рівня захворюваності на екологічно детерміновану патологію в програмі розвитку охорони здоров'я Луганської області передбачено низку заходів, спрямованих на ефективне запобігання захворюванням і контроль за шкідливими для здоров'я чинниками в об'єктах довкілля.

Ситуація із захворюваністю та поширеністю хвороб органів травлення серед дітей Луганської області була значно кращою, ніж в цілому в Україні. Проте ці показники мали негативні тенденції. Захворюваність дітей Луганщини збільшилася за 5 років на 66,5 %, поширеність – 67,8 %, в той час як в Україні – на 27 і 24,8 % відповідно. Отже, темпи приросту захворюваності та поширеності хвороб органів травлення серед дитячого населення Луганської області значно вищі, ніж в Україні в цілому.



Рівень захворюваності на хвороби шкіри становив у 2000 р. 65,4 випадку на 1000 дітей, що трохи нижче, ніж в цілому по Україні (67,6 випадку). Протягом 5-річного періоду захворюваність майже не змінилась, а темп її приросту становив 3,2 %. Серед окремих видів дерматологічної патології велику питому вагу мають інфекції шкіри та підшкірної клітковини, які складають близько третини хвороб цього класу і мають тенденцію до збільшення.

Частка хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини у загальній структурі захворюваності дитячого населення Луганської області становить 2 %, як і в цілому в Україні. Рівень захворюваності на них у 2000 р. дорівнював 24,4 випадку на 1000 дітей, що також відповідає її середньому рівню в Україні (24,5). Поширеність цієї патології становить 37,9 ‰ і вона менша від середньодержавного показника (56,1 ‰).

В Україні патологія сечостатевої системи має тенденцію до збільшення. За п'ятирічний період рівень захворюваності дітей на хвороби цього класу в державі підвищився на 62,6 % і сягнув 20 випадків на 1000 дитячого населення, а поширеності – на 49,2 % і становив 35,2 випадку. В Луганській області хвороби сечостатевої системи зустрічаються у дітей частіше, ніж в цілому в Україні.

Вроджені аномалії розвитку складають незначну частину дитячої патології, проте часто мають тяжкі наслідки для здоров'я та якості життя дітей. Вроджена патологія виникла у дітей Луганської області з частотою 5,8 випадку на 1000 дітей, а її поширеність становила 18,1 випадку. Рівень захворюваності на цю патологію був близьким до середнього в Україні (5,7), поширеності – дещо нижчим (20,6 випадку на 1000 дітей).

Динаміка вродженої патології протягом останніх років мала негативні тенденції; захворюваність дітей Луганщини зросла з 1995 р. до 2000 на 48,7 % (в Україні – на 46,2 %), поширеність – на 38,2 % (в Україні – на 37,3 %). Отже, як за рівнями, так і за тенденціями захворюваності на вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії ситуація в Луганській області є подібною до ситуації в Україні. В області активно розвивається медико-генетична служба, що дає змогу діагностувати спадкові хвороби та вроджені вади розвитку. Впроваджується пренатальне обстеження подружжя на вроджені вади розвитку і спадкові хвороби та неонатальне обстеження новонароджених з метою виявлення фенілкетонурії та гіпотиреозу.

Стани, що виникають у перинатальному періоді, в Луганській області реєструються з меншою частотою, ніж в Україні, а рівень захворю-

ваності на них має тенденцію до зниження. Серед окремих станів пологова травма зустрічається в Луганській області з частотою 0,9 випадку на 1000 дітей, внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія в пологах – у 2,7, гемолітична хвороба – 0,3 випадку. Ці показники менші, ніж середні в Україні, в 1,6; 1,7 та 1,4 раза відповідно. Проте викликає тривогу збільшення частоти розвитку гемолітичної хвороби новонароджених на 50 %.

Травми та отруєння в Луганській області реєструвалися з частотою 44,7 випадку на 1000 дітей, що була дещо меншою від середньої частоти в Україні (46,6 ‰). Протягом 1995–2000 рр. в державі спостерігалася тенденція до зростання частоти виникнення травм та отруєнь серед дітей з 40,4 до 46,6 випадку на 1000, тобто на 15,3 %. В Луганській області темп зростання їхньої частоти становив 4,2 %.

Основу структури дитячого травматизму склали побутові травми. Дорожньо-транспортні та шкільні травми мають невелику питому вагу у структурі дитячого травматизму, проте темпи їхнього зростання за п'ятирічний період (33,3 та 52,4 %) викликають обґрунтовану тривогу.

Отже, захворюваність дитячого населення Луганської області за рівнями і структурою близька до середніх показників в Україні. Основу структури захворюваності дітей Луганщини, як і України в цілому, становлять хвороби органів дихання, шкіри і підшкірної клітковини, інфекційні та паразитарні хвороби, травми та отруєння.

Поширеність хвороб серед дітей як на Луганщині, так і в Україні наполовину складають хвороби органів дихання. Питома вага ендокринної патології, хвороб крові та кровотворних органів, кістково-м'язової системи і сполучної тканини в структурі поширеності патології серед дитячого населення області менша порівняно з середньукраїнськими показниками. Проте в структурі поширеності хвороб серед дітей Луганської області значно більшою є частка травм і отруєнь, хвороб ока та його додаткового апарату, розладів психіки і поведінки, хвороб системи кровообігу.

Активна співпраця всіх структур регіонального рівня, причетних до проблем охорони здоров'я, дала змогу стабілізувати захворюваність дітей за низкою хвороб на нижчих від загальнодержавних рівнях. Так, захворюваність на ендокринні хвороби в області в 2,5 раза менша за середню в Україні, на хвороби крові та кровотворних органів – в 1,6 раза. Нижчими є рівні захворюваності на хвороби системи кровообігу, вуха і соскоподібного відростка, на хронічні хвороби органів дихання, алергічний риніт. Рідше, ніж в середньому в державі, зустрічаються у дітей травми та отруєння, стани, що виникають в перина-

тальному періоді. Проте, незважаючи на нижчі рівні захворюваності, більшість хвороб мають тенденцію до поширення. В області спостерігається висока захворюваність дітей на туберкульоз, хвороби сечостатевої системи. Поширеність цукрового діабету в 1,6 раза більша, ніж в середньому в Україні, розладів психіки і поведінки – в 1,7 раза.

Аналіз статистичних даних і даних спеціальних досліджень свідчить про невисоку якість здоров'я дітей Луганської області, що є віддзеркаленням соціально-економічної ситуації, негативних проявів способу життя населення та агресивності чинників навколишнього природного середовища. Особливості здоров'я дитячого

населення необхідно враховувати під час розроблення заходів щодо поліпшення здоров'я, створення умов для гармонійного розвитку дітей, прийняття управлінських рішень. Тому в проєкті заходів Луганської обласної державної адміністрації, розроблених на виконання Постанови Кабінету Міністрів України "Про затвердження Міжнародної комплексної програми "Здоров'я нації" (№ 14 від 10.01.2002), окремим блоком виділено питання охорони здоров'я дитячого населення. Ці заходи враховують тенденції стану здоров'я дітей Луганщини і спрямовуються на збереження і зміцнення здоров'я підростаючого покоління, формування здорового способу життя.

### Список літератури

1. *Законодавство України про охорону здоров'я.* – К.: Парламентське вид-во, 1999. – 134 с.
2. *Здоров'я 21: Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВОЗ.* – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1999. – № 6: Європ. сер. по досягненню здоров'я для всіх. – 310 с.
3. *Конституція України.* – К.: Феміна, 1996. – 62 с.
4. *Нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я за 2001 рік / За ред. В.Ф. Москаленка.* – К., 2001– 103 с.
5. *Стан материнства та дитинства в Україні.* – К.: ПРООН в Україні, 1996. – 123 с.

### ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ – СОСТАВЛЯЮЩАЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

V.M. Ponomarenko, Yu.A. Khunov (*Kiev, Lugansk*)

Представлены результаты анализа статистических данных и данных исследования показателей здоровья детского населения Луганской области, в частности первичной заболеваемости и распространенности болезней в разрезе их классов, отдельных нозологических форм, территорий проживания в течение 1995–2000 гг., проведенного с целью осуществления мероприятий, предусмотренных Межотраслевой комплексной программой "Здоровье нации" и соответствующими мероприятиями Луганской областной государственной администрации.

### THE STUDY OF CHILDREN'S HEALTH STATE AS A COMPONENT OF FORMING THE PUBLIC HEALTH DEVELOPMENT PROGRAMMES

V.M. Ponomarenko, Yu.A. Khunov (*Kiev, Lugansk*)

The results of statistic data analysis and the investigation data for the Luganskaya province children's population health indices have been presented. In particular, it concerns primary morbidity and disease prevalence as to their classes, separate nosologic forms, residence territories in the period of 1995-2000. The analysis has been undertaken with the aim of providing measures envisaged by the Interbranch complex programme "The Health of the Nation" and corresponding measures undertaken by the Luganskaya province state administration.

УДК 617.7-001.29

Н.В. МЕДВЕДОВСЬКА (Київ)

## ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ ПІД ТРИВАЛИМ ВПЛИВОМ МАЛИХ ДОЗ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ

Український інститут громадського здоров'я

Основним діючим чинником радіаційного впливу Чорнобильської катастрофи на здоров'я населення, яке проживало у найближчих до Чорнобильської АЕС районах, є опромінення радіонуклідами. Спалах захворюваності тут почався з 1988-1989 рр. Спостерігалось помітне зростання чисельності новоутворень, аномалій і хвороб нервової системи, органів кровообігу, чуття, ендокринних залоз [2, 4, 7]. Найчастішими формами офтальмологічної патології через 8-10 років після катастрофи стала патологія судин ока, катаракта і дистрофія сітківки [3, 6].

Нами був обстежений стан офтальмопатології серед населення Житомирської області, а саме радіаційно забруднених її районів – Олевського (39 200 чоловік) і Коростенського (33 000 чоловік).

Розподіл обстежуваних за віком відповідав кривій нормального розподілу [1, 5]. Перше місце (за кількістю випадків звертань дорослого населення до лікаря-окуліста) посіли запальні хвороби очей, зокрема: кон'юнктивіт, блефарит, кератит, склерит, увеїт (запалення судинної оболонки), неврит, хореоретиніт та ін., які зустрічалися в 20,1 випадку на 1000 чоловік дорослого населення. Найчастіше спостерігався кон'юнктивіт (у 13,6 випадку), за ним кератит (2,2), блефарит (1,7), увеїт (1,6), хореоретиніт (0,5), склерит (0,3), неврит (0,2 на 1000 чоловік дорослого населення). Серед чоловіків кількісно переважали кон'юнктивіт, кератит, блефарит і неврит, серед жінок – хореоретиніт і склерит.

Слід наголосити на тяжкості перебігу запальних хвороб очей, особливо увеїту. Через порушення імунної системи його перебіг став тривалішим і стійкішим, нерідко з тяжкими наслідками аж до енуклеації очей. В середньому 4,5 % усіх хворих на запальні хвороби очей із обстежуваних районів області завершували лікування в очному відділенні Житомирської обласної лікарні.

На другому місці опинилися аномалії рефракції, захворюваність на які становила 16,9 ви-

падку на 1000 чоловік дорослого населення. Причому випадки міопії склали 57,5 %, гіперметропії – 23,3, астигматизму – 19,2 %. Привертає до себе увагу той факт, що серед осіб віком 14-17 років зниження гостроти зору виявлене в 23,6 % випадків. Більшість обстежуваних (80,2 %) цієї вікової групи скаржилися на швидку стомлюваність і зниження гостроти зору після навантаження, відчуття важкості в очах, дискомфорт під час тривалого читання. У них виявлене зниження здатності до акомодатції, підвищення зорової стомлюваності, слабкий ступінь аномалії рефракції (аметропії).

Третє місце займають хвороби сітківки неzapального характеру: відшарування сітківки, діабетична і гіпертонічна ангіо- та ангіоретинопатія, центральна склеротична дегенерація сітківки (макулодистрофія), гостре порушення кровообігу в сітківці (тромбоз і емболія), пігментна та інші види дегенерації сітківки. Їхня захворюваність становить 13,06 випадку на 1000 чоловік дорослого населення, причому частіше зустрічалася гіпертонічна і діабетична ангіо- та ангіоретинопатія (у 4,7 і 3,2 випадку на 1000 чоловік дорослого населення відповідно), центральна склеротична дегенерація сітківки (3,04), пігментна дегенерація сітківки (0,56), інші види дегенерації сітківки (1), гостре порушення кровообігу сітківки (0,4), відшарування сітківки – 0,16 випадку на 1000 чоловік дорослого населення.

Хвороби сітківки запального характеру спостерігаються однаково часто як серед чоловіків, так і серед жінок. Патологія сітківки в середньому становить 20 % усіх звертань жителів зазначених районів в очне відділення Житомирської обласної лікарні. Причому гіпертонічна і діабетична ангіо- та ангіоретинопатія становить 41 і 27 % відповідно, макулодистрофія – 17, пігментна дегенерація сітківки – 2,5, інші види дегенерації – 4, відшарування сітківки – 2, гострі порушення кровообігу – 1,5, хореоретиніт різної етіології – 5 %. Значно збільшилася кількість

випадків макулодистрофії та ангіопатії серед осіб середнього працездатного і похилого віку, а також серед осіб віком до 50 років. Зміни, що нагадують початкову склеротичну дегенерацію, зустрічаються вже в осіб 25-35 років, що можна пояснити раннім постарінням організму.

Четверте місце посіла катаракта, захворюваність на яку становила 11,5 випадку на 1000 чоловік дорослого населення. В структурі захворюваності на катаракту зустрічаються такі її види, як вікова, ускладнена, плівкова, посттравматична, діабетична. Серед захворілих на катаракту жінок було 6,8, чоловіків – 5,7 на 1000 дорослого населення, що свідчить про незначне переважання цієї патології серед жінок. Вікова катаракта зустрічається однаково часто серед чоловіків і жінок, а діабетична та плівкова – частіше серед жінок, тоді як посттравматична та ускладнена – частіше серед чоловіків. Катаракта здебільшого є хворобою людей похилого віку (60 років і старше). Проте частота інволюційної патології кришталіка зросла також за рахунок розвитку катаракти в осіб віком до 50 років. Катаракта в середньому становить 20,1 % усіх звертань жителів зазначених районів в очне відділення Житомирської обласної лікарні. Причому з них вікова катаракта становить 69,7 %, ускладнена – 11,9, посттравматична – 9,9, діабетична – 4, вторинна (плівкова) – 4,5 %.

П'яте місце посіла глаукома, захворюваність на яку становила 3,8 випадку на 1000 чоловік дорослого населення. В структурі захворюваності

на глаукому найчастіше зустрічається відкритокутова (2,3 випадку на 1000 дорослих жителів); закритокутова (0,16); підозра на глаукому (0,4); вторинна глаукома (0,47); оперована глаукома (0,2); абсолютна глаукома – 0,27 на 1000 дорослих жителів. Іншими словами, серед усіх випадків глаукоми відкритокутова становить 60,5 %; закритокутова – 4,4; вторинна – 12,3; оперована – 5,3; абсолютна – 7; підозра на глаукому – 10,5 %. Що стосується глаукоми, то всі її види, особливо закритокутова, частіше зустрічаються у чоловіків. Глаукома в середньому склала 5,8 % усіх звертань жителів вищезазначених районів в очне відділення Житомирської обласної лікарні. З них відкритокутова глаукома склала 63,8 %; закритокутова – 6,9; вторинна – 13,8; оперована – 6,9; підозра на глаукому – 8,6 %.

Частота розвитку злоякісних і доброякісних новоутворень ока та його придаткового апарату, а також косоокості не змінилася.

#### Висновки

Внаслідок проведеного дослідження була виявлена тенденція зростання очної патології серед населення забруднених радіонуклідами територій, що постраждало внаслідок аварії на ЧАЕС. Високим є показник астеничних скарг, передчасного зменшення об'єму акомодатції, розвитку ранньої пресбіопії. Змінилася структура захворюваності на офтальмологічні хвороби з почастішанням розвитку дистрофічної та інволюційної патології, зокрема в осіб молодше 50 років.

### Список літератури

1. Анина Е.И., Левтюх В.И. Распространенность основных видов глазной патологии, способствующих слабовидению в УССР // Тез. докл. респ. науч.-практ. конф. "Социальные и медицинские проблемы профилактики и реабилитации инвалидов". – Днепропетровск: Б.и., 1989. – С. 4-5.
2. Бирич Т.А., Писаренко Д.К., Чекина А.Ю. Офтальмопатология населения Гомельской области // Тез. докл. и сообщений региональной науч.-практ. конф. офтальмологов Житомирской, Киевской, Ровенской областей. – Житомир: Б.и., 1995. – С. 11-12.
3. Бузунов В.А., Федирко П.А. Глазная заболеваемость лиц, включенных в национальный регистр пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы // Офтальмол. журн. – 1995. – № 5-6. – С. 286-290.
4. Крыжановская Т.В. Особенности структуры офтальмопатологии у лиц, подвергшихся влиянию малых доз радиации при ликвидации последствий аварии на ЧАЕС // Тез. докл. и сообщений региональной науч.-практ. конф. офтальмологов Житомирской, Киевской, Ровенской областей. – Житомир: Б.и., 1995. – С. 16-18.
5. Лищенко Б.М., Белоус В.И., Юмашева А.А. Результаты офтальмологического обследования лиц, подвергшихся ионизирующему облучению свыше 25 бер в результате аварии на ЧАЕС // Тез. докл. и сообщений региональной науч.-практ. конф. офтальмологов Житомирской, Киевской, Ровенской областей. – Житомир: Б.и., 1995. – С. 19-20.
6. Лищенко В.Б. Особенности помутнения хрусталика у лиц, проживающих на территориях, пострадавших в результате аварии на ЧАЕС // Офтальмол. журн. – 1997. – № 3. – С. 187-191.
7. Рудзинский Л.М., Белоус В.И. Результаты офтальмологического обследования учащихся города Житомира, проживающих в условиях малых доз ионизирующего облучения // Тез. докл. и сообщений региональной науч.-практ. конф. офтальмологов Житомирской, Киевской, Ровенской областей. – Житомир: Б.и., – 1995. – С. 23-24.

**ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДЛИТЕЛЬНЫМ ВЛИЯНИЕМ МАЛЫХ ДОЗ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

Н.В. Медведовская (Киев)

Представлены результаты изучения заболеваемости болезнями органов зрения среди взрослого населения территорий, загрязненных радионуклидами. Детально оценены структура и основные тенденции развития глазной патологии, распределение некоторых глазных болезней за обращаемостью населения к врачу-окулисту.

**STRUCTURAL PECULIARITIES OF OPHTHALMOLOGICAL PATHOLOGY IN PERSONS SUBJECTED TO SMALL DOSES OF IONIZING RADIATION**

N.V. Medvedovskaya (Kyiv)

The prevalence of eye diseases among adult population on radionuclides contaminated territories after the Chernobyl NPPD has been considered. The structure and main eyes pathology development tendencies and the place of different eye diseases among all eyes pathology have been examined in details.

УДК 615.216: 616-053.7

*В.В. БЕСПАЛЬКО*

**ХАРАКТЕРН І ОСОБЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ,  
ЩО ЗЛОВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНИМИ ЗАСОБАМИ**

Кам'янець-Подільський державний педагогічний  
університет

У вивченні поширення та перебігу зловживання психоактивними засобами важливе значення має виявлення особливостей формування даної патології у підлітків. Підлітковий вік – один із критичних періодів розвитку людини, що має низку особливостей, які за певних умов можуть сприяти початку вживання психоактивних речовин. Такими особливостями може бути: бажання отримати нові враження, відчуті сильні реакції угруповання, бажання бути схожим на інших, юнацький максималізм, нездатність адекватно прогнозувати наслідки, що виникають після початку вживання того чи іншого наркотичного чи токсичного засобу [3, 4, 9].

Аналіз літературних джерел наочно демонструє, що нині немає достатньо інформативних диференціально-діагностичних критеріїв, за допомогою яких можна пояснити причини виникнення дитячої та підліткової наркоманії [6, 7, 8, 11]. Крім того, не-

достатньо вивчені механізми трансформації епізодичного вживання психоактивних речовин у наркоманію і що їй сприяє. Неоднозначно оцінюється виникнення та перебіг наркоманії залежно від віку, статі, соціального статусу тощо [5, 6, 9, 12, 13].

За даними вітчизняних і деяких зарубіжних дослідників [3, 4, 12, 17, 18], зловживання психоактивними засобами частіше спостерігається в осіб чоловічої статі, тобто можна констатувати, що чоловіча стать є одним із чинників ризику щодо початку вживання наркотичних засобів. Проте, керуючись власним досвідом (240 хворих на наркоманію та 238 осіб, які епізодично вживають психоактивні речовини), можна зауважити, що це притаманно особам чоловічої статі 10-14 років. Серед підлітків 15-16 років кількість споживачів наркотичних засобів чоловічої та жіночої статі практично однакова [14].

Під час проведення дослідження серед учнівської

молоді вивчалися, насамперед, соціально-демографічні показники, макро- і мікросоціальні умови існування досліджуваних, неврологічні та психічні зміни у них у преморбідному стані, тобто характерні особливості підлітків, які вживають психоактивні засоби.

Як правило, перше вживання психоактивних засобів відбувалося тільки в групі однолітків, які мали лідера, значно старшого за віком. Такі групи формуються за місцем проживання або навчання і мають переважно асоціальний характер. Крім того, перше вживання психоактивної речовини відбувалося також за порадою друзів чи за бажанням пережити відчуття ейфорії. Якщо наркотизація розпочинається у 12-14 років, фактично не спостерігається атактична мотивація, тобто в цьому віці підлітки не використовують психоактивні речовини як засіб подолання життєвих негараздів і їм притаманна гедоністична мотивація. У старших підлітків (15-16 років) гедоністичні й атактичні мотиви стають рівноцінними [14].

Зауважимо, що коли 4-5 років тому вживання наркотичних засобів починалося здебільшого на тлі попередньої алкоголізації або вживання токсичних засобів (клеї, фарби, розчинники, бензин тощо), то дослідження 1999-2000 рр. доводять, що поступово ця тенденція змінюється. Наркотизація у підлітків розпочинається відразу з "важкого" наркотичного засобу, що значно ускладнює профілактичні й лікувальні можливості медичних працівників, а також педагогів і психологів, оскільки формування психічної та фізичної залежності, синдрому зміненої реактивності організму і толерантності до психоактивних засобів відбувається, як правило, за 3-4 місяці.

Останнім часом значно змінився соціальний статус типового хворого на наркоманію [14, 15, 16]. З появою у нашій країні сучасних і досить дорогих наркотичних засобів (кокаїн, "крек", "екстазі", група синтетичних препаратів морфіну) до зловживання ними залучається все більше підлітків із благополучних, матеріально забезпечених сімей. Тим часом основними споживачами кустарних опіюїдів (екстракт опію) та препаратів канабісу ("вулична марихуана") залишаються підлітки з дисфункціональних сімей (неповна сім'я, алкоголізм батьків, гіпопротекційний тип виховання тощо). Більшість таких підлітків складають мешканці сіл, особливо під час їхнього навчання у СПТУ.

Порівняльний аналіз анамнезу та клінічної картини захворювання у підлітків, дійсно хворих на наркоманію, засвідчує, що більшість із них мають несприятливе психічне або неврологічне преморбідне тло: затримку раннього психомоторного розвитку, енурез, обтяжливу психічними розладами спадковість, пологову травматизацію, травми головного мозку, нейроінфекції, тяжкість проявів яких перебуває у зворотній кореляційній залежності від віку, в якому розвинулося запальне

захворювання мозку. Зловживання наркотичними засобами у такої категорії підлітків починається на біологічно зміненому ґрунті.

Велика увага в ході дослідження приділялася вивченню акцентуації характеру у постійних споживачів наркотичних засобів за допомогою методики О.Є. Лічко (1985). При цьому найнебезпечнішими типами акцентуації характеру з погляду виникнення наркотизації були нестійкий, гіпертимний та епілептоїдний типи. Підлітки з епілептоїдним типом акцентуації – найнебезпечніші в соціальному плані. Наркотизація у них з першого дня має злорякисний характер – вживання доз психоактивних речовин, що значно перевищують терапевтичні, на тлі проявів агресії та девіантності як у стані наркотичного сп'яніння, так і абстиненції. Найнебезпечніші для оточуючих підлітки цього типу акцентуації, які вживають препарати ефедрину, психоделітики, а також похідні барбітурової кислоти [1, 2, 10].

Отже, правомірним є те, що ураження головного мозку в ранньому дитинстві будь-якого генезу може спричинити порушення центральної нервової системи, на тлі яких розвиваються патогенетичні механізми формування наркотичної залежності. Хоча саме по собі ураження центральної нервової системи не є вирішальним у початку розвитку наркотизації, але в контексті несприятливої соціальної ситуації може стати таким.

Ураження головного мозку значно впливає на перебіг наркотизації: вживання великих доз психоактивних речовин, швидке формування психічної та фізичної залежності, тяжкі прояви девіантності.

Аналіз соціальної та клінічної характеристик підлітків, які вживають психоактивні засоби епізодично, показав, що в момент першого вживання більшість (92 %) підлітків були психічно і фізично здоровими. Тільки у 8 % випадків спостерігались явища резидуального органічного ураження центральної нервової системи. Фактично всі підлітки не потребують медичної допомоги. Зловживання наркотичними засобами у них слід розглядати як соціальне явище, боротьба з яким повинна здійснюватися за спеціальними схемами психо-педагогічної корекції. Проте така робота в навчальних і лікувальних закладах недосконала або зовсім не ведеться.

Аналізуючи та верифікуючи результати дослідження, можна зробити **ВИСНОВОК**, що мотивація початку вживання психоактивних засобів має комплексний характер. Мотивація епізодичного вживання цих засобів здебільшого закладена в певному стані мікро- і макросоціального середовища. Трансформація епізодичного вживання психоактивних засобів у наркоманію здійснюється, як правило, на тлі обтяжливого психічного та неврологічного анамнезу, певних типів акцентуації характе-

ру (нестійкість, гіпертимність, епілептоїдність). Вплив несприятливого соціально-культурного середовища значно підсилює негативний вплив медико-біологічних і психопатологічних чинників. Проблема епізодичного вживання психоактивних засобів підлітками з різних мікросоціальних груп

повинна стати предметом ретельного вивчення вченими – соціологами, психологами, педагогами, а його трансформація в наркоманію та токсикоманію повинна розглядатися переважно з медико-біологічних позицій і потребує подальших міждисциплінарних досліджень.

### Список літератури

1. Афанасьев Е.С., Гилинский Я.И. Девиантное поведение и социальный контроль в условиях кризиса российского общества // Материалы науч.-практ. конф. "Война с наркотиками или мирное существование", Санкт-Петербург, июнь 1995.- С.Пб.: ФИС РАН, 1995.- С. 14-18.
2. Башкатов И.П. Психология групп несовершеннолетних правонарушителей (социально-психологические особенности). - М.: Прометей, 1993. - 251 с.
3. Белогуров С.Б. Наркотики и наркомания. - СПб: Унив. кн., 1997. - 223 с.
4. Белогуров С.Б. Наркотики и наркомания: Книга для всех. - СПб: Унив. кн., 1997. - 112 с.
5. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманах: Книга для всех.- СПб: Невский диалект, 1998. - 126 с.
6. Валежин А. Секреты нарколога. - Красноярск: Бонус, 1998. - 112 с.
7. Гришко А.Я. О наркомании среди подростков // Социолог. исследования. - 1990. - № 2. - С.100-102.
8. Громов Л.О. Основные проблемы наркомании // Ліки.- 1996. - №3. - С.3-6.
9. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья: Автореф. Дис. ... д-ра психолог. наук. - СПб, 1998.
10. Двойменный Н.А. Социально-психологические особенности несовершеннолетних преступников // Социолог. исследования. - 1994. - № 8-9. С. 12-14 (19-22).
11. Левин Б.М., Левин М.Б. Наркомания и наркоманы. - М.: Просвещение, 1991. - 214 с.
12. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1991. - 314 с.
13. Мельник Е.В. Активацийна теорія наркологічних захворювань // Одеський мед. журн. - 1998. - № 2. - С. 38-40.
14. Нагорна А.М., Беспалько В.В. Профілактика наркоманії серед підлітків. - Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2001. - 167 с.
15. Наркомания – всеобщее бедствие: Беседа с директором НИИ наркологии Минздрава РФ проф. Н. Иванцом // Врач.- 1998. - №9. - С. 3-5.
16. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я / За ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. - 676 с.
17. Rusmidler i Norge – alcohol and drugs in Norway: Reports for 1994 and 1995. National Institute for Alcohol and Drug Research and National Directorate for Alcohol and Drug Problems.- 98 p.
18. The Netherlands' report to the Second Pan-European Ministerial Conference on Cooperation on Illicit Drug Abuse Problems, Strasbourg, Febr. 1994.- Strasbourg, 1994. - 112 p.

### ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, ЗЛУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫМИ СРЕДСТВАМИ

В.В. Беспалько (Каме́нец-Подольский)

Представлены результаты изучения проблемы употребления психоактивных средств подростками. Отображены социальные, психологические, медико-биологические аспекты возникновения и течения наркотизации. Дана характеристика подростков, эпизодически употребляющих психоактивные средства. Установлено, что мотивация данного явления носит преимущественно микро- и макросоциальный характер. Вместе с тем трансформация эпизодического употребления психоактивных средств в наркоманию и токсикоманию происходит, как правило, у подростков с неблагоприятным психическим и неврологическим преморбидным фоном, т. е. в своей основе имеет преимущественно медико-биологическую почву, отрицательное влияние которой усиливается в неблагоприятной социальной среде.

### CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS ABUSING PSYCHOACTIVE DRUGS

V.V. Bospalko (Kamenets-Podolsky)

The results of studies on the use of psychoactive drugs by adolescents are laid down. Social, psychological, medical and biological aspects of occurrence and trends in narcotisation development are described. The characteristics of adolescents who use psychoactive drugs is given. It was found that the motivation of these trends is of micro- and macrosocial character. At the same time the transformation of using psychoactive drugs into drug abuse and into toxicomania is observed, as a rule, in adolescents with psychic and neurological disorders, i.e. under medical and biological background. The negative effect of this background can be strengthened by an unfavourable social environment.

УДК 312.6:616-053.2(477.87)

В.М. ШИМОН

## ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ХУСТСЬКОГО РАЙОНУ (ЗАКАРПАТТЯ) ВІКОМ ВІД ОДНОГО ДО СЕМИ РОКІВ

Хустська центральна районна лікарня

Фізичний розвиток – дуже важливий показник здоров'я населення. В літературі зустрічається кілька підходів до визначення поняття фізичного розвитку. Проте більш вичерпним є визначення фізичного розвитку Є.Я. Беліцької: “Фізичний розвиток – сукупність ознак, що характеризують рівень і динамічні зміни ряду морфологічних, функціональних властивостей окремого індивіда та колективу людей у вигляді загальних і групових характеристик (стандартів фізичного розвитку)” [7].

Фізичний розвиток використовують у своїй діяльності лікарі різного фаху, насамперед лікарі-педіатри, спеціалісти з гігієни дітей і підлітків, підліткових кабінетів лікувальних закладів, медичних комісій військкоматів.

Показники фізичного розвитку, особливо в поєднанні з народжуваністю, смертністю, захворюваністю, є не тільки критеріями здоров'я населення, але й критеріями ефективності лікувально-оздоровчих заходів [7].

Вивченням фізичного розвитку дітей дошкільного віку і підлітків займалися багато авторів [1, 3-8]. Вплив на фізичний розвиток різних ендот-а екзогенних чинників, серед яких клімато-географічним і біологічним чинникам відводиться далеко не останнє місце, встановлений іншими авторами [7, 3-6].

Регулярний контроль за фізичним розвитком – частина профілактичного напрямку охорони здоров'я.

У показниках фізичного розвитку дітей і підлітків тих чи інших регіонів України є відмінності, що склалися в процесі історичного, соціально-економічного розвитку, за певних клімато-географічних і екологічних умов. Це спонукало нас провести дослідження антропометричних показників дітей Хустського району (Закарпаття) віком від 1 до 7 років і розробити оціночні таблиці (“регіональні стандарти”) фізичного розвитку дітей Закарпаття.

Для визначення фізичного розвитку в практиці гігієни дітей і підлітків використовують порівняно невелику кількість морфологічних і функціональних ознак організму, які легко піддають-

ся кількісному обліку. Це, насамперед, зріст у положенні стоячи, або довжина тіла, маса тіла, окружність грудей, голови та ін.

Вивчення фізичного розвитку дітей регіону віком від 1 до 7 років проводилося за такими напрямками:

1. Вивчення фізичного розвитку статеві-вікових груп дітей Закарпаття.

2. Розроблення місцевих (регіональних) статеві-вікових стандартів для проведення індивідуальної та комплексної оцінки фізичного розвитку дітей різного віку.

Для вивчення фізичного розвитку найчастіше застосовують генералізуючий та індивідуалізуючий методи дослідження. Генералізуючий метод використовується частіше, відображає стан фізичного розвитку населення в певний момент і ґрунтується на великій кількості спостережень.

Нами застосовувався генералізуючий метод, який є найбільш репрезентативним для визначення стану фізичного розвитку широких верств населення, і методика А.Б. Ставицької та Д.І. Арона [8].

Для вимірювання довжини тіла (зросту) у положенні стоячи використовували сантиметрову стрічку, медичні ваги, зростомір, які перед дослідженням ретельно перевірялися на точність.

Дані антропометричних вимірювань заносились у спеціальні карти-анкети фізичного розвитку, яких було 1639 відповідно до кількості обстежуваних дітей. Із них хлопчиків віком від 1 до 7 років було 837, дівчаток – 802, в тому числі віком 1 рік: хлопчиків – 125, дівчаток – 126; 2 роки: хлопчиків – 121, дівчаток – 104; 3 роки: хлопчиків – 120, дівчаток – 116; 4 роки: хлопчиків – 115, дівчаток – 101; 5 років: хлопчиків – 130, дівчаток – 142; 6 років: хлопчиків – 114, дівчаток – 131; 7 років: хлопчиків – 112, дівчаток – 102. Дані фізичного розвитку (антропометричні показники) дітей Хустського району Закарпаття віком від 1 до 7 років подані в табл. 1 і 2.

Усі обстеження були розподілені за статеві-віковими групами і проводилися в дитячій районній поліклініці, дошкільних закладах м. Хуста і Хустського району.

Одержані дані обстеження дітей оброблялися методом варіаційної статистики шляхом скла-



Таблиця 1. Фізичний розвиток хлопчиків віком від 1 до 7 років Хустського району Закарпатської області

Показник	Вік, років	N	M $\pm$ m	$\sigma$	V	$\pm m(V)$	R $\times$ y
Довжина тіла, см	1	125	74,78 $\pm$ 0,32	3,60	4,80	0,30	-
	2	121	87,52 $\pm$ 0,50	5,51	6,26	0,40	-
	3	120	95,58 $\pm$ 0,44	4,85	5,05	0,33	-
	4	115	101,08 $\pm$ 0,46	4,95	4,90	0,32	-
	5	130	107,84 $\pm$ 0,46	5,21	4,83	0,30	-
	6	114	114,36 $\pm$ 0,50	5,34	4,68	0,31	-
	7	112	121,08 $\pm$ 0,53	5,61	4,64	0,31	-
Маса тілі, кг	1	125	10,34 $\pm$ 0,10	1,12	10,83	0,68	0,20
	2	121	13,04 $\pm$ 0,17	1,88	14,46	0,92	0,23
	3	120	14,72 $\pm$ 0,16	1,75	11,66	1,06	0,22
	4	115	15,86 $\pm$ 0,18	1,92	12,05	0,79	0,26
	5	130	17,64 $\pm$ 0,16	1,81	10,31	0,64	0,25
	6	114	20,08 $\pm$ 0,23	2,50	12,53	0,83	0,32
	7	112	22,22 $\pm$ 0,30	3,22	14,67	0,98	0,43
Окружність грудей, см	1	125	49,06 $\pm$ 0,20	2,26	4,62	0,29	0,24
	2	121	50,75 $\pm$ 0,18	2,02	3,96	0,25	0,16
	3	120	53,12 $\pm$ 0,25	2,75	5,19	0,33	0,22
	4	115	54,27 $\pm$ 0,28	3,06	5,67	0,37	0,18
	5	130	57,17 $\pm$ 0,37	4,29	7,53	0,46	0,04
	6	114	57,37 $\pm$ 0,35	3,75	6,58	0,43	0,19
	7	112	58,87 $\pm$ 0,34	3,67	6,22	0,41	0,10
Окружність голови, см	1	125	47,32 $\pm$ 0,12	1,36	2,90	0,18	0,15
	2	121	48,80 $\pm$ 0,12	1,36	2,78	0,17	0,09
	3	120	50,20 $\pm$ 0,19	2,15	4,31	1,27	0,21
	4	115	50,63 $\pm$ 0,19	1,99	3,91	0,26	0,17
	5	130	51,35 $\pm$ 0,18	2,09	4,09	0,25	0,15
	6	114	52,33 $\pm$ 0,22	2,32	4,46	0,29	0,06
	7	112	52,67 $\pm$ 0,20	2,16	4,08	0,27	0,09

Таблиця 2. Фізичний розвиток дівчаток віком від 1 до 7 років Хустського району Закарпатської області

Показник	Вік, років	N	M $\pm$ m	$\sigma$	V	$\pm$ m(V)	R $\times$ /y
Довжина тіла, см	1	106	74,18 $\pm$ 0,34	3,51	4,74	0,32	-
	2	104	87,86 $\pm$ 0,54	5,55	6,31	0,43	-
	3	116	94,87 $\pm$ 0,41	4,51	4,74	0,31	-
	4	101	100,66 $\pm$ 0,56	5,69	5,64	0,39	-
	5	142	106,72 $\pm$ 0,49	5,93	5,54	0,33	-
	6	131	112,48 $\pm$ 0,45	5,21	4,65	0,28	-
	7	102	119,65 $\pm$ 0,57	5,74	4,78	0,33	-
Маса тіла, кг	1	106	9,96 $\pm$ 0,10	1,04	10,46	0,71	0,16
	2	104	12,51 $\pm$ 0,16	1,70	13,62	0,94	0,23
	3	116	14,52 $\pm$ 0,15	1,67	11,56	0,75	0,17
	4	101	15,54 $\pm$ 0,19	1,87	12,09	0,85	0,22
	5	142	17,35 $\pm$ 0,17	2,04	11,71	0,69	0,21
	6	131	18,92 $\pm$ 0,18	2,03	10,67	0,66	0,17
	7	102	21,24 $\pm$ 0,32	3,18	15,04	1,05	0,38
Окружність грудей, см	1	106	48,48 $\pm$ 0,22	2,25	4,69	0,32	0,27
	2	104	50,40 $\pm$ 0,20	2,06	4,13	0,28	0,18
	3	116	51,93 $\pm$ 0,24	2,56	4,93	0,32	0,09
	4	101	53,34 $\pm$ 0,27	2,76	5,22	0,36	0,25
	5	142	55,36 $\pm$ 0,38	4,51	8,21	0,48	0,02
	6	131	56,1 $\pm$ 0,27	3,13	5,58	0,34	0,01
	7	102	57,92 $\pm$ 0,33	3,38	5,84	0,41	0,23
Окружність голови, см	1	106	46,74 $\pm$ 0,17	1,75	3,74	0,25	0,21
	2	104	48,34 $\pm$ 0,13	1,34	2,80	0,19	0,15
	3	116	48,89 $\pm$ 0,14	1,55	3,16	0,20	0,08
	4	101	50,05 $\pm$ 0,23	2,28	4,56	0,32	0,18
	5	142	50,56 $\pm$ 0,17	2,03	4,06	0,24	0,07
	6	131	51,44 $\pm$ 0,19	2,23	4,37	0,27	0,04
	7	102	52,16 $\pm$ 0,24	2,41	4,63	0,32	0,10

дань варіаційних рядів, шкал регресії. В ході математичної обробки обчислювалися параметри, необхідні для подальшого аналізу, а також побудови стандартно-сигмальних (оцінних) таблиць фізичного розвитку: середня арифметична величина ( $M$ ) антропометричної ознаки, середнє квадратичне відхилення ( $s$ ) від  $M$  значення ознаки, помилка середньої арифметичної величини ( $m$ ), коефіцієнт варіації ( $V$ ), регресії ( $R_{x/y}$ ), сигма коефіцієнта регресії ( $sR$ ), помилка коефіцієнта варіації [ $m(V)$ ].

Гармонійність фізичного розвитку кожної статеві-вікової групи дітей оцінювалася за допомогою коефіцієнта регресії та шкали регресії. Вона має вигляд таблиці, у якій заздалегідь розраховано, яким повинна бути кожна ознака фізичного розвитку в разі зміни довжини тіла на один сантиметр. У лівій частині таблиці відмічені границі сигмальних відхилень довжини тіла від середньої арифметичної величини [ $M \pm 1s$  (середні величини),  $M+1s...M+2s$  (вище середніх), вище  $M+2s$  (високі),  $M-1s...M-2s$  (нижче середніх), нижче  $M-2s$  (низькі)] для оцінки довжини тіла дитини за п'ятибальною шкалою.

Як видно з таблиць, показники фізичного розвитку хлопчиків Хустського району вищі, ніж у дівчаток усіх вікових груп. Так, довжина тіла у хлопчиків віком 1 рік більша, ніж у дівчаток, на 0,6 см, 3 роки – на 0,7, 4 роки – 1,14, 5 років – 1,12, 6 років – 1,88, 7 років – на 1,88 см. Тільки у дворічних дівчаток цей показник був вищий на 0,34 см. Щодо такого показника, як маса тіла, то тут також спостерігалася та сама

тенденція, а найбільше переважання було у хлопчиків віком 6 років (1,16 кг). У віці одного року маса тіла хлопчиків більша, ніж у дівчаток, на 0,83 кг, у віці 2, 3, 4, 5, 7 років – на 0,53, 0,2, 0,32, 0,29 та 0,98 кг відповідно. Та сама тенденція спостерігається й серед двох інших показників – окружності грудей та окружності голови: у віці 6-ти років вони більші у хлопчиків на 1,27 та 0,51 см відповідно.

Отже, переважання всіх досліджуваних антропометричних показників фізичного розвитку хлопчиків над показниками дівчаток віком від 1 до 7 років найбільше у групі 6-річних дітей. Крім того, вивчення статево-вікових груп дітей Закарпаття показало, що найбільший приріст довжини і маси тіла спостерігається у хлопчиків і дівчаток віком 2 та 6-7 років. Так, у хлопчиків двох років приріст довжини тіла становить 17 %, маси – 12,9, 6 років – 6 та 13,8 % відповідно. На відміну від хлопчиків у дівчаток приріст антропометричних показників більший не в шести, а в семирічному віці: довжина тіла збільшилася на 6,3 %, маса – 12,2 %.

На підставі одержаних даних були розроблені регіональні стандарти фізичного розвитку для дітей Закарпаття віком від 1 до 7 років, які можуть використовуватись у практиці лікарів-педіатрів, сімейних лікарів дитячих поліклінік (кабінетів), спеціалістами санепідстанцій з гігієни дітей і підлітків під час організації диспансерного та динамічного спостережень за станом здоров'я різних груп дітей, а також розроблення заходів з удосконалення надання медичної допомоги сільському населенню.

### Список літератури

1. Апанасенко Г.Л. Физическое развитие детей и подростков. – К.: Здоров'я, 1985. – 79 с.
2. Воронцов И.М. Оценка антропометрических данных // Вопр. охраны материнства и детства. – 1989. – Т.30, № 6. – С. 6-11.
3. Дорожнова К.П. Роль социальных и биологических факторов в развитии ребенка. – М.: Медицина, 1983. – 160 с.
4. Ильин Б.Н. О физическом развитии детей и подростков, проживающих в различных природных условиях // Сов. здравоохранение. – 1987. – № 6. – С. 17-22.
5. Касараба М.М. Особливості фізичного розвитку дітей залежно від місця проживання // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1991. – № 2. – С. 28-29.
6. Комисарова И.А. Антропометрические параметры – критерии информативности о наиболее общих закономерностях развития человека // Гигиена и санитария. – 1982. – № 2. – С. 64-65.
7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
8. Ставицкая А.Б., Арон Д.И. Методика исследования физического развития детей и подростков. – М.: Медгиз, 1959.

### ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ХУСТСКОГО РАЙОНА (ЗАКАРПАТЬЕ) В ВОЗРАСТЕ ОТ ОДНОГО ДО СЕМИ ЛЕТ

В.М. Шимон (Хуст)

Представлены результаты исследования параметров физического развития детей Хустского района (Закарпатье) в возрасте от 1 до 7 лет (1639 человек, из которых 837 мальчиков и 802 девочки), на основании которых были разработаны региональные стандарты физического развития.

## PHYSICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN AGED FROM ONE TO SEVEN LIVING IN KHUSTSKY REGION (ZAKARPATYE)

V.M. Shimon (*Khust*)

The results of the study of children's physical development parameters (aged 1 to 7) who reside in Khust district (Zakarpatyie), have been presented (1639 children among whom there are 837 boys and 802 girls). On the basis of these data the regional physical development standards have been worked out.

УДК 312.6:616-057.36 (477)

О.М. ВОЛИК (Ірпінь)

## СТАН ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ КАДРОВОГО СКЛАДУ ЗА ДАНИМИ МЕДИЧНИХ ОБСТЕЖЕНЬ

Науково-дослідний інститут проблем військової медицини Збройних Сил України

Більшість показників, що характеризують стан здоров'я, розраховуються за звертальністю пацієнтів до лікаря, на рівень якої впливає багато чинників: забезпеченість медичним персоналом, відстань до медичного закладу, матеріальний добробут, професія, вік, сімейний стан, вживання алкогольних напоїв, освіта, санітарна культура, життєві умови тощо. Проте через різні причини пацієнт не завжди своєчасно звертається за медичною допомогою, не всі захворювання реєструються за звертальністю, але їх можна виявити за допомогою профілактичних медичних оглядів.

Багаторічну тенденцію динаміки показників здоров'я вивчають за направленістю та швидкістю зміни рівня динамічного ряду, які визначають шляхом обчислення середнього темпу росту показників ( $T_{p,geom.}$ ) як середньої геометричної величини за такою формулою:

$$T_{p,geom.} = \sqrt[n]{\prod_{i=1}^n T_{p,i}}$$

де  $\prod_{i=1}^n$  – знак множення варіант від  $T_{p,i}$  до

$T_{p,n}$ ;  $T_{p,i}$  – окремі варіанти ряду

( $i=1,2,\dots,n$ );  $n$  – кількість варіант у ряду.

Вивчення стану здоров'я військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України кадрового складу проводилося на основі даних статистичної галузевої звітності за 1994–2000 р. щодо результатів щорічних медичних обстежень.

Як показав аналіз результатів, впродовж 1994–2000 рр. 77,71 % військовослужбовців були здоровими, 13,1 % – практично здоровими, 9,28 % – потребували систематичної медичної допомоги (табл. 1).

Як видно з таблиці, кількість здорових офіцерів з віком суттєво зменшується.

За період дослідження спостерігалось зростання кількості військовослужбовців, які потребують систематичної медичної допомоги, в середньому на 4,31 % щороку з одночасним щорічним зменшенням на 2,02 % кількості практично здорових. Кількість здорових військовослужбовців суттєво не змінювалася – позитивний приріст становив у середньому 0,06 % щороку.

Динаміка розподілу військовослужбовців за групами здоров'я залежно від віку подана на рисунку. Як бачимо, зростає питома вага військовослужбовців, які потребують систематичної ме-

Таблиця 1. Розподіл військовослужбовців ЗС України кадрового складу за групами здоров'я впродовж 1994–2000 рр.

Вік, років	Групи здоров'я		Ті, що потребують систематичної медичної допомоги
	Здорові	Практично здорові	
До 30	90,95	6,63	2,42
31–40	76,17	14,41	9,42
41–50	51,65	24,30	24,05
Старше 50	15,01	33,85	51,14
Загалом	77,71	13,01	9,28

дичної допомоги, в усіх вікових групах – від 3,11 % до 4,85 % щороку, зменшується кількість практично здорових (у межах 0,44–5 %), за винятком офіцерів 31–40 років. Незначною мірою збільшується (на 0,25 % щорічно) кількість здорових військовослужбовців кадрового складу у віковій групі до 30 років, у старших вікових групах – стрімко зменшується.

За період дослідження відбулося зменшення кількості офіцерів старших вікових груп (31–40 років – на 0,40 %, 41–50 – 3,79 %, старше 50 років – на 2,91 %) порівняно з групою офіцерів

до 30 років (збільшення на 2,02 %).

Враховуючи медичні вимоги до вступників до військово-навчальних закладів, у ЗС України приходять цілком здорові молоді люди. Однак за період служби близько половини з них стає хронічно хворими та потребує звільнення в запас за станом здоров'я. Навіть зважаючи на природне зниження рівня здоров'я з віком, такі цифри, на нашу думку, дуже високі. Але ще серйознішим фактом є динаміка зменшення кількості здорових військовослужбовців, особливо в старших вікових групах.

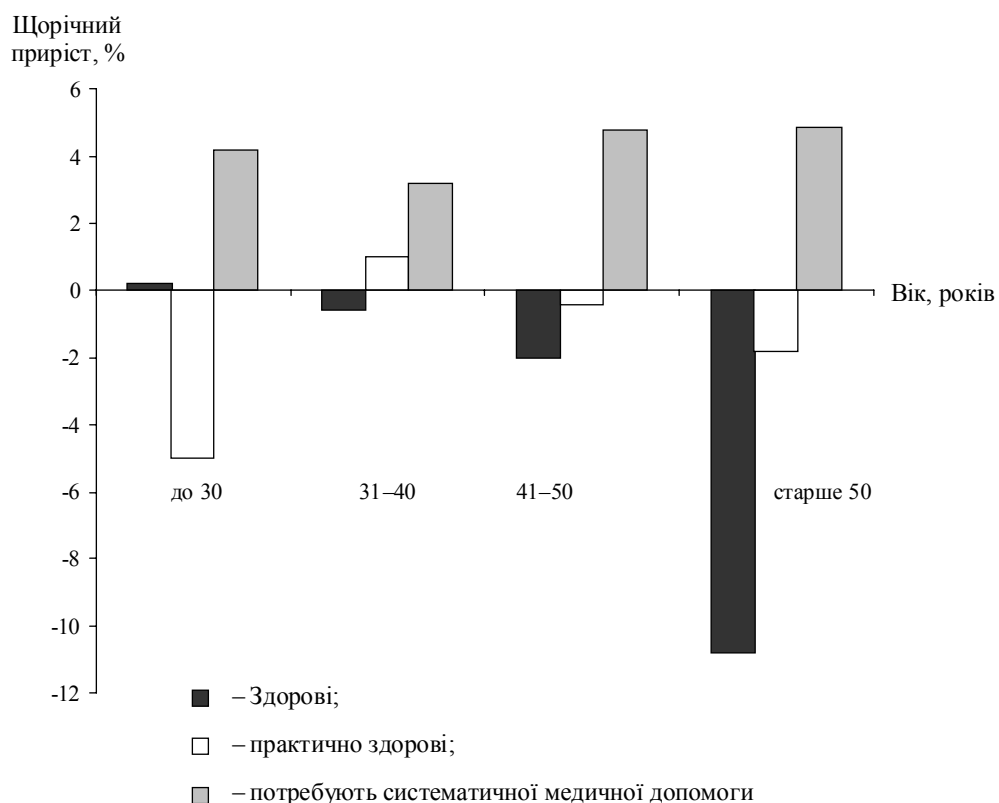


Рис. 1. Динаміка середнього щорічного приросту кількості військовослужбовців ЗС України кадрового складу за групами здоров'я впродовж 1994–2000 рр.

Все зазначене та зростаючі обсяги фінансування для підготовки висококласних військових спеціалістів, які потім звільнюються в ос- новному у зв'язку з хронічною патологією, зменшують боєздатність Збройних Сил України.

### Висновки

1. Серед військовослужбовців ЗС України кадрового складу на тлі деякого омолодження контингенту спостерігається погіршення ситуації щодо хронічної патології.

2. Рівень хронічної патології визначається в основному якістю життя військовослужбовців (умовами служби та відпочинку, матеріальним добробутом, побутовими умовами, шкідливими звичками, психологічним комфортом тощо), а тому реалізація профілактики цієї патології може бути достатньо ефективною лише в рамках загальнодержавних програм і в разі суттєвого поліпшення соціально-економічної ситуації у військах.

3. Можливості медичних обстежень цілком достатні для створення економічних, моральних і службових передумов для кожного військовослужбовця та командування усіх рівнів щодо підтримки здорового способу життя, позбавлення шкідливих звичок, максимального використання наявних економічних і матеріальних ресурсів для створення безпечних умов праці, відповідального ставлення до власного здоров'я та здоров'я своїх підлеглих.

### СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ КАДРОВОГО СОСТАВА ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ

А.Н. Волик (*Ирпень*)

Представлены результаты анализа многолетней динамики показателей здоровья военнослужащих Вооруженных Сил Украины кадрового состава по данным медицинских обследований. Выявлено ухудшение ситуации по хронической патологии на фоне некоторого омоложения контингента. Высказано предположение, что реализация профилактики хронической патологии может быть достаточно эффективной только в рамках общегосударственных программ и в случае значительного улучшения социально-экономической ситуации в войсках.

### HEALTH STATUS OF REGULAR MILITARY SERVICE MEN IN THE UKRAINE ARMED FORCES

A.N. Volik (*Irpen*)

Many years dynamics of health status indices of regular service men within military forces of Ukraine has been presented. It was drawn-up from the personal medical cards data analysis reflecting the outcomes of the contingent regular medical check-ups. It was revealed that the worsening trend in their health condition was mainly due to relative increase of chronic pathology prevalence in spite of some rejuvenation of the contingent. It was suggested that the active realization of overall chronic pathology prevention strategy could be achieved only within the framework of some comprehensive State's programmes combined with substantial improvement of social and economic conditions in the Ukraine Armed Forces.

УДК

В.О. КОЛОДЕНКО, Л.Г. ЗАСИПКА, В.В. БЕЗПОЯСНА

## ДО МЕТОДИКИ КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ СТАНУ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Одеський державний медичний університет, Науково-дослідний інститут "Здоров'я сім'ї"

Сучасний етап ноосферогенезу, за висновками багатьох експертів ООН, ВОЗ, ЮНЕСКО та інших міжнародних інститутів, характеризується глобалізацією процесів в області економіки, культури й охорони здоров'я [1, 12]. Сьогодні практично не залишилося континентів, регіонів і країн, які б не піддавались впливу процесів урбанізації. Підводячи підсумки багаторічного співробітництва в галузі демографії, Каїрська конференція ООН своєю резолюцією констатувала, що соціально-демографічні проблеми окремих країн (частіше це країни, що розвиваються або з перехідною економікою) давно вийшли за їх межі і набули глобального характеру [1, 5, 12]. При цьому необхідність об'єднання зусиль міжнародного співтовариства у рішенні актуальних демографічних проблем є одним з головних завдань у визначенні стратегії розвитку цивілізації в третьому тисячоріччі [1, 13].

Розглядаючи проблеми відтворення населення як умови реалізації однієї з головних функцій здоров'я населення, питання репродуктивного здоров'я стають важливим елементом діяльності національних систем охорони здоров'я. Маючи розвинуту мережу лікувально-профілактичних закладів, сучасні медичні технології і зберігаючи високий імідж у суспільстві, цілеспрямована діяльність щодо охорони здоров'я може суттєво вплинути на умови формування стану репродуктивного здоров'я [3, 4, 6, 13].

Особливої актуальності набувають питання репродуктивного здоров'я в Україні. Соціально-економічні й екологічні проблеми, з якими зіштовхнулося суспільство на початку двадцятого століття, негативні тенденції в системі відтворення і стані здоров'я населення України вивели розглянуту проблему в ранг таких, що визначають безпеку держави і стратегію державної політики в гуманітарній сфері [3, 13]. Своєчасним і важливим кроком у реалізації соціально-демографічних проблем в Україні з'явилася прийнята Кабінетом Міністрів Національна програма Планування сім'ї (№ 736 від 13.09.1995 р.) Підсумком багаторічного співробітництва з Американськими колегами в рамках програми

"Полісі" стало прийняття в Україні Указом Президента № 203\2001 від 26.03 2001 р. Національної програми "Репродуктивне здоров'я" [8].

Різноманіття чинників, умов і процесів, які впливають на рівень репродуктивного здоров'я населення, визначають необхідність розробки саме уніфікованих систем комплексної оцінки репродуктивного потенціалу. Актуальність таких досліджень продиктована і тими задачами, які стоять перед вітчизняною системою охорони здоров'я (наказ МОЗ України від 13 березня 1999 р. № 64 ) по створенню менеджмент-інформаційної системи для моніторингу основних показників репродуктивного здоров'я [8-10].

У той же час, запропоновані на сьогодні методи оцінки репродуктивного здоров'я не дозволяють з позицій системного підходу провести комплексне і всебічне вивчення цих процесів. В одному випадку ці підходи обмежуються переліком показників тільки медичного або соціально-демографічного характеру [9, 11, 13]. Інші обмежуються матеріалами соціологічних досліджень [2]. Треті не враховують чинники ризику (соціальні, екологічні і біологічні), які діють на показники репродуктивного здоров'я [7, 11]. Загальним недоліком методів оцінки є відсутність методик, які враховують значимість окремих показників у формуванні стану репродуктивного здоров'я. Практично відсутні методи оцінки РЗ на сімейному та індивідуальному рівнях [4, 9, 10, 11, 13].

Відсутність уніфікованих методів не дозволяє проводити оцінку РЗ у часі, виконувати порівняльний аналіз цих показників у різних регіонах, етнічних групах і країнах. Проблеми, які витікають з цього, торкаються інтересів управлінців охорони здоров'я, епідеміологів і, що дуже важливо, безпосередньо, лікарів сімейної практики.

Запропонований методичний підхід визначення РЗ базується на проведенні комплексної оцінки стану РЗ із використанням інтегральних показників, які характеризують переважно заходи (явища) медичного (медичний індекс репродуктивного здоров'я - МІРЗ) і соціального (соціально-демографічний індекс репродуктивного

здоров'я - СДІРЗ) характеру. При цьому рівень комплексного показника вимірюється розміром вектора, який інтегрує значення показників, МІРЗ та СДІРЗ, відкладених відповідно на осях (x, y) абсцис. Двополюсний характер комплексного показника РЗ дозволяє максимально врахувати внески різних по своїй суті чинників у визначенні стану РЗ. Технологія комплексної оцінки МІРЗ та СДІРЗ побудована на визначенні цих показників за такою формулою:

$$I_{(мірз,сдірз)} = \frac{\sum P_{ij} Y_{ij}}{\Pi}$$

де  $I_{(мірз, сдірз)}$  - інтегральний індекс репродуктивного здоров'я за медичними або соціально-демографічними показниками;

$P_{ij}$  - досліджуваний показник;

$Y_{ij}$  - коефіцієнт значимості показника;

$\Pi$  - кількість використовуваних показників;

З'єднавши значення відповідних показників на осях координат і точку перетинання умовної лінії, ми отримуємо вектор, розмір якого характеризує стан РЗ.

Окрім кількісної характеристики (розмір вектора), інтегральний показник РЗ віддзеркалює і якісні характеристики цього явища. Тобто, за яких умов (соціальних чи медичних заходів) формується стан репродуктивного здоров'я. Система зворотної оцінки показників, що лежать в основі визначення стану РЗ, дозволяє підійти до встановлення закономірностей тих явищ чи процесів, що займають визначну роль у формуванні стану РЗ.

Обґрунтування методики розрахунків та оцін-

ки репродуктивного здоров'я включає декілька етапів.

Перший етап включає визначення медичних і соціально-демографічних показників, що характеризують процеси, які впливають на рівень репродуктивного здоров'я. Перелік цих показників і їхня значимість у запропонованій системі визначали методом експертних оцінок. У експертизі взяли участь 65 експертів із числа співробітників кафедр акушерства і гінекології, гігієни і фахівців із числа організаторів охорони здоров'я.

Як видно з матеріалів таблиць 1 і 1а, думка експертів і у відношенні інформативності показників і їхньої значимості у формуванні рівня репродуктивного здоров'я населення має значні розбіжності. У номенклатурі показників нами використані тільки ті, які набрали не менше 20 % позитивних оцінок експертів (сума 4 і 5 балів).

Наступний етап включає визначення відносної значимості кожного з запропонованих показників. Приведений (ваговий) коефіцієнт значимості ( $Y_{ij}$ ) для кожного показника ( $P_j$ ) розраховували за матеріалами експертної оцінки. Критеріальна шкала вагових коефіцієнтів ( $Y_{ij}$ ) приймалася в межах 0-1. Максимальні розміри коефіцієнтів значимості ( $Y_{max}$ ) відповідали максимальним рівням позитивних (4-5 балів у %) оцінок. І навпаки. У випадках, коли 100 % експертів відзначали високу значимість показника у визначенні репродуктивного здоров'я, приведений коефіцієнт ( $Y$ ) наближається до 1.0. Якщо ж відсоток позитивних оцінок стосовно показника коливається в межах 41-60 % то коефіцієнт значимості знаходиться в межах 0,41-0,6 (табл. 2).

Таблиця 2. Критеріальна шкала визначення значимості показників РЗ

Показники	Оцінна шкала				
Відсоток позитивних оцінок експертів, %	<20	21-40	41-60	61-80	>90
Приведений коеф. значимості ( $Y_{ij}$ )	0,05-0,19	0,2-0,4	0,41-0,60	0,61-0,8	0,81-0,99

Ранжирування показників ( $P_i$ ), які характеризують медичні і соціально-демографічні процеси (явища), і розраховані для них відповідні коефіцієнти їх значимості ( $Y$ ) подані в таблицях 3 і 3а.

Третій етап передбачав побудову критеріальної шкали оцінки інтегральних індексів медичних і соціально-демографічних показників. Для спрощення розрахунків нами прийнята трибальна шкала оцінки показників. Двом балам відповідали середньореспубліканські (європейські) значення показників народжуваності, фертильності, рівень контрацепції і ін. Відповідно, максимальному балу (3) відповідають прогнозовані (планові показники) і 1 балу - значення середньореспублікансь-

ких чи європейських показників.

За запропонованою формулою розраховали мінімальні і максимальні значення МІРЗ і СДІРЗ. З урахуванням можливих коливань середньоважених показників (середньоквадратичного відхилення) діапазон значень, в яких знаходилися МІРЗ і СДІРЗ, склав 0,2- 2,0.

Побудована на підставі проведених нами досліджень критеріальна шкала наведена в табл. 4. Значення індексів більш 1,5 відповідають доброму рівню РЗ, а менше 1,0 - незадовільному. В межах 0,9-1,4 індекс стану РЗ нами оцінювався як задовільний.

Якщо ці показники репродуктивного здоро-



в'я покласти на осі координат, одержимо три зони репродуктивного здоров'я: незадовільне, задовільне і добре (рис. 1).

При розширенні досліджень з залученням інших фахівців у рамках України, або залученням до цих досліджень експертів інших країн, критеріальна шкала стану РЗ може мати інший вигляд. Але ці зміни не можуть суттєво вплинути на кінцеві результати при комплексній оцінці РЗ.

Запропонований алгоритм комплексної оцінки репродуктивного здоров'я тільки на перший погляд здається громіздким і складним. Головною проблемою цієї методики є розробка уніфікованих методів визначення показників. Особливо це стосується таких, як екологічна безпека, рівень витрат на ПМСД, санітарні умови праці та інші. Простота в розрахунках робить цей метод не тільки доступним при виконанні досліджень, але і в практичній роботі. І значно спрощується робота за цією методикою при перекладі алгоритму розрахунків на комп'ютерну програму.

Як видно з наведеного прикладу, розрахунок реального стану РЗ в одному із районів Одеської області фактично обмежується оцінкою показників і побудовою вектора по відповідній шкалі РЗ (рис. 1).

Алгоритм включає оцінку показників ( $P_i$ ) у балах (графи 3 для МІРЗ і 7 для СДІРЗ). Склавши отриманий результат помножених чисел ( $P_i Y_i$ ) та поділивши його на кількість показників (в нашому випадку це  $n=13$ ), ми отримуємо значення інтегральних індексів. У нашому випадку МІРЗ і СДІРЗ відповідають середнім значенням, наве-

деним в останньому рядку таблиці 5 (0,86 і 0,58 відповідно). Отримані результати відкладаємо на відповідних осях ординат (рис. 1). Реальна ситуація характеризується незадовільним станом РЗ.

У такий спосіб отримані результати проведених досліджень дозволяють зробити висновки про можливість розробки уніфікованих підходів до інтегральної оцінки показників репродуктивного здоров'я. Запропонована методика дозволяє перейти на кількісну оцінку показників, які характеризують вплив різноманітних за своєю природою чинників на стан репродуктивного здоров'я населення. Метод інтегрування дії, переважно медичних і соціальних заходів, дозволяє не тільки визначити їхню роль у формуванні РЗ, але ранжирувати за значимістю кожний із запропонованих показників. Виявлення проблемних питань у формуванні РЗ дозволяє організувати динамічне спостереження за факторами, що його визначають, виявити основні причини, які впливають на його стан, і перейти від методів, побудованих на ретроспективній оцінці матеріалів, до прогнозування репродуктивного потенціалу населення.

Позитивним даної методики є можливість уніфікації системи збору і аналізу матеріалів, що характеризують стан репродуктивного здоров'я. Для цього необхідні додаткові дослідження з оцінки значимості деяких соціально-екологічних показників, методів їхнього визначення і джерел одержання вихідної інформації.

### Список літератури

1. Андреева Е.М. Демографический анализ // Демография: современное состояние и перспективы развития. - М.: Мир семьи, 1998. - С. 153-167.
2. Антонов А.И. Социологические методы // Демография: современное состояние и перспективы развития. - М.: Мир семьи, 1998. - С. 223-231.
3. Бедный М.С. Задачи органов здравоохранения по осуществлению эффективной демографической политики // Медицина и демография. - Москва-Новокузнецк, 1984. - С. 14-15.
4. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходько О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. - Тернопіль-Київ: Лілея, 1997. -328 с.
5. Демографическая політика в современном мире / Под ред. А.Г. Вишневого. - Москва: Наука, 1989. - 180 с.
6. Здоров'я та відтворення народу України / Під ред. Л.К. Пирого. - Київ: Здоров'я, 1991. - 159 с.
7. Лисицин Ю.П. Концепция факторов риска и образ жизни // Здравоохранение Российской Федерации. - 1998. - № 3. - С. 49-52.
8. Національна програма "Репродуктивне здоров'я": Указ Президента № 203/2001 від 26.03.2001р. - Київ, 2001. - 12 с.
9. Обучение медицинской статистике / Под ред. С.К. Лванга и Чжо-Ек Тыэ.- Женева: ВОЗ, 1989. - 216 с.
10. Про створення менеджментної інформаційної системи для моніторингу основних показників репродуктивного здоров'я: Наказ МОЗ України № 64 від 13.03.1999 р. - Київ, 1999. - 14с.
11. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицина. - Казань, 1999. - 697с.
12. Система знаний о народонаселении / Под ред. Д.И. Валентий. - Москва: Высшая школа, 1991. - 255 с.
13. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. - 360 с.

Таблиця 1. Результати експертної оцінки значимості медичних показників репродуктивного здоров'я

№ за/п	Показники	Кількість експертів	Результати експерт. у %		Результати експертизи в %				
			Медич.	Соціаль- ная.	1	2	1+2 %	3	4
1	Материнська смертність	65	68	32	7	1	12,3	-	25
2	Дитяча смертність	65	60	40	8	6	21,5	3	22
3	Дитяча інфекційна захворюваність	65	66	34	9	5	21,5	21	22
4	Рівень безплідності	65	59	41	6	13	29,2	14	16
5	Рівень контрацепції	65	51	49	17	12	44,6	20	9
6	Охоплення вагітних в 1-му триместрі	65	65	35	7	5	19,5	23	14
7	% УЗД обстежених	65	85	15	18	11	44,6	12	16
8	% анемії вагітних	65	72	28	13	14	41,5	12	15
9	Грудне вигодовування	65	66	34	13	13	40	15	11
10	Уроджена патологія	65	54	46	6	2	12,3	20	29
11	Ускладнені пологи	65	53	47	7	7	21,5	22	21
12	Загальні гінекологічні захворювання	65	56	44	12	17	44,6	15	11
13	Загальні урологічні захворювання	65	52	48	13	22	38,5	12	15

Таблиця 1а. Результати експертної оцінки значимості соціально-демографічних показників репродуктивного здоров'я

№ за\п	Показники	Кількість експертів	Результати експерт у %		Результати експертизи в % Менше значимі Більш значимі				
			Медич.	Соціаль-на.	1	2	1+2 %	3	4
1	Прибуток сім'ї	65	3	97	7	13	30,8	11	14
2	Число бездітних пар	65	37	63	17	20	49,2	15	12
3	Число бездітних пар до 30 років	65	35	65	24	18	64,6	6	12
4	Фертильність	65	37	63	12	18	46,1	21	11
5	Народжуваність	65	11	89	10	12	33,8	21	12
6	% народжуваності в незаміжніх жінок	65	20	80	20	24	67,7	9	7
7	Ступінь економічного ризику	65	34	66	12	5	26,1	18	16
8	Кількість жінок (чоловіків), що працюють у шкідливих умовах праці	65	42	58	9	14	35,4	12	21
9	Частота абортів	65	32	68	5	15	30,8	17	20
10	Частота абортів до 17 років	65	32	68	8	9	26,1	15	18
11	Рівень фінансування ПМСП у %	65	0	100	4	9	20	10	18
12	Рівень сіркопозитивного сифілісу (СНІД)	65	20	80	14	10	36,9	7	20

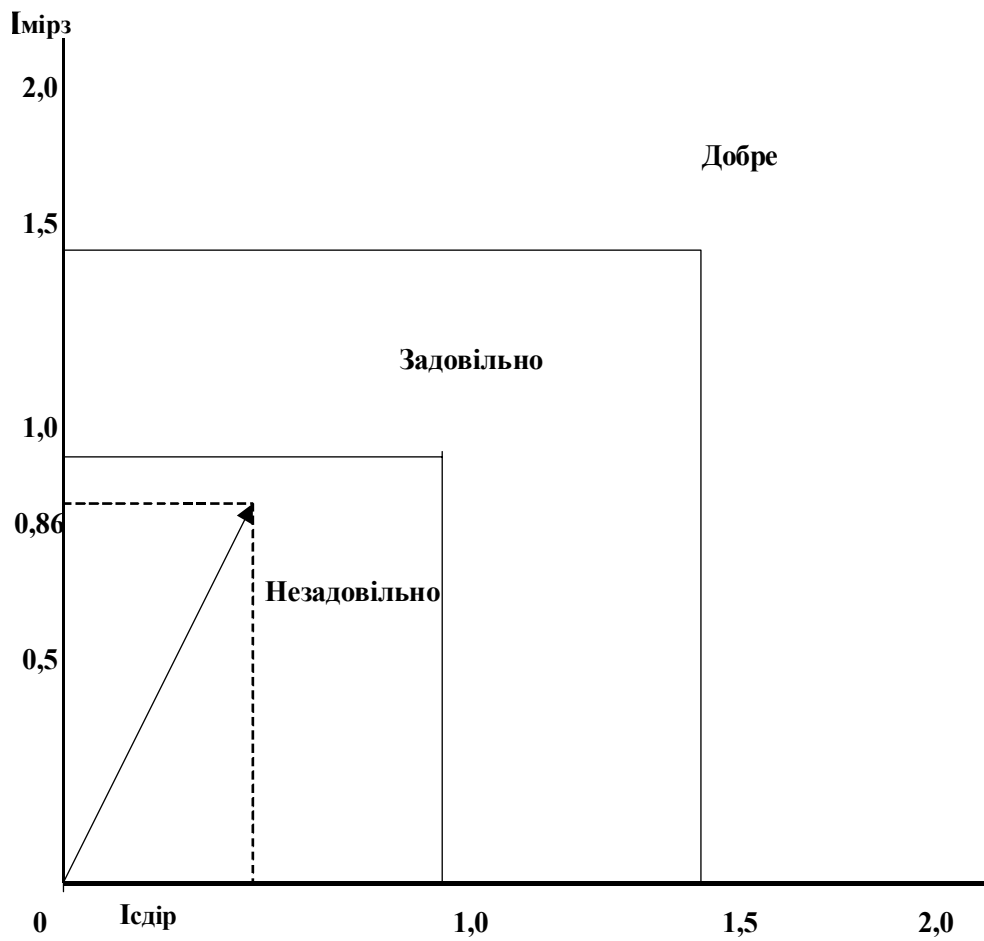


Рисунок 1. Комплексна оцінка репродуктивного здоров'я

Показники	Стан репродуктивного здоров'я (РЗ)		
	Незадовільне	Задовільне	Добре
МІРЗ	0,2-0,9	1,0-1,4	> 1,5
СДІРЗ	0,2-0,9	1,0-1,4	> 1,5

Таблиця 4. Критерії оцінки репродуктивного здоров'я

Таблиця 5. Приклад розрахунку показників репродуктивного здоров'я

Медичний індекс репродуктивного здоров'я (МІРЗ)		Соціально-демографічний індекс репродуктивного здоров'я (СІРЗ)					
Показники	Значення показника (р)	Коефіцієнт значимості (γ)	Показники МІРЗ (рγ)	Показники СІРЗ (ρ)	Коефіцієнт значимості (γ)		
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Материнська смертність	3	0,9	2,7	Прибуток сім'ї	1	0,65
2	Дитяча смертність	3	0,65	1,95	Число бездітних пар	1	0,2
3	Дитяча інфекційна захворюваність	2	0,35	0,7	Число бездітних пар до 30 років	2	0,2
4	Рівень безплідності	1	0,4	0,4	Фертильність	3	0,2
5	Рівень контрацепції	1	0,2	0,2	Народжуваність	1	0,25
6	Охоплення вагітних (1 триместр)	2	0,4	0,8	% народжуваності в незаміжних жінок	2	0,15
7	% УЗД обстежених	2	0,25	0,5	Ступінь екологічного ризику	1	0,4
8	% анемії вагітних беременних	2	0,3	0,6	Кількість чоловіків, що працюють у шкідливих умовах праці	2	0,4
9	Грудне вигодовування	2	0,25	0,5	Кількість жінок, що працюють у шкідливих умовах праці	2	0,4
10	Уроджена патологія	2	0,6	1,2	Частота абортів	2	0,35
11	Ускладнені роди	2	0,5	1,0	Частота абортів до 17 років	1	0,5
12	Загальні гінекологічні захворювання	2	0,25	0,5	Рівень фінансування ПМСД у %	2	0,5
13	Загальні урологічні захворювання	1	0,2	0,2	Рівень сіркопозитивного сифілісу (СНІД)	2	0,5
	Середня арифметична зважена			0,86	Середня арифметична зважена		

Таблиця 3. Визначення інтегральних індексів репродуктивного здоров'я за медичними показниками

Показники	Кількість позитивних оцінок 4+5%	Рейтинг показників	Ваговий коефіцієнт $\gamma$	Значення показників		МІРЗ – медичний індекс здоров'я
				Min (ріху)	Max (ріху)	
1	88	1	0,9	0,9	2,7	$MIP3_{min} = (M) 0,41 \pm (\delta) 0,16 \text{ \AA}$ $MIP3_{max} = (M) 1,46 \pm (\delta) 0,48$ $Lim MIP3 = 0,2 \div 2,0$
2	74	2	0,65	0,65	1,95	
3	46	6,5	0,35	0,35	1,05	
4	49	5	0,4	0,4	1,20	
5	25	13	0,2	0,2	0,6	
6	46	6,5	0,4	0,4	1,20	
7	37	9,5	0,25	0,25	0,75	
8	40	8	0,3	0,3	0,90	
9	37	9,5	0,25	0,25	0,75	
10	57	3	0,6	0,6	1,8	
11	52	4	0,5	0,5	1,5	
12	32	11	0,25	0,25	0,75	
13	28	12	0,2	0,2	0,60	
Середня арифметична зважена				0,41	1,46	
Середньоквадратичне відхилення				0,16	0,48	

Таблиця 3а. Соціально-демографічні показники репродуктивного здоров'я

Показники	Кількість позитивних оцінок 4+5 %	Рейтинг показників	Ваговий коефіцієнт $\gamma$	Значення показників		СДРЗ демографічний репродуктивніс
				Min (рі x γ)	Max (рі x γ)	
1 Прибуток сім'ї	68	1	0,65	0,65	1,95	СДРЗ <sub>min</sub> = (M) СДРЗ <sub>max</sub> = (M)I Lim СДРЗ = 0
2 Число бездітних пар	28	9	0,2	0,2	0,6	
3 Число бездітних пар до 30 років	26	10	0,2	0,2	0,6	
4 Фертильність	22	11	0,2	0,2	0,6	
5 Народжуваність	34	8	0,25	0,25	0,75	
6 % народжуваності в незаміжніх жінок	20	12	0,15	0,15	0,45	
7 Ступінь екологічного ризику	46	5,5	0,4	0,4	1,2	
8 Кількість чоловіків, що працюють у шкідливих умовах праці	46	5,5	0,4	0,4	1,2	
9 Кількість жінок, що працюють у шкідливих умовах праці	46	5,5	0,4	0,4	1,2	
10 Частота абортів	43	7,0	0,35	0,35	1,05	
11 Частота абортів до 17 років	50	4	0,5	0,5	1,5	
12 Рівень фінансування ПМСД у %	52	2,5	0,5	0,5	1,5	
13 Рівень сркопозитивного сифілісу (СНІД)	52	2,5	0,5	0,5	1,5	
Середня арифметична зважена				0,35	1,18	
Середньоквадратичне відхилення				0,13	0,38	

**К МЕТОДИКЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

В.А. Колоденко, Л.Г. Засыпка, В.В. Беспоясная (Одесса)

Приведено обоснование методики комплексной оценки репродуктивного здоровья. Предпринята попытка создать алгоритм определения вклада каждого явления (фактора) в формирование показателей репродуктивного потенциала. С помощью метода экспертных оценок определена значимость социального и медицинского компонентов репродуктивного здоровья. Предложена технология расчета интегрального показателя репродуктивного здоровья, позволяющая унифицировать подходы и методы исследования репродуктивного здоровья.

**ABOUT METHODIC OF REPRODUCTIVE HEALTH COMPLEX ASSESSMENT**

V.A. Kolodenco, L.G. Zasyпка, V.V. Bespoyasnaya (Odessa)

It's provided the ground of methodic of reproductive health assessment. They attempted to develop the algorithm of determination of each issue (factor) in forming of reproductive potential indices. Using method of expert assesses they defined the significance of social and medical components of reproductive health. They proposed the calculation technology to unify the approaches and research methods for reproductive health.

УДК

*О.М.ГОЛЯЧЕНКО, І.Є.ФЕДЧИШИН, У.М. ЦІДИЛКО* (м. Тернопіль)**ТЕРИТОРІАЛЬНИЙ АСПЕКТ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ**

Тернопільська державна медична академія

Під час профілактичного огляду великого контингенту людей (близько 10 тис. осіб) нами був виявлений такий факт: в селі Б. у 45 % жінок було зареєстровано захворювання на трихомонадний кольпіт, а в сусідньому селі П. — лише у 5 % жінок. На перший погляд, така різниця здавалась малоюмовірною, але після уточнення сумнівів не залишилось. Адже огляди проводили одні й ті ж фахівці, а їхні результати фіксувались одними й тими ж працівниками у відповідній карті. Збудник хвороби передається статевим шляхом, тому причини відмінностей слід, очевидно, було шукати в особливостях статевого життя мешканців цих сіл.

Коли мова зайшла про сексуальний фактор, то можна згадати і про різкі відмінності захворюваності на СНІД в різних країнах, що сягають сотень разів, або захворюваності на рак шийки матки. За даними літератури, скажімо, рак шийки матки у жінок 20-39 років у Гренландії зустр-

ічається в 6 разів частіше, ніж в Данії. Виявляється, що в Гренландії до 14 років в статеві стосунки вступає 13 % жінок, в Данії — лише 3,5 %; регулярне статеве життя до 16-річного віку в Гренландії ведуть 85 % жінок, в Данії — 45 %; одного сексуального партнера в Гренландії мають 1,7 %, а в Данії — 20,4 % жінок, а 40 і більше партнерів — відповідно 22,4 % гренландок і 0,3 % датчанок.

Територіальні відмінності здоров'я людей вже давно зацікавили епідеміологів та соціальних медиків. Найбільше даних зібрано стосовно захворювань, що мають виражений соціальний характер або спричиняють найбільший вплив на громадське здоров'я.

Ще в 1934 р. видатний український соціальний медик, демограф і статистик А. Мерков відмітив територіальні особливості захворюваності і смертності від злоякісних новоутворень. З тих пір дослідники періодично підтверджують



цей факт. Так, за останнє десятиріччя первинна захворюваність усіма локалізаціями раку в Одеській області була в 1,8 раза вищою, ніж в Закарпатській, а смертність від раку у тій же Закарпатській області — в 1,9 раза нижчою, ніж в Дніпропетровській. В Закарпатській області на рак захворює менше людей, ніж в Дніпропетровській, Донецькій,

Запорізькій вмирає (йдеться про інтенсивний показник на певне число мешканців).

В Автономній Республіці Крим захворюваність на інфаркт міокарда в 2,2 раза вища, ніж у Житомирській області, а судинними ураженнями мозку в Сумській області — у 5,4 раза вища, ніж в Тернопільській. Від травм в 2,1 раза частіше вмирають мешканці Харківщини, ніж Івано-Франківщини, а від гострого отруєння алкоголем мешканці Чернігівщини вмирають у 7 разів частіше, ніж на Львівщині.

Якщо вивчити територіальну розповсюдженість не окремих хвороб, а захворюваності і смертності загалом, то на терені України можна виокремити три чітко окреслені регіони: західний, центральний і південно-східний. Здоров'я мешканців України має найліпший вигляд у західному регіоні, найгірший — в південно-східному, а центральний регіон займає ніби проміжне становище.

На жаль, ні епідеміологія, ні соціальна медицина не можуть дати чіткої відповіді, якою мірою ці відмінності зумовлюються соціальними, економічними, статеві-віковими чинниками, а також рівнем доступності та якості медичної допомоги. Однак, очевидно, що коли йдеться про величезні регіони, то роль вікового чинника значною мірою нівелюється. Це стосується і такого чинника, як доступність медичної допомоги. На обмежених територіях, типу лікарських дільниць, наявність або відсутність лікаря може, звісно, суттєво позначитись на виявленні тих чи інших захворювань або патології загалом, коли ж йдеться про великі регіони типу області, то тут вплив цього чинника незначний. Адже в Україні тепер не знайдеш області, де б забезпеченість лікарями була нижчою за 40 фахівців на кожні 10 тисяч мешканців.

Коли були висунуті «теорії» про злиття націй в колишньому Радянському Союзі та про формування якоїсь єдиної спільноти радянських людей, між якими стирались усілякі протиріччя, то ідеологи радянської медицини не могли стояти осторонь цієї стовпової суспільної думки і висунули «теорію» про соціальну однорідність здоров'я людей. Фактичні дані, що не підтверджували цієї «теорії», замовчувались, робити наголос на територіальних відмінностях здоров'я було недоречно і, певною мірою, небезпечно. Це мало

глибокий негативний вплив на розвиток системи охорони здоров'я. Скрізь діяли єдині нормативи забезпеченості матеріально-кадровими ресурсами, єдиний підхід у тактиці і стратегії лікувально-профілактичних заходів.

Останні соціально-медичні дослідження виявили цікаву закономірність стосовно регіонального аспекту здоров'я людей. Вона полягає в тому, що чим меншою за обсягом є територія, тим своєріднішим є здоров'я її мешканців, а отже зростають відмінності між показниками здоров'я територій. Так, якщо порівняти між собою області України, то співвідношення крайніх показників загальної смертності становить 1,53 одиниці, на рівні районів це співвідношення зростає до 1,67 одиниці, а на рівні лікарських дільниць — до 2,38 одиниць. Ще виразнішим є співвідношення стосовно окремих хвороб. Скажімо, стосовно захворюваності на ішемічну хворобу серця співвідношення відповідно такі: область — 2,54, район — 3,80, дільниця — 4,02. Це може бути зумовлено лише одним: чим менший регіон за своєю площею і чисельністю людності, тим конкретнішим є сполучення чинників здоров'я. До цього додається і конкретна вираженість стану доквілля. Оця неповторність і своєрідність кожного такого сполучення і визначає рівень здоров'я людності, що проживає в тому чи іншому регіоні.

Серед чинників здоров'я визначальними є соціальні. Ця істина вже не потребує доказів. Однак знань про вплив конкретних соціальних чинників на здоров'я конкретних груп людей на конкретних територіях у нас вкрай обмаль. Наведемо деякі дані спеціального вивчення соціальної зумовленості здоров'я, що були проведені нами в Тернопільській області. Загалом ми виявили 20 % людей, що складають т.з. групу здорових (тобто тих, що не звертаються самі за медичною допомогою і не мають захворювань, які виявляються під час профілактичних оглядів). За вищеозначеною пересічною величиною ховаються великі розбіжності серед різних професійних та соціальних прошарків людей. Так, серед рільників частка здорових склала 15,8 %, а серед кваліфікованих робітників — 41,7, серед осіб з початковою освітою — 16,7, а середньою — 27,2, серед бідних — 14,7, а серед багатих — 37,1, серед тих, хто харчується 1-2 рази на день — 10,8, а серед тих, хто 3 рази — 25,7, серед повних сімей — 20,7, а серед неповних — 10,1.

Побувайте на медичних радах і колегіях, де підводяться підсумки роботи за певний період. На них начальники, як правило, сварять тих підлеглих, які допустили за цей період зростання захворюваності і смертності. Підлегли каяться у скоєних гріхах і зобов'язуються виправити станови-

ще. Але як це вони думають зробити невідомо, бо ні начальники, ні підлеглі не володіють інформацією стосовно динаміки тої захворюваності і смертності серед конкретних вікових, професійних і соціальних прошарків людності. Вони оперують загальними показниками, які не дають можливостей розібратись у причинах зростання хвороб і направити оздоровчі зусилля не на всю людність, а на ті конкретні прошарки, де й відбувся негативний вплив певних чинників нездоров'я.

На жаль, офіційна медична статистика не дає провідникам такої інформації. У нас досі щорічно реєструються усі випадки звертальності за медичною допомогою. Це — десятки мільйонів випадків. Навіть з допомогою ЕОМ зробити глибокий аналіз причин захворюваності і смертності неможливо. Вихід — у застосуванні вибіркового методу збору статистичних даних стосовно здоров'я і нездоров'я людей. Можна, приміром, у десять раз зменшити обсяг реєстрованих захворювань, зате відповідно поглибити їхній аналіз. Але щоб це здійснити на практиці, провідники усіх рівнів мають добре знати медичну статистику.

Медичної статистики більшість наших провідників не знає.

Запитайте провідника будь-якого рангу, починаючи від головного лікаря сільської лікарської дільниці до міністра охорони здоров'я: хто він є за фахом? У відповідь почуєте: хірург, акушер-гінеколог, терапевт.

І ніколи — медичний статистик (дехто послуговується терміном «статист»). Між тим провідникові перш за все потрібні знання з медичної ста-

стистики, а не хірургії чи терапії. І оскільки провідник медичної статистики не знає, то він і не дає відповідного замовлення медико-статистичній службі на ту інформацію, яка б йому відкрила очі на причини здоров'я чи нездоров'я людей. Створилось зачароване коло, яке слід обов'язково розірвати.

Проблема регіонального визначення здоров'я людей потребує глибокого наукового вивчення. Звісно, наявність відповідної медико-статистичної бази була б добрим підґрунтям для такого вивчення. В Україні лише одного разу (в 1989 р.) відбулася науково-практична конференція, присвячена цій проблемі. Очевидно, слід було б в Українській Академії медичних наук створити відповідну наукову комісію, а також заохотити ці дослідження через той конкурсний відбір тем і відповідне фінансування, які хоч і помалу, та все ж пробивають собі дорогу на практиці. Ґрунтуючись на глибоких регіональних дослідженнях здоров'я, можна було б розробити і реалізувати цільові комплексні програми, спрямовані на поліпшення здоров'я людності України. Ці програми вигідно відрізнялись би відповідним науковим забезпеченням від тої моди на програми, яка пройшла у нас у 80-ті роки, а тепер знову повертається, коли ці програми за єдиним шаблоном були роздруковані і прийняті в різних регіонах.

На основі регіональних закономірностей здоров'я і нездоров'я людей можна було б диференціювати матеріально-кадрові ресурси охорони здоров'я, забезпечити їхнє більш раціональне і ефективне використання.

### **ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ**

А.М.Голяченко, Н.Є.Федчишин, У.М. Цидылко (м. Тернопіль)

Подчеркивается важность регионального подхода в изучении здоровья людей и организации медицинской помощи.

### **TERRITORIAL ASPECT OF PEOPLE'S HEALTH**

O.M. Holyachenko, N.Y. Fedchyshyn, U.M. Tsydilko (Ternopil)

It is stressed upon the importance of the regional aspect in the studies of health of people and the organization of medical help.

Т.С. ГРУЗЕВА (Київ)

## НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОГРАМИ СТАТИСТИЧНОЇ ОБРОБКИ МАТЕРІАЛІВ ВИБІРКОВОГО КОМПЛЕКСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Український інститут громадського здоров'я

Проведення вибіркового комплексного вивчення здоров'я населення у різних регіонах України передбачає отримання багатоаспектної інформації про фізичний розвиток, функціональний стан, захворюваність, тимчасову та стійку втрату працездатності різних груп населення, медико-демографічні характеристики.

Реалізація програми збору матеріалу про стан здоров'я всіх осіб, які увійшли у вибірку сукупність в усіх лікувально-профілактичних закладах територій дослідження, дасть можливість сформувати інформаційні потоки, отримати формалізовані статистичні документи, створити автоматизовану систему обробки наукових досліджень. Структуру цієї системи становитимуть три комплекси програм, які забезпечать введення інформації та вирішення прикладних завдань.

Програма розробки матеріалу передбачає складання макетів різного типу таблиць, які заповнюються на третьому етапі статистичного дослідження. В заповненій таблиці міститься цифрове описання закономірності того чи іншого явища. Тому складання макетів таблиць є важливим розділом статистичної обробки інформації. Наступне завдання – обґрунтування ознак в макетах таблиць. Воно здійснюється з метою виділення якісно однорідних груп для встановлення тих чи інших закономірностей явища, яке вивчається.

В Українському інституті громадського здоров'я обґрунтована і розроблена програма статистичної розробки матеріалу про стан здоров'я населення, отриманого у ході вибіркового дослідження, приуроченого до перепису.

Складені макети розробних таблиць з типологічним та варіаційним групуванням ознак. Визначені методи обчислення статистичних показників, виявлення взаємозалежностей між окремими показниками.

Програма розробки матеріалу передбачає отримання характеристик здоров'я та їх поєднан-

ня у вигляді інтенсивних показників, розрахованих для різних статеві-вікових, великих етнічних, соціальних, професійних та інших груп населення у розрізі країни, окремих регіонів і територій, а також фактичних і необхідних обсягів медичної допомоги, типів медичних закладів і лікарських спеціальностей.

Усі показники про стан здоров'я можуть бути отримані у розрізі будь-якої вікової групи, але основним групуванням за віком визначені такі: 0–4, 5–9, 10–14 років, усі діти, 15–17, 17–19, 15–19, 20–24, 25–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60 років і старші, усе доросле населення, 15 років і старші, усе населення. Статистична інформація аналізуватиметься у статевому аспекті, з визначенням показників для жіночого, чоловічого населення та обох статей.

На основі аналізу всього комплексу відомостей і показників виявлятимуться особливості, залежності, і по можливості, причини, які обумовлюють наявність захворювань даної групи населення.

Аналіз матеріалів загальної захворюваності здійснюватиметься у взаємозв'язку з питаннями, які стосуються чисельності населення певної території та його складу, розвитку медичної мережі, медико-санітарного стану населеного пункту. При аналізі захворюваності дані про народжуваність, смертність та інші демографічні характеристики конкретної території будуть отримані в місцевих органах державної статистики. Програма розробки матеріалів передбачає диференціацію за видом занять населення, відповідно до списку занять, визначених програмою перепису. Захворюваність населення аналізуватиметься за даними звернень в ЛПЗ і даними медичних оглядів, з виділенням вперше виявлених хвороб, хвороб підтверджених та не підтверджених у ході медичного огляду і загального числа хвороб за даними медичного огляду. Важливою характеристикою здоров'я є визначення групи здоров'я (здорові, практично здо-

рові з рідкими гострими захворюваннями в анамнезі, хворі з хронічною патологією в компенсаторному та декомпенсованому стані).

Розрахунок показників захворюваності населення міської та сільської місцевості проводитиметься шляхом відношення генеральної сукупності усіх випадків захворювань до переписного населення.

Аналіз захворюваності за віком і статтю здійснюватиметься з оцінкою вірогідності різниці зіставних показників (розрахунок середньої помилки показника і критерію T).

Аналіз таблиць включатиме вивчення загальних показників підсумкових рядків і граф розрізу обох статей і вікових груп; оцінок і порівнянь показників у чоловіків і жінок, опис показників за класами, групами і окремими нозологічними формами. Передбачається вивчення матеріалів диференційовано для дитячого і дорослого населення, що дозволить визначити особливості поширеності захворювань серед цих вікових груп.

На рівні держави, області, району, при наявності матеріалу за двома і більше сукупностями, можливим стане порівняння матеріалів у цих населених пунктах за даними, вказаними вище. Порівняння рівнів захворюваності, відвідувань лікарів різних спеціальностей, госпіталізації на профільні лікарняні ліжка, середньої тривалості лікування, оцінки стану здоров'я та інших показників проводитиметься серед міських і сільських мешканців, міст і сіл різної величини, з різним рівнем розвитку медичної мережі.

Фізичний розвиток населення визначатиметься основними антропометричними параметрами: ростом, вагою, окружністю грудної клітки. Фактичні обсяги амбулаторно-поліклінічної допомоги враховуватимуть відвідування населенням лікарів-спеціалістів відповідно до переліку лікарських спеціальностей, місце контакту лікаря з хворим, мету цього контакту. В програму розробки включені види обстежень, заключні діагнози. За характером перебігу захворювань визначатимуться гострі хвороби, хронічні, виявлені в поточному році, хронічні, що були відомі раніше, загострення хронічного захворювання, вагітність, пологи, стан після операції. За типом захворювань виділятимуться захворювання основні, ускладнення основного захворювання та супутні. Результат лікування визначатиметься такими станами: одужання, поліпшення, погіршення, стан без змін, інвалідність, летальний кінець, інші. Фактичні обсяги стаціонарної допомоги диференціюватимуться залежно від стаціонарного відділення, тривалості перебування на лікарняному ліжку, результатів лікування.

Програмою дослідження передбачено вивчення видів лікування, які включають медикаментозні, хірургічні, фізіотерапевтичні призначення, масаж, ЛФК, рентгенорадіологічні та апаратно-інструментальні методи лікування.

Поряд з фактичними обсягами медичної допомоги експертним шляхом встановлюватимуться необхідні, а також визначатиметься потреба в медико-соціальному обслуговуванні, коригувальних засобах тощо.

Медико-демографічні характеристики окремих територій населення включатимуть показники складових відтворення (народжуваність, смертність), окремих елементів процесів народжуваності, смертності, внутрішніх структур причин смерті. Крім отримання показників за офіційними даними державної статистики, передбачається проведення вивчення вірогідності матеріалу в ряді спеціальних досліджень.

Робота з автоматизованою системою здійснюватиметься в таких напрямках: введення даних, підготовка даних для аналізу засобами системи управління базами даних і вирішення прикладних завдань.

Введення даних технологічно складається з двох етапів. Перший з них – це нормалізація даних, тобто приведення їх до вигляду двомірних файлів (таблиць), другий – власне завантаження реляційної бази даних.

Підготовка даних для статистичного аналізу включає в себе вибірку і перетворення даних, а також поєднання різних інформаційних реєстрів. Така підготовка здійснюватиметься з використанням мовних засобів систем управління базами даних з оригінальним табличним синтаксисом.

При вирішенні прикладних завдань планується застосовувати пакет прикладних програм для статистичної обробки медичної інформації (ППП «СОМІ») і генератор статистичних таблиць (ГСТ), які вимагають завантаження даних у спеціалізовану систему управління базами даних – бібліотеку ознак.

Автоматизована система наукових досліджень забезпечить вирішення таких функціональних завдань: організація і введення реєстру поособового обліку; введення і контроль даних реєстру захворюваності; введення, контроль, зберігання і обробка даних медичних оглядів і соціологічного анкетування; введення, контроль, зберігання і обробка даних про стан природного середовища; введення, контроль, зберігання і обробка даних про стан соціального середовища; первинний аналіз даних; перетворення (формалізація) даних в рамках конкретних змістових гіпотез для наступної перевірки останніх статистичними методами.

Ця система працюватиме на базі сучасних ЕОМ з операційною системою СВМ. Ефективність експлуатації вимагатиме від користувача уміння працювати в цьому середовищі і знання мови ЕОМ. Крім того, використовуватимуться власні мовні засоби пакета прикладних програм, які включатимуть мову запиту ГСТ і сервісні діалогові засоби.

Документи, які підлягатимуть статистичній обробці, складатимуться з автономних сегментів, знаходження кожного з яких може бути одночасним (на єдиному бланку) та в ізольованому вигляді з повторенням необхідних для ідентифікації об'єкта пізнавальних ознак. Перетворення даних, які містяться в автономних сегментах, може проводитися як в автономному (в межах одного сегмента), так і при поєднанні з будь-якою ознакою іншого документа.

Засоби пакета прикладних програм «Здоров'я і середовище» допускать зміню структуру і номенклатури вхідних документів.

Гнучкість пакета дозволяє за достатньо простої структури бази даних (одна таблиця) проводити статистичний аналіз без застосування

засобів системи управління базами даних.

Для розробки матеріалів захворюваності підготовлено перелік класів хвороб і поширених нозологічних форм, здійснено їх кодування відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду. Створено кодифікатори, які додаються до інструктивно-методичних матеріалів з питань проведення поглибленого комплексного вивчення здоров'я населення у зв'язку з переписом.

Виконання програми збирання, обробки та аналізу інформації, отриманої в ході дослідження стану здоров'я населення, приуроченого до перепису, дозволить виявити особливості та тенденції захворюваності населення, вивчити поширеність основних симптомів і синдромів, які є основою для висновку про діагноз, оцінити функціональний стан населення, деякі характеристики репродуктивної поведінки, отримати цілісне уявлення про здоров'я нації та визначити в результаті стандартизованих підходів до діагностики лікувально-діагностичні, профілактичні, соціальні та трудові рекомендації.

## **НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ МАТЕРИАЛОВ ВЫБОРОЧНОГО КОМПЛЕКСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Т.С. Грузева (Киев)

В статье освещены основные положения программы разработки и анализа статистических материалов о состоянии здоровья населения, полученных в процессе выборочного комплексного исследования, приуроченного к переписи.

## **SCIENTIFIC SUBSTANTIATION THE PROGRAM FOR STATISTICAL PROCESSING OF MATERIALS FOR RANDOMIZED COMPLEX STUDY OF POPULATION HEALTH**

T.S. Hruzeva (Kyev)

Main aspects of the program on the development and analysis of statistical data about the state of the population's health received in the process of randomized complex studies timed for the census are laid down.

УДК 616.33/.34-089(083.74).001.73

А.Б. ЗІМЕНКОВСЬКИЙ, Б.О. МАТВІЙЧУК

## РОЗРОБЛЕННЯ ПРОТОКОЛУ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ШЛУНКОВО-КИШКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ – КОНЦЕПТУАЛЬНА ОСНОВА РЕФОРМУВАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ

Львівський державний медичний університет

Погіршення соціально-економічної ситуації в Україні негативно позначається на динаміці показників здоров'я населення, ускладнює процеси розвитку медичної галузі, що характеризується недостатньою ефективністю надання медичної допомоги, зменшенням її доступності та якості і незадоволеністю нею населення [12].

Постійне збільшення витрат на охорону здоров'я у зв'язку з появою нових, часто недешевих технологій, збільшення питомої ваги осіб похилого і старечого віку серед населення, кризисний стан вітчизняної медицини спонукають організаторів охорони здоров'я шукати нові шляхи оптимізації як економічних аспектів медичної допомоги, так і медицини в цілому [14].

Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я характеризується періодом адаптації до діяльності в ринкових умовах, багатокладністю форм власності в галузі. Тому існуючі дотепер принципи і види контролю якості, механізми його забезпечення не відповідають потребам сьогодення і не можуть задовольнити не тільки споживачів, а й надавачів медичної допомоги. Виникла нагальна необхідність розробити нові форми гарантування якості медичної допомоги на основі сертифікації (акредитації й ліцензування) та стандартизації медичної допомоги, що відповідають сучасному стану розвитку галузі [12].

Незважаючи на тенденцію до зменшення кількості ургентних хірургічних хворих, протягом останніх років в Україні зросла кількість пацієнтів із ускладненнями пептичної виразки і шлунково-кишковими кровотечами (ШКК), зокрема [7], привертає увагу високий рівень летальності серед неоперованих хворих з цією патологією, що пов'язано зі збільшенням серед цих пацієнтів кількості осіб старшого віку та пізньою госпіталізацією [4, 11]. Отже, після 24 год від появи кровотечі в цілому по Україні госпіталізуються 48-63 % хворих, що, в свою чергу, зумовлює високу післяопераційну летальність (9,4-15,8 %

[5]. При цьому, за даними літератури, майже кожен п'ятий опитаний хірург (19 %) не надає належної уваги відповідності своїх дій існуючим інструкціям, рекомендаціям, наказам [10]. Саме ця невідповідність, що перебуває у причинному зв'язку з несприятливими наслідками лікування, стає підґрунтям для лікарських помилок і в кінцевому результаті для притягнення лікаря до відповідальності.

Часто хворі з ШКК через тяжкість патології та реальну загрозу життю створюють ситуацію екстремального психоемоційного навантаження для лікаря. На важливість урахування цього чинника наголошують дослідження про те, що значний стрес в екстремальних ситуаціях, які висувають особливі вимоги до швидкодії, збільшує ймовірність виникнення помилки у лікаря в 2-5 разів, а в поєднанні з недостатнім досвідом – до 10 разів [6]. У стресовому стані лікар, навіть маючи можливість передбачити несприятливий результат своєї дії чи бездії, не завжди може запобігти йому через невідповідність своїх психофізіологічних якостей вимогам екстремальних умов чи нервово-психічних перевантажень [10]. Наявність стандарту лікування з приводу ШКК значно спрощує дії лікаря, зменшує психоемоційне навантаження під час прийняття рішення, частково знімає з нього відповідальність у разі дотримання стандарту. Особливого значення набуває опрацювання і впровадження в практику стандартів в умовах страхової медицини.

Проте нерідко ще зустрічається недостатнє використання сучасних ефективних методів лікування у випадку ШКК, що в першу чергу пов'язано з економічною депресією в державі і медицині, зокрема. У багатьох країнах світу лікувальна тактика при тій чи іншій нозології викладена в окремих нормативних документах – протоколах ведення хворих. Медико-соціальне значення розроблення таких протоколів у разі ШКК визначається необхідністю вдосконалення та опти-

мізації надання допомоги цьому контингенту пацієнтів і обґрунтоване наявністю спеціалізованих центрів лікування ШКК (ЦШКК), робота яких мала б проводитися за єдиним стандартом.

Стандарти ґрунтуються на прийнятій клінічній класифікації та чітких визначеннях, не входять у протиріччя з установленими положеннями, регламентованими МОЗ України, не допускають суперечливих тлумачень викладених тверджень [9]. Натомість, стани, які об'єднуються шифром К 25.0 за МКХ-10 у рубриці "Гострі шлунково-кишкові кровотечі", можуть бути ускладненням більш як 100 різноманітних захворювань і синдромів. Стандартизація діагностики і лікування хворих на всі форми ШКК поки що неможлива. Тому за об'єкт стандартизації слід спочатку вибрати найпоширеніші форми – ШКК виразкового генезу (кровотечі з гострих і хронічних гастродуоденальних виразок), гастроєзофагеальні кровотечі за синдрому портальної гіпертензії, а також стани і синдроми, які виявляються під час диференціальної діагностики вказаних форм (геморагічний ерозивний гастрит, синдром Мелорі-Вейса) [1]. Саме для цих захворювань в рамках стандарту лікування у випадку ШКК пропонується насамперед опрацювання одного з різновидів стандартизації медичних технологій – протоколів ведення хворих.

Мета розроблення протоколу – підвищення якості надання медичної допомоги хворим з ШКК, зменшення летальності та частоти рецидивів кровотеч, уніфікація діагностично-лікувальної тактики з віднесенням до терапевтичного стандарту і догоспітального етапу. Цілеспрямоване системне викладення сучасних підходів до діагностики та лікування з приводу ШКК стосовно типових клінічних ситуацій з урахуванням ступеня стабільності гемостазу, локалізації джерела кровотечі, характеру виразкування та інших параметрів безперечно сприятиме оптимізації лікування хворих на цю патологію. Застосування протоколу на догоспітальному етапі, у спеціалізованих центрах ШКК чи під час перебування пацієнта в інших медичних закладах дозволить ґрунтовніше й ефективніше проводити як первинне обстеження пацієнтів і надання первинної допомоги, так і на всіх етапах лікування. Світова медична практика свідчить, що найбільшого ефекту під час надання медичної допомоги на догоспітальному етапі можна досягти, застосовуючи відповідні алгоритми, згруповані в уніфіковані технологічні протоколи [8]. Протокол створить умови для вчасного проведення корекції в курації та якісного ведення посттерапевтичного моніторингу. Використання елементів клінічного та економічного аналізу у підготовці до ведення протоколу дасть змогу розробити раціональну стратегію й

тактику лікування на основі сучасних підходів та оптимальних альтернативних методів лікування. Адекватне виконання сучасних технологічних вимог, викладених у протоколі, сприятиме поліпшенню якості надання медичної допомоги цьому контингенту пацієнтів у спеціалізованих центрах ШКК та їхнього життя після виписки.

Надання якісної та безпечної медичної допомоги населенню – головна мета будь-якого медичного закладу. Без сумніву, медична допомога повинна бути безпечною в контексті врахування індивідуальної переносимості хворими лікарських засобів, їх сумісності, диференційованого адекватного дозування. Відомо, що якість завжди визначається певними критеріями. Загальна оцінка якості медичної допомоги охоплює якість структури, процесу і результату. Взаємозалежними частинами цього є ліцензування та акредитація медичних закладів, атестація медичних працівників, визначальним критерієм чого повинні стати розроблені та впроваджені науково обґрунтовані стандарти і протоколи діагностики й лікування [2].

Тепер широко впроваджується комплексна оцінка адекватності надання медичної допомоги пацієнту за сукупністю критеріїв. Саме ці критерії об'єднуються в поняття стандартів лікування і застосовуються в різних галузях медицини. Важливо, що відповідність дій лікаря цим стандартам частково звільняє його від відповідальності у випадку несприятливого наслідку лікування [17-20, 22-24].

Організаційно-методичним і правовим підґрунтям для створення та вдосконалення стандартів лікування хворих з ШКК є тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України, розроблені МОЗ України та Українським інститутом громадського здоров'я [14, 16] на виконання доручення Президента України від 4 березня 1998 р. (№ 1-14/147) з метою уніфікації вимог до обсягів і якості медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах України (затверджені наказом МОЗ України № 226 від 27.07.98).

Очевидно, на початкових етапах стандартизації процесу лікування в разі ШКК слід чітко розрізняти елементи специфічної, поки що нової для нас термінології, а саме різницю між протоколом і стандартом лікування, визначення терміна "клінічна ситуація". Стандарт – це нормативний документ, розроблений на основі консенсусу і затверджений відповідним авторитетним органом (наприклад, МОЗ України). В цьому документі для загального і багаторазового використання встановлюються правила, загальні

принципи або характеристики, що стосуються різних видів діяльності чи їхніх результатів. Стандарт направлений на досягнення оптимального ступеня впорядкування у певній галузі.

Протокол – нормативний документ системи стандартизації в охороні здоров'я, що визначає вимоги до надання медичної допомоги хворому в разі конкретного захворювання з певним синдромом чи в окремій клінічній ситуації [15]. Деякі автори [1, 9] дають визначення хірургічного стандарту як короткого формуляра лікувальної тактики при конкретних нозологічних формах хірургічних захворювань, який містить настанови, обов'язкові для виконання, а також перелік положень, виконання яких доцільне або, навпаки, неприпустиме по відношенню до регіональних особливостей організації медичної допомоги. Okремо слід зазначити, що в термінології стандартизації з фармації, зокрема фармакоекономічних понять, існує визначення формулярів – списків лікарських засобів, відібраних експертною радою лікувального закладу (Формулярно-терапевтичним комітетом) з урахуванням даних доказової медицини, які обмежують перелік цих засобів для закупівлі й використання [14]. Таким чином, фармацевтичний формуляр не є тотожним із протоколом лікування, хоча й перекликається з ним і створюється в тісному зв'язку із стандартами лікування.

На відміну від протоколу стандарт – ширше і загальніше поняття, наприклад, стандарт лікування хворих з ШКК і протокол ведення хворих з ШКК виразкового генезу. Всі випадки, що не ввійшли чи не вкладаються в рамки означеного стандарту, визначаються як "клінічні ситуації", тобто фактично є відхиленнями від стандарту. Клінічна ситуація – це випадок, який потребує регламентації медичної допомоги незалежно від захворювання чи синдрому [15]. Очевидно, в окремих випадках однакові чи подібні клінічні ситуації теж могли б підлягати стандартизації, втрачаючи при цьому сенс свого термінологічного визначення.

Гнучкий стандарт лікування, що постійно еволюціонує, дає змогу підтримувати достатній рівень знань лікарів і персоналу з питань тактики лікування, діагностичних ситуацій, вибору необхідного методу лікування. Перехід до медичної стандартизації зводить до мінімуму можливість виникнення лікарських помилок [3]. Стандарти не відображають усієї повноти змісту лікувально-діагностичної допомоги. Вони не замінюють відповідні навчальні посібники, методичні документи і не можуть бути звичайним довідником надання медичної допомоги. В усіх випадках остання має бути високопрофесійною, диференційованою за обсягом і характером ос-

новного та супроводжувального захворювань, адекватною тяжкості та стадії хвороби, раціональною та творчою за використанням реально доступних методів і лікувально-діагностичних технологій [1, 9].

Отже, стандартизація медичних технологій ні в якій мірі не може ототожнюватися з догматизацією. Принципи побудови стандартів і протоколів лікування повинні ґрунтуватися на постійній еволюції та вдосконаленні згідно з прогресом у суспільстві і в медицині, зокрема. Вони не виключають диференційованого підходу в тому чи іншому випадку, враховують індивідуальні особливості хворого. Особливо професіоналізм та інтелект лікаря можуть проявитись у випадку так званих клінічних ситуацій.

Упровадження стандартизованого підходу до ведення хворих із ШКК навряд чи буде повноцінним без відповідної стандартизації медичної документації стосовно даного контингенту пацієнтів. Розроблення і впровадження сучасних інформаційних технологій у медицині не тільки сприяють значному підвищенню якості діагностики й лікування хворих, але й дають значний економічний ефект. Інформаційні технології забезпечують перехід на якісно новий рівень роботи з медичними даними. Світовий досвід використання медичних інформаційних систем (ІС) показав їх високу ефективність у ході вирішення різних завдань, що стоять як перед практичною охороною здоров'я, так і перед науково-дослідними установами [3]. В США на створення і модернізацію медичних ІС витрачається близько 8,5 млрд доларів на рік [22]. На жаль, економічна ситуація в нашій країні не дозволяє використовувати передовий закордонний досвід, оскільки початкові вкладення засобів в ІС досить значні, а економічна віддача приходить лише згодом [3]. Та незважаючи на це, сьогодні вже стає можливим застосування адекватних для наших умов, зокрема в клініках невідкладної хірургічної гастроентерології та ЦШКК, підходів до створення і впровадження медичних ІС, розроблених з урахуванням економічної ситуації в країні та з використанням доступної сьогодні комп'ютерної техніки, інтегрованої в ІС.

Найважливішою частиною створення будь-якої достатньо потужної ІС є правильне визначення завдань, аналіз потреб і способів їх реалізації. Важливість цього етапу розроблення ІС не можна недооцінювати, оскільки відомо, що помилки початкових етапів проектування ІС обходяться в десятки разів дорожче, якщо виправляти їх на вже працюючій системі [3].

Насамперед слід усвідомити основні завдання такої системи: забезпечення легкого доступу до електронного варіанта медичних карт стаціо-



нарних хворих із протоколами ведення пацієнтів з ШКК, забезпечення зручної для лікарів і персоналу форми вводу інформації, формування банку даних медичної інформації, надання в розпорядження практичних лікарів і наукових працівників зручних засобів аналізу необхідних даних, у тому числі із статистичними, значне спрощення посттерапевтичного моніторингу пацієнтів в позастанціонарному періоді перебування хворих.

Все вищенаведене вимагає включення в потрібну нам ІС адекватної комп'ютерної програми, пов'язаної з протоколом ведення хворих і стандартом лікування. Закладена в ній медична документація повинна мати стандартний характер. Інформаційна система накопичує і зберігає відомості про хворих з ШКК в банку даних. З'являється можливість оперативного управління методологією діагностики й лікування шляхом зміни і корегування необхідних медичних стандартів в ІС, формалізується обов'язкова медична документація, стає реальною оперативна обробка наявної інформації, статистично обґрунтована оцінка якості процесу лікування та його результатів. Таким чином стає можливим використання принципів доказової медицини на практиці. Крім того, інтеграція медичних ІС такого плану в майбутньому в світові телекомунікаційні системи і мережу Internet може виявитися надзвичайно важливим аспектом їхнього використання [21]. Це має неабияке значення для взаємообміну інформацією між спеціалізованими ЦШКК, а відтак для раціоналізування й уніфікації їхньої діяльності.

Застосування ІС дозволить проводити обмін діагностично-лікувальними даними, в тому числі й відеоінформацією, в рамках телеконференцій і телеконсультацій. Такі можливості відкривають

зовсім нові перспективи розвитку медицини в XXI ст. [3].

Протоколи ведення хворих з ШКК повинні розроблятися на основі сучасного світового досвіду лікування у випадку цієї патології, вітчизняного і досвіду локального ЦШКК з максимальним наближенням до існуючих умов регіонального фінансування та економічної спроможності хворих. Усі викладені в цих документах постулати повинні ґрунтуватися на принципах доказової медицини, а відтак на реально досягнутих позитивних результатах застосування тієї чи іншої методики, виражених в цифрах і статистично доведених.

У розробленні стандартів і протоколів зазначених медичних технологій повинні брати участь спеціалісти різних профілів: працівники центрів лікування ШКК, співробітники кафедр хірургії, організатори охорони здоров'я (адміністрація лікарні, на базі якої розташований центр), спеціалісти з комп'ютерних комунікацій, клінічні фармацевти.

Підсумовуючи викладене, можна дійти висновку, що в теперішніх умовах розвитку та реформування вітчизняної невідкладної хірургічної гастроентерології склалися відповідні передумови для створення протоколу ведення хворих з ШКК. Наявність спеціалізованих центрів лікування з приводу ШКК і набутий ними досвід дозволяють вирішити цю проблему на практиці. Запроваджені протоколи ведення хворих з ШКК різного генезу стануть інструментом багатоцільового використання для вирішення комплексу клінічних завдань у разі такої патології, а також концептуальною основою реформування вітчизняної невідкладної хірургічної гастроентерології на сучасному етапі адаптації до страхової медицини.

### Список літератури

1. Борисов А.Е., Федоров А.В., Земляной В.П. и др. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости // Пробл. современной хирургии. – 2000. – С. 129-139.
2. Василюшин Р.Й. Медичні стандарти – досвід створення, недоліки і перспективи // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 82-86.
3. Довгалецкий П.Я., Гриднев В.И., Кудряшов Ю.Ю., Моржаков А.А. Медицинская информационная система для кардиологической клиники // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2000. – № 1. – С. 11-13.
4. Ліховид М.П., Харабержуш В.А., Лобас В.М та ін. Організація надання допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами в Донецькій області // Тез. доп. Першого (XVII) з'їзду хірургів України. – Львів: Світ, 1994. – С. 19.
5. Медична статистика України, 1993-1997: Стат. огляд основних показників здоров'я населення України та ресурсів охорони здоров'я за 1993-1997 роки / За ред. Р.В. Богатирьової. – К.: МОЗ України, Центр медичної статистики, 1998. – 87 с.
6. Миллер Д., Суэйн Ф. Человеческий фактор / Под ред. Г. Салвенди: Пер. с англ. – М., 1991. – Т. 1.
7. Пономаренко В.М, Саєнко В.Ф., Картиш А.П. та ін. Динаміка захворюваності населення України ургентними захворюваннями органів черевної порожнини // Тез. доп. Першого (XVII) з'їзду хірургів України. – Львів: Світ, 1994. – С. 25.

8. *Протоколи з надання екстреної допомоги у разі невідкладних станів: Посібник / Москаленко В.Ф., Роцін Г.Г., Анкін Л.М. та ін.; За ред. В.Ф. Москаленка, Г.Г. Роціна. – К.: ФармАрт, 2001. – 112 с.*
9. *Русин В.І., Ковальчук І.О., Рогач І.М. та ін. Стандарти надання невідкладної хірургічної допомоги населенню Закарпаття. – Ужгород, 2000. – 116 с.*
10. *Сергеев В.В., Захаров С.О. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок // Здоровоохранение Рос. Федерации. – 2000. – № 1. – С. 7-9.*
11. *Статистичний довідник показників стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних установ Львівської області за 1998 рік. – Львів, 1999. – 84 с.*
12. *Степаненко А.В. Система забезпечення якості медичної допомоги населенню України та наукове обґрунтування її реалізації: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – К., 2001. – 35 с.*
13. *Столяр В.Л. // Компьютерные технологии в медицине. – 1997. – №3. – С. 54–56.*
14. *Сухинин Д. Скоро грянет буря? // Ежедневник "Аптека". – 2002. – № 1 (322). – С. 10-11.*
15. *Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении (отраслевой стандарт) от 01.02.2001 // Пробл. стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 1. – С. 74.*
16. *Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України: 2 т. – К., 1999. – Т. I. – 500 с.; Т. II. – 501 с.*
17. *Barker D.K. // J. Hlth Polit. Policy Law. – 1992. – Vol. 17, № 1. – P. 143-161.*
18. *Burroughs C.E. // Wis. Med.J. – 1994. – Vol. 93, № 2. – P. 69-75.*
19. *Cohn B. // Dermatol.Clin. – 1993. – Vol. 11, № 2. – P. 299-306.*
20. *Dimond B. // Brit. J. Nurs. – 1994. – Vol. 23, № 5. – P. 235-238.*
21. *Fraser R., Khan I., Long W. // Brit. Med. J. – 1997. – Vol. 314. – P. 1600-1603.*
22. *George J.E, Espinosa J.A, Quattrone M.S // Emerg. Med. Clin. N. Amer. – 1992. – Vol. 10, № 1. – P. 179-203.*
23. *Kinney E.D. // J. Hlth Polit. Policy Law. – 1995. – Vol. 20, № 1. – P. 99-135.*
24. *McLaurin R.L. // Pediat. Neurosurg. – 1991. – Vol.17, № 4. – P. 213-217.*

### **РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ – КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ОСНОВА РЕФОРМИРОВАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ**

А.Б. Зименковский, Б.О. Матвийчук (Львов)

Приведены определения понятий стандартизации медицинских технологий – стандарта, протокола, клинической ситуации, фармацевтического формуляра. Отмечена актуальность внедрения в практическое здравоохранение, в частности в организацию оказания неотложной помощи пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями, протокола ведения больных, для которого имеются определенные предпосылки в Украине. Обосновано, что в практике работы специализированных центров лечения при желудочно-кишечных кровотечениях различного генеза внедренные протоколы должны стать концептуальной основой реформирования отечественной неотложной хирургической гастроэнтерологии.

### **THE DEVELOPMENT OF RECORDS FOR FOLLOWING UP THE PATIENTS SUFFERING FROM GASTROINTESTINAL BLEEDINGS – A CONCEPTUAL BASIS FOR THE REFORMATION OF URGENT SURGICAL GASTROENTEROLOGY**

A.B. Zimenkovsky, B.O. Matveichuk (Lviv)

The definitions for standardization of medical technologies have been presented – the standard, the protocol, the clinical situation, the pharmaceutical record. The actuality for implementing into practical public health, especially into organization of urgent aid rendering to patients suffering from gastrointestinal bleedings, of the records for following up the patients, has been marked. There are specific reasons for this in Ukraine. It has been grounded that in practical work of specialized centers for treatment of patients suffering from gastrointestinal bleedings of different genesis, the implemented protocols should become a conceptual basis for the reformation of home urgent surgical gastroenterology.

УДК

В.А. ШАМРАЙ, О.В. ШАМРАЙ (Вінниця)

## ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ

Інститут

Епідеміологічні дослідження злоякісних новоутворень за вагою вирішення цієї найскладнішої проблеми сучасної медицини стоять поруч із дослідженнями канцерогенезу та клініки.

Епідеміологічні дослідження мають об'єднати якомога більше біологічних, фізичних, хімічних та соціальних чинників, які відіграють ту чи іншу роль в поширеності злоякісних новоутворень.

Залишається нез'ясованим, якою мірою конкретні фактори поведінки людей, умов і способу їх життя, компонентів повітря, води, ґрунту, продуктів харчування тощо беруть участь в канцеризації організму.

Епідеміологічний процес знаходиться в тісному взаємозв'язку людини із середовищем її існування. Фактори агресії, що їх генерує спосіб життя людей, діють помалу, в міру кумуляції. Злоякісні новоутворення – це складне соціобіологічне явище з багатофакторною етіологією. Лише епідеміологічні дослідження, розгорнуті на різних рівнях – міжнародному, національному, регіональному, - за умови спільної координації, дозволять наблизитись до розпізнання природи раку, факторів ризику, ускладнень і відповідних заходів щодо їх подолання.

Основні епідеміологічні характеристики злоякісних новоутворень, здобуті на підставі вже проведених досліджень, такі:

- існують великі географічні розбіжності в захворюваності і поширеності злоякісних новоутворень;
- спостерігається повсюдне зростання захворюваності на рак верхніх дихальних шляхів і легенів, рак молочної залози за певної стабілізації інших локалізацій;
- форми злоякісних новоутворень у дітей і дорослих відрізняються між собою;
- частіше хворіють і вмирають чоловіки;
- різке зростання захворюваності і смертності спостерігається після 60 років;
- епідеміологічне дослідження на різних територіях допомогли розпізнати не лише специфіку рівнів, а й структури захворюваності;
- економічні втрати від онкозахворювань на-

багато переважають витрати щодо їх попередження.

Сприятливою передумовою для розгортання епідеміологічних досліджень злоякісних новоутворень є відповідна інформаційна система. Та інформаційна база, яка дотепер існує щодо онкологічних захворювань, є однією із найдосконаліших порівняно з іншими соціально небезпечними хворобами. Однак вимогам часу вона вже не відповідає.

На національному рівні збором інформації займається аналітичний інформаційно-статистичний центр при МОЗ України; на обласному – онкологічні диспансери; на рівні міст і сіл – міські і центральні районні лікарні.

Лікар, що виявив онкологічне захворювання, спрямовує відповідне повідомлення в обласний онкологічний диспансер. Там заповнюється основна облікова форма - карта диспансерного спостереження. Як зворотний зв'язок надходить інформація у той лікувальний заклад, який виявив онкозахворювання і веде подальше спостереження за долею хворого, якому проведено відповідне лікування. Мусимо визнати, що в процесі прямого і зворотного руху інформації певна її частина губиться.

Особливо вузьким місцем є збір даних стосовно померлих від злоякісних новоутворень. Основним обліковим документом для цього є лікарське свідоцтво про смерть, яке заповнює лікар, що лікував хворого або констатував його смерть. Ці дані відправляються в органи державної статистики. Як показує досвід, між статистикою захворюваності і смертності від злоякісних новоутворень існують чималі розбіжності, зумовлені тим, що цю статистику збирають різні відомства.

Наше вивчення близько 10 тисяч лікарських свідоцтв про смерть і зіставлення їх з первинними медичними документами – індивідуальною картою амбулаторного хворого і контрольною картою диспансерного спостереження - показало, що не менше 25 % хворих, померлих від злоякісних новоутворень, ховається під іншими

причинами, найпоширенішими з яких є “легенево-серцева недостатність” або “недостатність кровообігу”.

Існуюча система статистичного обліку злоякісних новоутворень має ще один суттєвий недолік: вона не містить жодних даних стосовно умов і способу життя людей. Між тим, зібрати інформацію стосовно основних із цих даних (професія, шкідливості на роботі, сім'я та її стан, освіта, матеріальний добробут, шкідливі звички, мікроекологічне оточення) не так вже й складно. Складним є збір інформації стосовно умов і способу життя всієї популяції, що дало б змогу розрахувати епідеміологічні показники захворюваності і смертності в розрізі соціальних прошарків люду. Вихід з цього становища один – запровадження вибіркового збору статистичного

матеріалу. Наші розрахунки показують, що 5% - на вибірка населення, репрезентативна за змістом, дозволяє отримати ці дані, які з часом, в міру динамічного спостереження, все ближче і ближче наближаються до генеральної сукупності. Збір додаткових даних стосовно умов і способу життя людей прив'язується до існуючої системи збору медико-статистичних даних і не являє якихось складнощів, особливо якщо врахувати теперішнє масове поширення комп'ютерної техніки.

Отримання соціально-екологічної панорами поширеності злоякісних новоутворень створює принципово нову основу для розгортання більш глибоких детальних епідеміологічних досліджень і відкриває, по суті, новий етап на шляху розвитку цих досліджень.

### Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. Тернопіль-Київ-Вінниця, 1997. – С. 328.
2. Фіщук В.В., Вардинець І.С. Епідеміологія неінфекційних хвороб. – Тернопіль, 2001. – С. 68
3. Вихерт А.М., Чаклин А.В. Эпидемиология неинфекционных заболеваний. – М.: Медицина, 1990. – С. 270.

### НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

В. Шамрай, О. Шамрай (Вінниця)

Приводятся современные проблемы достижения эпидемиологического изучения злокачественных новообразований и проблемы, которые необходимо разрешить. Основной предпосылкой разрешения этих проблем есть создание современной информационной системы, которая ликвидирует проблемы на стыке сбора первичных информационных документов и введение отборочного сбора данных относительно условий и способа жизни людей.

### SOME PROBLEMS OF STUDIES OF THE EPIDEMIOLOGY OF MALIGNANT TUMORS

V. Shamrai, O. Shamrai (Vinnytsya)

There are presented modern achievements of epidemiological studies of malignant tumors and problems which are to be solved. The main condition of these solutions is the organization of modern information system. This system will help to omit misunderstandings which appear by combining primary information documents and selective data concerning housing conditions and the way of living of people.

*Н.М. ЛЕЩУК* (Київ)

## **ОСОБЛИВОСТІ ТРАНСФОРМАЦІЇ СТРУКТУРИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ РІЗНИХ НАПРЯМІВ ДІЯЛЬНОСТІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Український інститут громадського здоров'я

В умовах незалежності України, розбудови демократичної та правової держави дедалі більше поглиблюється розуміння суспільством того, що право є основою процесу демократичної трансформації всіх сфер життєдіяльності країни, а закон має стати не лише політико-юридичним засобом для вирішення різноманітних суспільних проблем, а й метою, реалізація якої створює можливості для упорядкованого, безпечного та гідного громадського життя [6]. Це зумовлює необхідність переосмислення ролі та значення правових засобів суспільного регулювання, вироблення нових правових принципів, що, у свою чергу, неможливе без відповідних теоретичних узагальнень і новітніх підходів до створення сучасної концепції права і законодавства України, зокрема, законодавства про охорону здоров'я [3].

Виступаючи на урочистих зборах, присвячених 10-й річниці Незалежності України, Президент України Л.Д. Кучма, наголошуючи, зокрема, на важливому значенні для подальшої розбудови суспільства права і закону, зазначив: "Нам потрібна системна законотворча робота в усіх сферах, потрібна така законодавча база, яка сприяла б широкому і реальному залученню людей до участі в усіх справах - державних і суспільних. Це необхідна і визначальна риса громадянського суспільства" [5]. Таке суспільство не може формуватися поза правом, правовою владою, правовою державою, поза правовою формою суспільного життя. Це постійно вимагає своєчасного виявлення та визначення нагальних загальносуспільних проблем, що потребують правового регулювання і вирішення з боку як органів законодавчої, так і виконавчої влади. Саме тому вони мають бути відображені в державній правовій політиці.

Державна політика в галузі охорони здоров'я ґрунтується на законодавчій базі, яка використовується для реалізації конкретних політичних і медичних програм. Водночас прийнята у дер-

жаві політика щодо охорони здоров'я визначає зміст законів і відповідних нормативних актів уряду. Отже, законодавство і політика охорони здоров'я перебувають у постійному взаємозв'язку та взаємодії [4].

Законодавство про охорону здоров'я України сьогодні ще формується. На шляху його становлення виникає чимало складних проблем, зокрема таких, як уточнення предмета і меж правового регулювання; доцільність прийняття тих чи інших правових актів; визначення системи і структури законодавства, перспектив його кодифікації тощо [3]. Прийняття нормативно-правових актів з цих питань та аналіз практики їхнього застосування дозволять нагромадити необхідний досвід для визначення конкретних шляхів розвитку охорони здоров'я, створення у майбутньому досконалої системи правового регулювання галузі.

Є багато методів і підходів до аналізу нормативно-правових баз у певних сферах діяльності, наприклад, аналіз реальних проблем економічного, соціального, правового та іншого характеру в масштабах країни, які стримують розвиток даної сфери діяльності; аналіз діючих нормативно-правових баз на відповідність вирішенню реальних проблем у даній сфері діяльності та визначення напрямів її вдосконалення і розвитку; порівняння чинних вітчизняних нормативно-правових баз із зарубіжними з метою можливого врахування світового досвіду правового регулювання тощо [1].

Нами зроблена спроба проаналізувати особливості розвитку нормативно-правової бази системи охорони здоров'я за 10-літній період (1992-2001 рр.) за допомогою структурного підходу. В даному випадку слово "структура" розглядається з суто статистичного погляду, тобто як загальна сукупність нормативно-правових актів одного виду, виражена питомою вагою актів, розділених на групи за напрямками діяльності системи охорони здоров'я (табл. 1).

Для дослідження структури нормативно-пра-

вових актів розраховувалися відносні величини, що виражають питому вагу актів відповідних напрямів у загальній сукупності актів. Такі розрахунки були зроблені окремо для законів України, указів Президента, постанов Кабінету Міністрів України та наказів Міністерства охорони здоров'я України.

У нашому дослідженні насамперед оцінюва-

лася нерівномірність структури, тобто відхилення фактичної структури від іншої, умовно прийнятої за рівномірну. Під рівномірною структурою слід розуміти структуру, в якій питома вага актів, прийнятих за рівні проміжки часу, є однаковою в межах окремо взятого напрямку. Вона є еталоном, відносно якого встановлюється нерівномірність фактичної структури.

Таблиця 1. Напрями діяльності системи охорони здоров'я України

Код напрямку	Напрямок
1	Організація медичної допомоги дорослому населенню
2	Організація медичної допомоги дітям і матерям
3	Санітарно-епідеміологічне забезпечення населення
4	Радіаційний захист населення та медичні проблеми аварії на ЧАЕС
5	Медико-соціальна експертиза
6	Економіка та фінансування охорони здоров'я
7	Підготовка медичних кадрів
8	Наукове забезпечення охорони здоров'я
9	Міжнародна діяльність
10	Експлуатація медичних закладів та охорона праці
11	Забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення
12	Профілактика соціально небезпечних хвороб, СНІД та формування здорового способу життя
13	Підбір і використання медичних кадрів
14	Медична статистика
15	Санаторно-курортне лікування
16	Інформаційні технології
17	Медичне страхування, акредитація та ліцензування
18	Контроль за наркотичними засобами
19	Промислова політика
20	Фармація
21	Екологічні проблеми *
22	Соціальна політика *

Примітка. \* - напрями, що опосередковано стосуються сфери охорони здоров'я.

Наведена нижче формула дозволяє розрахувати коефіцієнт нерівномірності ( $K_R$ ) для фактичної структури, при визначенні якого можна оперувати тільки питоною вагою частин цієї структури:

$$K_R = \sqrt{1 - \frac{20000}{10000 + k \sum v^2}}$$

де  $k$  - кількість частин структури (у нашому випадку напрямів);  $v$  - питома вага кожної час-

тини структури, тобто кожного напрямку.

Розглядаючи коефіцієнт нерівномірності, треба мати на увазі, що його межі 0JKRJ1 [2].

Проведені за наведеною формулою розрахунки дозволили отримати коефіцієнти нерівномірності для кожного напрямку діяльності системи охорони здоров'я відповідно для законів України (рис. 1), указів Президента (рис. 2), постанов Кабінету Міністрів (рис. 3) та наказів МОЗ України (рис. 4).

Напрями діяльності системи охорони здоров'я розташовані на абсцисі в порядку зменшення значення коефіцієнта нерівномірності. Це дало змогу виділити групи напрямів, близьких за зна-

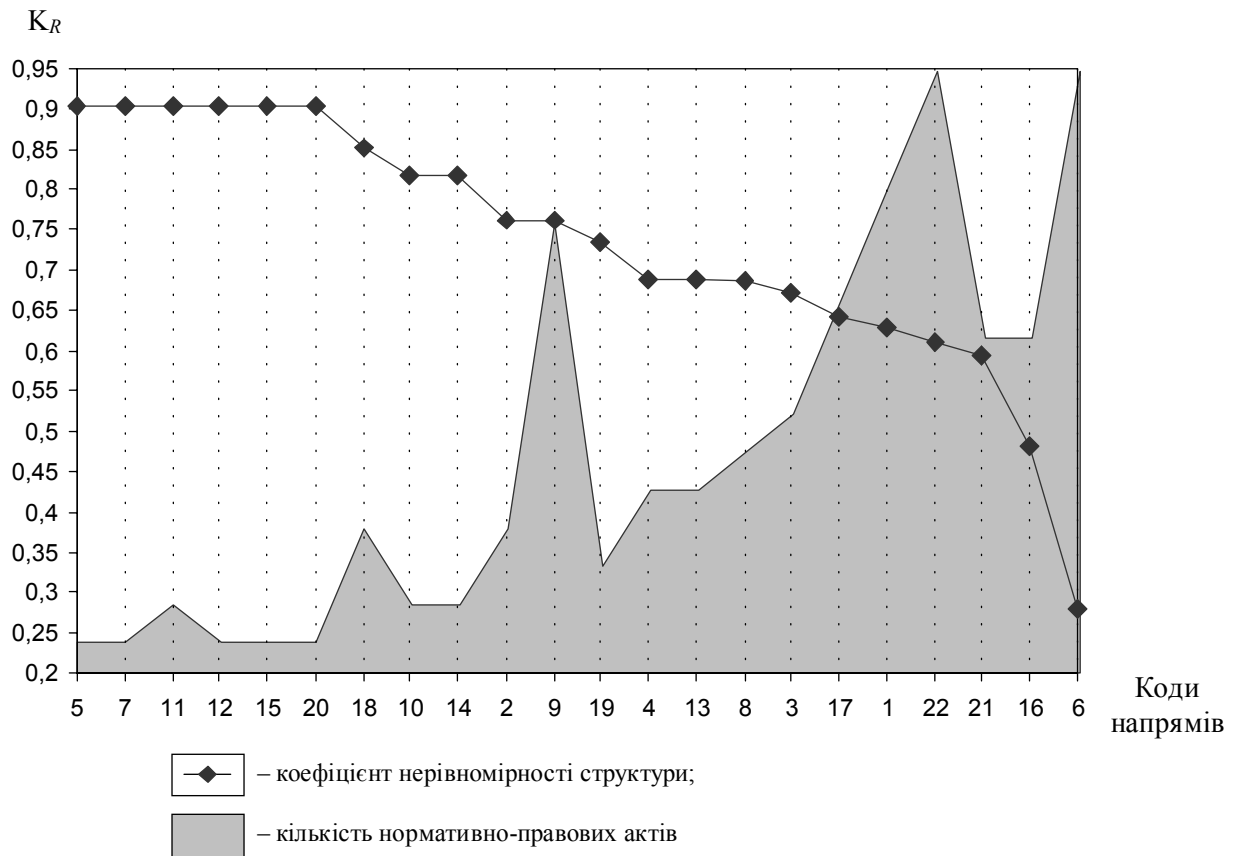


Рис. 1. Нерівномірність структури законів України за напрямками діяльності системи охорони здоров'я за 1992–2001 рр.

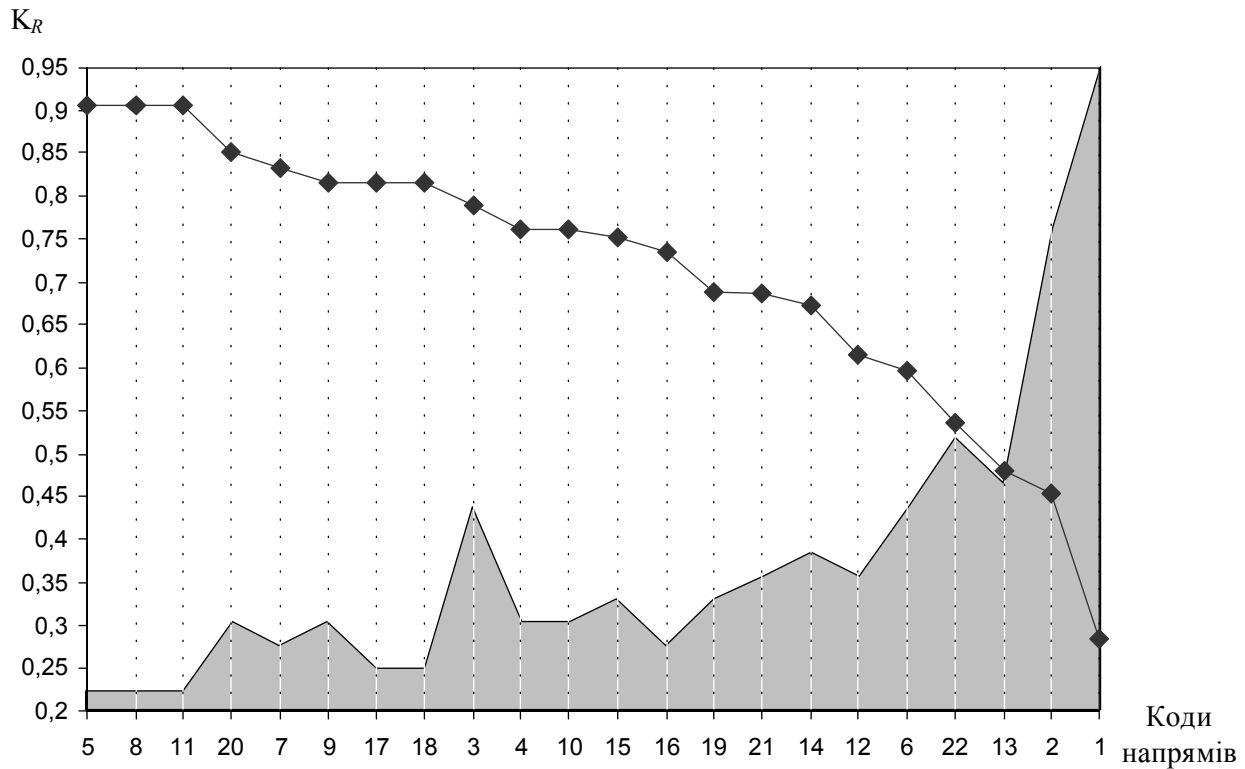


Рис. 2. Нерівномірність структури указів Президента України за напрямками діяльності системи охорони здоров'я за 1992–2001 рр.

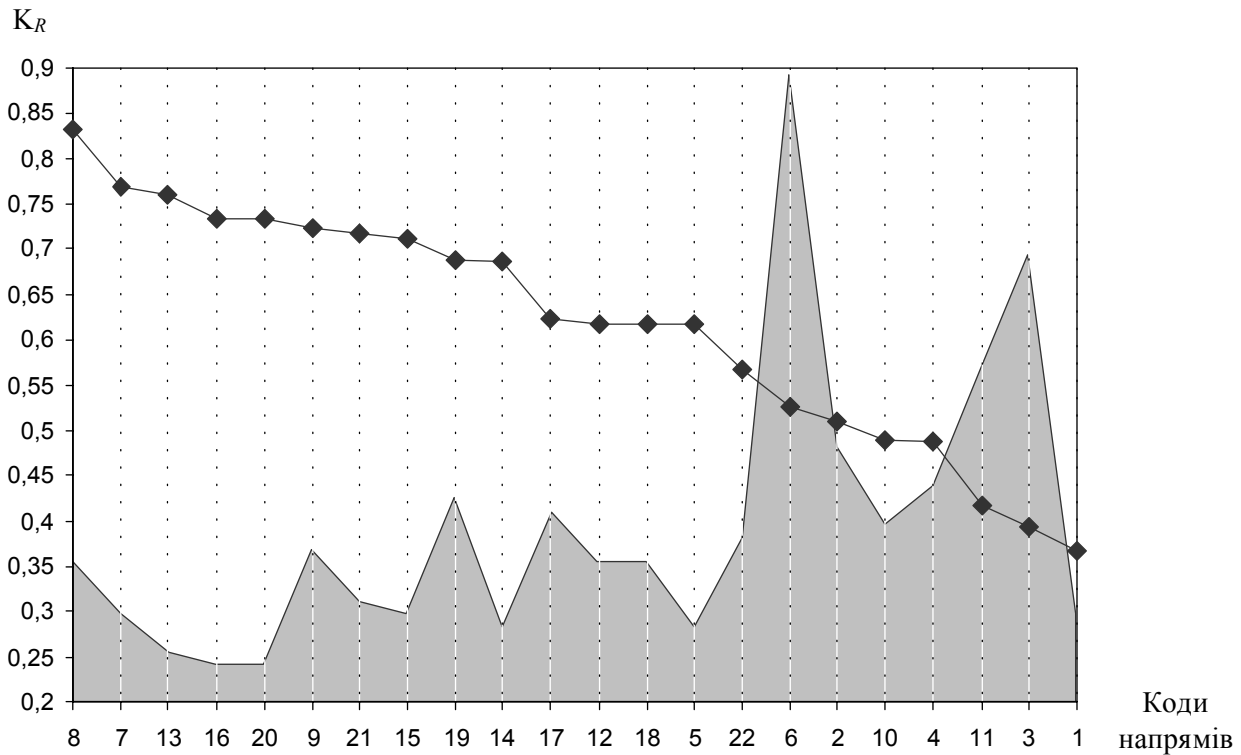


Рис. 3. Нерівномірність структури постанов Кабінету Міністрів України за напрямми діяльності системи охорони здоров'я за 1992–2001 рр.

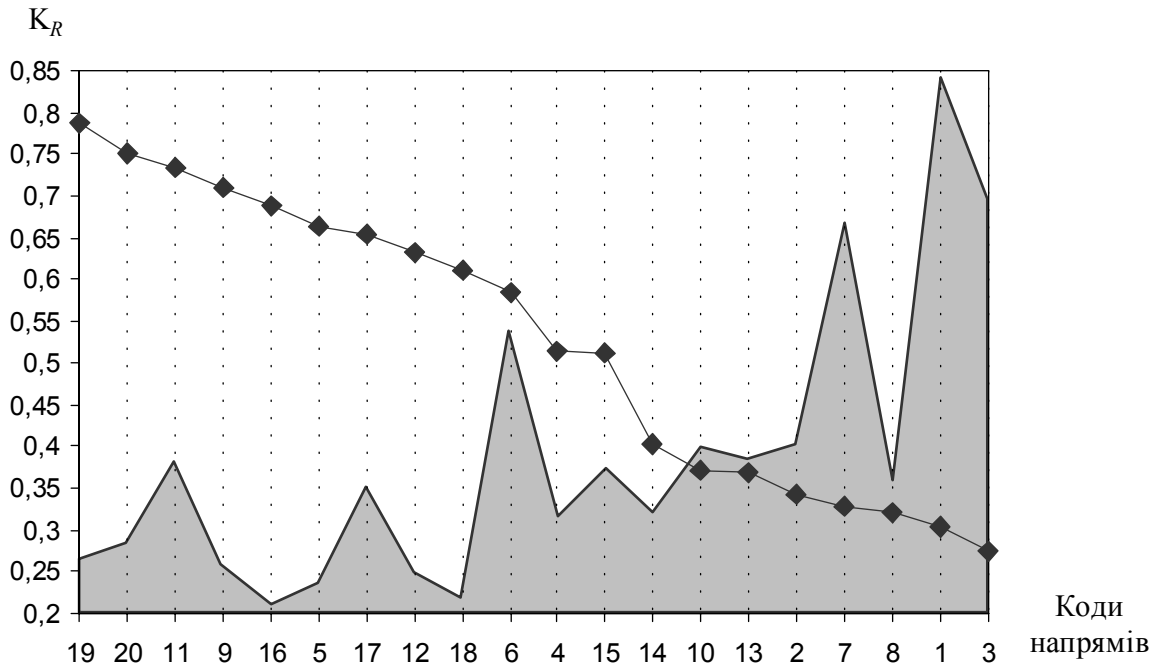


Рис. 4. Нерівномірність структури наказів МОЗ України за напрямми діяльності системи охорони здоров'я (за 1992–2001 рр.)

ченням цього коефіцієнта. Логічно припустити, що чим більша кількість нормативно-правових актів, тим менша нерівномірність їхнього розподілу з часом. Наведені на рисунках дані з кількості нормативних актів свідчать, що в цілому така

залежність спостерігається, але є винятки, коли при достатньо великій кількості актів коефіцієнт нерівномірності вищий за середнє його значення. Так, наприкладі законів України (див. рис. 1) це спостерігається для актів, що регулюють пи-



тання міжнародної діяльності (код 9), організації медичної допомоги дорослому населенню (1), соціальної політики (22).

Дослідження структури законів України показало, що найнижча активність нормотворчої діяльності характерна для таких напрямів, як медико-соціальна експертиза (5), підготовка медичних кадрів (7), забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення (11), профілактика соціально небезпечних хвороб, СНІД та формування здорового способу життя (12), санаторно-курортне лікування (15), фармація (20), де поряд з невеликою кількістю законів спостерігаються найвищі коефіцієнти нерівномірності.

Другим на графіку можна виділити відрізок (напрями 18, 10, 14, 2, 9, 19), на якому розподіл коефіцієнта нерівномірності близький до лінійного, але його значення залишається досить великим. Дещо менша аритмічність нормотворчої діяльності встановлена для групи напрямів (4, 13, 8, 3, 17, 1, 22, 21) з близьким коефіцієнтом нерівномірності, рівень якого вищий від середнього.

І лише два напрями (16 і 6) складають групу з коефіцієнтом нерівномірності, нижчим за середній. Таким чином, виявляється, що закони з питань економіки та фінансування охорони здоров'я виходять не тільки у достатньо великій кількості, але й більш рівномірно, ніж з інших питань.

Аналізуючи структуру указів Президента України (див. рис. 2), можна помітити надзвичайно великі розходження коефіцієнта нерівномірності з різних напрямів діяльності системи охорони здоров'я. Так, груп з близькими значеннями цього коефіцієнта можна нарахувати 6-7, і вони будуть складатися лише з 2-3 напрямів. У цілому спостерігається зворотно пропорційна залежність кількості указів Президента і нерівномірності їх прийняття, за винятком напряму 3 (санітарно-епідеміологічне забезпечення населення), кількість актів з якого дещо вища.

Для указів Президента України, що регулюють питання медико-санітарної експертизи (5), наукового забезпечення охорони здоров'я (8), забезпечення лікарськими засобами і виробами медичного призначення (11), визначено найбільшу нерівномірність нормотворчої діяльності. Лише три напрями (13, 2, 1) мають значення коефіцієнта нерівномірності, нижче від середнього рівня. Нормотворча діяльність з питань організації медичної допомоги населенню проводилася найрівномірніше.

Крива розподілу коефіцієнта нерівномірності для постанов Кабінету Міністрів України має вигляд кількох щаблів (див. рис. 3). Перший щабель складають напрями діяльності з досить великими коефіцієнтами нерівномірності, а саме:

підготовка медичних кадрів (7), підбір і використання медичних кадрів (13), інформаційні технології (16), фармація (20), екологічні проблеми (21), санаторно-курортне лікування (15), медична статистика (14), а також наукове забезпечення охорони здоров'я (8), міжнародна діяльність (9), промислова політика (19), за якими кількість постанов більша, ніж за іншими в цій групі.

Другий щабель утворюють напрями діяльності 17, 12, 18, 5, за якими спостерігаються однакові коефіцієнти нерівномірності, третій - напрями 22, 6, 2, 10, 4. Для обох груп напрямів характерні коефіцієнти, вищі за середній рівень. Привертає увагу більша порівняно з іншими напрямами кількість постанов з питань економіки та фінансування охорони здоров'я (6).

Остання група постанов, що регулюють питання забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення (11), санітарно-епідеміологічного забезпечення населення (3) та організації медичної допомоги дорослому населенню (1), характеризується найменшими коефіцієнтами нерівномірності. Серед цих напрямів найбільша кількість актів була прийнята з питань санітарно-епідеміологічного забезпечення.

Для наказів МОЗ України з різних напрямів діяльності системи охорони здоров'я (див. рис. 4) встановлені досить великі розбіжності коефіцієнта нерівномірності. Крива, що відображає нерівномірність виходу наказів, має приблизно лінійний характер. Проте і на ній можна виділити три характерні відрізки. Перший - це напрями 19, 20, 11, 9, 16, 5, 17, 12, 18, 6, для яких коефіцієнти нерівномірності вищі за середній рівень, а найбільша нерівномірність спостерігається за напрямом, що охоплює питання промислової політики (19). Найменшою кількістю наказів регулюються питання, пов'язані з інформаційними технологіями (16), а також контролем за наркотичними засобами (18), найбільшою - з економікою та фінансуванням охорони здоров'я (6).

Другий відрізок складають два напрями з однаковим (середнім) коефіцієнтом нерівномірності: радіаційний захист населення та медичні проблеми аварії на ЧАЕС (4) і санаторно-курортне лікування (15). Решта напрямів діяльності системи охорони здоров'я складають групу з близькими значеннями коефіцієнтів нерівномірності, нижчими за середній. Найрівномірніше проводилася нормотворча діяльність з питань санітарно-епідеміологічного забезпечення населення, про що свідчить і велика кількість наказів.

Узагальнюючи результати нашого дослідження, можна дійти висновку, що нормативно-правова база системи охорони здоров'я найбільш стабільно розвивається, регулярно поповнюється нормативними актами всіх рівнів, у напрямі

організації медичної допомоги дорослому і дитячому населенню (1, 2).

Постійна увага законодавчої влади приділена питанням економіки та фінансування охорони здоров'я (6), інформаційних технологій (16). На рівні постанов Кабінету Міністрів і наказів МОЗ України регулярністю відзначається нормотворча діяльність з напрямів санітарно-епідеміологічного забезпечення населення (3), радіаційного захисту населення та медичних проблем аварії на ЧАЕС (4), експлуатації медичних закладів та охорона праці (10). Реалізація заходів, пов'язаних з підготовкою медичних кадрів (7), науковим забезпеченням охорони здоров'я (8), медичною статистикою (14), здійснюється рівномірно лише на рівні наказів МОЗ України.

Найбільшою нерівномірністю на всіх рівнях нормотворчої діяльності характеризуються такі напрями, як медико-соціальна експертиза (5), міжнародна діяльність (9), контроль за наркотичними засобами (18), фармація (20).

Отже, розглядаючи організацію нормотворчого процесу в сучасній Україні, необхідно говорити про нього як про цілісну систему, в якій взаємодіють всі механізми формування і реалізації національної політики в галузі охорони здоров'я. Спрямовані на досягнення цієї мети нормативно-правові документи всіх ієрархічних рівнів повинні бути поєднані у суспільний ланцюжок без розривів. Недостатній розвиток хоч однієї ланки цього ланцюга значно погіршує дієвість всієї системи.

### Список літератури

1. Бакуменко В.Д., Кравченко С.О. Комплексний системний підхід щодо оновлення чинних і створення нових проблемно-орієнтованих нормативно-правових баз // Систематизація законодавства в Україні: проблеми теорії і практики: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф.- К.: Інститут законодавства Верховної Ради України, 1999. - С. 115-118.
2. Гатев К. Статистическая оценка различий между структурами совокупностей // Теоретические и методологические проблемы статистики: Сб. статей.- М.: Статистика, 1979.- С. 91-108.
3. Гладун З.С. Проблеми систематизації законодавства України про охорону здоров'я // Систематизація законодавства в Україні: проблеми теорії і практики: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф.- К.: Інститут законодавства Верховної Ради України, 1999. - С. 293-296.
4. Законодавство як інструмент визначення та реалізації державної політики і вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні // Стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. В.М. Лехан.- К., 2001. - С. 151-174.
5. Незалежна Україна відбулася остаточно і безповоротно: Виступ Президента України Л.Д. Кучми на урочистих зборах, присвячених 10-й річниці Незалежності України, Національний палац "Україна", 23 серп. 2001 року / Урядовий кур'єр. - 2001. - 28 серп. - С. 2-3.
6. Селіванов В. Правова політика України (деякі теоретичні питання сутності, змісту та технології) // Право України. - 2001. - № 12. - С. 6-14.

### ОСОБЕННОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ СТРУКТУРЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ АКТОВ, КАСАЮЩИХСЯ РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

Н.М. Лещук (Киев)

Проанализированы особенности современного состояния нормативно-правовой базы системы здравоохранения Украины с использованием структурного подхода. Оценены различия между структурами совокупностей нормативно-правовых актов 4 уровней государственного управления (законов Украины, указов Президента Украины, постановлений Кабинета Министров Украины, приказов Министерства здравоохранения Украины), получены показатели неравномерности нормотворческой деятельности по различным направлениям системы здравоохранения Украины.

### PECULIARITIES OF TRANSFORMATION OF THE NORMATIVE-AND-LEGAL ACTS STRUCTURE CONCERNING DIFFERENT ACTIVITIES IN THE PUBLIC HEALTH OF UKRAINE

N.M. Leschuk (Kyiv)

Current state peculiarities of normative-and-legal basis in the public health system of Ukraine using structural approach have been analyzed. The differences between the structures of totalities for normative-and-legal acts at 4 levels of the State management have been evaluated (the laws of Ukraine, the decrees of the President of Ukraine, the decisions of the Cabinet of Ministers of Ukraine, the orders of the Ministry of Health of Ukraine). The irregularity indices of legal activity development in different areas of Ukrainian public health system have been obtained.

УДК 614.254:616.89 (083.74)

*В.В. СОЛНУШКО, О.Е. ЄФІМОВ, М.Ф. АНДРЕЙКО* (Дніпропетровськ)

## **ДО ПИТАННЯ ПЕРЕГЛЯДУ СТАНДАРТІВ АКРЕДИТАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ СТОСОВНО ЧАСТОТИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАПИСІВ У МЕДИЧНИХ КАРТАХ ПСИХІЧНО ХВОРИХ**

Лікувальне об'єднання «Дніпропетровський комунальний міжобласний клінічний психоневрологічний центр»

Конституцією України гарантоване право на надання доступної та кваліфікованої допомоги кожному громадянину [2], а Закон України «Про психіатричну допомогу» і Указ Президента України «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України» спрямовані на реалізацію положень конституції, забезпечення якості стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги в лікувальних-профілактичних закладах на основі нових державних стандартів.

Протягом останніх років у психіатрії, як і в медицині в цілому, все більше спостерігається відхід від індивідуальних дій до стандартних. Стандартизація медичних послуг спрямована на забезпечення якості, а якість визначається як ступінь відповідності стандарту.

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я» № 765 від 15.07.97 і наказ МОЗ України «Про акредитацію закладів охорони здоров'я» № 287 від 29.09.97 практично започаткували роботу зі стандартизації ЛПЗ в Україні, а наказом МОЗ України № 2 від 12.01.98 затверджені стандарти акредитації ЛПЗ, які стали основою реалізації підвищення рівня діагностики і лікування, розвитку нормативної бази лікувальних-профілактичного процесу.

Оцінка діяльності закладів охорони здоров'я, згідно зі стандартами акредитації, проводиться шляхом присвоєння балів за кожним критерієм відповідності.

Розуміючи, що стандарти акредитації ЛПЗ розроблялися вперше фахівцями без широкого обговорення у професійному середовищі, деякі з них у психіатрії мають потребу в уточненні й удосконаленні. Зокрема, йдеться про пункт 3.5.1.1.2. наказу МОЗ України «Про затвердження державної акредитації стандартів охорони здоров'я закладів України» № 2 від 12.01.98, в якому зазначено, що лікар щодня оглядає пацієнта і робить запис у медичній карті [5]. Таке

трактування даного пункту в узагальненому вигляді стикається з запереченнями [1, 3, 4], тому що цей пункт не стосується всіх категорій хворих. На нашу думку, щоденний запис у медичній карті стаціонарного хворого на психічні розлади не може бути виконаний через велике і диференційоване навантаження на лікаря-психіатра. Все це передбачає й диференційований підхід до ведення записів у медичних картах, зокрема до їхньої частоти. Вибір частоти записів зумовлений тією обставиною, що вони, не будучи лікувально-діагностичним заходом, займають щоденно, за даними хронометражу, 5-6 год робочого часу лікаря. Така кількість годин отримана шляхом множення навантаження на 1 лікаря (25-35 хворих) на 10 хв – час, витрачений на ведення одного запису. З огляду на скорочену тривалість робочого часу (36 год на тиждень), 2 чергування по лікарні, участь у лікарських конференціях, семінарах, виробничих зборах, оперативках часу на роботу з хворими та їхніми родичами у лікаря не залишається. У цьому зв'язку варто нагадати, що до затвердження стандартів акредитації існували правила оформлення і ведення медичних карт стаціонарних хворих, відповідно до яких щоденникові записи велися диференційовано з урахуванням перебігу захворювання, соматичного статусу, етапу захворювання, виду стаціонарування (трудова експертиза, військова експертиза, для зняття діагнозу тощо) [4].

За цими правилами у медичних картах робилося від 1-3 записів на добу до 1 у 7-10 днів. Такий підхід до частоти ведення записів у медичних картах є прийнятнішим для організації роботи лікаря і дозволить вивільнити частину лікарського часу на поліпшення лікувально-діагностичного процесу і реабілітацію психічно хворих.

Враховуючи викладене, вважаємо за доцільне внести доповнення до наказу МОЗ України

“Про затвердження стандартів державної акредитації закладів охорони здоров’я України” № 2 від 12.01.98, а саме пункт 3.5.1.1.2 наказу після слів “... і коригує призначення.” доповнити сло-

вами “Записи у медичні карти хворих на психічні розлади робити диференційовано щогодини або 1 раз у 10 днів залежно від характеру і тяжкості основного і супроводжувального захворювань”.

### Список літератури

1. *Инструктивно-методические указания по ведению истории болезни (медицинской карты стационарного больного) в психиатрическом стационаре.* – Днепропетровск: Пороги, 1995. – 32 с.
2. *Конституція України.* – К.: Преса України, 1997. – 80 с.
3. *Правила оформления историй болезни.* – М., 1990. – 20 с.
4. *Практический справочник врача-психиатра* // Под ред. Г.Л. Воронкова и А.Е. Видренко. – К.: Здоров’я, 1981. – С. 12-15.
5. *Стандарти акредитації лікувально-профілактичних закладів України.* – К., 1998. – 100 с.

### **К ВОПРОСУ ПЕРЕСМОТРА СТАНДАРТОВ АККРЕДИТАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО ЧАСТОТЫ ВРАЧЕБНЫХ ЗАПИСЕЙ В МЕДИЦИНСКИХ КАРТАХ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**

В.В. Солнушко, О.Е. Ефимов, М.Ф. Андрейко (*Днепропетровск*)

Обосновано предложение включить в стандарты аккредитации учреждений здравоохранения Украины, утвержденные приказом МЗ Украины № 2 от 12.01.98, дополнительный текст о частоте ведения записей в медицинских картах в зависимости от течения заболевания, соматического статуса больного, этапа заболевания, вида стационарирования (трудовая экспертиза, военная экспертиза, для снятия диагноза и пр.), врачебной нагрузки.

### **ON THE REVISION OF MEDICAL FACILITIES ACCREDITATION STANDARDS CONCERNING THE FREQUENCY FOR PHYSICIAN’S RECORDS IN MEDICAL CARDS OF PSYCHIC PATIENTS**

V.V. Solnushko, O.E. Yefimov, M.F. Andreiko (*Dnipropetrovsk*)

The proposal is grounded concerning the inclusion of an additional information into accreditation standards of medical establishments of Ukraine about the frequency of making records adopted by the Order of the Ministry of Health No 2 of 12.01.98.

The additional information should cover such aspects as the course of a disease, patient’s somatic status, stage of the disease, kind of hospitalization (labour expertising, military expertising for taking off a diagnosis), physician’s load.

УДК 614.2:312.6:025.4

*В.М. ПОНОМАРЕНКО, М.М. ЛАСТОВЧЕНКО, В.В. КАЛЬНИШ, Ю.Г. БОБИР,  
Р.О. ВОЛОШИН (Київ)*

## КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В СИСТЕМІ АНАЛІЗУ СТАНУ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Український інститут громадського здоров'я

Створення єдиної системи інформаційно-аналітичного забезпечення (ЄСІАЗ) управління профілактикою та лікуванням - одне з першочергових завдань упровадження засобів телемедицини в систему охорони здоров'я. Вона покликана вдосконалити як управлінські процеси в галузі охорони здоров'я, так і самі процеси лікування, що дасть змогу ефективніше впливати на поліпшення соціальної сфери України. Щоб забезпечити максимальну ефективність упровадження засобів телемедицини, останні повинні ґрунтуватися на інтелектуальних мережах (ІМ), без яких неможливе оновлення даних для багатокритеріального аналізу [1-3].

Насамперед необхідно створити централізований банк даних (ЦБД) інформаційної системи аналізу стану (ІСАС) здоров'я населення або ступеня його захворюваності, який має стати складовою частиною єдиного інформаційного медичного простору (ЄІМП) і буде представлений у вигляді розподілених спеціалізованих баз даних і баз знань, де збиратиметься, оновлюватиметься і селектуватиметься інформація про стан здоров'я населення. Це дасть змогу здійснювати статистичний аналіз захворюваності, своєчасно виявляти регіони або групи населення, де та чи інша хвороба має найбільше поширення, набуває загрозливого стану.

На підставі місячних, кварталних і річних звітів про стан здоров'я населення за допомогою ІСАС прогнозуватимуться масштаби поширення хвороб, зокрема епідемій, визначатиметься якість та ефективність медичного забезпечення того чи іншого медичного закладу, здійснюватиметься порівняльний аналіз ступеня залежності поширення хвороб від екологічного та соціально-економічного становища кожного конкретного регіону України [5, 10-12].

Такий постійно діючий моніторинг стану захворюваності має підтримуватися регулярним і своєчасним оновленням ЦБД, сконструйованим

за допомогою уніфікованих інформаційних технологій електронного документообігу та документотворення із залученням можливостей галузевої інтелектуальної корпоративної мережі (ІКМ), створеної із застосуванням каналів телефонного зв'язку, виділених цифрових каналів і каналів всесвітньої мережі Інтернет [1-3].

ІСАС разом з інформаційною системою аналізу причин (ІСАП) виникнення і поширення хвороб та інформаційною системою аналізу медикаментозного і матеріального забезпечення медичних закладів у подальшому інтегрується в єдину систему інформаційно-аналітичного забезпечення управління охороною здоров'я населення України [5, 10, 12].

### **Принципи розбудови інфраструктури аналізу стану захворюваності**

та обґрунтування вимог до її вдосконалення

Нині відомості про захворюваність, смертність, народжуваність, природний приріст, середню тривалість життя та багато інших даних зберігаються в паперовому вигляді або у друкованих виданнях. Водночас уже існує велика кількість інформації в електронному вигляді (на магнітних носіях). Але вона формується в різних текстових редакторах, а файли з цими даними мають різні формати. Отже, щоб відшукати певну інформацію, потрібно проводити довгий пошук на паперових носіях або передивлятися десятки дискет і сотні файлів. Оскільки дані зберігаються в різних форматах, а статистичні таблиці мають різний вигляд, то досить складно вибрати потрібну інформацію, навіть використовуючи готові звіти. Тому обробка та систематизація даних, що аналізуються, є дуже довгим і трудомістким процесом [7].

Таким чином, насамперед, слід уніфікувати всі форми звітності, розробивши стандартні статистичні таблиці. Це значно спростить діалог між ІСАС і користувачами.

За базу інформаційно-пошукових програм можна взяти міжнародну класифікацію хвороб (МКХ) (нозологій і патологічних станів), де всі хвороби поділені на 21 клас за загальними ознаками, а кожна хвороба має свій код. Все це дозволяє користувачу чітко систематизувати дані з тієї проблеми, яка його цікавить, і розробити метод їхнього оновлення, зберігання та коригування у стандартному форматі розподілених баз даних (РБД) [9].

Кожна форма електронного документа повинна охоплювати такі основні рубрики: власний код, ідентифікаційний код організації-адресата (складача), дату заснування документа та періодичність обігу, рубрики з даними про територіально-адміністративний поділ, галузь та вид медичного закладу, його економічну діяльність, форму власності, організаційно-правову форму господарювання, адміністративно-відомчу підпорядкованість тощо. Рубрики з показниками захворюваності повинні мати найменування захворювань, час і кількість їхньої реєстрації, кількість хворих, їх віковий і професійний склад, перелік профілактичних і лікувальних заходів, їхню результативність тощо. ІСАС повинна передбачати зручні й найбільш прийнятні можливості введення, коригування, пошуку та обробки даних. Така інформаційна система не тільки значно зекономить час, поліпшить якість роботи, а й водночас дасть змогу уникнути багаторазового дублювання одних і тих самих даних.

Поглиблене вивчення стану захворюваності населення сприятиме здійсненню прогнозування, яке має не тільки наукове, а й практичне значення, оскільки воно пов'язане з визначенням завдань управління охороною здоров'я. Для аналізу дані про захворюваність доцільно подавати у вигляді карт-схем, графіків чи структурних і кругових діаграм. Вони наочно демонструють той чи інший стан здоров'я населення України в регіонах, областях за певний часовий період. Без такого аналізу та виявлення причин погіршення стану здоров'я населення охорона здоров'я, безумовно, не може здійснюватися.

Особливе значення в цьому разі має прогнозування, спрямоване на виявлення та вивчення можливих альтернатив майбутнього розвитку й структури ймовірних траєкторій динаміки стану захворюваності. Задля вірогідності результатів прогнозування, незалежно від того, з якою метою воно здійснюється (для планування або аналізу), необхідно мати чітке уявлення про довгострокові демографічні тенденції.

Інформаційна система аналізу стану повинна також забезпечувати функції системи статистичної звітності в державі. Використання моніторингу дає можливість кваліфіковано та оперативно ана-

лізувати стан здоров'я населення і на цій основі формувати соціально-економічну та лікувально-профілактичну політику України.

Виходячи з досвіду впровадження телемедицини у країнах Європи [13, 14], єдина система інформаційно-аналітичного забезпечення управління охороною здоров'я повинна послідовно вирішувати завдання інтеграції своїх компонентів через аналіз стану захворюваності (регіон, термін, категорія населення тощо), причин розвитку захворювань (екологічні чинники, рівень життя тощо), медико-демографічної ситуації [11], матеріально-медикаментозного забезпечення медичних закладів, ефективності управління галуззю [10, 12].

Функціональна схема взаємодії компонентів ЄСІАЗ, яка ґрунтується на роботі розподілених баз даних та баз знань єдиного інформаційного медичного простору, наведена на рис. 1.

Отже, створення та вдосконалення інформаційної інфраструктури аналізу потребує поглибленого впровадження інформаційних технологій телемедицини, підтримки єдиного інформаційного медичного простору, створення інтелектуальних мереж телемедицини (ІМТМ) з розвиненими надбудовами підтримки ЄІМП.

### **Інформаційні технології телемедицини та їх впровадження у розбудову системи аналізу стану**

Розробка ІСАС повинна враховувати вимоги інтелектуальних мереж (ІМ) до операційного й телекомунікаційного середовищ, що взаємодіють із системою управління розподіленими базами даних (СУРБД) і забезпечують необхідні режими їхнього функціонування [8]. Операційні та телекомунікаційні середовища інтелектуальної надбудови (ІН) ІМ, в свою чергу, охоплюють сервісні та прикладні програми (ПП) для автоматизованого робочого місця (АРМ) ІСАС у вигляді спеціальних інтерфейсів до прикладних функціональних програм розосереджувального застосування (ПРЗ) і розподілених баз даних, системні програмні засоби у вигляді операційних систем ПЕОМ із спеціалізованими оболонками, АРМ і мережеві програмні засоби, що забезпечують взаємодію ПЕОМ як у локальних обчислювальних, так і у корпоративних галузевих мережах.

Залежно від спеціалізації компонентів мережеві засоби модифікуються і нарощуються спеціальними оболонками користувача та інтегруються в єдину інформаційну систему [4, 8, 9].

Варіанти побудови операційних середовищ - інтегрального інтерфейса до РБД, який реалізує об'єктно зорієнтовану методологію (ОЗМ) віддалених запитів на основі мови SQL [1], Cash Objects чи комбінованих, подані на рис. 2, інтегрального сервера БД і РБД - на рис. 3.

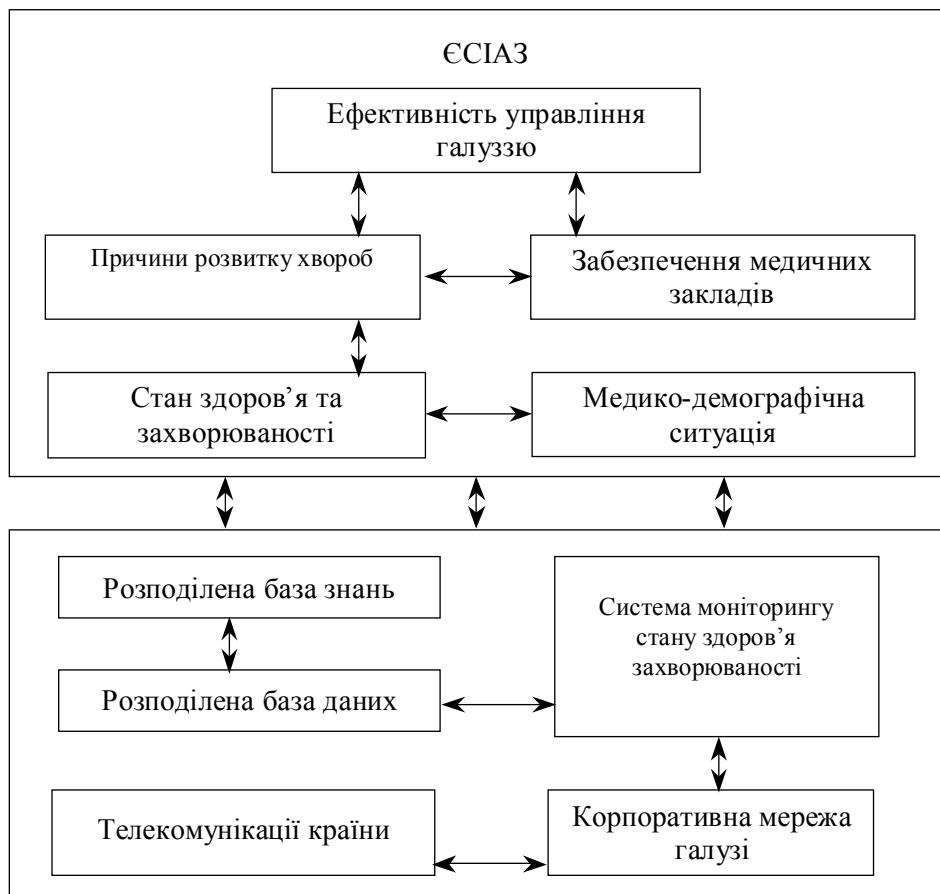


Рис. 1. Функціональна схема взаємодії компонентів ЄСІАЗ та ЄІМП

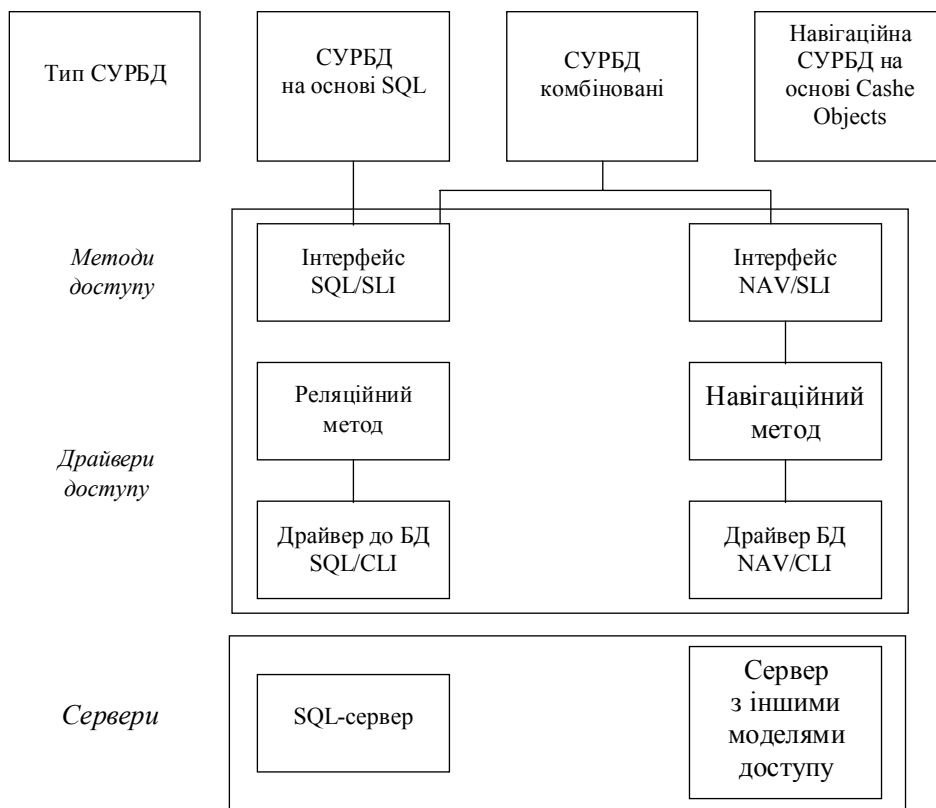


Рис. 2. Варіант побудови інтегрального інтерфейса до РБД

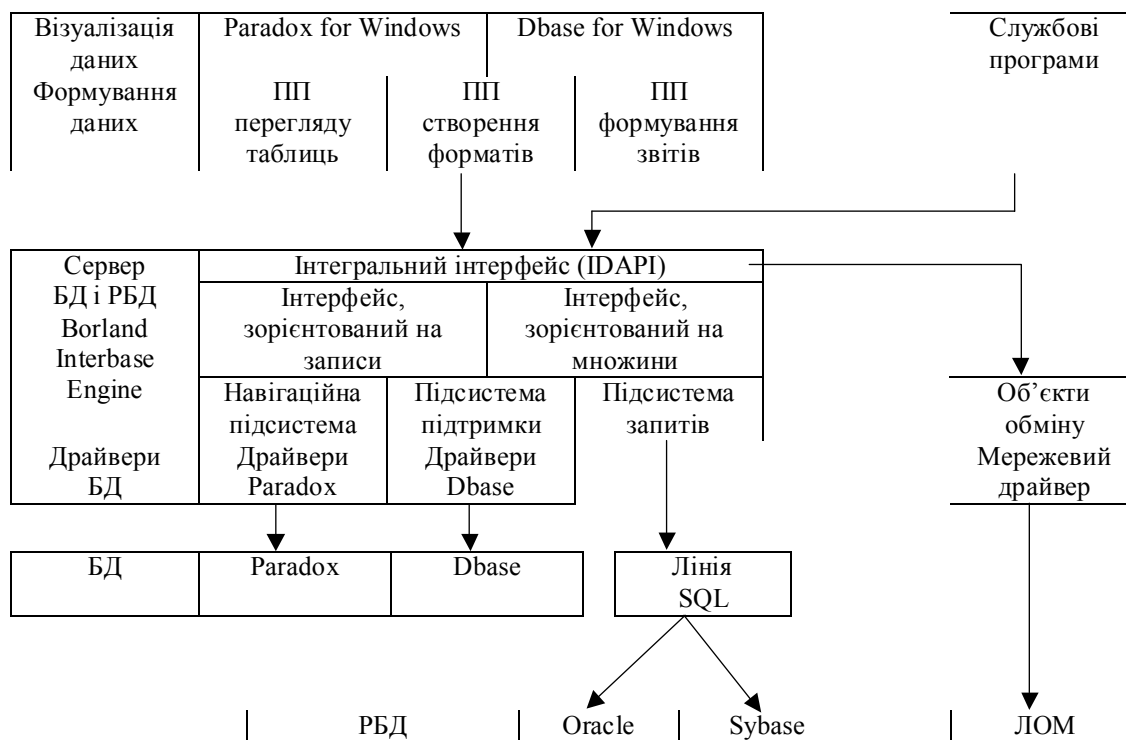


Рис. 3. Варіант побудови інтегрального сервера, що реалізує ОЗМ у СУРБД

Висока вартість операційних середовищ і відсутність належних механізмів налаштування їх відповідно до вимог ЄСІАЗ зумовлюють на початковому етапі розробки ІСАС необхідність конструювання цих середовищ із компонентів відомих сервісних систем АРМ і СУРБД.

Виходячи з вимог користувача до продуктивності та правильності оброблюваних даних, первинної обробки і подання даних у прийнятному для аналізу вигляді, інформаційні технології телемедицини повинні забезпечувати:

- можливість поділу таблиць БД на рядки (горизонтально) і графи (вертикально), розміщуючи частини таблиць у різних АРМ мережі, а також розподілене поєднання кількох таблиць, взятих з різних БД мережі, в одну [1, 4, 8, 9];

- візуальні та графічні форми порівняльного аналізу стану захворюваності за регіонами чи категоріями населення та у динаміці розвитку захворювань;

- підтримку цілісності між БД різних ПЕОМ з автоматичним внесенням змін у БД усіх ПЕОМ і незалежне дублювання даних (створення дублів без порушення цілісності і втрат терміну обігу) [9].

Для виконання цих вимог РБД повинна мати розподілений словник із даними про типи даних, їхнє розміщення і засоби доступу, а СУРБД - інтелектуальний протокол, що забезпечує відновлення даних одночасно на всіх ПЕОМ локальних обчислювальних мереж (ЛОМ) із завершенням відновлення тільки тоді, коли воно відбудеться в усіх БД безпомилково. Прикладом такого прото-

колу може бути прозорий протокол двофазної фіксації змін у СУРБД Oracle 7.0 та Oracle 9.0, технологія розробки інтегрованої системи, що об'єднує різноманітні типи даних у вигляді ієрархії рамок, а саме технологія Delphi [4], що базується на об'єктно зорієнтованій технології [1].

### Програмне забезпечення інформаційної системи аналізу стану захворюваності

Інформаційна система аналізу стану захворюваності - інтелектуальна надбудова галузевої ІКМ, реалізована в операційній системі Windows 98 і спроектована в інтегрованому середовищі Delphi Client-Server (Integrated Development Environment - IDE), створеному на базі транслятора Object Pascal з використанням стандартних графічних компонентів Windows. Це забезпечує коригування програмного забезпечення пакета ІСАС, його нарощування під час експлуатації з роботою у локальних чи розподілених БД.

Завдяки взаємодії Delphi з системою доступу до баз даних фірми Borland (Borland Database Engine - BDE) програмування баз даних та їхнє подальше використання користувачем значно полегшується. Так, вибірка даних здійснюється за допомогою мови структурованих запитів SQL (Structured Query Language). У разі виводу на екран вихідних форм та їхнього запису у файл використовується технологія OLE (Object Linking and Embedding), яка керує обміном даними через буфер між різними програмами, які працюють у середовищі Windows 98.



Таким чином, інструментальне програмне середовище Delphi забезпечує програмісту з малим досвідом роботи коригування програмного забезпечення завдяки можливостям, зорієнтованим на роботу в ОС Windows. Воно дає змогу швидко, якісно та без особливих зусиль створювати доповнення до програм із зручним для

користувача інтерфейсом, який не потребує поглибленого знання роботи на комп'ютері.

На рис. 4 подано вікно запиту демографічних показників по регіонах України, за допомогою якого користувач може отримати дані, що зберігаються в БД за вказаними ним критеріями.

Пакет програм за допомогою головного

Клас I : Інфекційні та паразитарні хвороби

**Клас I : Інфекційні та паразитарні хвороби**

Тип показників  
 Розповсюдженість  
 Захворюваність  
 Структура

Відносні  
 Абсолютні

Діаграма Карта Пошук Експорт Стерти Закрити

Назва нозології : всі види акт твс

Індекс  
 на 100 тисяч  на 10 тисяч  на 1 тисячу

Рік : 1995

Місце проживання : всього Стать : обидві Вік : всього

Категорія населення : діти Працездатність : Рецидиви :

Контингент : Контактність : Профілакт. засоби : виявлені вперше

Інвалідність : Категорія інвалідності : Лікування :

Реабілітація інвалідності : Летальність :

Кількість вибраних записів - 0

Код	Рік	Регіон	Місце	Кількість	Контингент	Категорія насе

Рис. 4. Вікно запиту демографічних показників по регіонах України

меню, крім "Показників по регіонах" та "Показників по роках", дозволяє користувачеві отримати дані з бази за певним критерієм пошуку, а також подавати отримані дані в текстовому та графічному вигляді.

Текст запиту формується за певними критеріями (тобто за заданими в окремих полях потрібними значеннями) у спеціальній змінній ініціалізації. Програма здійснює пошук показників у конкретній таблиці за допомогою вбудованої в середовище програми генератора запитів на мові SQL (SQL-запитів). Отримані дані записуються у файл, який потім автоматично відкривається в WORD 97 для подальшої обробки.

#### Порівняльний аналіз стану захворюваності

Програма може також формувати карти-схеми, які є зображенням карти України чи Києва з кольоровим виділенням окремих регіонів чи областей, інтенсивність забарвлення якого залежить від рівня певного показника здоров'я.

За допомогою карт-схем можна проводити порівняльний аналіз захворюваності населення України, наприклад на туберкульоз (у відносних

одиницях з розрахунку на 100 000 населення) за областями чи районами м. Києва (рис. 5, 6) [6, 7, 10]. Крім того, користувач може отримати потрібні йому дані у вигляді діаграм, які формує система:

- за даними з областей та регіонів України (рис. 7);

- за динамікою показника по роках на основі даних, що містяться у формі "Показники по роках".

За допомогою програм "Прогнозування" користувач вибирає метод, за яким будується модель прогнозування. Точність прогнозу можна контролювати за тим періодом часу, на який уже є фактичні дані. На рис. 8 подано графічне зображення захворюваності на хвороби органів дихання і туберкульоз упродовж 1992-2000 рр., а також їхнього прогнозу на 2002-2004 рр.

Підсумовуючи вищенаведене, слід зауважити, що подані розробки із програмного забезпечення ICAC є першими кроками до розбудови розвинутої системи аналізу захворюваності населення України. Експлуатація запропонова-



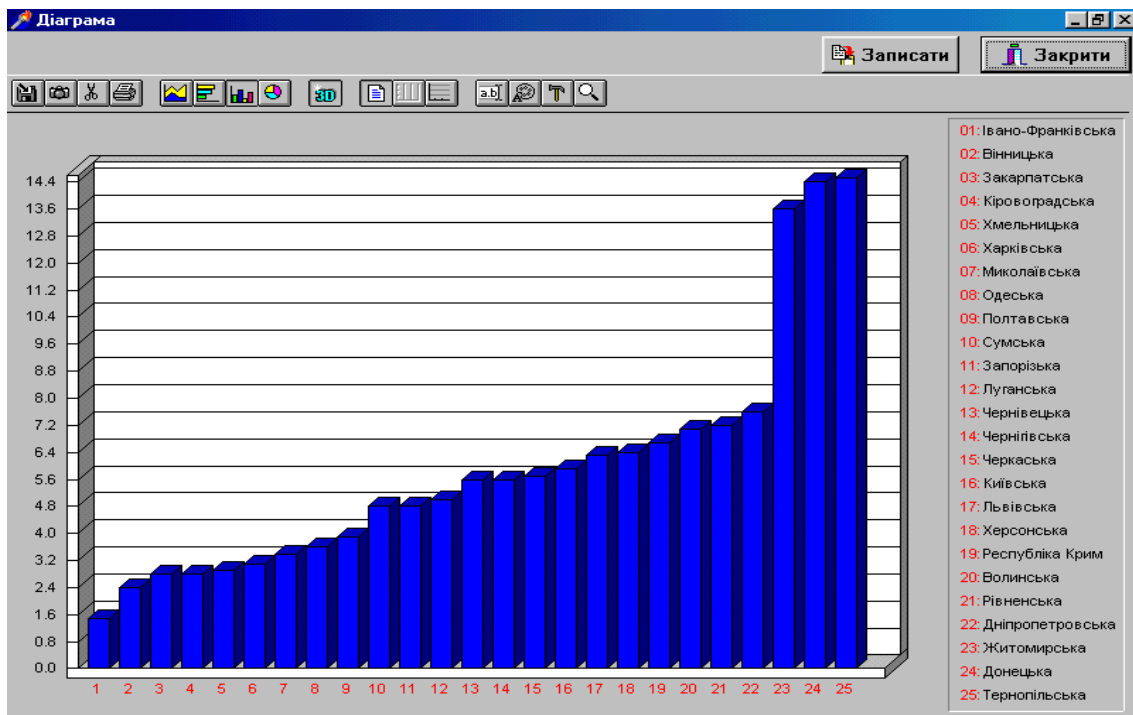


Рис. 7. Динаміка показників захворюваності по областях України

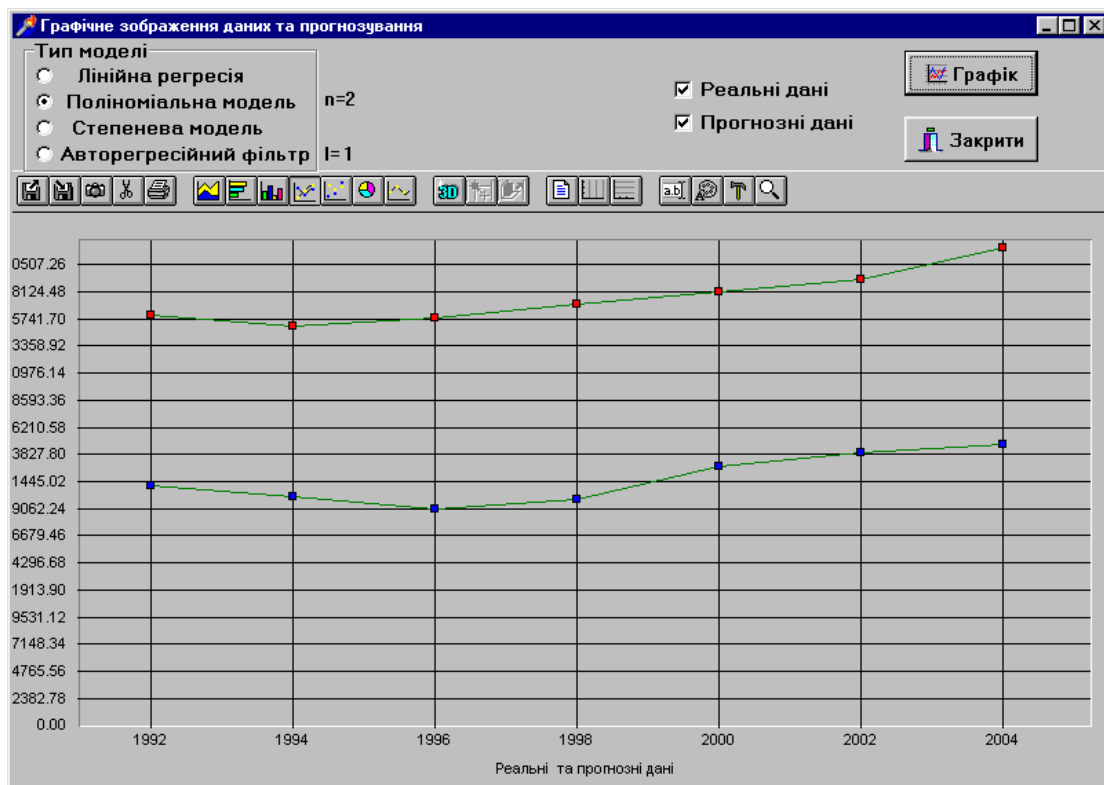


Рис. 8. Графічне зображення фактичних і прогнозованих даних захворюваності

4. Дарахвелідзе Б., Марков Е. Delphi - среда визуального программирования. - С.Пб.: ВHV, 1996. - 389 с.
5. Денисов В.Н., Финиченко Е.А., Полумина С.Ю. Информационное обеспечение управления здравоохранением на территориальном уровне // Пробл. соц. гигиены и история медицины - 1997. - № 5. - С. 38-40.
6. Здоров'я населення і діяльність ЛПЗ м. Києва за 1998 рік. - К.: Міськ. наук. інф.-анал. центр мед. статистики, 1999. - 107 с.

7. *Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (щорічна доповідь, 1997 р.) / За ред. А.М. Сердюка. - К., 1998. - 386 с.*
8. *Ластовченко М.М., Губенко А.Е., Черноусов В.А. Интегральная система разработки аппаратно-программных средств ИВС. - К.: Знание, 1990. - 24 с.*
9. *Ластовченко М.М., Шатыло А.Л., Воронков А.И., Костюк О.Н. Автоматизированная система реструктурирования распределенных баз данных АСУ // Техника средств связи. - 1980. - Вып. 1. - С. 99-109.*
10. *Пономаренко В.М., Кальниш В.В. Информатизація охорони здоров'я і проблеми керування галуззю // Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За ред. В.М. Пономаренка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. - С. 269-289.*
11. *Ситенко О.Р. Удосконалення медико-статистичної служби // Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (щорічна доповідь, 1997 р.). - К., 1998. - С. 360-361.*
12. *Хобзей М., Чаклаш І. Сучасні інформаційні системи як основа управління якістю і ефективністю // Укр. мед. вісті. - 1997. - Т. 1. - С. 115-116.*
13. *Bitker V. Assessing telemedicine services: the way to convince decision-makers and to achieve project survival // J. of Europ. telemedicine. - 1999. - № 6. - P. 33-38.*
14. *Lobley D. The economics of telemedicine // J. of Telemedicine and Telecare. - 1997. - № 3. - P. 117-125.*

### **КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В СИСТЕМЕ АНАЛИЗА СОСТОЯНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ**

V.M. Ponomarenko, M.M. Lastovchenko, V.V. Kalnysh, Yu.G. Bobyr, P.A. Voloshin (*Київ*)

На основании анализа состояния инфраструктуры информатизации системы здравоохранения Украины обоснованы требования к единой системе информационно-аналитического обеспечения (ЕСИАО) управления отраслью. Рассмотрено применение одной из информационных технологий телемедицины для разработки и внедрения главной компоненты ЕСИАО - информационной системы анализа состояния (ИСАС) заболеваемости, которая поддерживается мониторингом состояния здоровья населения и заболеваемости, в частности.

Представлено краткое описание пакета программ к ИСАС, его внедрения в виде сравнительного анализа состояния заболеваемости туберкулезом по областям Украины и районам г. Киева.

### **CONCEPTUAL ITEMS OF MODERN TELEINFORMATION TECHNOLOGIES TO BE IMPLEMENTED INTO POPULATION MORBIDITY ANALYSING SYSTEM WITHIN UKRAINIAN PHS**

V.M. Ponomarenko, M.M. Lastovchenko, V.V. Kalnysh, Yu.H. Bobyr, P.A. Voloshin (*Kyiv*)

An assessment of the whole now existing infrastructure of inradepartmental information-analytical system within the Ukrainian PHS has been made. The principal demands for an unified model of such an operational system has been substantiated. It has to be uniformed one and provide substantial information with its analytical processing, especially concerning population morbidity patterns as a main component of a population health status which has to be constantly monitored and controlled. This would be performed by the special unit - its information subsystem for status quo analysis (ISSA). The short outlay of ISSA programmes' package is also presented with their potential practical implementation, i.e. to make comparative comprehensive analysis on tuberculosis morbidity and prevalence in some administrative provinces of Ukraine and Kyiv city.

УДК

*В.О. КОЛОДЕНКО, Є.М. ЗАХАРЧЕНКО, А.Г. КРАВЧЕНКО, Е.О. ПІДЛУБНА*

## **НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ КАФЕДРИ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОДЕСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПРОТЯГОМ ХХ СТОЛІТТЯ**

Одеський державний медичний університет

На усіх етапах розвитку кафедри її наукові дослідження були спрямовані на задоволення потреб практики охорони здоров'я та вирішення актуальних теоретичних проблем.

Організація кафедр даного профілю була пов'язана зі становленням державної системи охорони здоров'я, що потребувало розробки нових принципів, організаційних форм медичної допомоги, а також реформи медичної освіти.

Перші лекції з соціальної гігієни були прочитані відомим гігієністом, професором М.М. Костяніним на кафедрі гігієни в 1920 р. А з 1923 р. соціальна гігієна викладається як самостійна дисципліна на відповідній кафедрі. Її першим завідувачем був відомий епідеміолог і організатор охорони здоров'я Л.В. Громашевський.

Ідеологія, напрямки та методи роботи кафедри базувалися на традиціях Одеської медичної школи, матеріалах фундаментальних досліджень з фізіології (І.М. Сеченов, І.І. Мечніков), патології (В.В. Підвисоцький, В.К. Стефанський), епідеміології (Д.К. Заболотний, М.Ф. Гамалея), гігієни (Г.В. Хлопін).

Дух творчості, високої культури та передових поглядів на проблеми медицини, майбутнього, притаманних Одеській медичній школі, заклали фундамент світогляду та наукової діяльності співробітників багатьох кафедр медичного інституту на початку 2-го тисячоліття.

Зв'язок кафедри соціальної гігієни з загальною гігієною та епідеміологією на першому етапі її розвитку забезпечив творчу співдружність представників різних профілактичних дисциплін в обґрунтуванні принципів попереджувальної медицини.

Провідником та каталізатором цього творчого процесу в буреломний революційний період був Л.В. Громашевський. Його ерудиція, високий рівень загальнотеоретичної підготовки, живий лекторський талант, рідкісні здібності організатора та популяризатора робили напрочуд

ефективною його багатогранну діяльність: наукову, організаційну, педагогічну та громадську.

З 1923 р. він успішно поєднує керівництво кафедрами епідеміології, соціальної гігієни, науково-дослідною кафедрою профілактичної медицини з посадою ректора Одеської медичної академії.

В той період однією з найбільш значимих соціальних проблем була інфекційна захворюваність, а соціально-економічна відсталість та вкрай незадовільний стан медико-санітарної справи потребували визначення найбільш ефективних напрямків в організації протиепідемічної роботи.

Саме Л.В. Громашевський взяв на себе тягар не тільки визначення цих напрямків, але й вніс значний вклад в обґрунтування системи, яка об'єднувала створення спеціалізованих протиепідемічних закладів, підготовку профільних спеціалістів та наукову розробку основ епідеміології [1].

При вивченні епідемічного процесу інфекційних захворювань необхідно підняти від суми окремих випадків до визначення ролі біологічного та соціального компонентів цього процесу. Говорив Л.В. Громашевський.

Саме він підкреслював, що провідну роль у виникненні і розвитку епідемій відіграють соціальні умови, тому заходи по їх зміні суттєво впливають на розвиток епідемічного процесу.

Вслід за провідними соціал-гігієністами країни М.О. Семашко та З.П. Соловйовим він ставив вивчення соціально-гігієнічних проблем в ряд найважливіших напрямків в науково-практичній діяльності кафедри.

В дусі того часу з метою включення громадськості в боротьбу з інфекційною захворюваністю Л.В. Громашевський збагатив методи санітарної освіти оригінальною формою – публічний суд над порушниками протиепідемічного режиму [2].

Успішне поєднання наукової діяльності з практичною роботою в закладах охорони здоров'я дозволило сформулювати теоретичні засади

профілактики інфекційних та паразитарних захворювань.

В одній із ранніх статей (1922 р.), присвяченій проблемам охорони здоров'я, Л.В. Громашевський формулює принципи та обґрунтовує показники ефективності роботи лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) як складової частини суспільного виробництва [4].

Досвід наукової діяльності, самовідданість та організаторські здібності успішно реалізуються Л.В. Громашевським протягом всього життя.

Незалежно від посади, чи то головний лікар Одеської дезстанції, чи завідувачий відділом медичної освіти, керівник Одеського губздраву, завідувачий кафедрою, ректор Одеського медичного інституту, керівник багатьох науково-дослідних інститутів, Л.В. Громашевський залишався вірним ідеї системного вирішення проблем здоров'я населення, наукової обґрунтованості та практичної доцільності лікувально-профілактичних заходів.

Наукові праці Л.В. Громашевського і сьогодні залишаються сучасними, їх відрізняє фундаментальність, методологічна обґрунтованість та зрозумілість як для науковців, так і для організаторів охорони здоров'я. Саме ці характерні риси вченого-теоретика Л.В. Громашевського дозволяли йому успішно співпрацювати з провідними фахівцями країн учасників ООН при створенні Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Залишивши кафедру соціальної гігієни і концентруючи свої інтереси в області епідеміології, Л.В. Громашевський фактично ніколи не поривав зв'язку з соціальною гігієною як наукою та з організацією охорони здоров'я, якій служили практично всі його теоретичні розробки.

Подальший розвиток наукових досліджень на кафедрі пов'язаний з іменем соратника та однодумця Л.В. Громашевського професора Л.І. Дайліса.

В період становлення державної системи охорони здоров'я кафедра, крім розробки санітарних та протиепідемічних заходів, займалась постановкою обліку та звітності в закладах охорони здоров'я, узагальненням досвіду їх роботи, вивченням умов життя та смертності медичних працівників міста, побуту студентської молоді.

Вивчення стану здоров'я осіб призовного віку, медичних працівників, студентів медичного інституту, а також причин захворюваності на туберкульоз, хвороби системи кровообігу та виразкову хворобу послужили методичною основою для організації медичного обслуговування відповідних контингентів населення в регіоні.

У 20-ті роки, коли активно відпрацьовувався диспансерний метод роботи лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) як основний метод прак-

тичної реалізації принципу профілактики в охороні здоров'я, за ініціативою та участю кафедри в інституті був створений єдиний диспансер, який став базою навчально-методичної, наукової та лікувально-діагностичної роботи багатьох теоретичних та клінічних кафедр, в т.ч. і соціальної гігієни [3]. В складі диспансеру було організовано соціально-гігієнічний відділ, до якого входило декілька бюро: санітарної статистики, санітарної освіти, патронажної роботи.

Але в кінці 30-х років внаслідок деяких принципових помилок в роботі єдиних диспансерів, слабкої матеріальної бази їх, а також організаційних недоліків на місцях ці диспансери були ліквідовані, в т.ч. і успішно працюючий диспансер в Одеському медичному інституті. Кафедра втратила клінічну базу, яку не поновлено до сьогодні. Знадобилось десятиріччя, щоб диспансерний метод роботи опанував умами організаторів охорони здоров'я і став основним методом роботи ЛПЗ.

У післявоєнні роки кафедра активно включилась у вивчення санітарних наслідків війни і характеру патології населення, а також в розробку заходів щодо найскорішої відбудови системи охорони здоров'я області.

З кінця 40-х років кафедра займалась розробкою питань, пов'язаних з організацією об'єднаних лікарень. В 50-ті роки кафедра проводила комплексні дослідження захворюваності населення разом з клінічними, гігієнічними та теоретичними кафедрами інституту. Під методичним керівництвом кафедри було проведено, зокрема, дослідження умов праці та захворюваності робітників суперфосфатних заводів, графітного виробництва та виноградарських радгоспів з наступною розробкою системи оздоровчих та профілактичних заходів [4], а також захворюваності населення хронічною неепідемічною патологією, зокрема гіпертонічною хворобою. Предметом наукових інтересів кафедри були також такі актуальні проблеми, як смертність немовлят, розвиток спеціалізованої медичної допомоги, удосконалення діяльності ЛПЗ та обліку і звітності в них, впровадження наукової організації праці медичних працівників [19].

Значна частина наукових досліджень кафедри в цей період була присвячена історії організації медичної допомоги в Херсонській губернії та в м. Одесі, а також історії Одеського медичного інституту. На 1965 рік зі 117 наукових робіт кафедри - 52 історичні [4]. Ці матеріали склали основу експозиції музею історії Одеського державного медичного інституту.

У зв'язку з наростанням тривожних тенденцій в демографічних процесах, ростом захворюваності населення на хронічні захворювання, знач-

ним впливом на здоров'я населення негативних сторін науково-технічного прогресу в 60-70-ті роки основною науковою тематикою кафедри стало вивчення здоров'я соціально важливих контингентів населення (жінки, діти, підлітки, учні ПТУ, робітники промислових підприємств, плавсклад ЧМП) з науковим обґрунтуванням комплексних заходів профілактики захворюваності та зміцнення здоров'я.

За матеріалами дослідження виявлені особливості фізичного розвитку дітей сільських районів Одеської області (А.Г. Кравченко), стану здоров'я підлітків Миколаївської області (Й.М. Авратинський), фізичного розвитку молоді призовного віку (В.А. Каліцев), стану здоров'я учнів середніх морських ППУ з характеристикою санітарно-гігієнічних умов навчання (А.Г. Кравченко).

Під керівництвом проф. П.Н. Чорноброва на кафедрі була виконана серія дисертаційних робіт (В.А. Каліцев, А.Г. Кравченко, Й.М. Авратинський).

Наукові дослідження співробітників кафедри знайшли своє місце в розробці практичних рекомендацій з оцінки фізичного розвитку сільського населення, та нормативів артеріального тиску у молоді призовного віку. Розроблені на кафедрі інструктивно-методичні матеріали з диспансеризації плавскладу та інформаційного супроводження діяльності суднової амбулаторії стали базовими в організації медичної допомоги морякам торговельного флоту колишнього СРСР [17].

В період 1970-1990 рр. кафедра проводить широкомасштабні дослідження в галузі медико-санітарного забезпечення працівників морського транспорту. Комплексне соціально-гігієнічне вивчення стану здоров'я моряків, докерів та працівників судноремонтних заводів дозволило не тільки виявити комплекс чинників, що впливали на їх здоров'я, але і визначити проблеми та шляхи їх вирішення [11, 28].

Розроблені за матеріалами досліджень співробітників кафедри методичні рекомендації, інформаційно-методичні документи і сьогодні використовуються в практичній роботі ЛПЗ на морському транспорті [5, 6, 17, 27]. Підготовлений за участю завідуючого кафедрою А.Г. Кравченка "Справочник судового врача" до теперішнього часу є чи не єдиним посібником з організації медико-санітарної допомоги плавскладу [34]. Матеріали багаторічного вивчення стану здоров'я моряків демонструвались у школі передового досвіду на ВДНГ (1979 р.).

В цей період виконуються дослідження по соціально-гігієнічній оцінці причин захворюваності на заводах "Центроліт" (А.В. Вережнікова, Є.М. Захарченко) та сільськогосподарських підприє-

мствах з широким застосуванням отрутохімікатів та мінеральних добрив (А.Г. Кравченко, О.М. Намятий), а також наукові розробки проблем управління охороною здоров'я [3, 8, 9, 31].

В 1987-90 рр. кафедра брала участь у вивченні смертності населення Одеської області від хвороб системи кровообігу за замовленням МОЗ УРСР (Є.М. Захарченко). Комплексний підхід за участю співробітників кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб (зав. каф. - проф. А.Є. Золотарьов), кафедри патологічної анатомії (зав. каф. - проф. А.І. Даниленко) та кафедри судової медицини (доц. Л.Д. Чеканов) дозволив виявити ряд суттєвих недоліків на етапах організації медичної допомоги населенню.

Аналіз показників смертності, а також експертна оцінка організації і якості медичної допомоги померлим та посмертної діагностики дозволили встановити найбільш важливі причини смертності в різних статевих і вікових групах, дати характеристику об'єму та якості диспансеризації хворих з хворобами системи кровообігу, оцінку термінової медичної допомоги і виявити дефекти ведення медичної документації, зокрема, неправильне оформлення лікарського свідоцтва про смерть [16]. За результатами дослідження було розроблено організаційні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування хворих цього профілю та об'єктивізації показників смертності. Для удосконалення обліку смертності були також підготовлені і впроваджені в практику охорони здоров'я "Методические рекомендации по заполнению врачебного свидетельства о смерти" [29].

В період 1986-1990 років викладачі кафедри провели ряд наукових досліджень стану здоров'я окремих груп населення і проблем в діяльності закладів охорони здоров'я відповідно до регіональних комплексних програм охорони здоров'я.

Так, разом з кафедрами внутрішніх хвороб педіатричного і стоматологічного факультетів (зав. каф. проф. Н.Б. Руденко, зав. каф. доц. М.О. Остапчук) були виконані планові дослідження по вивченню стану амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги населенню м. Одеси з використанням методів експертної оцінки якості амбулаторного обстеження та лікування хворих на ревматизм, хронічні захворювання печінки, гіпертонічну хворобу та захворювання нирок.

Суттєві недоліки були виявлені також при аналізі роботи стаціонарів: досить висока частота необґрунтованого направлення на госпіталізацію, недостатня повнота та незадовільна якість обстеження і лікування на догоспітальному етапі. Була виявлена диспропорція в організації медичної допомоги за профілями і установами

фактична потреба населення в різних видах допомоги, що потребувало перегляду штатного розкладу лікарів в амбулаторно-поліклінічних закладах. Аналіз діяльності стаціонарів міста дозволив дати ряд рекомендацій щодо раціонального використання ресурсів. За рахунок поліпшення організації лікувально-діагностичного процесу, а також впровадження нових технологій лікування значно покращались і такі показники, як задоволеність хворих та персоналу ЛПЗ.

Виявлені при аналізі диспансеризації дітей першого року життя недоліки були узагальнені та передані в міський відділ охорони здоров'я для подальшого удосконалення цієї ланки роботи [20], а результати вивчення соціально-гігієнічних аспектів абортів в м. Одесі неодноразово обговорювались на засіданнях обласних наукових товариств акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров'я [10].

З 1985 по 1990 р. кафедра разом з Одеським обласним відділом охорони здоров'я, Одеською обласною СЕС, Одеським еколого-геологічним центром вивчала географію захворюваності населення області в зіставленні зі структурно-геологічними, геофізичними, ландшафтно-геологічними та гідрогеохімічними аномаліями, в т.ч. зонами забруднення отрутохімікатами та добривами. За результатами цих багатопланових досліджень були підготовлені та видані "Кадастри и атлас карт медико-геологических аномалий на территории Одесской области", де вказані головні аномалії і зони еколого-медичного ураження, котрі потребують розробки спеціальних заходів по їх ліквідації та ціленаправленої диспансеризації населення [18].

Період кінця ХХ сторіччя і початок 3-го тисячоліття для нашої країни характеризується суспільно-політичним рухом по здобуттю народом України незалежності. Орієнтація на Європейські стандарти та стратегії розвитку суспільства потребувала від науковців Української охорони здоров'я мобілізації зусиль на перебудову основних засад та принципів системи охорони здоров'я населення.

Співробітники кафедри під керівництвом проф. Д.В. Тинтюка взяли активну участь у вирішенні такої пріоритетної задачі у розвитку системи, як вдосконалення ПМСД [35].

Цим проблемам були присвячені дослідження сімейних чинників ризику (О.В. Козаченко), доступності і якості амбулаторно-поліклінічної допомоги (О.Д. Корвецький), а також експертна оцінка госпіталізованої захворюваності (С.А. Батченко), які обґрунтували впровадження сімейних амбулаторій в сільській місцевості [21].

За ініціативою завідуючого кафедрою, проф. Д.В. Тинтюка була розпочата робота з розроб-

ки програми реформування системи охорони здоров'я області.

Спільно з фахівцями медичного університету Амстердама (Нідерланди) в 1994 р. зроблена перша спроба підготовки сімейних лікарів з числа досвідчених дільничних терапевтів та педіатрів.

Подальше поглиблення та розширення наукових досліджень з проблем вдосконалення ПМСД на принципах сімейної медицини пов'язано з діяльністю проф. В.О. Колоденка, який очолює кафедру в 1994 році.

Інтенсивні дослідження по вивченню захворюваності, сімейних чинників ризику, методів ранньої діагностики та диспансеризації хворих на соціально значиму патологію в південному регіоні дозволили розробити теоретичну базу нових медичних технологій в діяльності сімейного лікаря, підходи до комплексної оцінки здоров'я сім'ї та умови фінансового забезпечення ПМСД. Узагальнені результати цієї роботи були представлені на IV з'їзді організаторів охорони здоров'я (1996), а також використовуються в пілотному проекті по програмі партнерства з Американським міжнародним альянсом охорони здоров'я (АМСЗ).

В цей період розвиваються плідні контакти кафедри з міжнародними дослідницькими центрами: успішно реалізується програма «МАТРА» з сімейної медицини (Нідерланди) та Американський міжнародний альянс охорони здоров'я (АМСЗ) з реформування ПМСД (США).

Під керівництвом кафедри (проф. В.О. Колоденко) реалізується програма «Реформа охорони здоров'я»: за участю фахівців з США проведена медико-економічна оцінка діяльності ЛПЗ; за три роки близько 80 % керівників, економістів та бухгалтерів ЛПЗ області пройшли фахові тренінги, що заклало необхідне підґрунтя для реформування в галузі охорони здоров'я в регіоні.

Запропонована творчою групою «Програма реформування регіональної системи охорони здоров'я» була підтримана і прийнята адміністрацією області (О.О. Корвецький).

Основні положення цієї програми стали свого роду прелюдією до Концепції реформування охорони здоров'я в Україні, в розробці якої брав безпосередню участь завідуючий кафедрою, професор В.О. Колоденко.

Співробітники кафедри беруть участь в організації та діяльності Всеукраїнського суспільного об'єднання лікарів "За здорову націю-Пульс України".

З програмним докладом по проблемі правового забезпечення реформ в Україні на I з'їзді цього об'єднання за участю Уряду та Президента України Л.Д. Кучми виступив зав. кафедрою В.О. Колоденко.



Запропонована співробітниками кафедри в співдружності з іншими науковими центрами України щорічна конференція “Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров’я” стала свого роду провідником організаційно-методичного забезпечення реформ в Україні.

В ситуації, коли вибір стратегічних напрямків розвитку галузі занадто затягнувся, викладачі кафедри активно виступають з характеристикою

цієї ситуації і висловлюють науково обґрунтовану позицію щодо вибору стратегії і практики реформування системи охорони здоров’я України [7, 12, 13, 14, 15, 22, 23, 26, 30, 32, 33].

Досвід міжнародного співробітництва і матеріали численних досліджень з актуальних проблем організації та управління охорони здоров’я сьогодні активно впроваджуються практичною охороною здоров’я.

### Список літератури

1. Гольд Э.Ю. Вклад Л.В. Громашевского в развитие теории и практики эпидемиологии (к 100-летию со дня рождения) // Фельдшер и акушерка. – 1987. - № 10. - С. 39-43.
2. Грандо А.А. Путешествие в прошлое медицины. - К., 1995. - С. 112-114.
3. Дайлис І.Л. Работа единого диспансера і його філії при Одеському медичному інституті // Профілактична медицина. – 1925. - № 4. - С. 10-14.
4. Дайлис І.Л. К 40-летию кафедры организации здравоохранения Одесского медицинского института // Сов. ЗО. – 1965. - № 3. - С. 60-63.
5. Диспансеризация больных хронической ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью среди работающих на судоремонтных и станкостроительных заводах: Информ. Листок / Алейникова Л.И., Золотарев Л.Е., Сапрыгин В.Г. и др. – К., 1980. – Вып. 1/15. – 4 с.
6. Диспансеризация плавсостава. Реабилитация. Врачебно-трудовая экспертиза: Методические рекомендации / С.А. Синицин, М.С. Денисюк, А.Г. Кравченко, А.Г. Путиенко. – Одесса, 1981. – 14 с.
7. Захарченко Е.М. Реформування системи охорони здоров’я: історичний досвід, чинники середовища, вибір стратегій // Проблеми реформування регіональної політики в галузі охорони здоров’я: Матеріали наукової конференції 7-8 червня 2001р. – Одеса, 2001. - Ч. II. - С. 78-83.
8. Захарченко Е.М., Гордон Ю.Н., Леоненко И.Н. Управление здравоохранением и его рационализация: Методические рекомендации. – К.: РМК МЗ УССР, 1981. – 56 с.
9. Захарченко Е.М., Степула В.В. Применение нормативного и аналитического метода в планировании амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. – Одесса: РМК МЗ УССР, 1983. – 51 с.
10. Захарченко Е.М., Попов В.Е. Социально-гигиенические аспекты аборта в Одессе // Мед. сестра. – 1988. - № 2. – С. 13-19.
11. Захарченко Е.М., Леликов А.И., Кушнир В.И. Организационные подходы к совершенствованию диспансеризации рабочих промышленных предприятий: Методические рекомендации. – Одесса: РМК МЗ УССР, 1989. – 37 с.
12. Захарченко Е.М., Козаченко О.В., Ратовский И.И. Семейные факторы здоровья. // Одесский гор. Центр Здоровья. – Одесса, 1993. – 55 с.
13. Захарченко Е.М., Кушнир В.И. К вопросу о цеховой службе в процессе перестройки здравоохранения // Акт. проблемы медицины транспорта: Укр. межведомств. н/пр. конф. с междунар. участием. - Одесса, 23-24 сент. 1993. - С. 123.
14. Захарченко Е.М. О задачах социальной медицины на современном этапе // Акт. проблемы социальной медицины, организации здравоохранения и пути их дальнейшего развития: история, опыт, перспективы / Под ред. И.А. Логвиненко. – Днепропетровск: БИ, 1994. – С. 22-24.
15. Захарченко Е.М. Що, як і навіщо ми реформуємо // Політика і стратегія української держави в галузі охорони здоров’я: Матеріали науково-практ. конф. 20-21 травня 1999 р. – Одеса, 1999. – С. 24-27.
16. Золотарев А.Е., Захарченко Е.М. Смертность населения Одесской области от болезней системы кровообращения // Тез. докл. науч.-практ. конф. «Соврем. аспекты фармакотерапии заболеваний внутренних органов». – Одесса, 1993. – С. 57-58.
17. Инструкция по диспансеризации плавсостава Черноморского морского, Азовского морского и Советского Дунайского пароходств в рейсовом периоде / Синицин С.А., Денисюк М.С., Волченко М.П., Кравченко А.Г., Павлов Н.В. – Одесса, 1973. – 35 с.
18. Кадастры и атлас карт медико-геологических аномалий на территории Одесской области / Анисимов А.М., Батечко С.А., Кеңц В.В. и др. – Одесса: БИ, 1991. – 176 с.
19. Кафедре социальной медицины и организации здравоохранения Одесского медицинского института им. Н.И. Пирогова – 70 лет / Е.М. Захарченко, А.Г. Кравченко, Л.Б. Владамирова, И.И. Ратовский // Н/практ. конф. по истории здравоохранения (к 200-летию г. Одессы): Материалы. – Одесса, 1994. – С. 21-24.
20. Качество диспансеризации детей первого года жизни: Информационный листок № 89 – 0002 // Захарченко Е.М., Кравченко А.Г., Мураховская Л.И. и др. – Одесса: РГАСНТИ, 1989. – 7 с.
21. Організаційні принципи сімейної диспансеризації у сільській місцевості / Інф. лист. – МОЗ, Укр. медпатентінформ, 2000. – 3 с.

22. Колоденко В.А. Научное обоснование технологических схем работы семейного врача // Материалы IV съезда социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения. – Одесса, 1996. – Т.2 – С. 25-28.
23. Колоденко В.О. Принципи та стратегії конкретно інтегрованої системи охорони здоров'я // Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я: Матеріали наукової конференції 7-8 червня 2001р. – Одеса, 2001. – Ч.ІІ. - С. 89-98.
24. Кравченко А.Г. Физическое развитие сельских детей 2-го и 3-го года жизни Одесской области (1966-1967 гг.) // Материалы по физическому развитию детей и подростков городов и сельской местности СССР. – Москва, 1977. - Вып. III. – С. 347-348, 350-357.
25. Кравченко А.Г. Оценочные таблицы физического развития сельского детского населения Одесской области и методика пользования ими: Методические указания. – Одесса: БИ, 1969. – 56 с.
26. Материалы 2-го съезда социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения Украины. – К., 1990. – Ч. I. - С. 132-133; Ч. II. - С. 137-138, 164-165.
27. Медико-санитарная служба на судах: В 5-ти частях. – Одесса, 1983. – Ч. IV / Диспансеризация. Врачебно-трудовая экспертиза: Метод. рекомендации для врачей-интернов по профилю судовой врач, судовых врачей / Денисюк М.С., Сеницын С.А., Кравченко А.Г., Лобенко А.А., Путиенко А.Г. – Одесса, 1983. – 18 с.
28. Медицинские и социальные аспекты снижения заболеваемости рабочих промышленных предприятий / А.А. Лобенко, Е.М. Захарченко, В.И. Кушнир, А.Б. Шехтман // I съезд СГ и ОЗ Украинской ССР (тезисы докл.). – Днепропетровск, 1985. Ч. I. – С. 36-37.
29. Методические рекомендации по заполнению врачебного свидетельства о смерти. // Тинтюк Д.В., Золотарев А.Е., Захарченко Е.М. и др. – Одесса: ОМИ, 1991. – 30 с.
30. Пути реализации нового хозяйственного механизма в первичном звене сельского здравоохранения / Тинтюк Д.В., Подолинный Г.И., Захарченко Е.М. и др. // Итоги и проблемы освоения нового хозяйственного механизма в системе здравоохранения Украины. – Житомир, 1992. – С. 121-123.
31. Рационализация процесса управления здравоохранением сельского района / Зубаренко В.З., Мицкевич А.И., Батечко С.А., Захарченко Е.М., Чернецкий В.Н. // Совершенствование организации медицинской помощи сельскому населению: I съезд социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения Молд. ССР: Тез. докл., 22-23 сент. 1982 г. – Кишинев, 1982. - С. 100-101.
32. Роль семейного врача в совершенствовании первичной медико-санитарной помощи сельскому населению / Д.В. Тинтюк., Г.И. Подолинный, А.Д. Корвецкий, О.В. Козаченко // Тез. докл. науч.-практ. конф. «Соврем. аспекты фармакотерапии заболеваний внутренних органов. – Одесса, 1993. - С. 65-66.
33. Состояние и перспективы организации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению Одесской области / Тинтюк Д.В., Подолинный Г.И., Захарченко Е.М. и др. // Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицины: Респ. межвед. сборник. – К., 1993. – Вып. 24. – С. 93-96.
34. Справочник судового. / Под ред. А.А. Лобенко. – К.: Здоров'я, 1992. – 296 с.

### **НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОДЕССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА НА ПРОТЯЖЕНИИ XX СТОЛЕТИЯ**

В.А. Колоденко, Е.М. Захарченко, А.Г. Кравченко, Э.А. Подлубная (Одесса)

Приведены материалы о научно-практической деятельности кафедры социальной медицины и организации здравоохранения Одесского государственного медицинского университета. В социально-историческом контексте рассмотрены некоторые научные достижения. От формирования системы противоэпидемических мероприятий в 20-30-е годы до разработки стратегии развития первичной медико-санитарной помощи - таков диапазон научных интересов кафедры. Особое место занимают работы по организации медико-санитарного обеспечения работников морского флота, рыбного хозяйства и судостроительной отрасли. Гордостью кафедры является ее организатор академик В.Л. Громашевский.

### **SCIENTIFIC ACTIVITY OF SOCIAL MEDICINE AND PUBLIC HEALTH DEPARTMENT OF ODESSA STATE MEDICAL UNIVERSITY IN XX CENTURY**

V.A. Kolodenko, E.M. Zakharchenko, A.g. kravchenko, e.a. podlubnaya (Odessa)

Materials about scientific and practical work of social medicine and public health department of Odessa State Medical University are provided. Some scientific achievements are discussed in their social-historical aspects. The diapason of scientific interests of department includes creation of anti-epidemic maintenance system in 20-30 years to development of primary health care strategy. Especial place takes works on health care services of fleet, fishing industry and ship-repairing enterprises. The department is full with proud its founder was an academician Gromashevskiy V.L.

## **ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Інститут травматології та ортопедії

Сучасні ортопедія і травматологія України ввійшли в XXI ст. і прямують до свого столітнього ювілею як найважливіша галузь медицини з чіткою системою організації спеціалізованої допомоги, визначними здобутками науково-прикладних і фундаментальних досліджень, вагомими розробками нагальних проблем збереження здоров'я та запобігання інвалідизації профільного контингенту хворих.

Характерною особливістю цієї галузі є визначення певних напрямів наукових досліджень, лікувально-профілактичної допомоги та організаційних заходів відповідно до потреб суспільства, його народногосподарських завдань, епідеміологічної та екологічної ситуації, науково-технічного прогресу, концепцій державної політики з охорони здоров'я.

Науково-дослідні інститути травматології та ортопедії (Київ, Харків, Донецьк) постійно спрямовують зусилля на розвиток і вдосконалення організації спеціалізованої служби в областях, упроваджують нові наукові розробки в медичну практику, значну увагу приділяють підвищенню кваліфікації кадрів лікарів-ортопедів-травматологів [1, 5, 12]. Так, щороку виконується понад 50 наукових робіт, пропонується від 10 до 30 нововведень, нових технологій, публікується близько 300 наукових праць у журналах, збірках, посібниках, видається близько 10 монографій, 20 методичних рекомендацій, інформаційних листів, інструкцій тощо. Для підвищення кваліфікації проходять підготовку на курсах інформації і стажування близько 50 лікарів, отримують ступінь вищої кваліфікації з проблеми травматології та ортопедії 10–15 фахівців. Крім того, протягом року проводиться більше ніж 10 науково-практичних конференцій, тематичних семінарів, симпозіумів, пленумів, а також засідань місцевих осередків Української асоціації ортопедів-травматологів, представники якої кожні 4 роки підсумовують науково-практичну діяльність галузі на з'їзді, розглядаються актуальні проблеми спеціалізованої служби [2, 6].

Перехід до ринкової економіки, обмежене фінансування визначили потребу переглянути шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я та її спеціалізованих галузей.

У минулі роки екстенсивний розвиток охорони здоров'я полягав у розширенні спеціалізованої мережі, збільшенні кількості ліжок, лікарів, створенні спеціалізованих відділень. Такий шлях розвитку дозволив досягти одного з найвищих у світі рівнів забезпеченості населення лікарями різних спеціальностей і лікарняними ліжками, що зумовило доступність кваліфікованої медичної допомоги населенню. При цьому здійснювалася вузька спеціалізація, лікарі широкого профілю склали лише 12 %. Спеціалізація медичної допомоги розглядалась як провідний шлях підвищення кваліфікації лікарів і покращення якості медичної допомоги [9, 11].

Такий напрям розвитку охорони здоров'я в нових соціально-економічних умовах виявив недостатню економічну та організаційну обґрунтованість і стратегічну неспроможність. Диспропорція у співвідношенні більш масової та доступної невідкладної, а також амбулаторно-поліклінічної допомоги та стаціонарного лікування, обмежене ресурсне забезпечення зумовили потребу розробити концепцію реформування системи охорони здоров'я з визначенням доцільності інтенсивного шляху розвитку галузі та переходу до страхової медицини з викладенням відповідної програми заходів щодо вдосконалення пріоритетних напрямів лікувально-профілактичної допомоги населенню та впровадження сімейної медицини [10].

Серед основних завдань Програми реформування системи охорони здоров'я України слід відзначити такі: впровадження заходів багатоканального фінансування, основу якого складає обов'язкове соціальне медичне страхування; пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги та сімейної медицини; опрацювання стандартів медичної допомоги, створення сис-

теми інформаційного забезпечення з використанням комп'ютерної техніки тощо.

Шляхом екстенсивного розвитку постійно вдосконалювалася спеціалізована допомога хворим з травмами і ураженнями опорно-рухового апарату, чому сприяла активна участь профільних науково-дослідних інститутів, які спрямовували наукові пошуки на покращення методів відновного лікування, науково-методичну та організаційну допомогу областям.

З урахуванням розроблених нормативів створена матеріально-технічна база цієї спеціалізованої служби – поступово збільшувалася кількість ліжок, відділень, кваліфікованих лікарів-травматологів-ортопедів, були розроблені відповідні положення, регламентовані обов'язки кожного підрозділу, викладені у наказах МОЗ України, інструктивних і методичних матеріалах. З роками в Україні сформувалася цілісна система ортопедо-травматологічної допомоги, до складу якої входять: 3 профільні інститути, близько 20 кафедр вищих навчальних медичних закладів, мережа спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів в областях (невідкладної допомоги, амбулаторно-поліклінічного лікування, стаціонарної допомоги, відновного лікування та медико-соціальної реабілітації), травматологічні МСЕК, протезно-ортопедичні підприємства, профільні санаторії. Всю цю структуру об'єднує Українська асоціація ортопедів-травматологів. Послідовність надання ортопедо-травматологічної допомоги, взаємозв'язок між закладами провідних ланок служби сприяють забезпеченню своєчасного і повноцінного лікування, попередженню інвалідності (схема) [3, 4].

Однак останнім часом з'явилися ускладнення в діяльності всіх підрозділів ортопедо-травматологічної служби, що зумовлено недостатнім їх фінансуванням, неспроможністю забезпечення діагностичною апаратурою, хірургічним обладнанням і інструментарієм, майже відсутністю лікарських засобів тощо. І це при тому, що травми та ортопедичні захворювання продовжують займати одне з провідних місць серед уражень, які негативно впливають на показники здоров'я, зростає їх поширеність і тяжкість серед різних груп населення, збільшується питома вага тимчасової та стійкої втрати працездатності (інвалідності) і смертності.

Все це свідчить про велику потребу розробити у складних соціально-економічних умовах заходи щодо зміцнення організації ортопедо-травматологічної допомоги і підвищення її якості з урахуванням сучасних можливостей.

На підставі аналізу стану ортопедо-травматологічної допомоги встановлено, що в останні десятиріччя увага приділялась здебільшого роз-

ширенню стаціонарної ортопедично-травматологічної мережі, спрямовувалися зусилля на розвиток та вдосконалення спеціалізованої допомоги у галузі – створювалися спеціалізовані відділення (профільні центри) остеомієліту, ендопротезування, травми кисті, ортопедичної мікрохірургії, вертебології, артрології. Усе це дозволило підвищити якість стаціонарної допомоги, досягти значних успіхів у наданні спеціалізованої допомоги певним контингентам хворих, розробляти та впроваджувати нові технології лікування, що, проте, потребувало значних зусиль та фінансових витрат. Виникли труднощі не лише для подальшого вдосконалення стаціонарної допомоги, а й для утримання досягнутого ліжкового забезпечення.

Поряд із цим спеціалізованій допомозі на рівні травм пунктів та поліклінік як найбільш масовій, доступній і наближеній до населення не приділялась належна увага з боку органів охорони здоров'я. Про недостатню забезпеченість кваліфікованою ортопедо-травматологічною допомогою населення в поліклініках свідчить лікування хворих з травмами у хірургів, які не всі пройшли підготовку з травматології, що негативно впливає на результати лікування цього контингенту хворих. Така ситуація спостерігається у більшості поліклінік протягом багатьох років і, незважаючи на акцентування уваги на зазначеній диспропорції, положення з травматологічними прийомами не змінилось. І це при тому, що, крім прийому первинних хворих, лікарі-ортопедо-травматологи поліклінік здійснюють також подальше лікування пацієнтів, виписаних із стаціонарів, і хворих після наданої їм першої допомоги в травм пунктах.

Отже, система надання невідкладної допомоги в травм пунктах, поліклініках, травматологічних відділеннях лікарень з приводу травм і ушкоджень опорно-рухового апарату є пріоритетним напрямом ортопедії та травматології.

Про обсяг первинної допомоги свідчать травми, кількість яких щороку збільшується (два мільйони) і серед яких рани, ушкодження та вивихи становлять 64,7 %, а переломи кінцівок – понад 23 % (досягають майже 400 тис.). Цей контингент потерпілих отримує у підрозділах невідкладної служби безвідмовну першу допомогу, від повноцінності якої залежать результати лікування, його терміни та рівень інвалідності.

Особливої уваги та комплексного підходу потребують хворі з тяжкими та поєднаними травмами (політравмами), що найчастіше призводить до ускладнень та інвалідності. Це зумовлює потребу створення відділень політравми в лікарнях швидкої допомоги, які функціонують в 11 областях.

У цілому по Україні травматизм серед дорослих і підлітків за 1999 р. порівняно з 1997 знизився на 5,9 %, а у м. Києві кількість травм зросла в 1,5 раза, головним чином за рахунок побутових і вуличних. Серед різних видів травм значно переважають побутові травми з тенденцією до постійного зростання, і у 1999 р. вони становили понад 2/3 (77,5 %) усіх травм. Тим часом спостерігається зниження питомої ваги виробничих травм (у 1995 р. – 15 %, 1999 – 9,1 %). Залишається високим вуличний травматизм з тенденцією до подальшого зростання, який у 1999 р. збільшився на 7,7 % порівняно з 1998.

В областях України функціонує 115 цілодобових травм пунктів, у яких перша допомога надається майже 80 % потерпілим. Більшість із них розташовані у пристосованих приміщеннях, підлягають переоснащенню новим обладнанням, відповідною апаратурою, хірургічним інструментарієм, перев'язувальними матеріалами тощо.

Важливим розділом роботи травм пунктів є облік травм за їх локалізацією, тяжкістю, причиною, видом, що необхідно для щорічного аналізу стану травматизму та розробки заходів щодо його запобігання.

Поширеність не виробничих травм, особливо тяжкість їх наслідків (інвалідність та смертність), визначили потребу на державному рівні розробити Комплексну програму запобігання дорожньо-транспортному, побутовому і дитячому травматизму, іншим нещасним випадкам не виробничого характеру на 1996–2000 роки, затверджену Постановою Кабінету Міністрів України від 03.01.96 р. Значна увага у програмі приділялася покращенню обліку не виробничих травм, порядку направлення повідомлень про них у відповідні місцеві державні установи. На цій підставі видано наказ МОЗ України "Про затвердження облікових статистичних форм" № 158 від 23.05.96, якими передбачено облік вперше зареєстрованих травм і повідомлень про травми не виробничого характеру. Використання цих форм дозволяє вживати заходів щодо запобігання травмам не виробничого характеру. Проте система обліку травм на травм пунктах потребує вдосконалення загальної форми обліку та оповіщення не лише про не виробничі травми, а й виробничі, дитячі, дорожньо-транспортні, кримінальні та ін.

Великий обсяг документації (журнали, довідки) значно обтяжує роботу травм пунктів, змушує витратити багато часу, що на сучасному рівні свідчить про відставання служби у галузі інформатики. У зв'язку з цим доцільно розробити програму комп'ютерного обліку травм для травм пунктів та лікувальних закладів, у яких надається первинна допомога травмованим, забезпечити

їх комп'ютерами, що у майбутньому дозволить створити інформаційну мережу обліку травм і систематично аналізувати стан травматизму в динаміці, своєчасно вживати заходів щодо його запобігання. Така система обліку та оповіщення дуже важлива в разі масового травмування, стихійного лиха, катастроф, що необхідно для державної спеціалізованої служби катастроф.

Пріоритетним напрямом у лікуванні хворих з травмами та ортопедичними захворюваннями є амбулаторно-поліклінічна допомога, оскільки близько 90 % таких хворих починають і закінчують своє лікування у поліклініках.

Певний час в організації амбулаторної ортопедо-травматологічної допомоги приділялась увага питанням розширення мережі спеціалізованих травматолого-ортопедичних кабінетів на підставі розроблених нормативів (у 1995 р. їх кількість становила 1024, у 1999 – 971 кабінет). Крім того, співвідношення травматологічних та хірургічних прийомів не відповідає потребам надання спеціалізованої допомоги. Значна частина хворих з травмами звертається до хірургів, а це негативно впливає на якість їхнього лікування.

Останнім часом в умовах поліклініки широко використовується метод мануальної терапії під час лікування ушкоджень і захворювань хребта, було регламентовано Положення про кабінет мануальної терапії.

У 1994 р. було створено 165 спеціалізованих кабінетів, а надалі їх кількість зменшилась і у 1999 р. становила 75 кабінетів, хоча метод мануальної терапії продовжує широко використовуватися, ним володіє більшість ортопедів-травматологів поліклінік, які пройшли відповідну підготовку. Недостатньо контрольоване використання мануальної терапії за межами лікувальних закладів нерідко призводить до тяжких ускладнень, з якими хворі звертаються до спеціалізованих стаціонарів.

У поліклініках велика увага приділяється відновному лікуванню і реабілітації хворих з широким використанням фізіотерапевтичної апаратури, функціональної діагностики, лікувальної фізкультури, масажу, голкорексфлексотерапії та ін. Проте, як свідчить аналіз стану ортопедо-травматологічної допомоги за 1995-1999 рр. та результати перевірки роботи поліклінік, у ряді міст (Київ, Херсон, Миколаїв), значно зменшилися ресурсні можливості реабілітаційних відділень у зв'язку з обмеженням фінансування охорони здоров'я, що призвело до скорочення їх персоналу, обсягу послуг, закриття частини кабінетів, навіть відділень. Значно зменшилась ефективність диспансерного нагляду хворих, не завжди проводиться їхнє відновне лікування, особливо стосовно контингенту зі стійкою втратою працезд

датності. Складне становище в діяльності цієї провідної ланки в системі ортопедо-травматологічної допомоги населенню пов'язане ще й з недостатнім забезпеченням поліклінік кваліфікованими кадрами.

В останні роки спостерігається недостатнє забезпечення практичних лікарів інформаційно-методичною літературою, новими науковими розробками, сучасними технологіями, що необхідно для підвищення їхньої кваліфікації. Провідна роль у перебудові системи впровадження пов'язана з переходом до ринкових відносин, коли централізоване забезпечення новими розробками та контроль за їхнім упровадженням втратили силу, а нові форми ще не розроблені.

Отже, методика впровадження результатів наукових розробок та підвищення рівня профільного інформування потребують перегляду організаційних основ із врахуванням сучасних потреб, фінансових можливостей, прогресивного інформаційного рівня. Тому потрібно змінити систему планування впровадження наукових розробок для кожної спеціалізованої служби та звітність про ефективність їхнього використання, а також обґрунтовувати доцільність та реальну можливість впровадження з урахуванням матеріально-технічного та інформаційного забезпечення нових технологій [8].

Кваліфікована стаціонарна ортопедо-травматологічна допомога забезпечується в спеціалізованих відділеннях обласних, міських та центральних районних лікарень, ліжковий фонд яких в останні роки має тенденцію до скорочення і за 5 років зменшився більше ніж на 7000 ліжок. Важливого значення набуває максимально ефективно використання цих ліжок (збільшення їхньої зайнятості протягом року і обігу, зменшення кількості днів перебування хворого у стаціонарі), а також відповідне перепрофілювання їх там, де в цьому є потреба та можливості. В областях створені спеціалізовані відділення для лікування хворих на остеомієліт, із захворюваннями та ушкодженнями суглобів і хребта, кисті, ендопротезування. Ця мережа поступово збільшується.

Більшість травматологічних ліжок (15 263, або 75,8 %) розташована у міських і центральних районних лікарнях, де хворі отримують першу кваліфіковану допомогу та проходять курс відновного лікування. Цій ланці ортопедо-травматологічної допомоги повинна приділятися першочергова увага щодо зміцнення її матеріально-технічної бази, методично-інформаційного забезпечення та підвищення кваліфікації кадрів. Проте останнім часом найбільші скорочення та перепрофілювання ліжок відбуваються на рівні ЦРЛ, районних і міськрайонних лікарень.

З метою підвищення якості спеціалізованої

медичної допомоги Харківським НДІТО розроблені основи ліцензування лікувальних закладів з урахуванням можливостей виконання певного обсягу лікувальних заходів (відповідно п'яти категорій). При цьому для кожної категорії лікарень відповідає стандартизований обсяг медичної допомоги. Використання орієнтовних рекомендацій стосовно стандартизації обсягу медичної допомоги відповідно до категорії лікувального закладу дозволить зменшити кількість ускладнень та підвищити ефективність лікування [7].

Незважаючи на скорочення ліжок та мережі лікувально-профілактичних спеціалізованих закладів, кількість лікарів-ортопедів-травматологів не зменшилась, а порівняно з 1995 р. зросла майже на 200 спеціалістів, збільшилась і забезпеченість ними населення – 0,75 проти 0,69 на 10 000 населення у 1995 р. Подальше збереження кваліфікованих кадрів є запорукою підвищення якості ортопедо-травматологічної допомоги у перспективі.

Важливе значення у зв'язку з цим має рівень кваліфікаційної категорії лікарів,

питома вага атестованості яких постійно зростає (57,8 % у 1995 р. проти 64,7 – у 1999), збільшується чисельність лікарів-ортопедів-травматологів вищої категорії (у 1995р. вищу категорію мали 29,4 %, у 1999 – 34,1 %).

В районних, міських та обласних ортопедо-травматологічних відділеннях виконується широкий діапазон хірургічних втручань різної складності переважно з приводу травм і захворювань верхніх і нижніх кінцівок з використанням існуючих конструкцій для металоостеосинтезу залежно від показань. Значну питому вагу цієї патології становить остеосинтез у разі переломів верхньої та нижньої кінцівок, шийки стегнової кістки, різні пластичні операції, меніскотомія, пластика зв'язок колінного суглоба тощо. Все ширше впроваджується в ортопедо-травматологічну практику лікування з приводу наслідків травм і захворювань суглобів (ендоскопія, ендопротезування), в областях створюються відповідні спеціалізовані відділення.

Чинниками, що ускладнюють надання повноцінної стаціонарної допомоги хворим з травмами і захворюваннями опорно-рухового апарату, є недостатнє забезпечення ортопедо-травматологічних відділень відповідним обладнанням, засобами для металоостеосинтезу, хірургічним інструментарієм, сучасною апаратурою та висока їх вартість.

Облік використаних конструкцій у разі операцій на кістках і суглобах дозволяє визначити обсяг і складність хірургічних втручань, кількість і вид металоконструкцій. Така інформація важлива для планування їхнього випуску, можливо-

го централізованого забезпечення областей відповідними конструкціями, інструментарієм, апаратами та оснащенням.

У сучасних умовах у разі скорочення термінів стаціонарного лікування після операцій зростає роль подальшого лікування в умовах поліклініки та під наглядом сімейного лікаря вдома.

Одним із показників здоров'я населення, якості лікування та соціально-економічного положення є вихід на інвалідність. Хоча аналіз інвалідності за останні роки свідчить про зниження її рівня, проблема інвалідності при травмах і ортопедичних захворюваннях залишається актуальною через те, що в загальній структурі інвалідності вона посідає 2-ге–3-тє місця і переважають особи молодого і працездатного віку. За останні роки спостерігається зменшення кількості інвалідів внаслідок захворювань кістково-м'язової системи (у 1995 р. – 5,3 на 10 000 населення, 1999 – 4,9), а кількість інвалідів працездатного віку дещо збільшилась (у 1995 р. – 4,4, 1999 – 4,7 на 10 000 населення). Кількість інвалідів від травм зменшилась майже на 6000, а інвалідність – з 6,8 на 10 000 населення у 1995 р. до 4,4 – у 1999. Така сама тенденція спостерігається і у випадку виробничих травм у осіб дорослого працездатного віку (інвалідність відповідно зменшилась з 7,1 до 6,5).

Зростання інвалідності серед осіб працездатного віку зумовило потребу розробити Комплексну програму профілактики інвалідності серед дітей та населення працездатного віку на період 2000-2005 рр., затверджену наказом МОЗ

України № 117 від 23.05.2000. Програма передбачає здійснення низки заходів різними відомствами та державними установами щодо запобігання інвалідності. Це стосується вдосконалення роботи медико-соціальних експертних комісій, у тому числі травматологічних, особливо з оптимізації системи реабілітації інвалідів працездатного віку і розробки клініко-діагностичних стандартів реабілітації хворих та інвалідів внаслідок травм.

У Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров'я нації” передбачені заходи стосовно підвищення рівня медико-соціальної реабілітації інвалідів, надання їм рівних прав, розширення соціально-побутових послуг і можливостей доступу до інфраструктур, покращення протезно-ортопедичної допомоги.

Отже, для забезпечення ефективного ортопедо-травматологічного лікування хворих, кількість яких постійно зростає, слід дотримуватися послідовності надання і погодженості першої (невідкладної), амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної допомоги та медико-соціальної реабілітації з урахуванням пріоритетних напрямів системи реформування спеціалізованої служби та положень державної політики з охорони здоров'я України [3]. Велике значення у цьому має ефективне використання можливостей реабілітації переважної більшості хворих у мережі підрозділів реабілітаційної служби – поліклінік, місцевих фізіобальнеологічних лікарень, реабілітаційних центрів, відомчих профілакторіїв, профільних санаторіїв та ін.

### Висновки

У період реформування системи охорони здоров'я, переходу до ринкової економіки та страхової медицини виникає потреба інтенсивного розвитку ортопедо-травматологічної допомоги з урахуванням пріоритетних напрямів удосконалення спеціалізованої служби:

1. Удосконалення системи надання першої (невідкладної) допомоги при травмах опорно-рухового апарату, регламентування обсягу та рівня першої допомоги в спеціалізованих стаціонарах, відділеннях політравми та травм пунктах, забезпечення їх сучасним обладнанням та апаратурою, розроблення комп'ютерної програми обліку, впровадження єдиної системи оповіщення стосовно усіх видів травм.
2. Підвищення ефективності та розширення обсягу амбулаторно-поліклінічної ортопедо-травматологічної допомоги, контроль за повноцінністю диспансеризації та відновного лікування, залучення до надання лікувально-профілактичної допомоги сімейних лікарів.
3. Обґрунтування необхідного рівня забезпеченості спеціалізованими ліжками кожної області з урахуванням рівня травматизму та ортопедичної захворюваності у регіоні, підвищення ефективності роботи ліжок та сприяння оснащення спеціалізованих відділень сучасним обладнанням, відповідною діагностичною апаратурою, різними конструкціями для металоостеосинтезу, ендпротезування тощо.
4. Контроль за кваліфікаційним рівнем лікарів-ортопедів-травматологів, вдосконалення системи забезпечення усіх підрозділів спеціалізованої служби новими науковими розробками, відповідною інформаційно-методичною літературою, стандартами спеціалізованої допомоги, сучасними технологіями, нововведеннями, які мають достатню матеріально-технічну та інформаційну базу.

5. Здійснення систематичного аналізу причин і стану інвалідності від травм і захворювань опорно-рухового апарату, заходів щодо запобігання інвалідності серед працездатного населення; погодження та контроль за виконанням планів реабілітації хворих і інвалідів на сумісних засіданнях ортопедів-травматологів і лікарів-експертів травматологічних МСЕК.

### Список літератури

1. *Гайко Г.В.* Київському науково-дослідному інституту травматології та ортопедії 75 років // 75 років Українському науково-дослідному інституту травматології та ортопедії (1919–1994): Тез. доп. – К., 1994. – С. 3–5.
2. *Гайко Г.В.* Стан ортопедо-травматологічної служби і перспективи її розвитку в Україні // Дванадцятий з'їзд травматологів-ортопедів України: Матеріали з'їзду. – К., 1996. – С. 1-2.
3. *Гайко Г.В., Коструб О.О., Хохол М.І.* Основні напрямки діяльності українського НДІТО в організації ортопедо-травматологічної допомоги населенню України // Вісн. ортопедії, травматології та протезування. – 1999. – № 125. – С. 7-10.
4. *Корж А.А.* Ортопедия в Украине на рубеже столетий // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2000. – № 1 – С. 5-9.
5. *Корж А.А.* Современные реальности и перспективы в ортопедии и травматологии и перспективы развития специальности // Дванадцятий з'їзд ортопедів-травматологів України: Матеріали з'їзду. – К., 1996. – С. 2-5.
6. *Корж А.А.* Становление и развитие ортопедии в Украине (к 90-летию Харьковского НИИ ортопедии и травматологии им. М.И. Ситенко) // Междунар. мед. журн. – 1997. – Т. 3, № 4 – С. 96-99.
7. *Корж О.О., Яременко Д.О., Таршис В.Б. та ін.* Ліцензування лікувальних установ ортопедо-травматологічного профілю і стандартизація обсягів медичної допомоги при травмах і захворюваннях опорно-рухового апарату: Метод. рек. – Харків, 1995. – 12 с.
8. *Нагорна А.М.* Основні напрями наукових досліджень з проблем соціальної медицини та охорони здоров'я, шляхи їх реалізації // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – №1. – С. 60-66.
9. *Пономаренко В.М.* Основні проблеми реформування системи охорони здоров'я України // Там же. – С. 7–16.
10. *Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Євсєєв В.І.* Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації // Там же. – № 2. – С. 57-61.
11. *Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Товченко В.І. та ін.* Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги // Там же. – №1. – С. 67-72.
12. *Шумада І.В., Гайко Г.В.* Очерк истории развития Украинского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (1919–1994). – К.: Здоров'я, 1994. – 189 с.
13. *Яременко Д.А., Таршис В.Б., Батуркина Е.П. и др.* Реформирование ортопедо-травматологической службы и усовершенствование организации специализированной помощи населению Харьковской области // Ортопедо-травматология. – 2000. – № 3.– С. 156-157.

### ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

Г.В. Гайко, Ю.В. Поляченко, А.А. Коструб, М.И. Хохол (Киев)

На основании анализа состояния ортопедо-травматологической помощи в Украине в динамике за последние 5 лет и с учетом основных положений программы реформирования системы здравоохранения Украины определены приоритетные направления усовершенствования специализированной службы: преимущественное развитие амбулаторно-поликлинического лечения с участием семейного врача, первичной (неотложной) помощи, обоснование необходимого объема стационарной сети и всех подразделений медико-социальной реабилитации, выполнение стратегических мероприятий соответственно государственной политики в отрасли здравоохранения.

### PRIORITY TRENDS IN ORTHOPEDIC AND TRAUMATOLOGIC AID ORGANIZATION IMPROVEMENT IN CONDITIONS OF PUBLIC HEALTH SYSTEM REFORMATION IN UKRAINE

G.V. Gaiko, Yu.V. Polyachenko, A.A. Kostруб, M.I. Khokhol (Kyiv)

On the basis of orthopedic and traumatologic aid state analysis in dynamics for 5 recent years and with due regard for this programme principal propositions the priority trends for this specialized service have been defined. These priority trends include outpatient and clinical aid development with participation of a family doctor, primary (first aid), substantiation for necessary quantity of inpatient care institutions network and all medical and social rehabilitation subdivisions, carrying out of strategic measures in accordance with the state policy in public health.



УДК 611.98:616-005-08

*І.М. ШУВАЛОВА, І.Т. КЛИМЕНКО, Ю.І. ОБОРИН, Л.П. ЖУКОВА (Ялта)*

## **ПІДВИЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБЛІТЕРУЮЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК ЗА ДОПОМОГОЮ НІЛВ**

Санаторії "Дніпро"

Відомо, що облітеруючі захворювання судин нижніх кінцівок належать до досить поширеної патології. За даними деяких науковців України [1], облітеруючі захворювання на четвертому десятку життя виявляються у 4 % населення, на п'ятому – у 1, шостому – 2-3, сьомому – у 5-7 %. В цілому майже 3 % населення страждають від цих захворювань. Крім того, простежується тенденція до "помолодшання" цих захворювань, які найбільше уражують чоловіче населення – близько 83 % [1].

Атеросклеротичне ушкодження магістральних і периферичних артерій посідає одне з перших місць у структурі хвороб органів кровообігу [8]. Тобто йдеться про суттєвий вплив облітеруючих захворювань на здоров'я, рівень захворюваності, працездатності, інвалідності та якість життя в цілому.

Зареєстровано, що в країнах Європи, Сполучених Штатах Америки на облітеруючі захворювання хворіють більш як 20 млн чоловік [2, 6], хоча діагноз встановлюється лише у 30 % хворих. За даними літератури, рівень летальності, спричиненої облітеруючою патологією [3], сягає 40-50 %.

Отже, виходячи з наведеного, можна стверджувати, що облітеруючі захворювання судин нижніх кінцівок потребують ретельного вивчення, зокрема шляхів профілактики їхнього розвитку, розробки сучасних та ефективних методів лікування.

Одним із найпоширеніших методів лікування з приводу облітеруючих захворювань судин нижніх кінцівок з приводу облітеруючих є хірургічне лікування. Проте тривалі спостереження засвідчують, що функціональні результати реконструктивних судинних операцій найчастіше незадовільні через прогресування атеросклерозу. Дистальне ураження артерій взагалі не підлягає реконструктивному хірургічному лікуванню, оскільки внаслідок порушення мікроциркуляції розвиваються тяжкі ускладнення. Облітеруючі захворювання периферичних артерій характеризують-

ся регіональною артеріальною недостатністю, гіпоксією і больовим синдромом, що супроводжує їх.

Регіональна гіпоксія пов'язана не тільки з кисневим дефіцитом внаслідок розладу артеріального кровообігу, але й з глибокими порушеннями мікроциркуляції і транскапілярного обміну. У зв'язку з цим одного збільшення артеріального припливу крові без корекції порушень мікроциркуляції часто недостатньо для досягнення терапевтичного ефекту. Спазм, регіональна гіпоксія і дегенеративні зміни судинної стінки зумовлюють також глибокі зміни в згортальній системі крові, що підвищує небезпеку тромбоутворення.

Важливе значення в консервативному лікуванні хворих на атеросклеротичні ураження магістральних судин нижніх кінцівок має фізіотерапія [11].

Серед нових методів немедикаментозного лікування привертає увагу низькоінтенсивне лазерне випромінювання (НІЛВ) у червоній та інфрачервоній частинах спектра, що досить широко використовується в комплексному лікуванні хворих із клінічними проявами атеросклерозу [4, 9], а також пневмокомпресія [10].

Низькоінтенсивне лазерне випромінювання завдяки стимуляції неоваскулогенезу і колатерального кровообігу, а також поліпшенню реологічних властивостей крові спричинює антигіпоксичну мембранопротекторну та мембраностабілізуючу дію [5, 7, 8].

Пневмокомпресія – метод активної функціональної терапії, лікувальним чинником якої є дозоване фізичне навантаження – здавлювання кінцівки. Пневматична компресія дозволяє підвищувати ефективність стимуляції кровообігу і поширювати цей процес на глибокі тканини кінцівки [10].

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності НІЛВ і пневмокомпресії у комплексному лікуванні хворих на облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок (ОАСНК).

Під спостереженням перебувало 178 хворих на ОАСНК, які проходили санаторно-курортне ліку-

вання і склали 3 основні групи та одну контрольну. В усіх хворих застосовувалось однакове комплексне санаторно-курортне лікування, що охоплювало адекватний кліматоруховий режим, кліматолікування, ЛФК, басейн, дієтотерапію, а також надсудинне лазерне опромінення крові. Перед початком лікування пацієнти давали мотивовану згоду на проведення курсу лазерної терапії.

Хворі першої групи (44 чоловіки) отримували НІЛВ червоного та ІЧ-діапазону шляхом сканувального опромінення стоп.

Характеристика лазерного випромінювання червоного діапазону: потужність – 36 мВт, довжина хвилі – 632 нм; ІЧ-діапазону: довжина хвилі – 890 нм, фонові потужність – 5,4 Дж, коефіцієнт відображення – 0,4, потужність поглинання випромінювання – 9 Дж, експозиція – 6 хв; на курс 10-12 щоденних процедур.

Хворі другої групи (46 чоловік) піддавалися комбінованому впливу НІЛВ червоного та ІЧ-діапазону.

Характеристика сканувального впливу низькоінтенсивного лазерного випромінювання червоного діапазону на стопи: довжина хвилі – 632 нм, режим роботи – рідка сітка, густина потоку енергії – 80 мВт/см<sup>2</sup>, експозиція 10-15 хв.

Характеристика впливу лазерного випроміню-

вання ІЧ-діапазону на гомілкові м'язи: довжина хвилі – 890 нм, потужність – 4-5 Вт, частота імпульсів – 80-150 Гц через день, експозиція – по 1,5-2 хв на точку, по 6 точок на праві та ліві гомілкові м'язи, на курс 10-12 денних процедур.

Третя група хворих (48 чоловік) одержувала зовнішнє контактне надсудинне опромінення гелій-неоновим лазерним випромінюванням ділянки проекції стегнових артерій у поєднанні з пневмокомпресією.

Характеристика лазерного випромінювання червоного діапазону: потужність – 15 мВт, довжина хвилі – 632 нм, густина потоку енергії на кінці світловода – 7-10 мВт/см<sup>2</sup>, експозиція – 20-25 хв щодня на ділянку проекції стегнових артерій праворуч і ліворуч, на курс 10-12 процедур.

Пневмокомпресія відпускала на апараті АПКУ.

Характеристика: 1 режим роботи, фаза нагнітання – 10 с, пауза – 15 с, тиск – 55-95 мм рт. ст., експозиція – 40 хв, на курс 10-12 щоденних процедур.

Контрольна група хворих (40 чоловік) одержувала аналогічний комплекс санаторно-курортного лікування без застосування НІЛВ.

Характеристика основних і контрольної груп подана в табл. 1.

Таблиця 1. Характеристика груп хворих на облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок

Група	Кількість хворих (чол.)	Стадії ішемії			
		I	IIА	IIБ	III
Основна	138	49	64	18	7
перша	44	18	20	4	2
друга	46	17	21	6	2
третя	48	14	23	8	3
Контрольна	40	19	14	6	1

Щоб оцінити результати лікування, крім клінічних даних, аналізували результати спеціальних методів дослідження: поздовжньої реовазографії нижніх кінцівок, термометрії, тетраполярої грудної реографії за Пушкарем (1984), електрокардіографії, гемокоагулографії.

Для обробки отриманих даних застосовували непараметричні методи статистики: критерій знаків (КЗ), методи варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента. Математичний аналіз отриманих даних проводився з визначенням відсотків і їхніх помилок. За достовірні розходження прийняті зміни при  $P < 0,05$ .

Серед обстежених було 152 чоловіки, 26 жінок у віці від 45 до 78 років із тривалістю захворювання від року до 14 років.

Під час звертання більшість хворих (91 %) скаржилися на біль у м'язах гомілок (рідше сте-

гон) у разі ходьби, інтенсивність якого змінювалася в широких межах. У всіх хворих спостерігалася підвищена чутливість до холоду, 57 % скаржилися на парестезії, оніміння пальців ніг і періодичні судоми м'язів. У 46 хворих оклюзійний процес локалізувався у ділянці аортоклубового сегмента, у 132 – стегново-підколінному. Практично в усіх хворих (143 чоловіки) процес був двобічним.

Із супроводжувальних захворювань найчастіше зустрічалась ішемічна хвороба серця (107 хворих, із яких у 7 хворих в анамнезі інфаркт міокарда), артеріальна гіпертензія (АГ) I-II стадії (38 хворих).

Периферичний кровообіг обстежених хворих за даними реовазографії (РВГ) характеризувався утрудненням припливу і відтоку крові, різким зниженням інтенсивності кровонаповнення нижніх

кінцівок. Так, реографічний індекс (PI) на гомілках був знижений практично в усіх хворих. Лише у 12 дослідженнях (переважно у хворих з одностороннім ураженням) він був нормальним. PI на стопах був знижений у 64 % досліджень, у 8 – нормальний, 28 % – підвищений. Підвищення судинного тонусу і пружно-еластичних властивостей артерій спостерігалось у 58 % досліджень як на гомілках, так і на стопах. Утруднення венозного відтоку виявлено в 1/2 спостережень.

Порушення периферичного кровообігу в тканинах уражених кінцівок підтверджувалося даними шкірної термометрії. Зниження (нижче 26 °C) шкірної температури великого пальця стопи спостерігалось у 53 % досліджень. У всіх обстежених була збільшеною дистально-проксимальна різниця (понад 3°C) і виявлена термоасиметрія (понад 0,5 °C).

Аналіз коагулограм обстежених хворих свідчить про активізацію згортальної системи (вкорочення часу рекальцифікації, підвищення толерантності плазми до гепарину, коагуляційних властивостей крові) у 85-90 % випадків. Тим часом у 10-15 % обстежених вихідні дані свідчили про активізацію антизгортальної системи крові.

За даними електрокардіографії у 61 % хворих виявлена гіпертрофія міокарда лівого шлуночка, у 37 % – порушення ритму серця I-III ступеня за Лауном, у 42 % – блокада ніжок передсердно-шлуночкового пучка (Гіса).

Дані тетраполярної грудної реограми (обстежено 106 хворих) свідчать про гіперкінетичний варіант кровообігу у 60 % хворих, еукінетичний – у 25, гіпокінетичний – у 15 %.

Усі хворі добре переносили лікування лазерним випромінюванням. Порівняльний аналіз отриманих даних свідчить про те, що у пацієнтів основних груп спостерігався достовірний позитивний вплив курсу лазерної терапії на перебіг захворювання і безпосередні результати комплексного лікування при ОАСНК.

Після 5-6 процедур у 43 % хворих першої та другої основних груп і після 3-5 процедур у 58,6 % третьої групи пацієнтів зникали малі ознаки ішемії, а саме: підвищена чутливість до холоду, мерзлякуватість, рання стомлюваність ніг, судоми, парестезія у вигляді повзання мурашок, відчуття оніміння стоп. Оскільки перераховані скарги не завжди були у кожного хворого і спостерігався індивідуальний симптомокомплекс, зміни скарг на тлі лазерної терапії також мали індивідуальний характер. Найшвидше наставало поліпшення стану і зовсім зникали всі скарги у пацієнтів з I стадією ішемії, а саме у хворих першої та другої основних груп після 7-8-ї процедури.

У хворих третьої основної групи з I стадією ішемії аналогічна (позитивна) динаміка відзна-

чалася вже після 5-7-ї процедури, а у хворих із II стадією – до 7-9-ї. Після курсу лазерної терапії зменшилася частота симптому переміжної кульгавості у 54 % хворих з II A стадією ішемії першої та другої груп ( $P < 0,05$ ), а у всіх хворих третьої групи, які перебували під спостереженням, він не спостерігався.

Усі пацієнти основної групи з II Б і III стадіями ішемії після 8-10 процедур відзначали зменшення больового синдрому в спокої, але більш виразна динаміка цього синдрому спостерігалась у пацієнтів третьої групи. Дехто з них навіть вказував на відсутність больового синдрому в спокої. Толерантність до фізичного навантаження у хворих основних груп (1, 2, 3-тя) – поступово підвищувалася після кожної процедури, переміжна кульгавість з'являлася після проходження більшої дистанції. Так, у хворих першої та другої груп тривалість безболісного проходження дистанції зростала в 2-2,5 рази, третьої групи – в 3-3,5 рази. У контрольній групі подібної динаміки не встановлено.

Позитивні клінічні результати лікування хворих основної групи підтверджуються вірогідним поліпшенням показників периферичного кровообігу і мікроциркуляції в судинах нижніх кінцівок. Зміни показників РВГ на одноразову процедуру і курсове лікування були односпрямованими, але сприятливішими в разі курсового впливу. Проте у третій групі хворих вони були більш значними. Так, одноразова процедура НІЛВ сприяє збільшенню кровонаповнення судин гомілок в основному за рахунок нормалізації тонусу їхньої стінки. Після курсу лікування це відбувається як за рахунок нормалізації судинного тонусу, так і за рахунок поліпшення венозного відтоку. Реографічний індекс підвищився на гомілках з 0,026 до 0,032 Ом у хворих першої групи, з 0,028 до 0,042 – другої, з 0,024 до 0,048 Ом – третьої групи ( $P < 0,05$ ). Під час контрольних реовазографічних досліджень у 70 % хворих основної групи спостерігалось статистично вірогідне збільшення об'ємного кровонаповнення (на 10-15 %). У хворих контрольної групи динаміка цього показника була незначною і статистично невірогідною.

Поліпшення периферичного кровообігу і мікроциркуляції підтверджувалося також даними термометрії. Шкірна температура великого пальця стопи підвищилася з 23,6 до 24,4 °C у хворих першої групи, з 23,8 до 24,8 °C – другої, з 23,5 до 25,6 °C ( $P < 0,05$ ) – третьої групи. Дистально-проксимальна різниця температур знизилася з 6,5 до 4,8 °C у хворих першої та другої груп, а у третій групі – з 6,6 до 4,2 °C ( $P < 0,05$ ).

Лікування НІЛВ вплинуло на гіпер- та гіпокоагуляційний потенціал крові. Встановлено, що

вплив лазерного випромінювання нормалізує толерантність плазми до гепарину (з 505 до 567 с,  $P_{кз} = 0,05$ ) і фібринолітичну активність (з 5,9 до 22,1 %,  $P_{кз} = 0,05$ ) в разі зміни їхнього вихідного рівня. В усіх хворих виявлене істотне зменшення вмісту фібриногену в крові (з 4,3 до 3,8 г/л,  $P < 0,05$ ) незалежно від його вихідного рівня, що свідчить про зміну коагуляційних властивостей крові.

Біоелектрична активність міокарда, за даними ЕКГ, істотно не змінювалася. Лише у деяких хворих спостерігалось поліпшення відновних процесів у міокарді шлуночків. Суттєва перебудова центральної гемодинаміки відбувалася лише у хворих з гіперкінетичним типом кровообігу і виражалася зменшенням серцевого індексу (з 3,77 до 3 л/м<sup>2</sup> у хворих першої і другої груп, до 2,60 – третьої  $P < 0,05$ ) за рахунок зменшення ударного індексу (з 55,31 до 48,82 л/м<sup>2</sup> у хворих першої – другої груп, до 40,14 л/м<sup>2</sup> – третьої) і підвищення питомого периферичного опору (з 783 до 1097 дин. см<sup>-5</sup> с/м<sup>2</sup> у першій – другій групах, до 1285 дин.см<sup>-5</sup> с/м<sup>2</sup> – третій).

Ефективність лікування хворих за допомогою НІЛВ склала (68±6) % у першій групі, (74±8) % – другій, (88±4) % – третій групі хворих.

Окремі результати в терміни від 6 до 12 міс. спостерігались у третини хворих. Згідно з цим середня тривалість збереження терапевтичного ефекту становила 5,5 – 6 міс. у хворих першої та другої груп, 8-8,5 міс. – третьої. Кожен четвертий хворий прибув у санаторій для проходження

повторного курсу лікування. Зазначимо, що функціональні показники судин нижніх кінцівок під час прибуття були нижчими, ніж під час виписування, але значно перевищували первинні вихідні дані.

Подані дані свідчать про те, що лазеротерапія в комплексному лікуванні хворих на ОАСНК із I-III стадіями ішемії, безумовно, дозволяє домогтися істотного клінічного ефекту, що суб'єктивно виявляється зменшенням, а у частини хворих – зникненням скарг, що підтверджується й об'єктивними даними: посиленням периферичного, об'ємного кровотоку, зменшенням у деяких хворих ступеня ішемії кінцівок, поліпшенням процесів мікроциркуляції та гемокоагуляції.

Крім того, слід зазначити, що застосування лазерного випромінювання в поєднанні з пневмокомпресією дає найкращий ефект у лікуванні хворих із хронічною артеріальною недостатністю нижніх кінцівок атеросклеротичного генезу.

Отже, проведені дослідження розширюють можливості консервативного немедикаментозного лікування з приводу ОАСНК, підтверджують доцільність застосування у комплексному лікуванні хворих на облітеруючі захворювання судин нижніх кінцівок низькоінтенсивного лазерного випромінювання. Це зумовлює можливість застосування зазначеного методу лікування фахівцями-лікувальниками під час визначення алгоритму лікування хворих із облітеруючою патологією в конкретних медичних закладах і науковцями для опрацювання методичних підходів до галузевих стандартів якості лікувального процесу.

### Список літератури

1. *Нестеренко В.Л.* Лікування хронічної артеріальної недостатності з використанням хімічної десимпатизації під контролем комп'ютерної томографії // Клін. хірургія. – 2001. – № 5. – С. 55-57.
2. *Кандыкин В.В.* Заболевания периферических артерий // Клін. Хірургія. - 2000. – № 10. – С. 55-59.
3. *Бойко В.В., Гриневич В.Н., Лодяная И.Н.* Первый опыт применения фотомодифицированных эритроцитов для лечения синдрома хронической артериальной ишемии // Клін. хірургія. – 2000. – № 11. – С. 28-32.
4. *Ананченко В.Г., Стрельцов Т.В., Грязнова Н.А.* Клиническая эффективность использования лазера у больных ИБС // Сов. медицина. – 1988. – № 6. – С. 67-71.
5. *Бабий Л.Н., Сычев О.С., Шупак М.Б., Никондорова Н.Л.* Влияние квантовой гемотерапии на показатели плазменного гемостаза и фибринолиз у больных нестабильной стенокардией // Лікар. справа. Врачеб. дело. – 1994. – № 5-6. – С. 114-116.
6. *Беспалов А.П., Лев С.Г.* Пневмокомпрессия в профилактике и лечении хронических заболеваний сосудов конечностей: Метод. рек. – М.: МЗ СССР – 1991. – 20 с.
7. *Боголюбов В.М., Князева Т.А.* Болезни сердца и сосудов: Руководство для врачей: В 4 т. – М.: Медицина, 1983. – С. 361-397.
8. *Васильев А.П., Стрельцова Н.Н., Миронова Н.А. и др.* Динамика взаимоотношений уровня холестерина, плазмы крови и эритроцитарной мембраны под влиянием лазерного излучения у больных ишемической болезнью сердца // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физкультуры. – 1996. – № 1. – С. 37-38.
9. *Гамалея Н.Ф.* Лазеры и медицина // Тез. докл. междунар. конф. “Действие низкоэнергетического излучения на кровь”. – Ташкент, 1989. – Ч. 1. – С. 27-29.
10. *Лосев Р.З., Царев О.А.* Гелий-неоновый лазер в лечении больных облитерирующими заболеваниями аорты и периферических артерий. – Саратов: Б.и., 1998. – 241 с.
11. *Медицинская реабилитация: В 3 т. / Под ред. проф. В.М. Боголюбова.* – М.: Б.и., 1998. – 602 с.

## **ПОВЫШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ НИЛИ**

И.М. Шувалова, И.Т. Клименко, Ю.И. Оборин, Л.П. Жукова (*Ялта*)

Предложен новый метод использования лазерного излучения совместно с пневмокомпрессией для лечения больных с хронической недостаточностью сосудов нижних конечностей атеросклеротического генеза. Проанализированы данные 178 больных, которым применяли комплексное санаторно-курортное лечение с использованием курса лазерной терапии. Результаты свидетельствуют о том, что использование лазеротерапии в лечении больных позволяет добиться существенного клинического эффекта – усиления периферического объемного кровотока, уменьшения у некоторых больных степени ишемии конечностей, улучшения процессов микроциркуляции и гемокоагуляции, подтверждают целесообразность использования низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении больных с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей.

## **WAYS FOR IMPROVING THERAPY OUTCOMES IN PATIENTS WITH BLOOD VESSELS OBLITERATION IN LEGS**

I.M. Shuvalova, I.T. Klimenko, Yu.I. Oborin, L.P. Zhukova

The new method of laser-beams radiation therapy combined with pneumocompression has been offered for treatment of patients with chronic blood-circulation insufficiency in legs due to advancing atherosclerotic processes. The treatment outcomes data obtained in the 178 patients having undergone such a complex therapy (the specialized sanatorium's cure plus one course of the laser therapy) have been assessed. The results show that the laser radiation therapy in this cohort has significant clinical effects for better, e.g., increase of the peripheral blood-flow volume and so lowering severity of ischemic symptoms on affected legs as well as improvement of blood- microcirculation and hemocoagulation. Thus, the clinical trial outcomes have justified expediency for implementation of laser-beams radiation in complex therapy of those patients with blood-vessels obliteration pathologies of legs.

УДК 616-084: 617.5

*І.І. БАСИСТЮК*

## **ОПТИМІЗАЦІЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

Управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації

За даними обласного управління охорони здоров'я, рівень планової госпіталізації жителів районних центрів перевищує в 2,6 раза госпіталізацію жителів сіл. Відвідування в поліклініці одного диспансерного хворого з сільської місцевості в 3,8 раза рідше, ніж із міста.

Низька ефективність диспансеризації значною мірою зумовлена мізерним фінансуванням амбулаторно-поліклінічної допомоги, скороченням

мережі кабінетів і хірургічних кадрів, відсутністю або низькою якістю діагностичної апаратури, низьким рівнем санітарної освіти людей, різким погіршенням транспортного сполучення. Очевидно, що в сучасних економічних умовах зусиллями тільки працівників хірургічної служби усунути негативні тенденції в оздоровленні хірургічних хворих, особливо сільських трудівників, неможливо. Тому, як наслідок, зменшується планове

хірургічне оздоровлення хворих, зростає питома вага хворих із занедбанними гострими хірургічними та онкологічними захворюваннями і післяопераційна летальність. Крім того, в умовах, коли через інтенсифікацію лікувально-діагностичного процесу в стаціонарах термін перебування хворих обмежується лише періодом активного лікування, організація реабілітації, відновного лікування в первинній ланці набуває вагомішого значення. Пошук нових організаційних і раціональних форм диспансеризації хворих є однією з найактуальніших проблем хірургії.

Реалізація основних напрямів розвитку охорони здоров'я передбачає впровадження інституту сімейних лікарів (СЛ), що відкриває нові перспективи [2].

Метою даної роботи, розпочатої з 1998 р., є вивчення можливостей сімейних лікарів у проведенні диспансеризації та реабілітації хірургічних хворих у світлі завдань, означених Розпорядженням Президента України [3] і відповідним наказом МОЗ України.

Основні обов'язки СЛ з хірургічної роботи регламентовані професіограмою [1] і охоплюють:

- діагностику і надання першої лікарської допомоги в разі невідкладних станів, гострих хірургічних захворювань і травм;
- профілактику і діагностику найпоширеніших хірургічних захворювань, лікування і реабілітацію пацієнтів;
- проведення простих маніпуляцій та операцій;
- санітарно-гігієнічну освіту.

Отже, сімейний лікар за суттю своїх професійних знань та обов'язків гармонійно поєднує профілактичну і лікувальну роботу.

Для визначення ступеня готовності СЛ до впровадження диспансеризації хірургічних хворих проведено їх анкетування. Результати пока-

зали, що 96,9 % респондентів позитивно ставляться до розширення діапазону своєї діяльності. Майже всі СЛ вказували на необхідність підвищення кваліфікації, розроблення методичних і практичних питань диспансеризації. У зв'язку з цим увпровадженню методу в практику передувало навчання СЛ на переривчастих одноденних курсах, закріплення за ними хірургів центральних і номерних районних лікарень. Головними спеціалістами (хірургом і терапевтом) разом із працівниками кафедр хірургії факультету післядипломної підготовки та поліклінічної справи Тернопільської державної медичної академії розроблена програма підготовки СЛ із питань амбулаторної хірургії, визначений перелік нозологій, з якими хірургічні хворі підлягають диспансерному спостереженню, обсяги диспансерного обстеження з урахуванням віку і статі, опрацьовані показання та стандартизовані схеми комплексного лікування в денному стаціонарі.

Виділені чотири клінічні групи диспансерних хворих: I – хворі, які підлягають консервативному лікуванню; II – хворі, які підлягають оперативному оздоровленню; III – хворі, які прооперовані і потребують проведення активних реабілітаційних заходів (підгрупа IIIa) або підлягають тільки динамічному нагляду (підгрупа IIIб); IV – хворі, яким хірургічне лікування протипоказане через тяжкість супроводжувальних захворювань.

Формування клінічних груп дозволяє раціональніше та ефективніше планувати обсяг лікувально-діагностичних заходів, контролювати якість диспансеризації.

Враховуючи, що сімейними лікарями в області охоплена тільки 1/5 частина сільського населення, паралельно зберігалася традиційна диспансеризація хворих у хірурга. Крім того, диспансеризація хірургічних хворих здійснювалася на трьох рівнях за зробленою схемою: СЛЮ хірург загального профілю Ю спеціалізований хірург (табл. 1).

Таблиця 1. Принципи організації диспансеризації хірургічних хворих

Спеціаліст	Рівень диспансеризації		
	I	II	III
	Сімейний лікар	Хірург загального профілю	Спеціалізований хірург
Клінічні групи диспансерних хворих	I–IV	II, IIIa	IIIa

На першому рівні диспансеризація охоплює два складники: щорічні профілактичні огляди всього населення (скринінг) і активне динамічне спостереження з проведенням лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів у хворих. У

разі виявлення осіб із хронічними хірургічними хворобами СЛ вивчає чинники ризику, бере на облік (контрольна карта диспансерного спостереження, ф. № 030/о), формує відповідну клінічну групу, складає програму і проводить первинне

диспансерне обстеження, виходячи з можливостей амбулаторії. За показаннями він організовує поглиблене обстеження хворих у діагностичному центрі, консультацію загального або спеціалізованого (судинного, торакального, проктолога) хірурга, оперативне лікування хворих із грижею, калькульозним холециститом, варикозною хворобою нижніх кінцівок та ін. Проводить доліковування прооперованих хворих і здійснює реабілітаційні заходи в диспансерних хворих у денному та домашньому стаціонарах. Усі хірургічні хворі перебувають під диспансерним наглядом СЛ упродовж усього життя.

На другому рівні диспансеризації відібраних (в першу чергу хворих із підвищеним хірургічним ризиком, а також тих, що відмовляються від оперативного лікування) і попередньо обстежених диспансерних хворих оглядає хірург ЦРЛ (НРЛ) під час планового виїзду в лікарську амбулаторію або за направленням СЛ у поліклініці. Участь СЛ в огляді хворого дає можливість збагатити його особистий досвід. Хірург контролює діагноз, клінічну групу та програму диспансеризації, уточнює чинники ризику, визначає доцільність проведення додаткових методів обстеження, консультацій у інших спеціалістів, дає рекомендації щодо лікувально-реабілітаційних заходів, про що робить запис у медичній карті амбулаторного хворого (ф. № 025/о). Хворих II і IIIа клінічних груп хірург бере на облік.

На третьому рівні хворих за направленням СЛ або хірурга консультує спеціалізований хірург, що є обов'язковим для первинних хворих із захворюваннями судин, прямої кишки, щитоподібної та молочної залоз. Головним завданням цього огляду є поглиблене обстеження, відбір на оперативне лікування, уточнення програми диспансеризації та обсягу лікувально-профілактичних заходів, які необхідно і можливо здійснити в умовах лікарської амбулаторії.

Внаслідок проведених організаційних за-

ходів покращилося виявлення хірургічних хворих і їх оздоровлення. В середньому на диспансерному обліку в одного сімейного лікаря перебуває 37,4 ‰ хворих загальнохірургічного профілю проти 12,3 ‰ – у лікаря-хірурга. З них 8,3 ‰ хворих належать до I клінічної групи диспансерного обліку, 28,4 – до II, 49,8 – до III і 13,5 ‰ – до IV групи.

Частота пізньої госпіталізації хворих з ургентною хірургічною патологією з дільниць СЛ становила 10,1 ‰ проти середньообласного рівня 18,6 ‰.

Отже, авторитетний сімейний лікар, який, за даними звітів, охоплює профілактичними оглядами 98 ‰ прикріпленого населення, знає умови праці, чинники екологічного та побутового ризику, психологічні особливості пацієнтів, може не тільки виявити, але й найефективніше добитися своєчасного хірургічного оздоровлення, провести реабілітацію хворих.

Підсумовуючи викладене, можна зазначити, що запропонований підхід до здійснення диспансеризації в сільських районах дозволяє здійснювати на практиці не тільки первинний скринінг, але й високоефективне динамічне спостереження за хірургічними хворими, яке не вимагає значних матеріальних витрат. Подальший прогрес полягає в поступовому підвищенні кваліфікації СЛ, створенні матеріально-технічної бази лікарських амбулаторій і розширенні обсягу реабілітаційних заходів. У подальшому потреба в проміжній ланці диспансеризації буде зменшуватись, а СЛ стане основною фігурою. Зменшення кількості відвідувань лікаря-хірурга загальнопрофілю приведе до вивільнення робочого часу, що дозволить розширити обсяг оперативних втручань і лікувально-діагностичної допомоги в денному і домашньому стаціонарах. Необхідно широко інформувати населення про можливості й переваги практики СЛ у проведенні диспансерної роботи.

## Висновки

1. Упровадження диспансеризації хірургічних хворих у практику СЛ – якісно новий, раціональний і ефективний вид організації надання медичної допомоги, який дає реальну можливість охопити диспансерним наглядом усіх хворих із хірургічною патологією.
2. Використання трирівневої системи диспансеризації (СЛЮ хірург загального профілю Ю спеціалізований хірург) забезпечує поліпшення хірургічного оздоровлення населення, підвищує якість і ефективність диспансеризації.

## Список літератури

1. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Галієнко Л.І. та ін. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини: інструктивно-методичні матеріали для сімейного лікаря / За ред. В.М. Пономаренка. – К.: Б.в., 2001. – 172 с.

2. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України № 1313/2000 від 07.12.2000.
3. Про поліпшення проведення диспансерних оглядів та оздоровлення сільського населення: Розпорядження Президента України № 233/99 від 13.09.1999.

### **ОПТИМИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА НАЧАЛАХ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ**

И.И. Басыстюк (Тернополь)

Представлено обоснование трехуровневой организации диспансеризации (семейный врач Ю хирург общего профиля Ю специализированный хирург), разработанной автором и позволяющей улучшить качество и эффективность диспансеризации больных с хирургической патологией.

### **OPTIMIZATION OF SURGICAL PATIENTS' DISPENSARIZATION ON THE BASIS OF FAMILY MEDICINE**

I.I. Basistyuk (Ternopil)

The grounding of the three-level organization of dispensarization (family doctor Ю general surgent Ю specialised surgent) elaborated by the author and allowing to improve the quality and effectiveness of dispensarization of patients with surgical pathology.

УДК

*М.І. БОРЩІВСЬКИЙ, К.Б. ВИШИНСЬКИЙ, В.М. БОРЩІВСЬКИЙ*

## **НОВІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ВЕДЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ**

Житомирська обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського

Створення високоспеціалізованого відділення інтенсивної терапії на базі обласної лікарні призвело до зменшення післяопераційної летальності, зниження рівня післяопераційних ускладнень, зменшення післяопераційного ліжка/дня і підвищення оберту хірургічного ліжка.

На сучасному етапі жодна лікарня, в якій виконується близько 10 000 операцій в рік, не може обійтись без створення високоспеціалізованих відділень інтенсивної терапії, діяльність яких направлена на зменшення ускладнень та летальності, адекватну цілеспрямовану підготовку пацієнта до операції та комплексне кваліфіковане ведення післяопераційного періоду, лікуван-

ня супутньої патології, максимально ефективного використання хірургічних ліжок стаціонару.

Саме з таких міркувань на базі Житомирської обласної клінічної лікарні ім. О.Ф. Гербачевського в 1994 році поряд з відділенням анестезіології-реанімації з детоксикацією на 12 ліжок та відділенням опікової реанімації на 6 ліжок і було створене відділення інтенсивної терапії на 25 ліжок для післяопераційних хворих, яке обслуговує 11 хірургічних відділень загальною кількістю 480 ліжок. У відділенні цілодобово чергують два анестезіологи, хірург, створено 7 сестринських постів, де на кожному з них під наглядом медсестри та молодшої сестри по догляду лікуються 3-4 пацієнти.



У створеному відділенні застосовано новий підхід до ведення післяопераційного періоду у хворих, яким проведені складні оперативні втручання. Суть його полягає в забезпеченні динамічного спостереження та цілодобового догляду за хворими на сучасному рівні, комплексної медикаментозної терапії, відповідних інструментальних маніпуляцій, активної лабораторної, консультативної та діагностичної допомоги вказаному контингенту хворих із застосуванням фізіотерапевтичних засобів, лікувальної фізкультури. Велика увага приділяється адекватному післяопераційному знеболюванню, волемічній підтримці, раціональній антибактеріальній терапії.

Своєчасно проводиться функціональний, клінічний та біохімічний моніторинг, особливо хворим з супутньою патологією. Ці заходи дозволяють попереджувати синдром поліорганної недостатності, який на перших етапах перебігає непомітно. Завдяки створеним санітарно-гігієнічним умовам проводиться цілеспрямована профілактика хірургічної та госпітальної інфекції, виключається контакт між хворими з різним рівнем інфікованості. Вдається уникати післяопераційних ускладнень, пов'язаних з доглядом за хворими - це гіпостатичні пневмонії, тромбоемболії, пролежні, нагноєння. Велика увага приділяється медико - психологічній адаптації хворих.

З жовтня 1996 року у відділенні створено кабінет функціональної діагностики, встановлено апарат ультразвукового дослідження, за допомогою якого виконано за цей період 2800 ехокардіоскопій та більше 3,5 тисяч сонографічних обстежень органів черевної порожнини.

Відділення оснащено необхідною дихальною (РО-6, Фаза-8), наркозною, кардіомоніторною та іншою апаратурою життєзабезпечення. Фахівцями відділення розроблені алгоритми догляду за хворими з різною патологією. Все це дало позитивні наслідки:

- зменшилась післяопераційна летальність в 1,5 рази (особливо при нейротравмі - в 2-2,5 рази);
- зменшилась кількість післяопераційних ускладнень в 2 рази;
- зменшився післяопераційний ліжкодень;
- оберті хірургічного ліжка виріс.

В результаті перебування хворого у відділенні інтенсивної терапії, застосування нового комплексного підходу до ведення післяопераційного періоду знижується середній термін перебування його на ліжку після операції. Так, при артеріальних операціях в судинній хірургії цей строк зменшився з 21,3 ліжка/днів до 10,0 ліжка/днів;

при операціях на головному мозку з 20,2 ліжка/днів до 10,8 ліжка/днів. Така ж тенденція спостерігається і по інших хірургічних профілях.

У відділенні систематично проводяться експертні оцінки якості лікувально-діагностичного процесу, санітарно-протиепідемічного стану, правильності та додержання строків зберігання та застосування медикаментів, точності ведення документації. Проводиться аналіз виявлених недоліків та розробляються заходи по покращенню показників роботи стаціонару.

Одна із основних проблем, над якою працює колектив відділення, це зниження рівня лікарняної летальності. Для оптимізації роботи нами були розроблені такі заходи по зниженню лікарняної летальності:

1. Транспортувати в обласну лікарню хворих з важкою патологією із ТМО області лише після огляду фахівцями обласної лікарні.

2. Проводити ретельний відбір хворих на оперативні втручання, враховуючи протипоказання до планових оперативних втручань. У складних випадках вирішувати питання комісійно.

3. Вважати хибною практику проведення кількох оперативних втручань одночасно одному хворому.

4. Своєчасно переводити хворих у відділення реанімації та інтенсивної терапії згідно з показаннями.

5. Ретельно проводити передопераційну підготовку хворим згідно з рекомендаціями консиліумів та консультантів.

6. Забезпечити комплексну профілактику тромбоемболій у хворих, де є така загроза.

7. Хворого, якого приймають для планового оперативного лікування, оглядає анестезіолог та хірург ще на догоспітальному етапі в поліклініці. При огляді складається план передопераційної підготовки та додаткового клінічного обстеження. Проводиться медикаментозна корекція супутніх захворювань.

При складній супутній патології, яка значно погіршує стан хворого та становить загрозу для його життя, обмежуватись мінімальним об'ємом оперативного втручання.

Таким чином, створення нового відділення для післяопераційних хворих дало можливість збільшити кількість оперативних втручань (з 7786 в 1995 році до 9520 в 1998 році та до 10305 в 2000 році), підвищити оперативну активність з 60, 4 % в 1995 році до 81,8 % в 2000 році, покращити якість надання післяопераційного догляду, зменшити післяопераційні ускладнення, скоротити терміни перебування хворих в стаціонарі, інтенсифікувати ранню реабілітацію пацієнтів.

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА**

М.И. Борщивский, К.Б. Вишинский, В.М. Борщивский

Обоснована новая организационная форма ведения послеоперационного периода на базе высокоспециализированного отделения интенсивной терапии.

**NEW APPROACHES TO THE ORGANIZATION OF SUPERVISING OF THE POSTOPERATION PERIOD**

M.I. Borschivskyi, K.B. Vyshynskyi

The new organizational form of supervising of the postoperational period is argued by the high specialized department of intensive therapy.

УДК 616.12-008.331.1- 084-08

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

**ПЕРЕДОВИЙ ДОСВІД КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ ПО  
ВИКОНАННЮ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ І  
ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В УКРАЇНІ**

Управління охорони здоров'я Кіровоградської облдержадміністрації, обласний кардіологічний диспансер

В області питанням профілактики та лікування артеріальної гіпертензії предметно займаються з 1997 року. На виконання Указу Президента № 117/99 від 04.02.99 р. розроблено та прийнято розпорядження облдержадміністрації № 95-р від 23.03.99 р. "Про обласні заходи щодо практичного виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні" та видані відповідні розпорядження міськ-райдержадміністрацій по впровадженню цих заходів по кожному регіону і лікувальному закладу. Директивні документи по Національній Програмі і наказ МОЗ України № 247 від 10.08.98 р. доведені до всіх виконавців, при управлінні охорони здоров'я створена робоча група, яка регулює реалізацію і забезпечує контроль виконання Національної Програми в області. Організаційно-методичним і консультативним центром по виконанню Програми є обласний кардіологічний диспансер.

У засобах масової інформації області (газети "Народне слово", "Кіровоградська правда", об-

ласне радіо і телебачення) систематично виступають обласні фахівці з актуальних питань профілактики серцево-судинних захворювань і пропаганди здорового способу життя. Оpubліковано близько 80 статей в обласних і районних газетах. Облкардіодиспансером тільки в 2000 році направлено в лікувальні заклади області 20 методичних рекомендацій і листів з питань профілактики і лікування серцево-судинних захворювань.

Періодично на базі облкардіодиспансеру проводяться п'ятиденні семінари та обласні науково-практичні конференції для терапевтів області з актуальних питань кардіології за участю вчених Київського НДІ кардіології, Дніпропетровської медичної академії, Харківського НДІ терапії і Одеського медичного університету. Тільки за 2000 рік семінарами охоплено 264 терапевтів.

Організовано пункти вимірювання тиску в місцях масового знаходження людей (центральні районні аптеки, ринки, вокзали).

Передбачені та проводяться дії щодо

активізації виконання Програми по медикаментозному забезпеченню ФАПів, лікарських амбулаторій, організації лікарських амбулаторій на базі ФАПів в населених пунктах з чисельністю мешканців більше 1000, активізації роботи та створення аптечних пунктів на ФАПах, при дільничних лікарнях і лікарняних амбулаторіях із забезпеченням оптимального асортименту гіпотензивних препаратів першого ряду, в першу чергу вітчизняного виробництва, поліпшення системи обліку і оцінки виконання контрольних показників, проведення дієвих заходів по покращенню посмертної діагностики серцево-судинних захворювань.

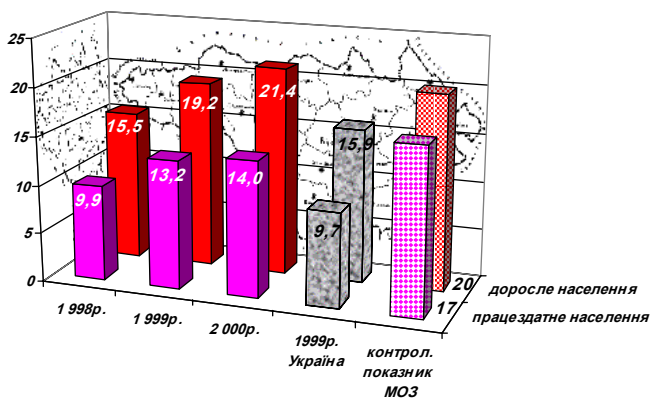
На базі Знам'янської обласної бальнеологічної лікарні відкриті ліжка для реабілітаційного лікування хворих після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу та реабілітаційне відділення для таких хворих на базі третього медичного об'єднання м. Кіровограда.

Всі ці заходи привели до збільшення кількості виявлених хворих на артеріальну гіпертензію та поліпшення якості їх лікування і медикаментозного забезпечення.

Так поширеність гіпертонічної хвороби збільшилась по області з 13,2% в 1985 році, до 19,2 % в 1999 р. і 21,4 % в 2000 році (Україна - 15,9 % - 1999 р.).

**Графік № 1**

*Динаміка поширеності гіпертонічної хвороби по Кіровоградській області (%)*



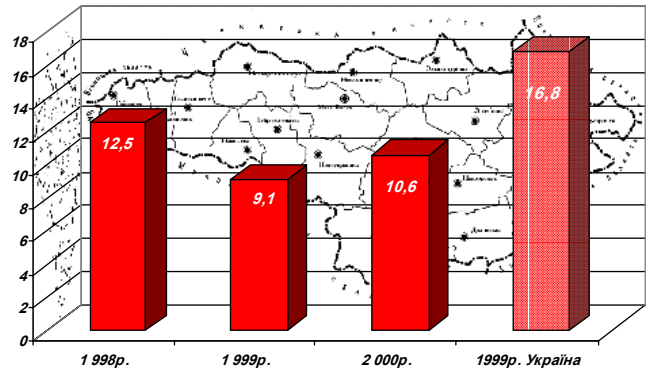
Стабілізувалась смертність від хвороб системи кровообігу і складає в структурі смертності 52,7 % в 1999 році і 52,9 % в 2000 році (Україна - 61,2 % 2000 р.).

Зменшилась смертність від мозкових інсультів у чоловіків працездатного віку за останні 2 роки на 23 %, у жінок - на 15 %; зменшилось число смертельних випадків від інфаркту міокарда з артеріальною гіпертензією серед працездатного населення з 17 випадків в 1997 році до 0 в 1999 р. і один випадок в 2000 році.

Стабілізувалась летальність від гострого інфаркту міокарда.

**Графік № 2**

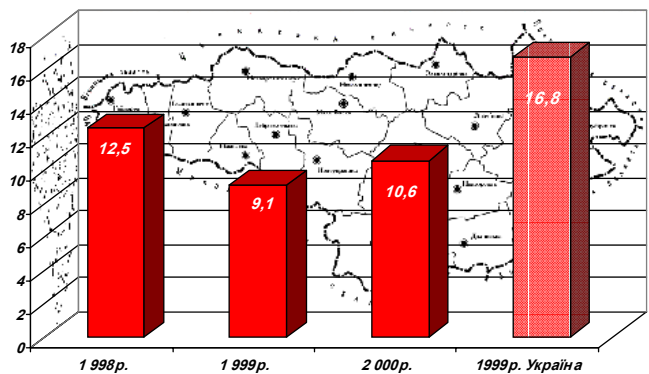
*Динаміка летальності від гострого інфаркту міокарда по Кіровоградській області (%)*



Дещо зменшилась смертність від цереброваскулярних порушень з 231,9 на 100 тис. населення в 1996 р., 218,8 - 1999 рік і 216,3 - 2000 рік (Україна - 231,6 - 1999 рік).

**Графік № 3**

*Динаміка летальності від гострого інфаркту міокарда по Кіровоградській області (%)*



За останні роки стабілізувались показники виходу на первинну інвалідність серед дорослого населення від ХСК. В 1998 році вона складала 20,5 на 100 тис. населення, в 1999 р. - 16,2 і 12,1 - в 2000 році (Україна - 16,1 - 1999 рік). Зменшились показники виходу на первинну інвалідність внаслідок ХСК серед населення працездатного віку з 9,9 на 100 тис. населення в 1998 р. до 8,9 в 1999 р. і 7,9 в 2000 р. (Україна - 11,0 1999 рік).

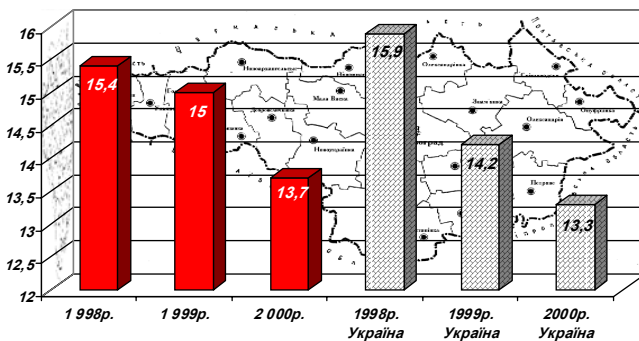
Вихід на первинну інвалідність внаслідок гіпертонічної хвороби серед дорослого населення складав 1,5 на 100 тис. населення в 1998 році, 1,1 - в 1999 році і 0,4 - 2000 рік (Україна - 1,4 - 1999 р.), а серед працездатного віку вихід

на первинну інвалідність від ГХ: 1,0 на 100 тис. населення в 1998 р., 1,1 - 1999 р., 0,4 - 2000 рік (Україна - 1,5 % - 1999 рік).

Спостерігається динаміка зменшення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності при гіпертонічній хворобі (середня тривалість випадку зменшилась з 15,4 дня в 1999 р. до 13,7 дня в 2000 р.).

**Графік № 4**

*Динаміка середньої тривалості захворюваності з тимчасовою втратою працездатності при гіпертонічній хворобі за 1998-2000рр. по Кіровоградській області (дні)*



Внаслідок проведення заходів область, за нашими розрахунками, за результатами роботи в даному напрямі, зайняла 5 рейтингове місце по Україні.

Загальновідомо, що при оцінці впливу зовнішніх факторів на формування громадського здоров'я частка медичних заходів становить

8-10 %, але при правильному виборі пріоритетів в управлінні галузі охорони здоров'я цей відсоток можна змінити.

Новий час ставить перед нами і нові завдання. Якщо розглянути структуру смертності та інвалідності населення, вони повторюють одна одну як по Україні в цілому, так і по регіонах. У структурі смертності по Кіровоградській області - 52,9 % - найвищим показником є показник від захворювань органів кровообігу. Отже, саме цій проблемі потрібно надати першочергового значення, і тільки тоді ми досягнемо зрушень, коли замість розпилення сил та коштів цілеспрямовано поставимо за мету боротьбу з групою хвороб, які і формують найбільший відсоток у структурі смертності та виходу на інвалідність.

Починаючи з 2001 року, управління охорони здоров'я вирішило з залученням фахівців облкардіодиспансеру, обласної лікарні протягом 2001-2005 р. на базі Кіровоградського району (сільськогосподарського спрямування) відпрацювати регіональні заходи по боротьбі з

захворюваннями органів кровообігу як елемента виконання Національної Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні для вироблення стратегічних напрямків та завдань. Це є своєрідною моделлю оцінки заходів правильності вибраного курсу на пріоритетний розвиток медичної допомоги на рівні первинної ланки.

Реалізація регіональної цільової програми передбачає такі моменти:

1. На окремій ділянці Кіровоградського району повномасштабно провести всі заплановані заходи (див. додаток № 1, № 2) з розробкою реєстру хворих на гіпертонічну хворобу, обстежити їх згідно з діагностичними стандартами якості, по можливості повно забезпечити їх протиліпідемічною терапією (при підвищенні рівня холестерину), гіпотензивними препаратами, проводити регулярний контроль рівня АТ з внесенням відповідних корективів у процес стабілізації показників АТ.

2. На іншій території Кіровоградського району проводити роботу згідно з запланованими заходами (додаток № 1, № 2).

3. В інших районах області (20) буде проводитись робота згідно з тими запланованими заходами, які не будуть вимагати великих затрат на їх виконання.

При такому розділі ми автоматично одержуємо такі зони для проведення моніторингу:

- зона оптимальної сприятливості;
- зона високої сприятливості;
- зона підвищених можливостей.

Порівнюючи показники цих зон між собою та з показниками за 2000 рік, можна визначити пріоритетні напрямки роботи лікувальних закладів, фінансування, залучення до активної співпраці громадських організацій та структур виконавчої влади.

Основна мета проекту - досягнення ряду позитивних ефектів:

- медико-соціального - стабілізація та подальший процес зниження виходу на первинну інвалідність та смертності від захворювань органів кровообігу;

покращення якості життя; збільшення продовжуваності життя;

- економічного - направлення вивільнених коштів на потреби галузі охорони здоров'я;

- стратегічного - підготовка до функціонування в умовах страхової медицини.

Над вирішенням цих питань ми зараз працюємо.

УДК

А.О. ГОЛЯЧЕНКО

## ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕЛОЇДОТЕРАПІЇ В БАГАТОПРОФІЛЬНІЙ ЛІКАРНІ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Найбільш поширеною і доступною для хворих організаційною формою медичної реабілітації є багатопрофільне відділення реабілітації в складі міської або центральної районної лікарні. Його основною перевагою є можливість охоплення реабілітаційними заходами переважної частки захворювань та використання для цілей реабілітації лікувально-діагностичної і господарчої баз лікарень (лабораторія, функціональна і рентгенівська служби, аптека, консультації спеціалістів).

Найбільш ефективною слід вважати таку структуру багатопрофільного відділення медичної реабілітації міської або центральної районної лікарні. Це - спальний корпус з їдальнею та кімнатами відпочинку і маніпуляційним кабінетом; лікувальний корпус із відділеннями фізіотерапії, пелоїдотерапії, лікувальної фізкультури, механотерапії, трудотерапії та масажу, бальнеотерапії. До лікувального корпусу треба додати ще кабінети комплексного лікарського прийому, оксигенотерапії, аерозольотерапії, психологічної реабілітації, баротерапії, функціональної діагностики, рефлексотерапії.

Відділення пелоїдотерапії має складатись із напівбоксів з кушетками для аплікацій з болота, кабінетів загальних болотних і газоболотних ванн, маніпуляційного кабінету для болотних тампонів *per vagina* і *per rectum*, кабінету для гальваноболотолікування, індуктоболотолікування, електрофорезу і діадинамоболотолікування.

Відділення має бути обладнане потужною наскрізною вентиляцією. Болото доцільно розміщати в декількох басейнах, один з яких служить для регенерації. Перед вживанням болото слід нагріти водною парою, а після лікувальних процедур повернути для регенерації. Для зручності всі вищенаведені приміщення мають розміщуватись одне за другим. Необхідні також пральні машини, центрифуга і сушильний апарат барабанного типу. У відділенні пелоїдотерапії можна відпускати парафінові та озокеритові аплікації.

Існування реабілітаційного відділення в складі багатопрофільної лікарні розширює функції ос-

танньої, доводить медичну допомогу до логічного кінця, маючи на увазі не лише лікування хвороби, а й максимально можливе відновлення здоров'я і працездатності хворого. У відділення реабілітації хворих приймають як і з поліклініки, так і зі стаціонару. Організація реабілітаційного процесу в багатопрофільній лікарні має свої особливості.

Контингенти хворих спрямовуються у відділення реабілітації такими каналами: із кабінетів дільничних лікарів, спеціалізованих кабінетів поліклініки і спеціалізованих відділень стаціонару. Хворих приймають у поліклінічну частину реабілітаційного відділення із індивідуальною картою амбулаторного хворого (Ф 025/о) та історією хвороби (Ф 003/о), якщо хворий направляється зі стаціонару. Це дозволяє забезпечити наступність і етапність у проведенні медичних заходів, уникнути помилок, пов'язаних з вибором реабілітаційних засобів, скласти оптимальну індивідуальну програму реабілітації.

Хворі із кабінетів поліклініки і відділень стаціонару спрямовуються на реабілітаційну комісію, в якій, як правило, працюють постійні і непостійні представники. Склад комісії залежить від профілю хворих. Від цього залежить число непостійних представників.

До функцій реабілітаційної комісії належать: остаточний відбір хворих, складання програми реабілітації, контроль за ходом реабілітації, корекція програми реабілітації, визначення працездатності, участь у працевлаштуванні реабілітованих, динамічний контроль за якістю диспансеризації після реабілітації, визначення ефективності реабілітації.

З метою економії витрат часу, що йде на письмову роботу, можна розробити уніфіковані реабілітаційні рецепти у вигляді штампів-кліше, які проставляються на зворотній стороні реабілітаційної карти у верхній її частині, а в нижній ставлять відмітку про виконання процедур.

Якщо немає свого болота, можна застосувати привізне, із Куяльницького лиману, з Саків тощо. Досвід показує значну терапевтичну ак-

тивність болотолікування в позасанаторних умовах. Крім загальноприйнятих дозувань болотопродур, можна застосовувати так звані мітиговані методи для тих хворих, які не здатні перенести болотолікування в повному обсязі.

Використане болото збирається в окремому басейні для регенерації, що триває 4-6 місяців. Критерії регенерації - відновлення висхідної мікрофлори. Після повторного використання подальше використання болота недоцільне.

### Список літератури

1. *Киливник В.С.* Научное обоснование организации медицинской реабилитации в сельском районе: Автореф. дис. канд. - Тернополь, 1986.
2. *Медицинская реабилитация в условиях центральной районной больницы / Киливник В.С., Череватюк В.И., Прищак А.И.* - К.: Здоров'я, 1984. - 40 с.
3. *Организация восстановительного лечения / Козлюк В.М., Ярменчук А.Д., Следзевская и др.* - К.: Здоров'я, 1977.- 40 с.
4. *Сергієні О.В.* Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: Метод. рекомендації. - Дніпропетровськ, 1997. - 23 с.
5. *Юмашев Г.С., Ренкер К.* Основы реабилитации. - М.: Медицина, 1973. - 112 с.

### ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ В БАГАТОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

*А.О. Голяченко (Тернополь)*

Описується структура отделения реабилитации и организация пелоидотерапии в многопрофильной больнице.

### ORGANIZATION OF MUD THERAPY IN A MULTI-FUNCTIONAL HOSPITAL

*А.О. Holyachenko (Ternopil)*

It is described the structure of a department of rehabilitation and the organization of mud therapy in a multifunctional hospital.

### МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ В НЕЗАЛЕЖНІЙ УКРАЇНІ

Український інститут громадського здоров'я

Україна за роки незалежності пережила важкі часи. Медико-демографічне становище відбило на собі всі складнощі будівництва нової держави. Крім того, на нього вплинув тягар попередніх десятиліть існування планової економіки, за якою охорона здоров'я фінансувалася за залишковим принципом.

Такі негативні процеси в демографічній ситуації, як спад народжуваності та ріст смертності, спричинили депопуляцію. Коефіцієнт народжуваності зменшився за роки незалежності на 35,5 %, тоді як смертність населення збільшилася на 18,6 % [4, 5].

Особливість ситуації з народжуваністю полягає в тому, що чинники нинішньої економічної ситуації (зниження життєвого рівня, безробіття і пов'язаний з ним виїзд населення на заробітки за кордон, розпад соціальної системи, що діяла раніше) нейтралізують можливість підвищення народжуваності, зумовлену збільшенням чисельності молодих жінок віком від 20 до 29 років. Навпаки, відбувається подальше падіння вікових коефіцієнтів народжуваності у цьому контингенті жінок і, як наслідок, – сумарного коефіцієнта народжуваності (середня кількість дітей, яких народжує жінка протягом усього свого життя). Тепер він досягнув дуже низької для України позначки – 1,1 дитини на 1 жінку.

Сучасний рівень народжуваності в Україні – один із найнижчих у Європі. Нині в Європі нижчий, ніж в Україні, рівень народжуваності зафіксовано в Болгарії, Іспанії, Італії, Чехії, Латвії, Естонії [2].

Смертність населення України в минулі десятиріччя характеризувалася відносною стабільністю. З середини 70-х до початку 90-х років вона була на рівні 10–12 випадків смерті на 1000 населення. Починаючи з 1991 р., рівень смертності почав рости, причому темп приросту в різні роки був неоднаковим. З 1991 р. по 1995 відбувалося найбільше підвищення рівня смертності, в 1999–2000 рр. – незначне, а в 1996–1998 рр. спостерігалось навіть його зниження.

Нині стандартизований коефіцієнт смертності населення в Україні (14,1 ‰) удвічі вищий, ніж у

країнах Європейського Союзу (7 ‰). Серед пострадянських країн вищі, ніж в Україні, стандартизовані рівні смертності у 2000 р. зафіксовано у Молдові, Росії, Казахстані [4].

В умовах різкого зменшення народжуваності збереження життя новонароджених – актуальна проблема. У 2001 р. рівень смертності немовлят в Україні становив 11,4 ‰. Порівняно із Західною Європою такий рівень смертності немовлят за європейськими мірками занадто високий. В цілому ж смертність немовлят в Україні вища, ніж в країнах Європейського Союзу, в 2,5 раза, а від травм та отруень – в 5 разів, хвороб органів дихання – 18 разів. Виходячи з цих даних, стає очевидним, де слід шукати резерви зниження рівня смертності немовлят в Україні з метою його наближення до європейських стандартів.

Нинішня медико-демографічна ситуація в Україні характеризується також високим рівнем смертності населення працездатного віку. Спостерігалось зростання її рівня з кінця вісімдесятих років до 1995 р. Призупинення цього процесу сталося протягом трьох наступних років, з 1996 по 1998 р., однак воно було нестійким і не досягло рівня смертності на початку десятиріччя. В 1999–2000 рр. відбувся новий ріст смертності – до 934,2 на 100 000 відповідного населення серед чоловіків і 241,1 – серед жінок (в 2000 р.) Вже багато років спостерігається переважання смертності чоловіків над смертністю жінок, яке нині складає майже 4 рази. Смертність у працездатному віці – визначальний складник відмінності рівнів смертності у розвинутих країнах світу та Україні. В цілому, порівняно з зарубіжними країнами рівень смертності населення України працездатного віку вищий у 2–4 рази [1, 6].

Найбільшу кількість смертельних випадків серед населення працездатного віку зумовлюють зовнішні причини – травми та отруєння, на другому місці стоять хвороби системи кровообігу, на третьому – новоутворення.

Сучасна структура смертності за причинами в Україні відповідає структурі, характерній для розвинених країн, однак самі показники значно вищі практично від усіх причин. Особливе місце в струк-

турі причин смерті належить серцево-судинним хворобам, які зумовлюють левову частку всіх смертей. Імовірність померти від цього класу причин протягом останніх років дещо змінювалася, але її визначальна роль стало зберігатися: більше половини чоловіків і майже дві третини жінок помирають від серцево-судинних катастроф.

Основною причиною смерті серед хвороб серця є ішемічна хвороба, смертність від якої неухильно зростала у 90-ті роки. Друга, основна складова частина смертності від хвороб системи кровообігу – судинні ураження головного мозку – теж зростала, що різко контрастує зі значним зниженням рівня смертності від цієї патології на Заході, а розрив між Україною та західними країнами весь час розширюється. Стандартизований коефіцієнт смертності від цієї причини в Україні був у 5 разів вищий, ніж у розвинених країнах світу [4].

Власне висока і зростаюча смертність від ішемічної хвороби серця та судинних уражень головного мозку виступає основним складником кризи смертності в Україні. І справа не в тому, що в Україні велика кількість людей, які помирають від цих причин. Шанси померти протягом життя від ІХС у чоловіків в Україні навіть нижчі, ніж на Заході. Але помирають вони молодшими, ніж у західних країнах.

Наступний за значущістю клас причин смерті населення в Україні новоутворення.

Найвищі рівні смертності від новоутворень нині спостерігаються в найбільш екологічно небезпечних східних і південних областях (Донецька, Луганська, Дніпропетровська, Миколаївська, Херсонська, Одеська).

Протягом останніх десяти років несприятливою була динаміка смертності від зовнішніх причин. Стандартизований показник смертності від травм та отруєнь серед чоловіків в 4 рази, а у жінок в 2,8 рази перевищував відповідні показники для розвинутих країн. Від зовнішніх причин смерті в середньому за рік гине 70–75 тис. чоловік.

Вже давно помічено високий ступінь зв'язку між рівнями споживання алкогольних напоїв і смертності від нещасних випадків. Наприклад, в Європі найвищі рівні смертності від зовнішніх причин спостерігаються в тих країнах (Росія, Латвія, Естонія, Угорщина, Україна), де найвищі серед європейських країн рівні споживання ал-

коголю, особливо міцних напоїв [3].

Рівень смертності населення виражається в середній очікуваній тривалості життя, динаміка якої є дзеркальним відображенням тенденцій смертності. Середня очікувана тривалість життя протягом 90-х років зазнала значних змін. За першу половину 90-х років вона зменшувалась – у чоловіків на 4,3 року, а у жінок – на 2,3 року. Після 1995 р. середня тривалість життя почала трохи зростати, а з 1999 р. знову зменшуватись, і становила 62,2 у чоловіків і 73,4 – у жінок у 2000 р.

Нинішній рівень середньої тривалості життя в Україні надзвичайно низький. У Європі нижчі, ніж в Україні, рівні середньої тривалості життя зафіксовані тільки в Росії, Албанії, Боснії та Молдові. Розрив між середньою тривалістю життя в Україні і розвинених країнах світу сягає майже 12 років у чоловіків і 8 – у жінок [4].

Із індикаторів посилення неблагополуччя в ситуації зі смертністю населення є збільшення розриву між тривалістю життя чоловіків і жінок внаслідок зростання надсмертності чоловіків. Цей розрив і на початку 90-х років був занадто великим (8,6 року) – принаймні в порівнянні з біологічно виправданою величиною та із значенням аналогічного показника для розвинених країн (6,7 року). Найвищі для 90-х років значення розриву між тривалістю життя чоловіків і жінок зафіксовані у 1995 р. – 11,3 року. Нині цей розрив становить 10,8 року і є найбільшим серед європейських країн.

В умовах сучасних тенденцій смертності найнижчі рівні середньої тривалості життя характерні для жителів індустріальних областей (Донецька, Дніпропетровська, Луганська), а також південного регіону (Миколаївська, Одеська, Херсонська області).

Аналіз медико-демографічної ситуації в країні свідчить про продовження її кризи. Вихід із кризової медико-демографічної ситуації можливий лише за умов покращання соціально-економічного становища в державі, коли з'являться підстави для суттєвішого соціального захисту населення, коли буде проведена радикальна реформа системи охорони здоров'я, впроваджений Закон про страхову медицину, почнуть діяти вже розроблені численні комплексні програми захисту здоров'я населення, такі, як "Здоров'я нації", "Зниження смертності працездатного населення", "Репродуктивне здоров'я" та багато інших.

### Список літератури

1. Бреев Б.Д. К вопросу о постарении населения и депопуляции // Социс. – 1998. – № 2. – С. 63.
2. Иванова А.Е. Продолжительность жизни, свободной от инвалидности, в России и за рубежом: проблемы сравнительного анализа // Социс. – 2000. – № 12. – С. 83.



3. Куценко В. Україна в лабіринті соціальних проблем: шляхи їх розв'язання // Регіон. економіка. – 2000. – № 4. – С. 18.
4. Населення України, 2000 рік / Держкомстат України. – К., 2001. – 515 с.
5. Населення України, 1993 рік / Міністерство статистики України. – К., 1994. – 596 с.
6. Чикава Л. Демографические процессы: научный анализ и демографическая политика // Общество и экономика. – 1999. – № 3–4. – С. 195–196.

### **МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В НЕЗАВИСИМОЙ УКРАИНЕ**

Л.А.Чепелевская (Киев)

Проанализированы медико-демографические показатели (рождаемость, смертность, естественный прирост, средняя ожидаемая продолжительность жизни) за 10 лет (1991-2000 гг.) существования независимой Украины. Определены основные тенденции медико-демографических процессов.

### **MEDICAL AND DEMOGRAPHIC SITUATION IN THE INDEPENDENT UKRAINE**

L.A. Chepelevskaya (Kyiv)

Medical and demographic indices (birth-rate, mortality, natural growth, average expected life duration) over 10 years (1991–2000) of the independence of Ukraine have been analyzed. There were determined main trends in medical and demographic processes.

## **ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

УДК 616-084-052 (477)

*О.І. ТИМЧЕНКО, А.М. СЕРДЮК, Н.Г. ГОЙДА, В.О. ГАЛАГАН, Т.М. ПОКАНЕВИЧ,  
Л.М. ПІОТРОВИЧ, В.В. ЄЛАГІН, С.С. КАРТАШОВА, Е.М. ОМЕЛЬЧЕНКО, О.В. ЛИНЧАК,  
О.І. ТУРОС (Київ)*

### **ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА: СТРАТЕГІЯ ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

Інститут гігієни та медичної екології АМН України, МОЗ України, Управління охорони здоров'я Київської обласної держадміністрації, медико-генетичне відділення Української спеціалізованої дитячої лікарні "Охматдит"

Відомо, що сучасна профілактична медицина ґрунтується на стратегії зміцнення здоров'я, що означає надання окремим індивідам і співтовариствам можливості контролювати вплив чинників, які формують здоров'я [2]. Основою цієї стратегії є такі принципи: турбота кожного про своє здоров'я; спільність дій під час надання допомоги іншим; здорове оточення [9].

Упровадження стратегії зміцнення здоров'я населення потребує участі широких верств суспільства, посилення роботи служб охорони здоров'я, координованої політики в цій сфері людської діяльності [9] (рис. 1). Такий підхід об'єднує в єдине

ціле людину та її оточення (довкілля з його природними й антропогенними чинниками, соціальне та економічне середовище), забезпечує синтез персонального вибору та соціальної відповідальності у досягненні здоровішого майбутнього [8].

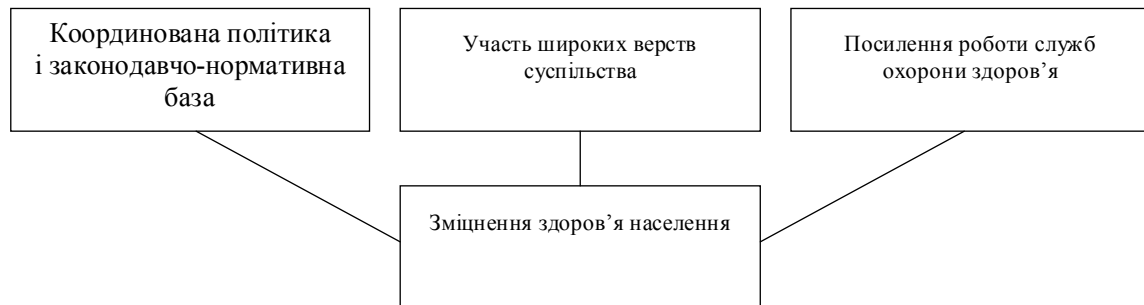


Рис. 1. Схематичне зображення впровадження стратегії зміцнення здоров'я населення.

Зазначена стратегія є прикладом міждисциплінарного і міжгалузевого підходу, вільного від панування медицини [6]. Вона успішно застосовується в профілактичних програмах ВООЗ, що виконуються в Європейському регіоні. Юридичною основою політики в галузі охорони здоров'я в Європі стала Маастрихтська угода про Європейське співтовариство, підписана у 1992 р. У ст. 29 цієї угоди наголошується, що діяльність співтовариства повинна спрямовуватися на профілактику захворювань шляхом вивчення їх причин, поширення інформації та санітарної освіти серед населення [4].

Обговорюючи важливість правильної політики держави в галузі охорони здоров'я, зауважимо, що попри всю низку законодавчих і нормативних актів, прийнятих у незалежній Україні та спрямованих на його збереження, рівень здоров'я населення незадовільний. Незважаючи на проголошення принципів профілактичної медицини, фактично продовжує надаватися перевага лікувальній медицині, хворій, а не здоровій людині [7].

Прикладом недостатньо активних дій на державному рівні в галузі профілактичної роботи, пов'язаної з нейтралізацією шкідливого впливу антропогенних чинників середовища на здоров'я населення, може бути Національний план дій з гігієни довкілля, створений за рекомендацією Ради безпеки України, згідно з Указом Президента, міжнародними зобов'язаннями України, і затверджений Постановою Кабінету Міністрів України № 1556 від 13.10.2000. Робота за Планом нині не є міжгалузевою і внаслідок цього достатньо ефективною, хоча метою Плану є поліпшення громадського здоров'я шляхом попередження розвитку хвороб і патологічних станів, виникнення та (або) перебіг яких пов'язаний із впливом чинників довкілля, тобто повністю збіга-

ються з принципами стратегії зміцнення здоров'я. Іншими негативними зразками можуть служити також проект закону про екологічне страхування, в якому не передбачено страхування репродуктивних розладів внаслідок катастроф, і проект Закону "Про державну політику регулювання в галузі генетико-інженерної діяльності", який не надає громадянам гарантії безпеки щодо вживання продуктів, виготовлених із трансгенів, тощо.

В Україні прийнято низку програм, направлених на збереження репродуктивного здоров'я. Завдяки їхньому функціонуванню була організована служба планування сім'ї (Національна програма планування сім'ї, 1995), отримала подальший розвиток спеціалізована гінекологічна служба дитячого та підліткового віку (Національна програма "Діти України", 1996, наказ МОЗ України № 391 від 27.12.96). У 1999 р. на виконання ст. 16 Конституції України, в якій проголошено забезпечення екологічної рівноваги, та ст. 29 Основ законодавства України про охорону здоров'я, що вимагає посиленої уваги до генофонду населення через можливість несприятливого впливу дії чинників довкілля, була прийнята Цільова комплексна програма генетичного моніторингу в Україні на 1999–2003 роки", програма "Репродуктивне здоров'я 2001–2005 (2000).

Отже, створена організаційна основа, що дозволяє посилити ефективність роботи служб охорони здоров'я зі збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я населення.

Відповідно до наказу МОЗ України № 78 Адм. від 09.09.98 у Київській, Івано-Франківській, Чернівецькій областях і м. Києві була створена епідеміологічна система спостереження за частотою розвитку вроджених вад серед новонароджених, самовільних викиднів серед зареєстрованих вагітностей і безплідних шлюбів.

Незважаючи на короткий термін існування системи (адже епідеміологічні дослідження повинні проводитися протягом десятиліть), аналіз її діяльності дозволяє зробити певні висновки. По-перше, збільшився (на 17 %) потік сімей на медико-генетичне консультування впродовж 1998–2001 рр. у м. Києві.

По-друге, за даними попереднього аналізу матеріалів комп'ютерних реєстрів випадків народження дітей із вродженими вадами розвитку, випадків самовільних викиднів і безплідних шлюбів виявлені пріоритетні чинники ризику виникнення патології.

Оцінка впливу етіологічних чинників на ризик виникнення репродуктивних невдач проводилася методами дисперсійного аналізу, а саме за допомогою таблиць сполучностей для досліджень

типу випадок–контроль. Мірою зв'язку між зазначеною патологією та ймовірними чинниками ризику використовувалося співвідношення шансів, чи перехресних добутоків (*OR* – odds ratio). Для перевірки гіпотез про наявність вірогідної залежності на рівні 5 % значущості будувався 95 % довірчий інтервал (ДІ) для *OR*. Якщо він не містив одиниці, то гіпотеза про незалежність рівня репродуктивних невдач від досліджуваного чинника ризику відхилялася і приймалася протилежна – про те, що додаткова кількість репродуктивних втрат була індукована дією зазначеного чинника.

Так, у 3–4 рази збільшують ризик безплідності та самовільних викиднів першого триместру вагітності та у 2 рази – ризик появи дитини з уродженою патологією хронічні інфекційні хвороби (табл. 1).

**Таблиця 1. Результати аналізу впливу хронічних інфекційних хвороб на ризик репродуктивних невдач у м. Києві, Київській, Івано-Франківській і Чернівецькій областях протягом 1999–2000 рр.**

Стать	Безплідні шлюби		Самовільні викидні		Вроджена патологія	
	<i>OR</i> *	ДІ**	<i>OR</i>	ДІ	<i>OR</i>	ДІ
Чоловіки	4,02	2,62–6,16	2,96	2,32–3,96	2,60	1,65–2,84
Жінки	2,96	2,32–3,96	4,02	2,62–6,16	1,96	1,23–3,13

*Примітка.* \* – співвідношення перехресних добутоків; \*\* - довірчий інтервал.

Вагомим чинником ризику виступає і контакт з професійними шкідливостями (табл. 2).

Аналіз даних про шкідливі звички, зокрема тютюнокуріння, засвідчує, що воно однаковою мірою поширене (до 60 %) серед чоловіків репродуктивного віку усіх досліджуваних територій. Серед вагітних жінок ця звичка більше поширена (10 %) у м. Києві.

Розраховані співвідношення перехресних добутоків свідчать про те, що активне тютюнокуріння сприяє виникненню безплідності у шлюбі, спонтанних викиднів серед зареєстрованих вагітностей і вроджених вад розвитку у новонароджених від жінок, які проживають у Київському регіоні, підвищує ризик розвитку безплідності та спонтанних викиднів у жінок західного регіону (табл. 3).

Наведені чинники ризику належать до керованих і в більшості своїй можуть нівелюватися за умови підвищення активності не тільки ме-

дичної громадськості, відповідно до стратегії зміцнення здоров'я, а й усього суспільства.

Не знімаючи відповідальності з держави за проведення правильної політики в галузі охорони здоров'я, можна заперечити, що людина багато в чому сама є відповідальною за своє здоров'я. Дотепер у більшій частини населення України не сформована потреба у здоровому способі життя. Громадяни України схильні перекладати відповідальність за своє здоров'я на незадовільну роботу служби охорони здоров'я, державу в цілому, забуваючи про особисті обов'язки перед суспільством щодо ставлення до свого здоров'я. Як зазначають деякі автори [3], тільки 4–5 % педагогів і 12–13 % медичних і наукових працівників займаються ранковою гімнастикою. А тим часом без участі широких верств населення успішне впровадження стратегії зміцнення здоров'я неможливе.

**Таблиця 2. Результати аналізу впливу професійної шкідливості на ризик репродуктивних невдач у м. Києві, Київській, Івано-Франківській і Чернівецькій областях протягом 1999–2000 рр.**

Стать	Безплідні шлюби		Самовільні викидні		Вроджена патологія	
	<i>OR</i>	ДІ	<i>OR</i>	ДІ	<i>OR</i>	ДІ
Чоловіки	1,69	1,36–2,14	1,70	1,42–2,06	1,35	1,12–1,64
Жінки	1,81	1,41–2,44	2,05	1,68–2,57	1,44	1,15–1,80

Таблиця 3. Результати аналізу впливу тютюнокуріння на ризик репродуктивних невдач у м. Києві, Київській, Івано-Франківській і Чернівецькій областях протягом 1999–2000 рр.

Стать	Реґіон			
	м. Київ, Київська область		Івано-Франківська, Чернівецька області	
	OR	ДІ	OR	ДІ
Безплідні шлюбни				
Чоловіки	1,6	1,29-1,98	1,79	1,30-2,45
Жінки	2,53	1,79-3,58	7,68	3,77-15,94
Спонтанні викидні				
Чоловіки	1,53	1,28-1,83	1,13	0,88-1,46
Жінки	2,09	1,53-2,86	4,13	1,99-8,72
Вроджені вади розвитку				
Чоловіки	0,78	0,65-0,94	1,33	1,05-1,67
Жінки	1,54	1,10-2,16	1,69	0,78-3,67

Ядром стратегії зміцнення здоров'я є санітарна просвіта, і розглядають її як "цілеспрямовану дію на свідомість і поведінку людини з метою формування у неї певних понять, принципів, ціннісних орієнтирів, які забезпечують необхідні умови для збереження і відновлення здоров'я" [6].

Кінцева мета санітарної просвіти – поліпшення якості життя і попередження передчасної смерті, проміжна – формування поведінки, яка сприяла б зміцненню здоров'я, найближча – застосування навчальних стратегій для полегшення дій, спрямованих на збереження здоров'я [6].

Слід також нагадати, що в державі існує розгалужена мережа центрів здоров'я, основне завдання яких полягає саме у впровадженні стратегії зміцнення здоров'я шляхом проведення санітарно-просвітньої роботи серед населення. Сьогодні вони не виконують своєї функції повною мірою. Тим часом досвід розвинутих країн (США, Швеція, Фінляндія) свідчить, що роз'яснення населенню основ стратегії зміцнення здоров'я, гігієнічна освіта, координація дій різних структур, спрямованих на підтримку зусиль щодо формування у громадян потреби у здоровому способі життя, позитивно впливають на показники, які характеризують здоров'я населення. В Україні у 80-ті роки функціонувало більше ніж 3,2 тис. народних університетів і факультетів медичних і гігієнічних знань, які відвідували близько 360 тис. чоловік. Щорічно організовувалося 28–30 тис. медико-гігієнічних публікацій у пресі

та близько 1 млн кіносеансів, виходило у світ близько 8 млн екземплярів популярної літератури на тему здорового способу життя [3].

Заслугує підтримки і поширення досвід роботи Київської асоціації планування сім'ї, Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України і Київської академії післядипломної освіти з підготовки груп волонтерів (вихователі дошкільних закладів, вчителі, психологи, батьки, підлітки) з питань пропаганди здорового способу життя [5].

Упровадження стратегії зміцнення здоров'я в Україні потребує ширшого використання фундаментальних даних, накопичених гігієнічною наукою в галузі вивчення стану здоров'я людей під впливом антропогенних чинників навколишнього середовища. Воно ставить також перед вченими-гігієністами низку проблем, на вирішення яких сьогодні претендують валеологія, санологія, медична географія тощо. Мета і завдання цих наук збігаються з такими гігієни [1]. Крім того, в умовах ресурсної обмеженості доцільним є не розпорошення, а консолідація зусиль, використання кращих надбань людства з благородною метою збереження і зміцнення здоров'я.

Підсумовуючи наведене, слід зазначити, що для поширення стратегії зміцнення здоров'я в Україні потрібно активізувати роботу в цьому напрямі державних структур, органів місцевого самоврядування, громадських організацій, служб охорони здоров'я та свідоме ставлення індивіда до збереження здоров'я.

### Список літератури

1. Захарченко М.П. Профилактическое направление в медицине и "новые" науки о здоровье людей // Гигиена и санитария. – 1998. – № 5. – С.62–64.
2. Здоровье 21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1999. – № 6: Европ.сер. по достижению здоровья для всех. – 310 с.

3. Куценко В.И. Сфера воспроизводства здоровья населения: социально-экономический и региональный аспекты. – К.: Наук. думка, 1994. – 220 с.
4. Об определении политики в области здравоохранения в Европе // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 1995. – № 1. – С. 51–52.
5. Підготовка волонтерів з питань пропаганди здорового способу життя / Царенко І.В., Шкіряк-Нижник З.А., Непочатова-Курашкевич Е.І. та ін. // Пробл. медицини. – 2001. – № 3–4. – С. 3–5.
6. Полесский В.А. Санитарное просвещение: проблемы и перспективы // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1995. – № 1. – С. 30–33.
7. Сердюк А.М., Тимченко О.І. Ресурси вдосконалення медичної допомоги населенню: інформація та фінанси // Інформ. технології та програмно-апаратні засоби в медицині, біології та екології. – К.: Медінформ, 1998. – Ч.1. – С.7–13.
8. Kiskbusch J., 1990 – цит. за Полесский В.А. Санитарное просвещение: проблемы и перспективы // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1995. – № 1. – С. 30–33.
9. Shah C.P. Public Health and Preventive Medicine in Canada. – Toronto, Ontario: The University of Toronto Press. – 1994. – 413 p.

### **ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА: СТРАТЕГИЯ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ**

О.И. Тимченко, А.М. Сердюк, Н.Г. Гойда., В.А. Галаган, Т.М. Поканевич, Л.М. Пиотрович, В.В. Елагин, С.С. Карташова, Е.М. Омельченко, О.В. Линчак, Е.И. Турос (Киев)

Описана стратегия укрепления здоровья популяции, на которой базируется современная профилактическая медицина, и пути ее внедрения в Украине. Приведены результаты анализа факторов риска возникновения врожденных аномалий у новорожденных, самопроизвольных абортів и бесплодия в браке по данным эпидемиологической системы генетического мониторинга, функционирующего в г. Киеве, Киевской, Ивано-Франковской и Черновицкой областях. В качестве ведущих факторов репродуктивных неудач выделены хронические инфекции, профессиональная вредность и вредные привычки. Определен риск неблагоприятных исходов беременности или бесплодия в анамнезе при табакокурении.

### **PREVENTIVE MEDICINE: STRATEGY OF STRENGTHENING OF HEALTH OF THE POPULATION OF UKRAINE.**

O. Timchenko, A. Serdyuk, N. Goyda, V. Galagan, T. Pokanevich, L. Piotrovych, V. Elagin, S. Kartashova, E. Omelchenko, O. Lynchak, E. Turos (Kiev)

The strategy of modern preventive medicine for strengthening health of population and way of its introduction in Ukraine are described in the paper. The results of the analysis of risk factors of occurrence of birth defects at newborn, spontaneous abortions and infertility in a married couples on the data of epidemiological system of Genetic monitoring functioning in Kiev, Ivano-Frankovsk, Chernovtsy oblasts and in Kiev are given. The chronic infections, occupation risk and harmful habits are allocated as the conducting factors of reproductive failures. The tobacco smoking is determined as the risk of failures of pregnancy and infertility.

О.Н. ЛИТВИНОВА

## ФУНКЦІЇ МЕНЕДЖЕРА В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Система охорони здоров'я – це складна і наскрізна галузь, в якій культурно-політичні, соціально-економічні та морально-етичні засади суспільства і держави тісно переплітаються і виявляються найяскравіше. Аналіз демографічної ситуації та рівнів захворюваності населення України за останні десять років свідчає про підтвердження думки О. Голяченка, що “Сучасна система медичної допомоги в Україні – велетенська за розмірами і вкрай низька за якістю система, негативні результати діяльності якої переважили позитивні”.

Це додає процесові управління охороною здоров'я додаткові і досить суперечливі складнощі. З одного боку, керівники системи охорони здоров'я України, використовуючи одні і ті ж ресурси, покликані привести систему до її основної мети – зберегти здоров'я нації, а з другого – забезпечити процвітання власних організацій. На жаль, ні того, ні іншого в Україні сьогодні не маємо.

Виконання другого завдання при відсутності централізованого і стабільного фінансування можливе лише шляхом здобування власних коштів, себто до розвитку своєрідних (бо Конституцією України інше в державних та закладах комунальної власності не передбачено) ринкових відносин. Останні призвели до того, що сьогоднішня система охорони здоров'я більше зацікавлена у наявності хвороби, аніж у її профілактиці.

Проблеми економічної кризи в державі, зниження нижче допустимого прожиткового рівня основної маси населення, падіння моралі тісно між собою переплелися та призвели до зростання напруги як між окремими верствами населення, так і між представниками різних медичних спеціальностей. Розшарування суспільства на багатих та бідних (а якщо доходи нижче прожиткового рівня – то це жебраки) торкнулося і середовища медичних працівників. Можливість необмеженого збагачення одних і злидні інших не сприяє доброму мікроклімату у медичному закладі і безпосередньо негативно відбивається на хворих. Жадоба збагачення в одних і злидніна безвихідь інших, жебрацьке матеріальне становище більшості медичних закладів призводять до викривленої мотивації праці, що неухильно

приведе до профанації, з проявами якої ми все частіше сьогодні зустрічаємося. Така ситуація поставила перед керівниками системи досить складні проблеми, вирішення яких потребує неабияких здібностей і принципово нових знань та вмінь. Керівники повинні володіти комплексом знань та вмінь у сфері менеджменту та маркетингу, економіки та юриспруденції, бути в повному технічному та інформаційному всеозброєнні, бути добрими психологами, щоб володіти високим рівнем кваліфікації у веденні переговорів та врегулюванні конфліктів.

Сама по собі проблема управління ними полягає в тому, що необхідно використовувати внутрішню структуру, методи підвищення продуктивності праці та стимули для того, щоб максимально підвищити внутрішню ефективність організації на досягнення нею мети. Щодо стимулів – то існує три основні впливи, якими можна спонукати людину до дії – це страх, переконання та вигода. Використання останньої найшвидше призводить до бажаного ефекту, але в сьогоднішній системі охорони здоров'я України таких важелів впливу керівник не має: він не володіє преміальним фондом, він не може регулювати ні рівень отримуваної заробітної плати, ні тривалість робочого часу, він не може суттєво покращувати чи погіршувати умови праці тощо. Переконання – один із найстійкіших і довготривалих стимулів – сьогодні ми зустрічаємо, на щастя, ще лікарів та медсестер і фельдшерів, які самовіддано працюють незважаючи ні на мізерну заробітну платню, ні нестачу обладнання та медикаментів, ні на інші негаразди. Однак таких стає все менше і менше. Отже, залишається один ще дієвий стимул – страх – діє за принципом “Не подобається – розраховуйся!” – але й таких, що бояться, також все меншає, особливо це стосується середнього та молодшого медичного персоналу. Вони стають все сміливішими – їм уже нічого втрачати і нічим дорожити у сьогоднішній системі охорони здоров'я.

Таким чином, проблема збудження мотивації у працівників медичного закладу в сьогоднішніх умовах в Україні є чи не найголовнішою. Ситуація уск-

ладнюється ще й тим, що і у самих керівників мотивація слабка. Офіційно матеріальна вигода досить невелика, щодо прибуткової тіньової та морально-злочинної діяльності – майже бездоказова. Стимул страху та переконання в таких умовах теж має досить двоїстий характер – офіційно – вони ніби не діють, фактично – мають вирішальне значення, хоч, знову ж таки – в основному бездоказово. Причому, переконання в неофіційному контексті має досить таки викривлений характер.

Щодо офіційного захисту керівників системи охорони здоров'я – то він нічим не відрізняється від соціального захисту будь-якого найнекваліфікованішого працівника. Ризик бути звільненим з посади у керівника лікувального закладу чи установи охорони здоров'я – значно вищий, ніж у лікаря, і все подальше працевлаштування – це його особиста справа. Саме через це майже всі керівники лікувально-профілактичних закладів залишаються сумісниками на лікуючих посадах, розділяючи функції управління і лікувальної роботи протягом одного і того ж робочого часу. Така тенденція не приносить користі ні одній діяльності і в кращому випадку призводить до формального виконання якогось одного виду діяльності, а в гіршому – і обох.

Головний лікар знає, що заклад, яким він на даний час керує, йому особисто не належить і належати здебільшого не буде. Передати його у спадок є немислимим, як і керувати ним пожиттєво або хоч досить тривалий час. За найкраще поставлену роботу в кращому випадку "нагородять" - почесними званнями чи орденами, а за розвал – у найгіршому випадку звільнять з посади без будь-яких матеріальних збитків (за умови не порушеного законодавства). Запровадження нових передових технологій управління чи нових форм діяльності організації тягне за собою цілий ряд ризиків і незручностей – від перевірок, розборів, рецензій і т.д. до заздрощів та заборон. Таким чином – зацікавленість керівників системи охорони здоров'я України у виведенні організації на високі рубежі майже зводиться нанівець.

Однією із найважливіших проблем управління виступає оптимізація взаємовідносин між різними рівнями управлінських органів як по горизонталі, так і по вертикалі. На сьогодні залишається подвійним підпорядкування органів охорони здоров'я: місцевим органам влади по горизонталі та вищим управлінським структурам галузі - по вертикалі, що і потребує певного вирішення в межах реформування галузі.

В Україні одним із стратегічних напрямків реформування охорони здоров'я в умовах переходу до ринкових відносин і обмеженого фінансування, як вважають провідні фахівці в галузі організації охорони здоров'я, повинен бути пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах переважно родинної медицини. Цей напрям потребує доброї організації та державної підтримки і полягає в розширенні функцій лікаря первинної медико-санітарної допомоги і у відповідній реструктуризації спеціалізованої медичної допомоги. А від керівників системи охорони здоров'я дана реформа вимагає вміння будувати нові організації з відмінними від традиційних функціями з врахуванням перспективи та реалій сьогодення.

Отже, ще раз наголошую, що в нових умовах сьогодення управлінню охорони здоров'я потрібен фахівець, що зможе добре поставити роботу по досягненню мети, що вимагає нових та відмінних від старих способів організації та управління системою охорони здоров'я. Найголовнішими з них на сьогодні є:

- управління ринком чи мережею послуг, що орієнтоване на задоволення потреб населення;
- управління медичною допомогою з виходом за межі організацій;
- психологія персоналу та управління кадрами;
- активне управління якістю і постійне вдосконалення діяльності закладу.

У зв'язку з цим виникає необхідність перегляду підходів до теорії управління та підготовки керівних кадрів у системі охорони здоров'я України та їх соціального захисту.

## **ФУНКЦИИ МЕНЕДЖЕРА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

О.Н. Литвинова

Показаны основные функции руководителя здравоохранения в сегодняшних условиях и в условиях рыночных отношений в Украине.

## **FUNCTIONS OF THE MANAGER IN PUBLIC HEALTH SERVICES**

O. Lytvynova

The trial functions of the chief of public health services in today's conditions and in conditions рыночных of the attitudes(relations) in Ukraine are shown.

УДК 614 (092)



### **ВАЛЕНТИН ІВАНОВИЧ ПОЛЬЧЕНКО**

#### **(ДО 75-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)**

29 січня 2002 року виповнилося 75 років від дня народження і 50 років лікарської та наукової діяльності провідного наукового співробітника Українського інституту громадського здоров'я, доктора медичних наук Валентина Івановича Польченка.

Народився Валентин Іванович у с. Веселому Веселівського району Запорізької області в родині службовця. Він пройшов довгий шлях, сповнений тривог і здобутків, наполегливої праці і трудових перемог.

Опалена війною юність не стала на перешкоді до здійснення його мрії – одержання вищої медичної освіти. Після закінчення Дніпропетровського медичного інституту

він розпочав свою діяльність на посаді лікаря-епідеміолога в Херсонській області в легендарній Каховці, а сьогодні як відомий учений, доктор медичних наук – продовжує її в провідному науковому закладі з соціальної медицини та управління охороною здоров'я – Українському інституті громадського здоров'я.

Після спеціалізації з організації охорони здоров'я в Центральному інституті вдосконалення лікарів у далекому 1952 році В.І. Польченко 12 років працював в апараті Міністерства охорони здоров'я України на відповідальній посаді начальника планового відділу – заступника начальника Планово-фінансового управління, набуваючи цінного досвіду з організаційної роботи, узагальнення якого знайшло вихід у кандидатській дисертації.

Перейшовши на наукову роботу, Валентин Іванович зробив вагомий внесок у створення і розвиток автоматизованих систем управління охороною здоров'я, опрацювання наукових концепцій, методологічних і методичних підходів до вивчення, соціально-гігієнічної оцінки, планування і прогнозування перспектив розвитку медичного обслуговування сільського населення України.

Захистивши докторську дисертацію в 1972 році, В.І. Польченко успішно поєднує наукову роботу керівника відділу в Інститутах загальної та комунальної гігієни і гігієни й токсикології пестицидів, полімерних і пластичних мас з обов'язками директора Республіканського інформаційно-обчислювального центру МОЗ України – головного конструктора галузевої АСУ "Охорона здоров'я України".

Із першого дня створення Українського інституту громадського здоров'я він активно займається проблемами реформування охорони здоров'я, науковим обґрунтуванням розвитку сімейної медицини, вдосконаленням організації медичної допомоги сільському населенню.

Із нагоди ювілею та за високий професіоналізм, наполегливу працю і заслуги перед охороною здоров'я України Міністерство охорони здоров'я нагородило В.І. Польченка Почесною грамотою.

Вітаючи Валентина Івановича з цією визначною подією, редакція журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України", колектив Українського інституту громадського здоров'я, медична громадськість України щиро зичать йому міцного, козацького здоров'я, творчого натхнення, нових успіхів, щастя і радощів життя.



## ДО ВІДОМА АВТОРІВ!

**Редакція журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України” запрошує Вас до активної співпраці!**

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров’я; теоретичні основи охорони здоров’я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров’я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров’я населення, розробка моделей управління здоров’ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров’я населення; питання управління охороною здоров’я; економіка охорони здоров’я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров’я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти;

організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров’я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров’я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров’я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров’я;

міжнародне співробітництво з питань охорони здоров’я тощо.

До редакції (за адресою: Київ-54, вул. О.Гончара, 65) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю:

оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з’їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

• Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 40 ум.од. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків), оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.**

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, прізвище, ім’я та по батькові, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей - не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій - не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах - не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- рефератів українською, російською та англійською мовами обсягом не більше 1/3-1/2 с.

• Статті набираються на комп’ютері (в програмі Word 7.0, шрифтом 14 пунктів і не більше ніж 32 рядки на сторінці, зберігаються у форматі \*.rtf), подаються роздруковані з дискетою. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word 6.0/7.0 або Excel 6.0/7.0 та у вигляді окремих файлів разом із текстовим файлом подаються на дискеті. Як виняток, авторський оригінал може бути надрукований на друкарській машинці (обсяг не більше ніж 12 с.) через 2 інтервали на одній стороні аркуша формату А4 (210x297 мм), відступаючи від лівого краю 35 мм, правого - 10 мм, згори і знизу - по 25 мм (28-30 рядків на сторінці, 60-65 знаків, враховуючи пропуски, на рядку).

• На першій сторінці зазначаються: шифр УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

• Список літератури подається зразу ж за текстом. Автори згадуються за абеткою - спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних

авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність. Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. В бібліографічному описі книги потрібно зазначити прізвища та ініціали авторів, її назву (якщо чотири і більше авторів - назву книги, а потім за похилою лінією ініціали і прізвища всіх авторів або, якщо більше чотирьох, трьох авторів і слова "та ін."), місто, видавництво, рік видання, загальну кількість сторінок; статті - прізвище та ініціали авторів, назву періодичного видання (журналу, збірника наукових праць), рік, номер (том, випуск) і сторінки (початкова й остання);

автореферату дисертації - прізвище та ініціали автора, назву автореферату, далі із заголовної літери після двох крапок вказують, на здобуття якого ступеня захищається дисертація і в якій галузі науки, місто та рік видання, загальну кількість сторінок. Скорочення слів і їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582-97 "Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила".

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті відразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0. Як виняток, формули вписують темними чорнилами і розмічають усі елементи (латинські літери - синім олівцем, грецькі - червоним, великі і малі букви, подібні за написанням букви і цифри).

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СИ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X, XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, зазначити мету, об'єкт, методи дослідження, результати і висновки.

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

- Вартість розміщення реклами на сторінках журналу:

- кольорова на зовнішній і внутрішній поверхнях обкладинки - 400 ум.од.;

- кольорова на клейці:

- двостороння - 550 ум.од.;

- одностороння - 350 ум.од.;

- чорно-біла на аркушах формату А4 - 200 ум.од.;

- рекламні статті - 200 у.о. за 1 авт. арк.

- Зміст усіх випусків журналу, тези надрукованих статей українською, російською та англійською мовами, розділ "До відома авторів" та умови передплати розміщені на сервері Українського інституту громадського здоров'я за адресами:

http: [www.uact.cit-ua.net/uiph](http://www.uact.cit-ua.net/uiph)

http: [www.uact.kharkov.com/uiph](http://www.uact.kharkov.com/uiph).

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

Адреса редакції: 01601, м.Київ

вул.О.Гончара, 65

Український інститут громадського здоров'я

тел. (044) 216-81-51, 216-71-49

---

**Адреса редакції**

01601, м. Київ, вул. Димитрова, 5, корп. 10а, 7 поверх  
телефон (044) 216-81-51, 216-85-54, факс (044) 216-71-00 E-mail: health@uiph.kiev.ua

---

**Адреса видавництва**

46001, м.Тернопіль, майдан Волі, 1  
Видавництво "Укрмедкнига" Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського  
телефон (0352) 22-97-29, 22-44-92, 22-47-73  
Розрахунковий рахунок видавництва № 35307312101 в Нац. банку м. Тернополя МФО 338415 Код  
ЄДРПОУ 23587539  
для зарахування Тернопільській медичній академії на рахунок 07060223000067/1, код 02010830  
для журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України"

---

Редактори:	<i>Л.Д. Іваненко</i>
Художнє оформлення:	<i>Н.М. Лещук, П.С. Кушик</i>
Коректор	<i>О.П. Капкаєва</i>
Технічний редактор	<i>С.Т. Сисюк</i>
Комп'ютерний набір:	<i>Н.М. Лещук, С. Роїк</i>
Комп'ютерна верстка	<i>І.Т. Славінська</i>
Перекладачі:	<i>І.Д. Близнюк-Ходоровський, Н.Б. Колесникова, Л.А. Янковська</i>

---

Здано до складання 07.04.2002. Підписано до друку 06.06.2002. Формат 60x84 1/8. Папір офсетний.  
Друк офсетний. Ум. друк. арк 10,69. Обл.-вид. арк. 9,35. Наклад 300. Зам. № 106.