

Пріоритетні напрями охорони здоров'я

В.М.Пономаренко, О.М.Ціборовський, Л.І.Галієнко. Розвиток сімейної медицини в Україні: стан, здобутки, перспективи (дані дворічного моніторингу впровадження сімейної медицини у систему охорони здоров'я України).

5

Здоров'я і суспільство

О.В.Горіна, В.О.Галаган, О.І.Тимченко, І.П.Кривич. Ендокринні захворювання як чинник ризику виникнення вродженої патології, спонтанних викиднів та непліддя.

12

Л.В.Григорович, С.Ю.Крищук, Т.В.Куликова. Проблема запальних захворювань статеві системи у підлітків.

15

В.А.Дуфинець, М.І.Хижняк. Захворюваність військовослужбовців та шляхи оптимізації медичної допомоги офтальмологічним хворим.

21

М.І.Швед, Н.Є.Федчишин. Динаміка захворюваності мешканців Тернопільської області хворобами системи кровообігу.

27

І.С.Вардинець, О.Я.Никитюк, В.П.Бойко, Б.І.Гордійчук, В.В.Гапонюк. Розподіл хірургічної патології згідно рівнів медичної допомоги.

32

Методологічні підходи в системі охорони здоров'я

А.О.Голяченко. До питання про гарантований обсяг медичної допомоги людині України.

35

В.М.Пономаренко, Н.В.Медведовська, Л.А.Терещенко. Медична реабілітація: особливості оцінки її обсягу та повноти у постраждалих від аварії на ЧАЕС.

38

А.Б.Зіменковський. До питання трактування основних термінів та понять системи стандартизації в охороні здоров'я України.

42

Л.М.Романюк. Інформаційні аспекти оцінки якості та ефективності медичної допомоги.

46

Я.Ф.Радиш. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку.

49

С.О.Риков. Вплив реформування амбулаторної ланки офтальмологічної служби України протягом 1992-2001 років на поширеність захворювань органа зору та на доступність первинної спеціалізованої допомоги.

53

Priority directions for the public health system

V.M. Ponomarenko, O.M. Tsiborovsky, L.I. Galiyenko. Family medicine development in Ukraine: state of art, achievements and perspectives.

Health and society

O.V. Horina, V.A. Halagan, O.I. Timchenko, I.P. Kribich. Endocrin pathology has harmful effects on reproductivity of population

L.V. Grigorovich, S. Y. Krischuk, T.V. Kulikova. The problem of inflammatory diseases of genital area in adolescents.

V.A. Dufinets, N.I. Khizhnyak. Morbidity of military servicemen and optimization of ophthalmologic aid provision within medical institution's system of Ukrainian armed forces.

N.I. Shved, N.E. Fedchysyn. Sick rate dynamics of the blood circulation system diseases of population in Ternopil region.

I.S. Vardynets, O.Ya. Nykytyuk, V.P. Boyko, B.I. Hordiychuk, V.V. Haponiuk. Distribution of surgical pathology according to medical aid rates.

Methodologic Approaches in the Public Health System

A.O. Holyachenko. Tho the question about a guaranted amuont of medical aids for the people of Ukraine.

V.M. Ponomarenko, N.V. Medvedovskaya, L.A. Tereshchenko. Medical rehabilitation of the contingents affected by the Chernobyl NPPD: evaluation of its volume and completeness.

A.B. Zimenkovsky. On the problem of interpretation of main definitions for public health standardization system in Ukraine.

L.N. Romanyuk. The informationals aspects of evaluation of a quality and the efficacy of the medical help.

Ya.F. Radysh. The health care system public administration in Ukraine: Genesis and development trends.

S.O. Rykov. Infuens of the out-patient section of ophthalmologic service of Ukraine within 1992-2001 on the prevalence of organ of vision diseases and acssebility of population to the intial specialized assistance.

Організація медичної допомоги

В.М.Пономаренко, Н.В.Медведовська, Т.В.Івасюк. Моніторинг онкологічної допомоги населенню України у 2001-2002 роках.

57

Л.В.Крячкова. Аналіз медичних маршрутів пацієнтів кардіологічного профілю.

61

Правове забезпечення охорони здоров'я

Т.С.Грузєва. Право на здоров'я у міжнародному і вітчизняному законодавстві.

65

Формування здорового способу життя

Л.П.Качанова. Створення безпечного оточення дітям – стратегія соціальної політики в Україні.

74

Історія медицини

Я.В.Ганіткевич. Борис Матюшенко – український вчений-гігієніст і суспільно-політичний діяч (До 120-річчя від дня народження).

78

О.О.Гарнець, В.М.Сорока, О.М.Ціборовський, В.О.Кушнір. Становлення земської медицини на правобережній Україні (продовження).

83

До авторів

87

Organization of Medical Care Provision

V.M. Ponomarenko, N.V. Medvedovskaya, T.V. Ivasyuk. Monitoring of oncologic care of the population of Ukraine

57

L.V. Kryachkova. Analysis of Medical Itineraries of Patients with cardiovascular diseases

61

Legal provision

T.S. Hruseva. Law-based and normative support of public health institutions response to technogenic and natural-caused extreme situations

65

Formation of health life-style

L.P. Kachanova. Creation of safety environment for children – strategy of social policy in Ukraine

74

History of Medicine

Ya. Hanitkevych. Borys Matiushenko – a ukrainian scientist-hygienist and political activist (on his 120th birth).

78

O.O. Harnets, V.M. Soroka, O.M. Tsiborovsky, V.O. Kushnir. Creation of "Zemska Medicine" on the Dniper Right Bank Part of Ukraine

83

Notices for authors

87

ПОВІДОМЛЕННЯ

У №4/2002 р. журналу в статті «Професійні захворювання в Україні: сучасний стан, проблеми і актуальні завдання» внаслідок неуважності авторів зазначеної статті були допущені помилки у прізвищах – Соколовська М.П. (вірно – Соколова М.П.), Балашова І.Г. (вірно – Белашова І.Г.).

В.М. ПОНОМАРЕНКО, О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ, Л.І. ГАЛІСНКО (Київ)

РОЗВИТОК СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ: СТАН, ЗДОБУТКИ, ПЕРСПЕКТИВИ (дані дворічного моніторингу впровадження сімейної медицини у систему охорони здоров'я України)

Український інститут громадського здоров'я

Вступ. Одним з пріоритетних завдань вітчизняної охорони здоров'я на сучасному етапі є переорієнтація системи надання медичної допомоги населенню (ПМСД) на засади сімейної медицини (СМ).

Актуальність такої трансформації галузі, про переваги якої свідчить досвід функціонування інституту СМ у багатьох країнах світу, підкреслено Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України (2000) [2], постановою Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. №989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я" [10], Концепцією розвитку сімейної медицини в Україні, розробленою Українським інститутом громадського здоров'я і схваленою I з'їздом сімейних лікарів України [12], низкою галузевих наказів з організації охорони здоров'я [1-18].

За очікуваними результатами, реорганізація ПМСД на засадах СМ забезпечить задоволення безпосередньо на первинному рівні до 80% медичних потреб прикріпленого населення з відповідним зменшенням на 25-30% потреби у госпіталізації хворих в лікарняні заклади, виїздів служби швидкої медичної допомоги, скорочення обсягів стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги та досягнення за рахунок раціоналізації медичного обслуговування підвищення медичної, соціальної та економічної ефективності охорони здоров'я [2,4-6, 12, 14-18].

Проте досвід діяльності в Україні перших осередків СМ показав, що перехід до широкомасштабного її запровадження у вітчизняну практику в сучасних соціально-економічних умовах є досить тривалим та складним процесом і потребує не тільки еволюції і перебудови інфраструктури галузі та створення відповідної ресурсно-нормативної бази, але й забезпечення наукового супроводу [4].

З цією метою згідно з наказом МОЗ України від 25.06.2001 р. №244 за участю Українського інституту громадського здоров'я в Україні запроваджено галузеву систему моніторингу реорганізації ПМСД на засадах СМ.

У рамках створення цієї системи Інститутом було обґрунтовано принципи, програму, методичні підходи та порядок проведення моніторингу, необхідний інструментарій і набір показників для оцінки динаміки і рівня розвитку СМ в різних регіонах, якості та ефективності надання медичної допомоги населенню на засадах сімейної медицини, опрацьовано систему інформаційно-аналітичної підтримки здійснення моніторингу.

Метою роботи є визначення стану, регіональних особливостей, проблем та перспектив розвитку СМ в Україні на основі узагальнення та аналізу матеріалів дворічного моніторингу реорганізації ПМСД на засадах СМ в різних регіонах країни, здійснюваного Українським інститутом громадського здоров'я протягом 2001-2002 рр.

Матеріали та методи. У роботі використано оперативну інформацію про розвиток мережі, кадрового потенціалу та діяльність закладів, що надають медичну допомогу прикріпленому населенню на засадах СМ. Згідно з вимогами моніторингу, дослідження здійснювали суцільним шляхом з використанням структурно-логічного, порівняльного та кореляційного аналізу, математичних методів.

З цією метою було проаналізовано 752 форми оперативної інформації про розвиток мережі та діяльність закладів (підрозділів) ПМСД, що працюють на засадах СМ, у тому числі 200 форм оперативної інформації про розвиток мережі закладів (підрозділів) СМ та 552 форми оперативної інформації про діяльність закладів(підрозділів) ПМСД на засадах СМ.

Аналіз матеріалів дослідження здійснювали у таких основних напрямках:

1) динаміка рівня розвитку СМ у вітчизняній охороні здоров'я;

2) динаміка розвитку інфраструктури СМ;

3) динаміка обсягів діяльності закладів (підрозділів) СМ та їх ролі у медичному обслуговуванні населення.

Результати дослідження та їх обговорення.

Матеріали моніторингу дозволяють дійти висновку про поступальний розвиток в Україні СМ, перші експериментальні осередки якої було створено в окремих регіонах, зокрема у Львівській області, ще наприкінці 90-х років.

Так, лише протягом 2001–2002 рр. у вітчизняній галузі відбулися помітні позитивні зрушення в інфраструктурі СМ, а також обсягах діяльності закладів (підрозділів), що працюють на сімейних засадах (рис. 1).

Проте, безумовно, це лише перші кроки на шляху широкомасштабного переходу до СМ, оскільки рівень її розвитку у більшості регіонів країни залишається досить низьким. Це виразно ілюструють показники забезпеченості населення України лікарями загальної практики/сімейними лікарями (ЛЗП/СЛ) (0,38 на 10 тис. населення) та питомої ваги населення, охопленого медичним обслуговуванням на засадах СМ (7,8%), які не відповідають фактичним потребам. Загальна кількість населення, що обслуговується на засадах СМ, за станом на 1.01.2003 р. досягла 3703,2 тис. осіб, більше половини становлять сільські жителі (54,3%). Проте ці показники характеризуються значною варіабельністю на регіональному рівні, що свідчить про нерівномірність розвитку СМ у різних областях.

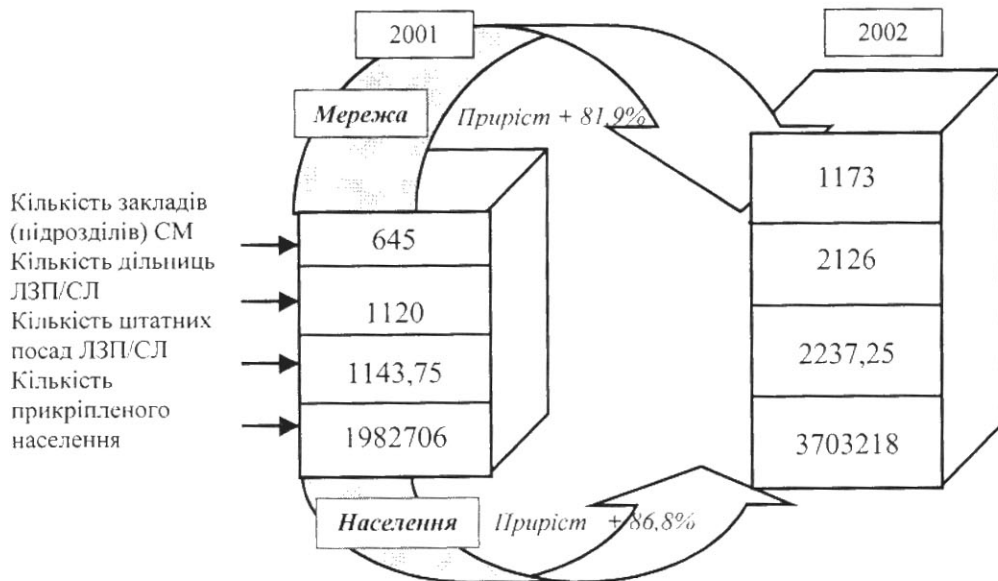


Рис. 1. Динаміка розвитку сімейної медицини в Україні (2001-2002 рр.)

Аналіз регіональних особливостей розвитку СМ в Україні на сучасному етапі дає можливість виділити регіони з низьким (до 5,0%) охопленням населення СМ – Автономна Республіка Крим, Донецька, Херсонська, Київська, Дніпропетровська, Одеська області, м. Севастополь, Запорізька, Черкаська області та м. Київ; недостатнім (5–20%) – Луганська, Чернігівська, Тернопільська, Волинська, Вінницька, Рівненська, Полтавська, Миколаївська, Сумська, Львівська, Чернівецька, Хмельницька, Івано-Франківська області та середнім рівнем розвитку СМ (більше 20,0%) – Закарпатська, Житомирська, Харківська, Кіровоградська області.

Не менш інформативною щодо стану розвитку СМ є характеристика динаміки змін її інфраструктури: мережі закладів (підрозділів) ПМСД, які надають медичну допомогу прикріпленому

населенню на засадах СМ, їх організаційно-функціональної структури, кадрового потенціалу, ресурсної бази.

Аналіз оперативної інформації з регіонів показує, що загальна кількість закладів, які надають медичну допомогу міському та сільському населенню на сімейних засадах, становить 1173 заклади – в 1,8 разу більше порівняно з 2001 роком; у тому числі кількість закладів та підрозділів СМ у містах та селищах міського типу зросла в 2,1 разу, сільській місцевості – в 1,8 разу. Кількість сімейно-територіальних дільниць збільшилась у 3,3 разу і становить 2126 дільниць. Отже інфраструктура СМ в Україні представлена розгалуженою мережею закладів різного типу: самостійними амбулаторіями СЛ у містах та сільській місцевості (810), міськими поліклініками з розгорнутими у їх складі відділеннями СЛ (117...

самостійними поліклініками СЛ (5), а також поліклініками центральних районних (ЦРЛ) та районних лікарень (РЛ) зі створеними у їх складі дільницями СЛ у містах та селищах міського типу; мережа сільських закладів ПМСД, що надають медичну допомогу прикріпленому населенню на засадах СМ, включає, окрім самостійних амбулаторій СЛ амбулаторії СЛ, підпорядковані дільничним лікарням (87), а також амбулаторії на приписній території ЦРЛ та РЛ (рис. 2).

Характеризуючи розвиток кадрових ресурсів СМ, слід відмітити, що у 2002 р. нарівні з розширенням мережі закладів СМ мало місце помітне нарощування штатів їх медичного персоналу, як ЛЗП та СЛ, так і середніх медичних працівників, покращання укомплектованості штатних посад, підвищення рівня їх професійної підготовки.

Зокрема за даними моніторингу, загальна кількість посад ЛЗП/СЛ протягом 2001-2002 рр. зросла майже вдвічі (1,96 разу) і становить 2237,25 штатних посад. Цей процес відбувається більш швидкими темпами у містах та селищах міського типу (темп приросту дорівнює 97,8%), ніж у сільській місцевості, де темп приросту нижчий – 93,78%. Фактична укомплектованість штатів ЛЗП/СЛ закладів СМ у сільській місцевості теж гірша, ніж у містах: 90,3% проти 96,3%.

Крім того спостерігаються значні коливання показників укомплектованості штатних посад ЛЗП/СЛ на регіональному рівні: від 61,59% в Івано-Франківській до 100,0% рівня у Чернігівській, Сумській областях та Автономній Республіці Крим. При загальній кількості штатних посад середніх медичних працівників закладів (підрозділів) СМ, які працюють безпосередньо з ЛЗП та СЛ, 9384,25 посади, співвідношення штатних посад ЛЗП/СЛ та середніх медичних працівників становить 1:4,2. Проте у співвідношенні кількості фізичних осіб ЛЗП/СЛ та середніх медичних працівників цей показник дещо вищий – 1:4,9.

Якість надання медичної допомоги населенню за сімейним принципом значною мірою залежить від кваліфікації фахівців з СМ, рівня їх професійної підготовки. За даними дослідження, загалом в Україні питома вага атестованих ЛЗП/СЛ становить 67,7%. Разом з тим у ряді областей цей показник перевищує середньоукраїнський: у Львівській області він становить – 82,1%, Закарпатській – 78,7%, Кіровоградській – 74,0%. Найнижчі показники – 2,5% та 5,9% – мають місце у Хмельницькій та Запорізькій областях, проте вони зумовлені об'єктивними причинами – відсутністю належного стажу для проходження атестації (64,2% лікарів у Хмельницькій та 93,9% у Запорізькій областях).

Аналіз обсягів діяльності самостійних амбулаторій СЛ у містах та сільській місцевості. місь-

ких поліклінік з відділеннями СЛ, самостійних поліклінік СЛ, поліклінік ЦРЛ та РЛ зі створеними у їх складі дільницями СЛ у містах та селищах міського типу та інших закладів СМ свідчить про зростання їх ролі в медичному обслуговуванні прикріпленого населення, розширення участі ЛЗП/СЛ у наданні населенню певних видів спеціалізованої, екстреної, стаціонарозамінної медичної допомоги. Зокрема за даними моніторингу, протягом 2002 р. різними контингентами дорослого та дитячого населення було зроблено 16192376 відвідувань до амбулаторій СЛ та інших закладів, що надають медичну допомогу на засадах СМ, у тому числі 20,9% відвідувань припадає на відвідування різних контингентів дитячого населення.

У загальній кількості відвідувань прикріпленого дорослого та дитячого населення до закладів СМ 81,9% припадає на амбулаторні відвідування, 18,1% – на відвідування вдома. Аналіз показує, що більше половини відвідувань (55,2%) пацієнтів спричинені різними гострими та хронічними захворюваннями; 17,4% становлять відвідування різних контингентів з приводу диспансерного нагляду, 27,4% – профілактичні відвідування.

Слід зазначити, що частка профілактичних відвідувань переважає серед дитячого населення: 39,7% проти 24,1% серед дорослого населення; питома вага диспансерних відвідувань вища серед контингентів дорослого населення та підлітків (18,8% проти 12,1% серед дитячого населення).

За даними моніторингу впровадження СМ, протягом 2002 р. безпосередньо до ЛЗП/СЛ закладів СМ було зроблено 9896177 відвідувань, або 61,12% усіх відвідувань прикріпленого населення.

Слід зазначити, що питома вага відвідувань ЛЗП/СЛ більша серед дитячого населення: 74,5% проти 57,6% від усіх відвідувань серед дорослих та підлітків. Значно вищою серед дитячого населення є і питома вага відвідувань ЛЗП/СЛ, зроблених з профілактичною метою (37,6% проти 20,7% серед дорослого населення). Частка відвідувань, зроблених з приводу диспансерного нагляду, як і загалом по закладах СМ, переважає серед відвідувань дорослого населення (відповідно 21,6% та 13,9%).

Привертає увагу значне перевантаження СЛ у більшості областей, де запроваджується СМ, що може негативно впливати на якість надання ними медичної допомоги. Так, в результаті проведеного аналізу виявлено, що фактичне навантаження більшості ЛЗП/СЛ значно перевищує діючі нормативні показники – 1500 чоловік дорослого та дитячого населення у міських та 1200 чо-

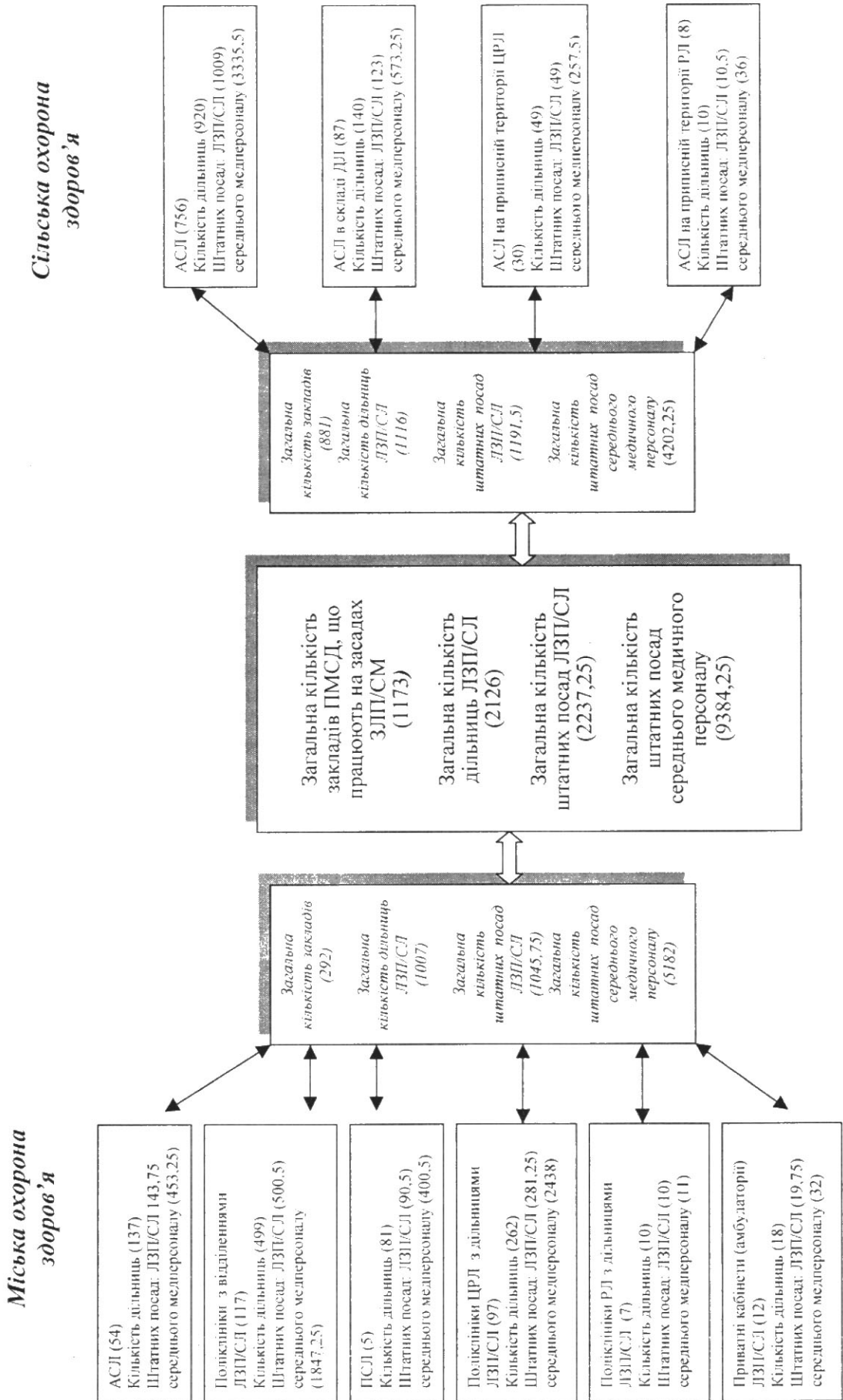


Рис. 2. Схема інфраструктури сімейної медицини України (2002 р.)

ловік у сільських поселеннях на 1 фізичну особу СЛ. Особливо "перевантаженими", за даними моніторингу, є лікарі медичних закладів СМ Волинської (3795,6 чол. на 1 фізичну особу ЛЗП/СЛ), Київської (2399,1 чол.) областей та м. Києва (2323,7 чол.), а також Кіровоградської (2300,1 чол.) та Черкаської (2119,7 чол.) областей.

Загалом в Україні протягом 2002 р. до ЛЗП/СЛ звернулось з приводу захворювань 3211934 хворих з різною патологією. Переважна більшість хворих (85,0%) розпочали і закінчили лікування безпосередньо у СЛ, у тому числі частині з них (7,7%) було проведено лікування в умовах денних та домашніх стаціонарів, розгорнутих в складі закладів СМ.

Невелика частка пацієнтів з найбільш складною патологією була направлена на консультацію до лікарів вузького фаху (8,9%), а також на стаціонарне лікування в лікарняні заклади вторинного (4,16%) та третинного (0,48%) рівнів.

Аналізуючи роботу ЛЗП/СЛ, слід зазначити, що при значних регіональних коливаннях питома вага направлень хворих на консультації до лікарів вузького фаху у більшості областей невелика: від 3,43% (Донецька область) до 20,15% (м. Київ). Це свідчить про високий рівень професійної підготовки лікарів, можливість задоволення ними основного спектру медичних потреб прикріпленого населення і підтверджується позитивною динамікою показників роботи ЛЗП/СЛ в окремих областях України за 2001–2002 рр.

Зокрема на тлі збільшення у 2002 р. порівняно з 2001 р. загальної кількості хворих, які звернулись по медичну допомогу до СЛ в усіх обла-

стях, що зумовлено поступальним розвитком СМ, у більшості областей, за винятком Вінницької, Запорізької, Київської, Миколаївської, Полтавської, Харківської, Чернівецької та деяких інших, спостерігається зменшення частки направлень хворих на консультації до лікарів вузького фаху. Це певним чином підтверджує медико-організаційні та економічні переваги запроваджених моделей СМ. Наприклад, питома вага направлень хворих фахівцями СМ до вузьких фахівців зменшилась: у Донецькій області – у 3,4 разу, Луганській та Рівненській областях – в 1,8 разу, Кіровоградській та Черкаській областях – в 1,7 разу, Тернопільській області – в 1,6 разу.

Протягом 2002 р. ЛЗП/СЛ усіх закладів системи МОЗ України, що працюють на засадах СМ і охоплених моніторингом, було здійснено самостійне надання лікувально-діагностичної допомоги 3 324 347 хворим з різною патологією. Аналіз структури хворих, самостійно пролікованих ЛЗП/СЛ, показує, що переважну їх більшість складають пацієнти з хворобами терапевтичного (68,5%) та педіатричного (15,0%) профілів; 16,5% припадає на наступні категорії: неврологічного профілю – 5,1%, отоларингологічного – 2,52%, хірургічного – 2,2%, офтальмологічного – 1,73%, акушерсько-гінекологічного – 1,63% та інші контингенти (4). Нарівні з цим ЛЗП/СЛ здійснили надання медичної допомоги 350 876 хворим після консультування їх лікарями вузького фаху. Участь лікарів СМ у наданні певних видів спеціалізованої медичної допомоги відображає рисунок 3.

Таким чином, аналіз роботи ЛЗП/СЛ свідчить, що лікарі цього фаху сьогодні спроможні нада-

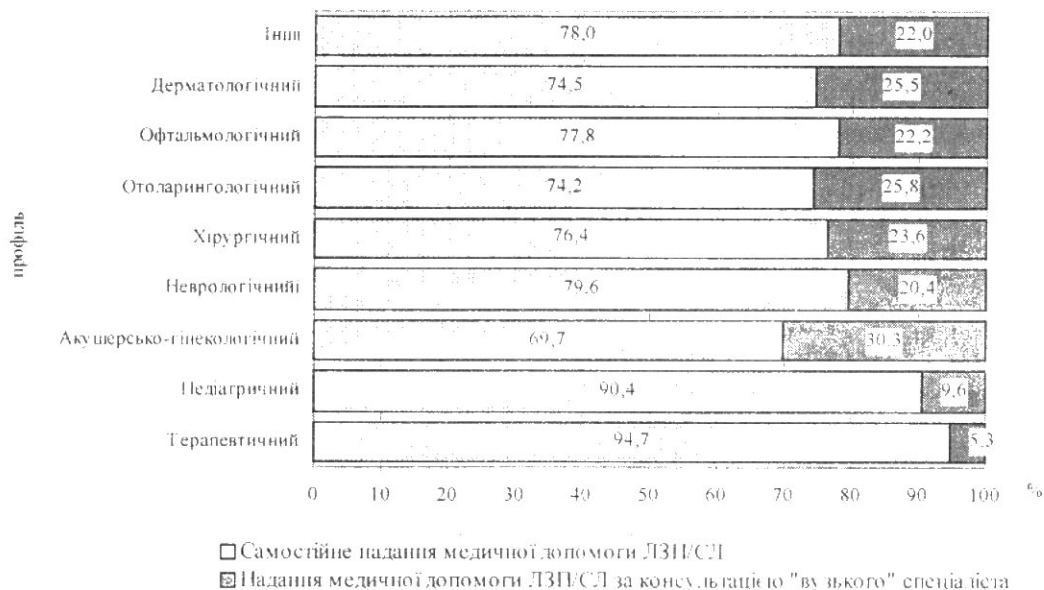


Рис. 3. Участь лікарів загальної практики / сімейних лікарів в наданні певних видів спеціалізованої медичної допомоги

вати кваліфіковану, у тому числі невідкладну, медичну допомогу в межах своєї компетенції переважній більшості хворих (90,5%), які звертаються до них по медичну допомогу, у тому числі пацієнтам із суміжною патологією.

За даними моніторингу, найбільш складними для ЛЗП/СЛ у лікувально-діагностичному плані є хворі акушерсько-гінекологічного профілю, 30,3 % яких сімейні лікарі направляють на консультації до акушерів-гінекологів; за іншими профілями питома вага направлень хворих до вузьких спеціалістів приблизно однакова – від 20,4% серед неврологічних до 25,8% серед офтальмологічних хворих.

Безперечно, дворічний термін проведення моніторингу – замалий строк для формування вагомих зрушень у розвитку СМ та стані здоров'я прикріпленого населення, які б були об'єктивним свідомством ефективності запровадженої реорганізації ПМСД на сімейних засадах, проте аналіз накопичених у процесі моніторингу матеріалів дозволяє зробити наступні **висновки**.

1. Дані моніторингу впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я України свідчать про поступальний розвиток та зростання ролі СМ в медичному обслуговуванні насе-

лення. Це підтверджують позитивні зрушення у розвитку мережі, кадрового потенціалу та обсягах діяльності закладів ПМСД, що надають медичну допомогу населенню на засадах СМ.

2. Розвиток сімейної медицини в різних областях відбувається досить нерівномірно, що відображає значна варіабельність основних показників розвитку сімейної медицини на регіональному рівні.

3. Матеріали моніторингу підтверджують широкі медико-організаційні можливості запроваджених моделей СМ та перспективність реорганізації ПМСД на сімейних засадах.

4. Успішна реалізація в Україні "Комплексних заходів щодо впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я" потребує створення відповідної інфраструктури сімейної медицини, оптимального вирішення основних питань фінансового, кадрового, технологічного, інформаційного забезпечення закладів, що працюють на засадах СМ, реорганізації та реструктуризації стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги, визначення порядку взаємодії закладів первинного, вторинного та третинного рівнів в умовах переходу до СМ.

Список літератури

1. Галкин Р.А., Гоон Р., Иванова А.В. и др. / Организация общей врачебной практики – Самара: Дом печ., 1997. – 281 с.
2. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. – К., 2001. – 30 с.
3. Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцеховський В.М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
4. Матеріали першого Українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ-Львів: Факт, 2001. – 243 с.
5. Наказ МОЗ України від 11.09.2000 р. №214 "Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини".
6. Наказ МОЗ України від 23.07.2001 р. № 303 "Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини".
7. Наказ МОЗ України від 23.02.2001 р. №72 "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини".
8. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За заг. ред. проф. В.М. Пономаренка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 310 с.
9. Поляков И.В., Зеленская Т.М. Проблемы семейной (общеврачебной) практики // Здравоохран. Рос. Федерации. – 2001. – №1. – С. 24–26.
10. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М. Наукове обґрунтування реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини // Матеріали І Укр. з'їзду сімейних лікарів, Львів, 7–9 листоп. 2001 р. – Львів, 2001. – С. 14–16.
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. №989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я".
12. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики/ сімейної медицини: інструктивно-методичні матеріали для сімейних лікарів / За заг. ред. проф. В.М. Пономаренка. – К., 2001. – 186 с.
13. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Организация службы ПМСП в Европейских странах //Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. – М., 2000. – С. 347–355.
14. Хартия по общей практике/семейной медицине в странах Европы // Медицина 1997. – № 3. – С. 13–16.
15. Ціборовський О.М. Реформування охорони здоров'я – це вдосконалення системи для збереження і зміцнення здоров'я народу, підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги в сучасних умовах / Ліки України. – 2002. – №2 (55). – С. 10–11.

16. Циборовський О.М., Галиєнко Л.І. Основні тенденції реформування системи медичної допомоги в економічно розвинених зарубіжних країнах // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 1. – С. 40–44.
17. *Health 21*. The health for all policy framework for the WHO European. Region – Copenhagen: Reg. Off Eur., 1999. – 224 p.
18. *Taylor R.B.* Family medicine: Principles and practica: 4th edition – New Jork cte.: springer. – 1994. – 1092 p.

РАЗВИТИЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В УКРАИНЕ: СОСТОЯНИЕ, ДОСТИЖЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ

В.М. Пономаренко, О.М. Циборовский, Л.И. Галиенко (Киев)

Представлен анализ современного состояния инфраструктуры семейной медицины в Украине и деятельности учреждений (подразделений) ПМСП, оказывающих медицинскую помощь населению на принципах семейного обслуживания.

Сделан вывод о поступательном развитии, широких медико-организационных возможностях внедренных моделей, перспективности переориентации ПМСП на принципы семейной медицины.

FAMILY MEDICINE DEVELOPMENT IN UKRAINE: STATE OF ART, ACHIEVEMENTS AND PERSPECTIVES

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

The analysis of the present-day family medicine infrastructure is presented, covering, in particular, the activity of institutions (subdivisions) of the primary health care (PHC) being engaged in medical care of the population on the basis of family medicine.

The conclusion is made on the progress and large medico-organizational possibilities of the applied models and perspectives on re-orientation of PHC to family medicine principles.

О.В. ГОРІНА, В.О. ГАЛАГАН, О.І. ТИМЧЕНКО, І.П. КРИВИЧ (Київ)

ЕНДОКРИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЯК ЧИННИК РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ВРОДЖЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ, СПОНТАННИХ ВИКИДНІВ ТА НЕПЛІДДА

Інститут гігієни та медичної екології АМН України
Управління охорони здоров'я Київської обласної держадміністрації
Українська дитяча спеціалізована лікарня "ОХМАТДИТ"

В умовах демографічної кризи, що розгорнулася в Україні, зменшення кількості репродуктивних втрат серед бажаних вагітностей є надзвичайно актуальним і можливим, оскільки значна кількість чинників їх ризику є керованими і можуть бути усунені при плануванні вагітності [3].

Важко також переоцінити значення вродженої і спадкової патології для формування здоров'я населення. Вказують, що вроджена і спадкова патологія посідає в Україні друге місце у структурі смертності дітей першого року життя (до 1200 дітей щорічно), її питома вага в структурі дитячої інвалідності становить до 20% [4]. Зважаючи на високу вартість та почасти низьку ефективність лікування, виявлення факторів ризику виникнення вроджених і спадкових хвороб, визначення розмірів їх впливу, шляхи усунення керованих чинників залишаються вагомими питаннями теоретичної і практичної медицини [7].

Відомо, що ендокринні хвороби майбутньої матері негативно впливають на стан здоров'я новонародженої дитини і часто сприяють виникненню репродуктивних розладів [2]. Так, діабетична ембріопатія може бути джерелом комплексу вроджених аномалій: до 40% з них складають вади кістково-м'язової системи, чверть припадає на вади серця і судин, виникають також вади центральної нервової і сечовивідної систем. Ризик народження дитини з вродженою патологією підвищується при розладах діяльності щитоподібної залози [2, 10]. Хоча кожній групі населення притаманні свої особливості поширеності захворювань, необхідно зауважити, що загалом захворюваність на цукровий діабет в Україні зростає, значна частина діабетиків – люди репродуктивного віку, у тому числі жінки [9]. Велику питому вагу мають також хвороби щитоподібної залози [1].

Завдання нашого дослідження полягало у визначенні розмірів впливу ендокринної патології

на виникнення вродженої патології, спонтанних викиднів та непліддя серед населення м. Києва та окресленні можливих шляхів профілактики.

Матеріали і методи. Проаналізовані виходи вагітностей за 1999–2002 рр. у м. Києві (460 випадків первинного непліддя, 1044 спонтанні викидні, 1848 випадків народження дитини з вродженою патологією і 1193 народження здорових доношених дітей). У жіночих консультаціях (для випадків непліддя), гінекологічних стаціонарах (для випадків спонтанних викиднів) і пологових будинках (для випадків народження дитини з вродженою патологією та здорових доношених дітей) заповнювались спеціальні карти реєстрації, в яких одним з пунктів було запитання про наявність ендокринної патології у батьків (окремо враховували цукровий діабет, гіпо- і гіпертиреоз, гіперфункцію кори надниркових залоз, гіпофункцію яєчників тощо). Потім карти передавались відповідальній особі для створення комп'ютерного реєстру. Діагнози вродженої патології були верифіковані в медико-генетичному відділенні Української дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ". Наявність вроджених вад серця і системи кровообігу також підтверджувалась спеціалістами Інституту серцево-судинної хірургії АМН України.

Відповідність записів у реєстраційній карті першоджерелам (історії пологів і розвитку дитини, історії хвороби, реєстраційним журналам) періодично перевірялась працівниками лабораторії генетичного моніторингу Інституту гігієни і медичної екології АМНУ разом з особами, відповідальними за проведення цієї роботи в місті. Правильність введення інформації з паперових носіїв до комп'ютера контролювалась за допомогою програми Epi Info Check. Крім того, наступного дня якість роботи оператора перевірялась вибірково (кожна десята карта) за допомогою програми Validate Epi Info. Ризик виникнення вищеза-

значених станів розраховували за допомогою програми Epi Info як відношення перехресних добутків (odds ratio, OR) у порівнянні із жінками, які народили здорову доношену дитину. Довірчі інтервали (ДІ) розраховували при 95% рівні значущості. Відношення перехресних добутків також було розраховане для вроджених вад серця (Q20-28 за МКХ-X) як найбільш поширених хвороб у структурі генетичної патології серед новонародже-

них м. Києва і країни в цілому; множинних вроджених вад розвитку (Q 89.7) і синдрому Дауна (Q 90) як соціально значущих сторожових фенотипів з достатньо високою питомою вагою в структурі вроджених і спадкових хвороб.

Результати та їх обговорення. Розподіл подружніх пар з ендокринними захворюваннями, які мали непліддя або незадовільний результат вагітності, представлений в таблиці.

Таблиця. Ендокринні захворювання подружніх пар, які мали непліддя, або незадовільний результат вагітності, 1999–2002 (%)

Варіанти відповіді	Вроджені розвитку вади		Самовільні викидні		Неплідні шлюби		Контроль	
	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.
Не дали відповідь	2,44	9,36	13,66	24,12	10,87	13,04	1,09	3,44
Так	7,52	0,38	6,11	0,48	11,09	1,96	3,10	0,25
Ні	90,04	90,26	80,23	75,40	78,04	85,00	95,81	96,31
Сума	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Розрахунок відношення перехресних добутків засвідчив, що ендокринні захворювання чоловіків і жінок значно підвищували ймовірність виникнення непліддя: OR=8,82 при ДІ 2,19-41,2; $\chi^2=12,84$, $p<0,001$ та 4,39 при ДІ 2,77-6,97; $\chi^2=48,61$, $p=001$ відповідно. Щодо спонтанних викиднів і вродженої патології, то значущість ендокринних захворювань була виявлена тільки для жінок (OR=2,35 при ДІ 1,55-2,59; $\chi^2=17,52$, $p<0,001$ та 2,58 при ДІ 1,76-3,18; $\chi^2=26,06$, $p<0,001$ відповідно). Для чоловіків відношення перехресних добутків не мало статистичної вірогідності ($p=0,34$ та 0,72 відповідно).

Також необхідно зазначити, що в країні щорічно народжується 4,5–6,0 тис. дітей з патологією серця [6]. Завдяки досягненням педіатричної і фетальної кардіології і кардіохірургії ці вади розвитку досить успішно оперуються, але потребують своєчасної ранньої діагностики, доопераційної допомоги, транспортування у кардіохірургічний стаціонар, топічної діагностики з доопераційною підготовкою, корекції вади і високого рівня післяопераційної допомоги [5]. Щорічно в Інституті серцево-судинної хірургії виконується до 300 кардіохірургічних операцій у дітей першого року життя. Комплексні заходи розвитку дитячої кардіохірургічної служби, затверджені Кабінетом Міністрів України у 2000 р., передбачають створення 9 центрів дитячої кардіохірургії в регіонах України та Центру неонатальної хірургії в Інституті серцево-судинної хірургії [8]. Тобто медична допомога при цій патології потребує значних ресурсів. Значення первинної

профілактики патології і пошук чинників ризику в умовах обмеженого фінансування значно підвищується.

Розрахунок відношення перехресних добутків свідчить, що ендокринні захворювання жінок є достатньо вагомих чинником ризику виникнення вродженої патології серця у новонароджених м. Києва: OR=2,65 при ДІ 1,51-4,47; $\chi^2=14,67$, $p<0,001$. Для чоловіків відношення перехресних добутків не має статистичної вірогідності ($p=0,27$).

Ендокринні захворювання майбутньої матері є значущим чинником ризику у виникненні і такої мультифакторної патології, як множинні вроджені вади розвитку – OR=3,13 при ДІ 1,23-7,67; $\chi^2=6,10$, $p=0,02$.

Проведений аналіз випадків синдрому Дауна не виявив впливу ендокринної патології батьків на ймовірність його виникнення.

Таким чином, результати проведеного дослідження дозволяють стверджувати, що ендокринна патологія серед населення м. Києва відіграє суттєву роль у ймовірності виникнення непліддя, спонтанних викиднів та вродженої патології серед новонароджених і суттєво впливає на репродукцію населення. Ендокринний чинник більше, ніж вдвічі, підвищує ймовірність виникнення вищезазначених станів. Цей факт потребує відповідних заходів з боку ендокринологічної служби, спрямованих на зменшення рівня поширеності ендокринних хвороб серед населення репродуктивного віку, в першу чергу увагу необхідно приділити підліткам як основі репро-

дуктивного потенціалу. Кабінети планування сім'ї, жіночі консультації повинні інформувати подружжя про важливість лікування ендокринних

хвороб при плануванні зачаття. Санації при лікуванні непліддя потребують не тільки жінки, але й чоловіки.

Висновки

1. Ендокринні хвороби чоловіків і жінок підвищують ризик первинного непліддя (OR=8,82 при ДІ 2,19-41,2 та 4,39 при ДІ 2,77-6,97 відповідно).
2. При наявності ендокринної патології у жінок відмічений збільшений ризик спонтанних викиднів (OR=2,35 при ДІ 1,55-2,59).
3. Ендокринна патологія жінок підвищує ризик народження дитини з вродженою патологією, зокрема вродженими вадами серця і множинними вродженими вадами (OR=2,58 при ДІ 1,76-3,18; 2,65 при ДІ 1,51-4,47 та 3,13 при ДІ 1,23-7,67 відповідно).
4. З метою зменшення впливу ендокринних хвороб на виникнення репродуктивних невдач, необхідне поширення інформації щодо дії ендокринної патології на результати вагітностей серед лікарів та населення.

Список літератури

1. Боднар П.М. Йододефіцитні розлади – актуальна медико-соціальна проблема // Лікар. справа. Врачеб. дело. – 2001. – № 3. – С. 8–10.
2. Болезни плода, новорожденного и ребенка / Е.Д. Черствой, Г.И. Кравцова, Г.И. Лазюк и др. – Минск: Высшая школа, 1996. – 512 с.
3. Генотип і здоров'я населення: методологія оцінки ризику від мутагенів довкілля, напрямки профілактики генетично обумовленої патології / А.М. Сердюк, О.І. Тимченко, Н.Г. Гойда та ін. – К., 2003. – 190 с.
4. Гойда Н.Г. Проблеми інвалідазації дитячого населення та шляхи їх вирішення // Охорона здоров'я України. – 2003. – №1(8). – С. 36–40.
5. Емец Е., Романюк А. Оказание помощи новорожденным и детям грудного возраста с врожденными пороками сердца // Doctor. – 2003. – №2. – С. 26–32.
6. Зиньковский М., Лазоришинец В., Руденко Н. Принципы лечения детей с врожденными пороками сердца // Doctor. – 2003. – №2. – С. 23–25.
7. Кулаков В.И. Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщины. Роль новых технологий // Интегративна антропология. – 2003. – №1. – С. 12–16.
8. Проблеми дитячої смертності в Україні / Н.Г. Гойда, Р.О. Моїсеєнко, О.Г. Сулима, О.Г. Дудіна // Охорона здоров'я України. – 2002. – №2(5). – С. 50–56.
9. Чукмасова М.А., Марциник Е.Н., Рынкевич Е.Ю. Динамика распространенности и заболеваемости диабетом в Днепропетровской области // Международные дни диабета в Украине: Тез. докл. научно-практической конф. "Диабет – проблема общечеловеческая", Днепропетровск, 10–14 окт. 2000 г. – Днепропетровск, 2000. – Вып. 5. – С. 122–124.
10. Greene M.F., Allfred E.N., Leviton A. Maternal metabolic control and risk of microcephaly among infants of diabetic mothers // Diabetes Care. – 1995. – V. 18, №2. – P. 166–169.

ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ, САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТОВ И БЕСПЛОДИЯ

Горина О.В., Галаган В.А., Тимченко О.И., Кривич И.П. (Киев)

Эндокринная патология существенно влияет на репродукцию населения – ее наличие у мужчин и женщин г. Киева повышает риск возникновения бесплодия (OR=8,82 при ДИ 2,19-41,2 для мужчин и 4,39 при ДИ 2,77-6,97 для женщин). Эндокринные болезни у женщин являются фактором риска самопроизвольных аборт (OR=2,35 при ДИ 1,55-2,59) и врожденной патологии среди новорожденных, а именно врожденных пороков сердца (OR=2,58 при ДИ 1,76-3,18) и множественных врожденных пороков развития (OR=3,13 при ДИ 1,23-7,67). С целью уменьшения влияния эндокринных заболеваний на возникновение репродуктивных потерь необходимо распространение информации о действии эндокринной патологии на исход беременностей среди врачей и населения.

ENDOCRINE PATHOLOGY HAS HARMFULL EFFECTS ON REPRODUCTIVITY OF POPULATION

O.V. Horina, V.A. Halagan, O.I. Timchenko, I.P. Kribich (Kyiv)

Endocrine pathology has substantial effects on reproductive potential of a population. The odds risk (OR) of sterility causally attributed to this pathology prevalence among population in Kyiv is very high (OR=8,82 with CI=2,19 – 41,2 for men and OR=4,39 with CI=2,77 – 6,97 for women). Endocrine diseases increase risk of miscarriages (OR=2,35 with CI=1,55 – 2,59) and congenital pathology in newborns (OR=2,58 with CI=1,76 – 3,18 for heart defects and OR=3,13 with CI=1,23 – 7,67 for multy defects). There is need to increase dissemination of the information concerning harmful effects of endocrine pathology on reproductive losses both, for medical professionals and population at large.

УДК 618.17:312.1

*Л.В.ГРИГОРОВИЧ, С.Ю. КРИЩУК, Т.В. КУЛИКОВА (Київ)***ПРОБЛЕМА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ
У ПІДЛІТКІВ**

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

В останні роки відмічається суттєве зростання частоти запальних захворювань статеві системи як у підлітків, так і у сексуально активних молодих жінок репродуктивного віку, тому боротьба за здоров'я гармонійно розвинутого підростаючого покоління знаходиться в центрі уваги медичної науки. Захворювання статеві сфери, які спостерігаються у дорослої жінки, можуть бути наслідком гінекологічних захворювань, що виникли в дитячому або підлітковому віці. У дитинстві дівчата найчастіше хворіють на вульвовагініти – від 61,7% до 67,3% випадків запальних захворювань статеві системи. На другому місці у підлітків відзначається порушення менструальної функції, що взагалі складає від 25,7 до 28,3 % випадків в структурі дитячих гінекологічних захворювань статеві системи [7].

Актуальність цієї проблеми зростає залежно від постійного збільшення частоти уrogenітальних інфекцій, що поширюються статевим шляхом і складають загрозу порушення репродуктивної функції з молодого віку [6]. Інфекційні запальні захворювання статеві системи займають окреме місце в структурі загальної захворюваності і складають 50–78% гінекологічних хворих [2].

Сприятливими моментами ризику зараження є рання статеві активність підлітків та стан їх-

ньої шийки матки, яка стає “вхідними воротами” для інфекцій, що поширюються статевим шляхом [8]. Тому запальні захворювання статеві органів у дівчат займають в структурі уrogenітальної захворюваності одне з провідних місць і залишаються гострою проблемою охорони здоров'я, а поширеність їх за даними статистики МОЗ в Україні складає 160,8 на 10 тис. населення (для порівняння: у Росії – 200).

Під впливом негативних екологічних факторів, зокрема підвищеного радіаційного фону, формується імунодефіцитний стан, недостатність антиоксидантних систем, розвиваються зміни структури та функції біомембран. У молодих найбільш чутливими до впливу радіації є статеві, гемопоетична, ендокринологічна системи. [4]

Кінець ХХ і початок ХХІ століття відзначаються зростанням імунозалежних захворювань з їх реструктуризацією в бік превалювання хронічних із в'ялим перебігом патологічних процесів, що розвиваються на фоні дезадаптації імунної системи, і збільшенням числа преморбідних фонів ще в дитячому віці, які являють собою складний ланцюг взаємозалежних клітинних та молекулярно-генетичних процесів з нерегульованою вірулентністю збудників і особливістю механізму передачі інфекції. Так, внутрішньосімейні розповсю-

дження хламідіозу сприяють виникненню цієї недуги у 14,0% дітей, при цьому сімейний хламідіоз у трьох поколіннях має тенденцію до розповсюдження й у 7% захворілих підлітків визначається його екстрагенітальна форма [3].

Одним з основних механізмів патогенезу екстрагенітальної форми розвитку хронічного запального захворювання статевих органів у дівчаток є стан ендогенної інтоксикації, а запалення уrogenітального тракту може виникнути внаслідок первинного інфікування черевини при холециститатах, панкреатитах, піелонефритах [5]. В 19,0–55,0% спостережень при вульвовагінітах із піхви та уретри висіваються умовно-патогенні мікроорганізми (*Echerichii coli*, *Enterococcus* та *Streptococcus epidemics*), виявляються глистні інвазії, вірусні та змішані контамінації інфекцій, які мають затяжний, рецидивуючий та тяжкий перебіг [4]. Сексуальне насилля зберігає актуальність як фактор розповсюдження захворювання і складає від 0,6 до 8,0% випадків захворювань статевої системи підлітків [10]. За останнє десятиріччя значно розширилися можливості діагностики цих інфекцій, але цілий ряд соціальних факторів – рання статевая активність підлітків, відмова від безпечного сексу через відсутність знань, несвоєчасні діагностика та початок лікування інфекцій, що поширюються статевим шляхом, самолікування та переривання курсу лікування, лікування одного партнера – висувують проблему запальних захворювань статевої системи підлітків на одне з перших місць у збереженні репродуктивного здоров'я. У зв'язку із зростанням захворюваності статевої системи на 7,0–25,6% на сьогодні зберігається напружена епідеміологічна ситуація [5, 9].

За нашими спостереженнями, протягом останніх п'яти років найбільшу загрозу становить збільшення випадків асоційованого інфікування, яке досягає 61,6% випадків. Високий рівень гінекологічних захворювань відмічається у групі 15–22 років, а вік 13–16 років є критичним для ризику інфікування. Уrogenітальна мікстинфекція супроводжується частими рецидивами запалення і є перешкодою для нормальної епітелізації шийки матки, призводить до анатомоморфологічних змін її форми. Шийка деформується у вигляді гачка, а порушення її епітелізації викликає дисплазії, що є фоновим передпухлинним станом і може надалі стати причиною первинного безпліддя, завмерлої вагітності, низької нідациї плідного яйця, функціональної істміко-цервікальної недостатності, яка призводить до переривання вагітності, внутрішньоутробного інфікування, гіпотрофії, вад розвитку та загибелі плода. Тривалі інфекційні захворювання піхви і вульви стають причиною емоційної нестабільності, сексуальної дисгармонії і

зрештою можуть призвести до серйозних порушень репродуктивного здоров'я, про що свідчить зростання первинного безпліддя. Мікстинфекції супроводжуються ексудативними проліферативними і адгезивними процесами цервікального каналу, крипт, залоз нижнього відділу статевого тракту, слизової присінки і піхви; призводять до порушення механізму локального біоценозу та імунітету піхви та шийки матки [8]. Якщо інфекційний характер вперше визначених запальних захворювань і змін в статевих органах не викликає сумніву, то однією з причин, які підтримують хронічний процес при уrogenітальних захворюваннях і викликають часті рецидиви (від 42 до 50% випадків), є змінення тканинної імунореактивності під впливом раніше перенесеної інфекції. У наш час точна ідентифікація збудників важлива як для етіопатогенетичного лікування та профілактики мікстинфекцій, так і для здійснення ефективного мікробіологічного моніторингу і прогнозування домінуючих видів.

У зв'язку з цим нами було проведено дослідження з порівняльною ідентифікацією штамів-збудників мікстинфекції. Особливе місце приділялося ідентифікації видового складу кандидозів як первинного ураження, так і вторинного прояву інфікування після подовженої терапії запальних захворювань статевої системи підлітків.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходилася група хворих підлітків жіночої статі з локалізацією запального вогнища в статевої системі. Вік хворих складав від 12 до 19 років (основна група). Під час обстеження 100 підлітків основної групи для зіставлення були рандомізовані за віковими показниками. Вони були поділені на 3 групи: до 14 років – 30 осіб, до 17 років – 30 осіб, до 19 років – 40 осіб (із запальними захворюваннями статевої системи, а також із наявністю і характером патології). Обстеження проводилося за допомогою сучасних діагностичних тестів – лігазна полімеразна реакція (ЛПГ) для виявлення хламідій, уреоплазм. лігазна ланцюгова реакція (ЛЛР), полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) для виявлення інфекцій, що поширюються статевим шляхом, бактеріальне обсіменіння змішаною аеробно-анаеробною флорою визначали використовуючи бактеріологічний аналіз методом висівів та бактеріоскопії та методом ідентифікації грибів. Загальноприйняте лікування включало антибактеріальні засоби, антигістамінні і вітамінні препарати з обов'язковим призначенням санациї зовнішніх статевих органів, піхви, ануса.

Результати роботи та їх обговорення. За результатами наших досліджень, мікробіоценоз уrogenітального тракту у 100 дівчат-підлітків при запаленнях статевих шляхів характеризується в

пубертатному віці наявністю мікст-форм інфекцій: хламідіоз – у 11,7%, трихомоніаз – у 21%, різнобічні мікробні асоціації з різними умовно-патоген-

ними мікроорганізмами – 41,6%, гарднерельоз – 12%, гриби роду *Candida* – 35,4%, уреоплазмоз – 18,7%, віруси – 7%, гонококи – 1,2% (рис. 1).



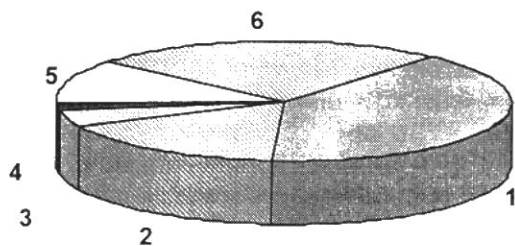
Рис. 1. Частота асоційованої інфекції нижнього відділу сечостатевої системи підлітків (%)

Урогенітальні інфекції, як найбільш розповсюджені захворювання сечостатевої системи, проявляються у вигляді уретритів в 17% випадків, вульвовагінітів – в 39,7%, бартолінітів – в 4%, конділом – в 0,2%. При вагіноскопії виявлено запалення піхви у 37%, екзоцервіцит у 12%, клінічно та при ультразвуковому дослідженні – сальпінгоофорит у 25,3% випадків (рис. 2).

Серед етіологічних чинників перше місце при вульвовагінітах займають екзогенні впливи – 61,4% (бактерії, простіші, мікози, віруси, та їх мікст-форми). Друге місце посідають ендогенні чинники – 19,9% (наслідки запальних захворювань та гормональні фактори, ексудативний діа-

тез, хронічний тонзиліт, діабет, кишкові паразити). Третє місце – інші причини – 18,7% (сторонні тіла, хімічні, механічні, алергічні подразнення).

Особливу увагу було приділено кандидомікозним вульвовагінітам (табл.). Дослідниками різних країн наведені різноманітні дані щодо поширення кандидозу від 40,0 до 80,0% випадків. В останні роки проблема мікозу є однією з найбільш актуальних у зв'язку з тенденцією до значного зросту і поширення кандидозного вульвовагініту, що зумовлено дією факторів, які знижують резистентність організму, пригнічують нормальну мікрофлору піхви та кандидозні властивості нейтрофілів крові [1].



1. Вульвовагініти - 39,7%
2. Уретрити - 17,0%
3. Бартолініти - 4,0%
4. Гострокінцеві конділоми зовнішніх статевих органів та промежини - 2,0%
5. Екзоцервіцити - 12,0%
6. Сальпінгоофорити - 25,3%

Рис. 2. Структура захворюваності статевих органів підлітків (%)

Частота видів *Candida*, найчастіше визначених у дослідженнях (%)

<i>Candida albicans</i>	73,4
<i>Candida non- albicans</i>	26,6
<i>grabrata torulopsis</i>	10,0
<i>tropicalis</i>	6,0
<i>krusei</i>	6,3
Гриби інші, неспецифічні	1,9
<i>Candida parapsilosis</i>	2,0
<i>Candida guilhermondi</i>	0,4

При виділенні групи уражень с грибами виду *Candida*, яка складає в наших дослідженнях 35,4%, було проведено поглиблене дослідження, яке

включало бактеріоскопію з використанням метиленового синього та за Грамом [11], бактеріологічний аналіз з використанням середки Сабуро та метод ідентифікації грибів для одержання статистично достовірних даних [13]. При виконанні мікробіологічних досліджень виділень зі статевих органів у підлітків, інфікованих різними видами грибів *Candida*, проводили їх ідентифікацію за допомогою мікробіологічної системи та діагностикумів фірми АВОТТ (США) для виділення видів, які найчастіше зустрічаються: *non-albicans*, *glabrata*, *torulopsis*, *krusei*, *tropicalis*. Інфікування *Candida albicans* відмічено значно частіше в молодшому віці – 73,4%; в середньому в 45,4% – при використанні оральних контрацептивів; при порушеннях менструального циклу та кровотечах в 37%; цукровому діабеті – 63%; діатезі – 23%.

При виявленні в сім'ї інфікування, особливо при хронічних та рецидивуючих формах мікстинфекції, в 26,6% ідентифікувалися *non-albicans* різновидності з послідовним виділенням *glabrata*, *torulopsis*, *krusei*, *tropicalis*. Це пояснюється стійкістю *Candida non-albicans* до лікування протигрибковими азоловими препаратами (наприклад висока стійкість до флуконазолу для *Candida krusei*). Ці результати повинні враховувати в кожному випадку лікування кандидомікозу та різної потенційної дії азолів. У підлітків з хронічними клінічними проявами, характерними для інфікування грибами *Candida* зовнішніх статевих органів, визначається нейтральне значення рН, позитивний тест з КОН (аміновий тест), специфічні виділення. Вивчення особливостей штамів грибів свідчить про значну різноманітність видів збудників, які потребують цілеспрямованого патогенетичного лікування.

Із цього можна зробити висновок, що широке розповсюдження урогенітальних інфекцій у підлітків, можливість безсимптомного перебігу захворювання, значна частота ускладнень дозволяє розглядати урогенітальні інфекції як одну з найважливіших і найактуальніших проблем сучасної гінекології підліткового віку.

Одним з основних механізмів патогенезу запальних захворювань геніталій є стан ендогенної інтоксикації. Протягом лікування сечостатевої інфекції, пов'язаної з імунопатологією, традиційні методи лікування залишаються недостатньо ефективними і приносять тимчасове полегшення, яке пов'язане зі зниженням чутливості збудників до антибіотикотерапії. Неефективність терапії також залежить від стану імунної системи. Для нормалізації імунної системи необхідні нові підходи та методи, які враховують патогенетичні особливості захворювання та стан протимікробної резистентності організму. Досі існує неоднозначна

оцінка клінічної ефективності нових антибактеріальних препаратів, що досягає 50%, а комбіноване лікування антибіотиками дає ефективність до 63,8%. Слід відзначити, що тривале вживання антибактеріальних препаратів забезпечує розвиток дизбактеріозу, який потребує підключення інших медикаментів, розвивається синдром вторинного імунodefіциту, який потребує імунокорегуючого лікування. У підлітків, особливо на фоні дизбактеріозу, необхідно проводити адекватне лікування з метою запобігання транслокації представників умовно-патогенної мікрофлори із зони звичайного розповсюдження в нетипові області, у тому числі на слизові оболонки статевих органів або нижнього відділу сечостатевого тракту. Найбільш частими клінічними проявами імунodefіцитів є бактеріальні, вірусні та змішані інфекції, які мають затяжнорецидивуючий і важкий перебіг. Вивчено, що змішані інфекції призводять до порушення контролю імунної відповіді, сприяють розвитку аутоімунних захворювань і можуть бути пусковим механізмом у патогенезі алергічних захворювань. Алергічні прояви є результатом порушення імунорегуляції та недостатності біоантиоксидантів та ферментних систем [4].

Тому у наше дослідження, крім проведення статистичного аналізу мікстинфекції сечостатевих захворювань, входило вивчення результатів комплексного лікування вульвовагінітів з використанням базисної терапії: антибактеріальних препаратів при бактеріально-вірусних інфекціях, місцевої санації і піхвових ванночок з бактерицидними розчинами в поєднанні з циклофероном 12,5%, або 5% лініменту циклоферону, або ін'єкцій неовіру по 2 мл через 48 годин №5, ректальних свічок кінферону або пімафуцину, піхвових інстиляцій 1% розчином ектеріциду, антигістамінів, вітамінотерапії та призначення препаратів антигомотоксичної терапії – ехінацея композитум 1 амплі через добу №5 та енгістон у таблетках по 1x2 рази на добу.

Перевагою використаної нами схеми є висока її ефективність, швидке зникнення симптомів захворювання, зручність у застосуванні, вона добре переноситься хворими та не зумовлює сенсibilізації, нормалізує мікробіоценоз піхви.

Велика роль надається адекватному харчуванню, збалансованості білків та вітамінів Е, А, С, В₆ як антиоксидантних комплексів, та озону. Біохімічне значення озону засноване на його окислювальній дії при прямому контакті з мікроорганізмами, бактеріями, грибами, вірусами, спорами і пов'язане, головним чином, з окислювальним порушенням капсиду з порушенням ДНК та РНК, про що свідчать продукти їх розпаду. Інфікована клітина, виконуючи захисну

функцію, продукує перекис водню. На цьому ж заснована захисна реакція лейкоцито-фагоцитоз. При хронічній інфекції активність лейкоцитів знижується, вони виробляють мало перекису водню або зовсім не виробляють і таким чином стають неспроможними інактивовувати бактерії. Озон і його перекиси діють на спайк вірусу, порушуючи його контакт з клітиною [14].

Антигомтоксичні препарати особливо підходять для цього, бо складають потенційні субстанції рослинного походження в розведених D_2 , D_{10} , які можуть викликати допоміжну імунологічну дію. Лише в дозах, підібраних на основі ефекту "антигену в низьких дозах", розвиваються клони регуляторних лімфоцитів (Th_3 - лімфоцитів), що обумовлено білковими компонентами антигомтоксичних препаратів. Вони виявляють лімфоцити, які можливо, потенціюють розвиток запалення на органному та гістіотропному рівнях (T_4 -лімфоцити, Th_1 , Th_2 - хелпери) і дезактивують їх. Частилки білкового ланцюга Th_3 -лейкоцитів активізуються і стимулюють вивільнення тканинного фактора росту TGF-бета, який в свою чергу є міцним інгібітором функції лімфоцитів. Таким чином затримується розвиток запальних процесів і відбувається хронізація больового синдрому. До них належать ехінацея композитум №5, яка призначається по 1 ампулі через день в/м, енгістон у таблетках №50 по 1 табл x 2 рази на день та коензим композитум через 2 дні на третій ампулу в/м № 3. При розробці алгоритму обстеження сечостатевого каналу у хворих проводили бактеріоскопічне дослідження піхвових виділень, присінка піхви, сечовипускного каналу, бактеріологічне дослідження виділень з різних ділянок статеві системи та уретри, кал на я/глистів, при необхідності на TORCH-інфекцію при гострокінцевих конділомах. У базисну терапію включали антибіотики залежно від чутливості мікрофлори і виду збудника інфекції.

При лікуванні запальних захворювань статеві системи підлітків можливо використовувати, залежно від чутливості мікрофлори піхви до антибіотиків, такі лікувальні препарати: синтетичні пеніциліни – оксацилін, ампіокс – при бактеріальних інфекціях, або макроліди – еритроміцин, азитроміцин, клацид, вільпрафен – при хламідіозних вульвовагінітах (в 92–85% позитивний результат лікування $P < 0,05$).

Препаратами вибору можуть бути:

Фторхінолони – офлоксацин, левофлоксацин, максифлоксацин – останні 2 вживаються 1 раз на добу (92-96% позитивний результат лікування); Левофлоксацин 500 мг x 1 раз на добу – 10 днів; Авілокс 400 мг x 1 раз на добу – 10 днів.

Фторхінолони у молодих діють на мікоплазми, хламідії, грам позитивну флору, пневмоко-

ки, клебсієли, кишкову паличку та мікробактерії, тbc, анаероби і внутрішньоклітинно розташовані мікроорганізми.

Широко вживали препарати метронідазолу при інфікуванні анаеробами, кишковою паличкою, трихомоніазом, грибами; при дизбактеріозі призначали біфікол, ацилак, лактобактерин; при кандидомікозах – натаміцин, пімафуцин, флюконазол, поліжинакс в мастилi або піхвових кульках для дівчаток.

Вітаміни С, А, Е діють на активність глутамінпероксидази, глутадіону, селену і перетворюють ліпоперекиси в менш токсичні оксикислоти і у такий спосіб запобігають пошкодженню біоструктур.

Поповнення фонду глутадіону здійснюється за рахунок амінокислот, які вміщують сірку-цистеїн, цистин і метіонін.

Глутадіон являє собою основний мобільний фонд сульфгідрильних груп і відіграє основну роль у процесі інактивації ліпідних гідроперекисних сполук.

Фермент церулоплазмін гасить вільні радикали і є фактором природного захисту організму при запальних, алергічних процесах, стресових станах, пошкодженнях тканин, при ішемії.

Аскорбінова кислота відновлює хіноніні форми фенольних сполук, повертаючи антиокислювальні властивості.

Флавоноїди рутин та кверцетин сприяють переходу фенольних форм у хіноніні і є засобом регуляції вільнорадикального окислення на мембранах білкових молекул з SH, NH_2 , CN-групами при ферментативному окисленні. Надзвичайно важливу роль відіграють токоферол, аскорбінова кислота, вітамін А, які нейтралізують найбільш агресивні ВР-гідроксильний радикал, синглетний кисень. Зрив роботи однієї з ланок призводить до дисфункції антиоксидантної системи. Це свідчить про необхідність одночасного застосування декількох антиоксидантів для збереження фізіологічного балансу між вмістом біологічних антиоксидантів в організмі з метою перегину накопичення радикальних форм антиоксидантів у дозах, відповідних добовій потребі (60 мг вітаміну С, 300 МО вітаміну Е, 500 МО бета каротину, 40 мг цинку, 40 мкг селену, що входить в три-ві плюс вітамін, один раз на добу під час їди). Тим самим зменшується ступінь важкості соматичних захворювань.

Стероїдні гормони мають мембранотропні властивості, запобігають порушенням лізосом й призначаються тільки в хронічній стадії при зрощеннях статевих губ. В хронічній стадії гіперемія і виділення зменшуються, інколи виявляється злипання малих статевих губ, що потребує вживання оперативних методів використання мастил з

екстрактами естрогенів в малих дозах. Невеликі конділоми змазують 25% розчином йодофіліну спиртового, резорціном з борною кислотою, або солковагіном, або солкодермом. Великі розростання конділом знищуються хірургічним або електрокоагуляційним методами поряд з антивірусним лікуванням або лікуванням гонококової інфекції. Усі гінекологічні маніпуляції виконує лікар акушер-гінеколог. Після проведеного нами лікування відмічалось зниження захворюваності у підлітків на 98%, визначено зникнення клінічних проявів запальних захворювань в 97,7% та відсутність рецидивів протягом року. Велике значення має обстеження всіх членів сім'ї для вилучення нової реінфекції з метою профілактики переходу в рецидивуючу форму гострих вульвовагінітів. Бажано провести консультацію гастроентеролога, педіатра і лікаря підліткового кабінету, та пам'ятати, що невелике захворювання може призвести до великих ускладнень, тому що "малих" захворювань взагалі не буває. А сечо-

статеві запалення можуть призвести до дисфункції статевих органів не тільки в підлітковому віці, а й до порушень у репродуктивному періоді.

Висновки

Точна ідентифікація збудників важлива для етіопатогенетичного лікування і профілактики інфекції.

Комплексне лікування вульвовагінітів з включенням антигомотоксичних та імуностимулюючих препаратів сприяє швидшому оздоровленню, зменшує тривалість лікувального процесу до 7–10 днів ($P < 0,05$), виключає можливість переходу в хронічну форму, запобігає розвитку ускладнень – спайкового процесу та переходу в латентно-рецидивуючу форму.

Захворювання нижнього відділу сечостатевої системи, за винятком аномалій розвитку, в 61,6% складають запальні захворювання, зумовлені мікстинфекцією. Тому необхідно разом з лікувальним процесом проводити просвітницьку роботу як серед батьків, так і серед учнів в навчальних закладах.

Список літератури

1. Вдовиченко Ю.П., Щербинская Е.С. Клиническая эффективность применения Пимафуцина в терапии вагинальных кандидозов // *Здоровье Женщины*. – 2001. – №3(7) – С. 9–11.
2. Вовк І.Б., Ревенько О.О., Данилюк О.І. Использование флавоноидов в комплексном лечении женщин с воспалительными заболеваниями гениталий вирусно-бактериальной этиологии // Там же. – 2002. – №4(12). – С. 43–45.
3. Детекторский В.В., Яшкова В.Я., Мазорчук С.А. Хламидиоз. Бактериальный вагиноз. – М., 1995. – С. 7–30.
4. Зубакова О.В., Коколина В.Ф. Неспецифический бактериальный вульвовагинит у девочек // *Педиатрия*. – №4. – С. 42–47.
5. Кира Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здоровье // *Журн. акушерства и детских болезней*. – 1999. – Вып. 2–Г.ХVII. – С. 71–78.
6. Козлова В.Й., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. – М., 1995. – С. 317.
7. Крупко-Большова Ю.А., Корнилова А.Й., Егорова А.С. Патология полового развития девочек и девушек. – К.: *Здоров'я*, 1980. – С. 224.
8. Макухин И.Б. Иммунные и микробиологические аспекты заболеваний шейки матки // *Вестн. Рос. Ассоциации акушеров и гинекологов*. – 1994. – №1. – С. 38–42.
9. Марков И.С. Современная лабораторная диагностика TORCH инфекций у женщин детородного возраста, беременных и детей // *Здоровье женщины*. – 2001. – №3(7). – С. 86–94.
10. Хоммершлаг М. Заболевания, передаваемые половым путем у детей, подвергшихся сексуальному насилию // *Инфекции, передаваемые половым путем*. – 1999. – №3. – С. 4–11.
11. Шахман Н.В., Яковлева Е.Б., Дьоміна Т.М. Лікування пімафуцином дівчинок-підлітків, хворих на кандидозний вульвовагініт // *Вісн. асоціації акушерів-гінекологів України*. 2000. – №3(8). – С. 74–78.
12. Abele Horn M. Association of ureaplasma urealyticum biovars with clinical outcome for neonatal obstetric patients and gynaecological patients with pelvic inflammatory diseases // *J. Clin. Microbiol.* – 1997. – №35/5. – P. 1192–1202.
13. Pfaller M.A., Houston A., Coffman S. Application for CHROMagar Candida for rapid screening of clinical specimens for krusei and Candida (Torulopsis) glabrata // *J. Clin. Microbiol.* – 1996. – Jan. – P. 58–61.
14. Odds F.C. Resistance of yeast to azote-derivative antifungals // *J. Antimicrobial Chemotherapy*. – 1993. – №4. – P. 63–71.

ПРОБЛЕМА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ

Л.В.Григорович, С.Ю. Кришук, Т.В. Куликова (Киев)

Проведены клинико-лабораторные исследования (бактериологические, бактериоскопические, вирусологические, иммуноферментные, ПЦР) подростков с воспалительными процессами гениталий. Исследована проблема высокой заболеваемости подростков вульвовагинитами. После идентификации возбудителей выявлен высокий процент кандидомикозов – 35,4%. Выделены наиболее часто встречающиеся штаммы – *Candida albicans* и non-*albicans*. Проведено комплексное противовоспалительное лечение подростков: антибактериальная противогрибковая терапия, витаминотерапия с одновременной санацией вульвы и влагалища, а также прямой кишки.

Установлено, что при комплексном лечении воспалительных заболеваний гениталий подростков за указанной схемой продолжительность лечения сократилась до 7–10 дней, а процесс клинического выздоровления отмечен у 98% пациентов, что подтверждено лабораторно в 97,7% случаев. Рецидивов не наблюдалось на протяжении 1 года. Доказана необходимость синхронно с лечебными процессами проводить профилактическую разъяснительную работу с родителями и в учебных заведениях.

THE PROBLEM OF INFLAMMATORY DISEASES OF GENITAL AREA IN ADOLESCENTS

L. V. Grigorovich, S.Y. Krischuk, T.V. Kulikova (Kyiv)

Laboratory-diagnostics examinations (bacteriological, bacterioscopic, virusologic, immunoferrmental, PCR) have been executed on the group of adolescents suffering from inflammatory diseases of genital area. The problem of the high percentage of vulvovaginitis cases among adolescents, which is 61,6% in the whole structure of gynaecological diseases of the clinical series has been analysed. After identifying the stimuluses the high percentage of candidomycoses was stated – 35,4%. The detection of most frequently appearing *Candida albicans* and non-*albicans* cultures was made. Complex anti-inflammatory treatment of adolescents was executed: antibacterial antimycotic therapy, vitamin therapy with simultaneous sanation of vulva, vagina and rectum.

It was determined that in case of complex treatment of inflammatory diseases of adolescents' genital area according to the above mentioned scheme the duration of therapy decreased to 7-10 days and the process of clinical convalescence was in 98% and laboratory approved in 97,7% of cases. Relapses were not observed during 1 year. The necessity is underlined to carry out an explanatory work among parents and in the educational institutions parallel to the treatment process.

УДК 617.7:614.2:355/359

В.А. ДУФИНЕЦЬ, М.І. ХИЖНЯК (Київ)

**ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ШЛЯХИ
ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНИМ
ХВОРИМ**

Українська військово-медична академія

Збереження та зміцнення здоров'я військовослужбовців є одним з найважливіших стратегічних завдань військової охорони здоров'я. На сьогодні поширеність загальної захворюваності серед військовослужбовців значно вища, ніж за

колишнього СРСР. Це пов'язане з комплексом соціально-економічних, екологічних, санітарно-гігієнічних проблем. Соціальні і профілактичні заходи в системі військово-медичної служби реалізуються повільно, є недостатніми і суттєво

не впливають на стан здоров'я військовослужбовців [1–4].

Важливу роль у формуванні здоров'я військовослужбовців відіграє і рівень медичного забезпечення, його якість, обсяг і доступність. Однією з найважливіших ланок медичного забезпечення є стан офтальмологічної допомоги військовослужбовцям. Проте організації надання допомоги офтальмологічним хворим, стану матеріально-технічного забезпечення офтальмологічних відділень військових госпіталів, їх фінансування, кадрового забезпечення в останні роки приділялась недостатня увага.

Разом з тим потрібно приймати ефективні організаційні рішення. Для пошуку шляхів покращення медичного забезпечення військовослужбовців з офтальмологічними захворюваннями необхідне проведення наукових досліджень щодо виявлення закономірностей змін показників здоров'я за цією патологією залежно від статево-вікової структури військовослужбовців, забезпечення кадрами, особливостей надання спеціалізованої офтальмологічної допомоги. Відсутність комплексного аналізу цих даних у літературі, важливість їх для практичної військової охорони здоров'я і стали приводом для нашого дослідження.

Мета дослідження: розробка та впровадження в практику науково обґрунтованих заходів з оптимізації надання офтальмологічної допомоги військовослужбовцям на підставі вивчення офтальмологічної захворюваності у різних видах Збройних Сил України за даними звернень в лікувально-профілактичні заклади та медичних оглядів.

Основні завдання дослідження передбачали:

- вивчення захворюваності військовослужбовців різних видів Збройних Сил у 2000–2002 рр. за матеріалами звернень у військові лікувально-профілактичні заклади;
- вивчення захворюваності на окремі хвороби офтальмологічного профілю військовослужбовців у віковому та професійному аспектах;
- вивчення захворюваності на хвороби очей за даними медичних оглядів молодих солдатів залежно від клімато-географічних та екологічних факторів;
- проведення аналізу стану офтальмологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України за десятирічний період;
- обґрунтування та розробка комплексу заходів щодо покращення організації офтальмологічної допомоги військовослужбовцям.

Об'єктом дослідження були стан здоров'я та система надання медичної допомоги військовослужбовцям з офтальмологічними захворюваннями Західного оперативного командування (ОК).

Всього обсяг вибіркової сукупності складав більше 6 тисяч одиниць спостереження.

Предмет дослідження: матеріали спеціальних досліджень окремих найбільш розповсюджених офтальмологічних захворювань військовослужбовців, пенсіонерів МО України, військовослужбовців за контрактом та молодого поповнення вищевказаного оперативного командування за 2000–2002 рр.

Методи дослідження. Основним методом дослідження було обрано системний аналіз, що включив в себе методи статистичної обробки, соціологічний (анкетування), математичного моделювання.

Програмою дослідження передбачено одержання основних характеристик стану здоров'я військовослужбовців протягом 2000–2002 рр., характеристики амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги військовослужбовцям Західного ОК, уточнення потреб у спеціалізованій медичній допомозі офтальмологічним хворим з розрахунком перспектив розвитку військово-медичної служби.

Нами також оцінювався стан здоров'я військовослужбовців строкової служби Західного ОК за 2000–2002 рр. Встановлено, що “здоровими” серед солдатів визнавались в середньому $70,5 \pm 6,3\%$, “практично здоровими” – $22,1 \pm 2,4\%$, такими, що “потребували систематичного нагляду” – $7,4 \pm 2,3\%$.

Серед курсантів “здоровими” були визнані $85,4 \pm 7,5\%$, “практично здоровими” – $9,4 \pm 2,5\%$, “потребували систематичного лікарського нагляду” $5,2 \pm 1,4\%$.

Серед молодого поповнення питома вага “здорових” становила $89,4 \pm 7,9\%$, “практично здорових” – $5,0 \pm 1,3\%$, “потребували систематичного лікарського нагляду” $5,6 \pm 1,5\%$.

Нами проводилась порівняльна характеристика стану здоров'я військовослужбовців строкової служби Західного ОК за 2000–2002 рр. зі станом здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України. Розглядаючи стан здоров'я рядового складу, необхідно відзначити наступні тенденції.

По-перше, в категоріях військовослужбовців строкової служби Західного ОК в 2000–2002 рр. порівняно з показниками стану здоров'я у Збройних Силах у цілому спостерігається зменшення кількості “здорових” ($70,5 \pm 6,3\%$ проти $86,0 \pm 7,3\%$), збільшення “практично здорових” ($22,1 \pm 2,4\%$ проти $9,2 \pm 2,1\%$) та тих, що “потребують систематичного лікарського нагляду” ($7,4 \pm 2,3\%$ проти $4,8 \pm 1,2\%$). Показники стану здоров'я молодого поповнення та курсантів за всіма категоріями значно кращі, ніж у Збройних Силах України у цілому.

Таким чином, простежується чітка тенденція до зменшення частки "здорових" і відповідно до збільшення частки "практично здорових" серед молодого поповнення та курсантів.

Найбільш вірогідним поясненням цього процесу є прогресуюче погіршення стану здоров'я молодого покоління країни, у тому числі і призовного контингенту.

По-друге, в усіх категоріях солдатів, за винятком молодого поповнення, частка "здорових" збільшилась і, відповідно, зменшились частки "практично здорових" і тих, що "потребують систематичного спостереження".

По-третє, зі збільшенням терміну служби в Збройних Силах України стан здоров'я рядового складу покращується. Пояснюється це тим, що в процесі служби проходить поступове звільнення кількості рядового складу, непридатного за станом здоров'я; проведенням відповідних лікувально-профілактичних заходів особам, що мають хронічні захворювання, а також загальнозміцнюючим характером умов військової праці і побуту (фізична підготовка, загартовування тощо).

Нами були також визначені середньорічні показники стану здоров'я офіцерського складу за 2000–2002 рр. у розрізі вікових груп (I – до 30 років, II – від 31 до 40, III – від 41 до 50, IV – від 51 до 60, V – від 60 і старше).

Дослідженням встановлено, що середній показник "здорових" в категорії офіцерів і прапорщиків у I групі становив $56,7 \pm 4,9\%$, у II – $39,1 \pm 3,2\%$, зменшуючись з віком до $4,1 \pm 2,1\%$.

Частка "здорових" в категорії полковників у I групі склала $47,8 \pm 3,1\%$, зменшуючись з віком у II групі до $40,1 \pm 2,9\%$, у III – до $9,8 \pm 1,7\%$, у IV – до $2,3 \pm 0,5\%$.

Така ж закономірність простежується в стані здоров'я військовослужбовців за контрактом. Максимальні значення нами були отримані у I групі ($71,9 \pm 6,7\%$). У II групі цей показник становить $18,0 \pm 2,7\%$, у III – $10,1 \pm 3,4\%$.

Виявлені закономірності формування показників здоров'я військовослужбовців доцільно враховувати при складанні програм розвитку військово-медичної служби та при визначенні основних напрямків розвитку спеціалізованих видів медичної допомоги. Одержані матеріали можуть стати надійною базою для створення уніфікованих систем збору, обробки і аналізу даних стану здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України.

Характеризуючи показники захворюваності військовослужбовців за даними звернень у військові лікувально-профілактичні заклади, необхідно відмітити, що серед солдатів найбільш високі рівні захворюваності у Військово-морських

силах ($380,9\%$) і у Військах протиповітряної оборони ($1336,1\%$), котрі відрізняються від інших видів ЗС найбільш несприятливими санітарно-гігієнічними умовами військової праці і більш низькими вимогами щодо стану здоров'я при призові на військову службу. Найнижчі рівні загальної захворюваності у Військово-повітряних силах – $734,7\%$ проти $1272,8\%$ у ЗС в цілому.

Перше рангове місце в структурі загальної захворюваності військовослужбовців строкової служби займали хвороби органів дихання – $292,7\%$, або $34,66\%$.

Найнижчі показники захворюваності серед військовослужбовців строкової служби зареєстровані у Військово-повітряних силах ($170,5\%$).

Загальна захворюваність офіцерського складу була суттєво нижча, ніж рядового, і становила $379,8\%$. Найвищий її рівень відмічався у Військово-морських силах ($825,2\%$) та у Військах протиповітряної оборони ($662,7\%$), а найнижчий – у Військово-повітряних силах ($331,0\%$).

Перше рангове місце в структурі загальної захворюваності офіцерів, як і військовослужбовців строкової служби, займали хвороби органів дихання – $227,5\%$, або $59,9\%$ від загального рівня. Найвищі показники захворюваності за цим класом були у Військах протиповітряної оборони ($428,2\%$), а найнижчі – у Військово-морських та Військово-повітряних силах ($361,1\%$ та $354,2\%$ відповідно).

Друге рангове місце у Військово-повітряних силах займали хвороби XII класу (хвороби шкіри та підшкірної клітковини), Військово-морських силах – XI класу (хвороби органів травлення), Військах протиповітряної оборони – X класу (хвороби органів дихання).

Госпіталізована захворюваність особового складу строкової служби ЗС становила $998,2\%$. Найвищі її рівні були зафіксовані у Військово-морських силах ($1226,8\%$) і Військах протиповітряної оборони ($1154,8\%$), які відрізняються найбільш несприятливими санітарно-гігієнічними умовами військової праці. Нижчими за середні були показники госпіталізованої захворюваності у Військово-повітряних силах ($984,7\%$).

Нами досліджені рівні захворюваності, госпіталізації та працевтрати військовослужбовців за контрактом Західного ОК у 2000–2002 рр.

У структурі працевтрат перші чотири місця зайняли: хвороби XII класу (хвороби шкіри та підшкірної клітковини) – $2322,8$ днів; XI класу (хвороби органів травлення) – $666,3$ днів; X класу (хвороби органів дихання) – $2599,3$ днів, I класу (деякі інфекційні та паразитарні хвороби) – $803,4$ днів.

При порівнянні рівнів працевтрат офіцерського складу в розрізі окремих видів ЗС встановле-

но, що вони найбільш високі були у Військово-морських силах – 12174,3 днів, у Військах протиповітряної оборони – 9810,2 днів, у Військово-повітряних силах – 8412,6 днів.

Загальна захворюваність пенсіонерів МО України становила 1241,3+24,2 на 1000 осіб і була значно вищою порівняно з військовослужбовцями офіцерського складу – 519,5+21,0. Вказана структура захворюваності пенсіонерів відрізняється від структури захворюваності військовослужбовців офіцерського складу, де перші три рангові місця займали хвороби органів дихання, органів кровообігу та кістково-м'язової системи.

Загальна захворюваність курсантів становила 757,5+34,6 на 1000 і була найнижчою порівняно з військовослужбовцями рядового складу (1272,8+21,0) та пенсіонерами МО України (1241,3+24,2).

У структурі захворюваності перше місце займали хвороби органів дихання (347,7+39,1‰), друге – хвороби шкіри і підшкірної клітковини (109,8+24,4‰), третє – хвороби нервової системи (87,6+7,1‰), четверте – хвороби органів травлення (63,5+16,1‰), п'яте – інфекційні і паразитарні хвороби (47,3+4,1‰), шосте – травми та отруєння (26,1+1,3‰).

Таким чином, при аналізі захворюваності військовослужбовців рядового та офіцерського складу, пенсіонерів МО України встановлено, що найбільш характерними є хвороби системи кровообігу, органів травлення, органів дихання, нервової та кістково-м'язової систем. Найвищі показники загальної захворюваності виявлено серед пенсіонерів.

Нами була проаналізована захворюваність військовослужбовців різних категорій (солдати, курсанти, офіцери) за даними первинних звернень у військові лікувально-профілактичні заклади за період 2000–2002 рр. Встановлено, що середньорічний рівень загальної захворюваності серед рядового складу становив $844,4 \pm 32,3\%$ на 1000 осіб відповідного контингенту і коливався від $931,3 \pm 34,1\%$ в 2000 р. до $765,2 \pm 22,4\%$ в 2002 р.

На першому ранговому місці знаходились хвороби органів дихання – $292,7 \pm 35,1\%$ на 1000 військовослужбовців строкової служби, що становить 46,9% від загального рівня захворюваності рядового складу. Динаміка рівнів захворюваності за цим класом має тенденцію до зменшення. Якщо рівень захворюваності на хвороби органів дихання в 2000 р. був $455,5 \pm 30,3\%$, то в 2002 р. – $278,3 \pm 31,6\%$.

Друге рангове місце займали хвороби шкіри і підшкірної клітковини з рівнем захворюваності $163,2 \pm 10,7\%$, що становить 19,3% від загаль-

ного рівня захворюваності рядового складу. Динаміка захворюваності за 3 роки не має тенденції до зниження її рівнів. На сьогодні захворюваність військовослужбовців строкової служби цим класом хвороб потребує окремого вивчення.

Нами проаналізовано рівні захворюваності військовослужбовців строкової служби на хвороби очей. Рівень захворюваності військовослужбовців строкової служби на ці хвороби у ЗС України становив 30,7%. Аналогічний показник серед офіцерів складав 27,6%.

Найвищі показники захворюваності ока та його придатків були у військовослужбовців Військово-повітряних (31,3‰) та Військово-морських (29,1‰) сил. Значно менші показники захворюваності ока та його придатків зареєстровані у Військах протиповітряної оборони – 21,9.

Показники захворюваності на хвороби ока та його придатків серед офіцерів майже однакові (в діапазоні 13,9–15,4%).

Аналіз рівня госпіталізованої захворюваності військовослужбовців з хворобами очей у окремих видах Збройних Сил за 2000–2002 рр. показав, що показники зазначеної патології у цілому в Збройних Силах України становлять 19% серед солдатів. Це зумовлено тим, що серед молодого поповнення солдатів строкової служби значна частина має офтальмологічну патологію. У розрізі видів Збройних Сил дещо вищі показники зареєстровані серед військовослужбовців строкової служби Військово-повітряних сил (16,9%) порівняно з аналогічними показниками у Військово-морських силах (13,1%) та Військах протиповітряної оборони (14,2%).

Найвищі показники госпіталізованої захворюваності серед офіцерів виявлені у Військово-повітряних силах (14,6%), специфіка роботи в яких вимагає значної напруженості органів зору, а найменші – у Військово-морських силах (4,3%).

Слід зазначити, що виявлена значна різниця показників захворюваності, госпіталізації, працевтрати при хворобах ока та його придатків серед військовослужбовців за контрактом порівняно з аналогічними показниками серед військовослужбовців ЗС України в цілому (відповідно 12,4% проти 30,7; 3,5% проти 19; 55,6% проти 179,3). Отримані результати пояснюються тим фактом, що до служби в ЗС України за контрактом залучаються здорові контингенти військових спеціалістів.

За даними власних досліджень виявлено рівні захворюваності військовослужбовців та пенсіонерів Міністерства Оборони України як за класом хвороб ока в цілому, так і за групами нозологічних форм (табл.). Найвищі показники захворюваності за класом хвороб ока в цілому були

zareєстровані у військовослужбовців строкової служби (76,6%). Найнижчі аналогічні показники виявлені серед офіцерів (21,7%). Серед військовослужбовців строкової служби також найвищі показники захворюваності на запальні хвороби

очей (45%), а у пенсіонерів зазначена патологія реєструється у 0,7% випадків. Проте для останньої категорії характерні найвищі показники захворюваності на аномалії рефракції, що пов'язане з віковими змінами органа зору.

Рівні захворюваності військовослужбовців та пенсіонерів МО України хворобами очей Західного оперативного командування за даними власних досліджень за 2000-2002 рр. (%)

Клас, нозології	Військовослужбовці			Пенсіонери МО України
	строкової служби	офіцери	курсанти	
VII клас, у тому числі	76,6 ± 5,0	21,7 ± 4,3	55,5 ± 16,7	37,2 ± 5,7
Запальні захворювання очей	45,0 ± 15,8	10,8 ± 2,1	32,6 ± 3,5	0,7 ± 0,05
Аномалія рефракції	31,6 ± 3,7	8,6 ± 1,5	22,4 ± 3,8	36,5 ± 3,1
Інші захворювання очей	-	2,3 ± 0,7	0,5 ± 0,0,3	-
Усього за I-XXI клас	1571,5 ± 8,4	938,0 ± 12,1	728,4 ± 11,3	1351,3 ± 28,4

Наведені рівні, структура загальної захворюваності та захворюваності ока і його придатків за даними звернень у військові лікувально-профілактичні заклади відображають особливості вікової структури Західного ОК, умов служби та побуту офіцерського і рядового складу, що дозволило нам розробити **структурно-функціональну модель** визначення нормативів потреби в спеціалізованій офтальмологічній допомозі військовослужбовців Збройних Сил України (рис.).

Встановлено, що рівень патології органів зору за 2000-2002 рр. в Збройних Силах України серед військовослужбовців строкової служби ста-

новив в середньому 30,7 випадку захворювань, а серед офіцерів – 27,6 на 1000 військовослужбовців, займаючи сьоме та восьме місця в загальній захворюваності відповідно. У структурі захворюваності більшу половину (73,4%) складають запальні захворювання очей, аномалії рефракції та інші захворювання ока.

Виявлені вікові особливості, фактори ризику. Запальні хвороби очей мають найвищу поширеність в молодому віці (військовослужбовці строкової служби, курсанти), а аномалії рефракції – в середньому працездатному віці (офіцери). Запальні хвороби очей найчастіше зустрічаються се-



Структурно-функціональна модель визначення нормативів потреби в спеціалізованій офтальмологічній допомозі у військовослужбовців Збройних Сил України

ред військовослужбовців строкової служби Військово-повітряних сил (31,3 на 1000 військовослужбовців строкової служби) та серед офіцерів Військово-морських сил (15,4 на 1000 офіцерів), що пов'язане з особливостями служби та побуту військовослужбовців вказаних видів Збройних Сил.

Висновки

Результати дослідження дозволили розробити структурно-функціональну модель, сутність якої полягає в передачі визначених нами груп очних захворювань (блефарити, кон'юнктивіти, кератити та ін.) лікарям загальної практики при наданні кваліфікованої медичної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України. На основі аналізу рівнів захворюваності та поширеності хвороб очей, нормативів потреби в офтальмологічних ліжках запропонований об'єм спеціалізованої медичної допомоги (при комбінованому хірургічному лікуванні катаракти та глаукоми) офтальмологічним хворим. Ця модель постала основою для прийняття управлінських рішень щодо оптимізації управління системою охорони здоров'я в умовах переходу до сімейної медицини та професійної армії.

Визначене оптимальне співвідношення пацієнтів з хворобами очей, які потребують допомоги на різних рівнях управління: 59,7% захворювань у хворих військовослужбовців можуть виявлятися та лікуватися на первинному рівні (медичний пункт полку, лазарет), 30,3% підлягають лікуванню в базовому госпіталі, 9,8% в центральному і лише 0,2% – у Головному військовому клінічному госпіталі, що дозволяє забезпечити оптимально-раціональний розподіл ресурсів військової охорони здоров'я та економічне використання їх в умовах обмеженого бюджетного фінансування.

Список літератури

1. Белый В.Я., Вовкодав Н.Н. Об основных направлениях реформы военного здравоохранения // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования: Материалы наук.- практ. конф., 1996.– С. 4–19.
2. Вовкодав М.М. Наукове обґрунтування основних напрямків реформування системи охорони здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України: Автореф. дис... канд. мед. наук. – К., 1999. – 20 с.
3. Голик Л.А. Этапне лікування військовослужбовців Збройних Сил України (на прикладі медичного забезпечення Київського гарнізону) // Современные аспекты военной медицины: Зб. науч. труд. ГВКГ. – К., 2001. – С. 24–34.
4. Голик Л.А. Медичне забезпечення військовослужбовців і пенсіонерів МО України на первинному рівні як основа профілактики їх захворювань // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. праць УВМА. – К., 2002. – В. 12. – С. 217–223.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

В.А Дуфинец, Н.И.Хижняк (Киев)

Проанализировано состояние здоровья военнослужащих разных видов Вооруженных сил Украины по данным обращений в военные лечебно-профилактические учреждения и медицинских осмотров. Особое внимание уделяется заболеваниям глаза и его придатков.

На основе исследования разработана структурно-функциональная модель определения нормативов потребности в специализированной офтальмологической помощи военнослужащих.

MORBIDITY OF MILITARY SERVICEMEN AND OPTIMIZATION OF OPHTHALMOLOGIC AID PROVISION WITHIN MEDICAL INSTITUTION'S SYSTEM OF UKRAINIAN ARMED FORCES

V.A. Dufinets, N.I. Khizhnyak (Kyiv)

The analysis of health conditions of servicemen of different types of the armed force contingents has been made using the data of patients referral for aid to military medical institutions and results obtained in medical check-ups. The special emphasis was made on revealing various ocular diseases prevalence among servicemen. On the basis of this research the relevant structure-functional model to estimate existing needs for specialized ophthalmologic aid and care provision for different military divisions has been worked out.

УДК 616.15-005 (477.84)

М.І. ШВЕД, Н.Є. ФЕДЧИШИН (Тернопіль)

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ МЕШКАНЦІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ ХВОРОБАМИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Хвороби системи кровообігу (ХСК) – одні з найпоширеніших в світі. Їх медико-соціальна значимість полягає в тому, що вони є основною причиною смертності та інвалідності людей.

За даними офіційної статистичної звітності проведено поглиблений аналіз поширеності серцево-судинних захворювань серед мешканців Тернопільської області. Показники аналізувались

в динаміці за останні 5 років (1998-2002рр.) та порівнювались із 1990 роком. Пересічні показники по області порівнювались із аналогічними даними по Україні.

Рівень загальної поширеності серцево-судинних захворювань постійно зростає як серед мешканців Тернопільської області, так і в цілому по Україні (табл. 1,2).

Таблиця 1. Поширеність хвороб системи кровообігу серед дорослих і підлітків Тернопільської області у 1990, 1998 – 2001рр. (на 1000 осіб)

№	Найменування хвороб	1990	1998	1999	2000	2001	Динаміка порівняно з 1990р.	
							Темп приросту, %	У скільки разів збільшення
1	Хвороби системи кровообігу, в т.ч.:	200,3	393,3	423,9	475,1	513,7	156,5	2,6
2	Гіпертонічна хвороба (всі форми)	94,2	173,8	192,4	216,8	232,7	147,1	2,5
3	Ішемічна хвороба серця	75,2	140,3	153,0	172,7	183,5	143,9	2,4
4	Цереброваскулярні хвороби	9,1	33,9	34,1	39,8	48,7	437,1	5,4
5	Гострий інфаркт міокарда	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9	0,0	0,0

Аналізуючи динаміку поширеності ХСК, ми виділили основні нозологічні форми хвороб цього класу, а саме: гіпертонічну хворобу, ішемічну хворобу серця, цереброваскулярні хвороби та гострий інфаркт міокарда. Гострий інфаркт міокарда, займаючи в структурі ХСК хоча і невелику частку, вирізняється серед хвороб цього класу високим рівнем летальності, тому в цьому аспекті значення його особливе.

Аналізуючи дані таблиці 1, слід відмітити різке зростання у поширеності ХСК серед мешканців Тернопільської області із 200,3 у 1990р. до 513,7 хвороб на 1000 осіб у 2001р. Зростання рівня поширеності відбулося як в цілому за класом серцево-судинних захворювань, так і

за окремими нозологічними формами (окрім гострого інфаркту міокарда). В цілому ХСК збільшились у 2001р. порівняно з 1990-м у 2,6 раза (темп приросту становив 156,5%), гіпертонічна хвороба та ІХС у 2,5 і 2,4 раза відповідно (темп приросту – 147,1% і 143,9%). Особливо різке зростання спостерігається з боку цереброваскулярних хвороб – у 5,4 раза (темп приросту – 437,1%).

Основними причинами такого різкого збільшення числа серцево-судинних хвороб за відносно невеликий проміжок часу (11 років), на нашу думку є погіршення соціально-економічного становища в нашій державі, падіння життєвого рівня населення, зниження доступності медичної

допомоги, високий рівень безробіття і найнижча пересічна заробітна плата в Тернопільській області. Вагомим чинником збільшення поширеності ХСК є не тільки ріст первинної захворюваності цього класу хвороб, але й сучасні особливості вікової структури населення, зокрема збільшення із року в рік частки осіб похилого і старечого віку.

Як видно з таблиці 2, різке зростання поширеності серцево-судинних захворювань спостерігається і в цілому по Україні: із 218,5 у 1990р. до 471,7 хвороб на 1000 дорослих і підлітків у 2001р. Загалом по класу, для ІХС та ЦВХ збільшення за цей період відбулося у 2,2 раза, гіпертонічна хвороба зросла у 2,3 раза, що дещо нижче, ніж в Тернопільській області. Церебровас-

Таблиця 2. Поширеність ХСК серед дорослих і підлітків України у 1990, 1998 – 2001рр. (на 1000 осіб)

№	Найменування хвороб	1990	1998	1999	2000	2001	Динаміка порівняно з 1990р.	
							Темп приросту, %	У скільки разів збільшення
1	ХСК, в т.ч.:	218,5	349,4	383,8	436,8	471,7	116,1	2,2
2	ГХ (всі форми)	88,1	143,7	159,5	188,2	206,9	134,9	2,3
3	ІХС	71,6	118,4	129,3	145,7	159,2	122,2	2,2
4	ЦВХ	29,3	53,8	57,3	61,9	64,8	121,3	2,2
5	ГІМ	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	-8,3	-1,1

скулярні хвороби зростали не так стрімко, як у Тернопільській області (у 2,2 раза, тоді як по області зростання спостерігалось у 5,4 раза).

Відносно стабільну ситуацію з гострим інфарктом міокарда (в Тернопільській області росту за досліджуваний період не відбулося, а в Україні зафіксовано навіть зниження на 8,3%), не можна розцінювати як позитивне явище одночасно із стрімким ростом поширеності і смертності від ХСК загалом і ІХС зокрема, а також статистичних даних стосовно ГІМ у розвинутих країнах Західної Європи, США, де щорічно фіксується у 3-4 рази більше випадків ГІМ, ніж в Україні у розрахунку на відповідну чисельність населення. До того ж, у

цих країнах набагато вища смертність від ГІМ, ніж в нашій державі на фоні нижчої смертності від ССЗ загалом і ІХС зокрема. На наш погляд, така ситуація стосовно ГІМ в Україні пояснюється значним недообліком даної патології, низьким рівнем діагностики ГІМ, особливо на догоспітальному етапі, незадовільним виявленням гострих коронарних синдромів поза стаціонарами, що в свою чергу призводить до зменшення вірогідності статистичної інформації.

Аналіз структури загальної захворюваності дорослих та підлітків, зумовленої ХСК, у 1990, 1998 – 2001рр. показав, що за цей період їх рангові місця не змінилися (таблиця 3).

Таблиця 3. Структура поширеності ХСК серед дорослих і підлітків у 1990 і 2001рр.

№	Найменування хвороб	1990,%		2001,%	
		Тернопільська область	Україна	Тернопільська область	Україна
1	ХСК	100,0	100,0	100,0	100,0
2	ГХ (всі форми)	47,0	40,3	45,2	43,9
3	ІХС	37,5	32,8	35,7	33,7
4	ЦВХ	4,5	13,4	9,4	13,7
5	ГІМ	0,4	0,5	0,2	0,2

Перше місце посідала гіпертонічна хвороба, друге — ІХС, третє — цереброваскулярні хвороби. За період дослідження в Тернопільській області дещо знизилась питома частка ГХ (45,2% у 2001р. проти 47,0% у 1990р.), ІХС (35,7% проти 37,5%) та ГІМ (0,2% у 2001р. і 0,4% у 1990р.).

В цілому по Україні, навпаки, частка ГХ і ІХС

дещо зросла (40,3% та 43,9% і 32,8% і 33,7% відповідно, доля гострого інфаркту міокарда знизилась більш, ніж у 2 рази (0,2% проти 0,5%). Стосовно частки ЦВХ в структурі ХСК, слід відмітити суттєві відмінності обласного та державного рівня. Так, в Тернопільській області частка ЦВХ зросла у 2001р. порівняно із 1990-м у 2,1

раза, тоді як загалом в Україні цей показник суттєво не змінився (13,7% і 13,4%).

Нами вивчена також динаміка поширеності ХСК і ГІМ серед мешканців Тернопільської області в розрізі районів (таблиці 4 і 5).

Аналізуючи дані таблиці 4, виявлено суттєві коливання рівня поширеності ХСК в різних районах області. Так в 1990р. показник коливався від 146,3 та 146,9 у Зборівському та Монастирському районах (найнижчий рівень) до 276,3 та

Таблиця 4. Поширеність ХСК серед дорослих і підлітків Тернопільської області у 1990 і 2002рр. (на 1000 осіб)

№ п/п	Райони	1990	2002	Динаміка, у скільки разів збільшення
1	Бережанський	243,9	519,9	2,1
2	Борщівський	221,0	559,8	2,5
3	Бучацький	180,5	510,4	2,8
4	Гусятинський	209,6	566,8	2,7
5	Заліщицький	232,3	482,9	2,1
6	Збаразький	186,1	564,9	3,0
7	Зборівський	146,3	540,8	3,7
8	Козівський	276,3	546,0	2,0
9	Кременецький	196,0	521,3	2,7
10	Лановецький	187,0	598,4	3,2
11	Монастирський	146,9	642,7	4,4
12	Підволочиський	183,2	656,4	3,6
13	Підгаєцький	немає даних	661,4	-
14	Теребовлянський	209,5	547,8	2,6
15	Тернопільський	238,5	566,2	2,4
16	Чортківський	274,6	538,2	2,0
17	Шумський	217,8	585,4	2,7
18	Тернопільська область	200,3	536,9	2,7
19	М.Тернопіль	159,7	463,7	2,9
20	Україна	218,5	471,7*	2,2

* дані за 2001 рік

274,6 у Козівському та Чортківському районах (найвищий рівень). Наближені до пересічного обласного (200,3) були показники у Теребовлянському (209,5), Гусятинському (209,6) та Кременецькому (196,0) районах. У 2001р. найнижчий рівень ХСК серед дорослих та підлітків виявився у Заліщицькому районі (482,9), найвищий – у Підгаєцькому (661,4), Підволочиському (656,4) та Монастирському (642,7) районах. В межах середнього обласного рівня (536,9) спостерігались показники у Чортківському (538,2), Теребовлянському (547,8) та Козівському (546,0) районах.

Аналіз динаміки поширеності ХСК в розрізі районів показав, що за період з 1990 по 2002рр. число серцево-судинних захворювань невпинно зростало і у більшості районів подвоїлось а то і

потроїлось. Найвище зростання цієї патології відмічено у Монастирському (в 4,4 раза), Зборівському (3,7) та в Підволочиському (3,6) районах. Повільніші темпи росту ХСК спостерігались у Чортківському, Козівському (в 2,0 рази), Бережанському та Заліщицькому (2,1 раза) районах.

Такий великий діапазон коливань поширеності ХСК в межах області (до речі, однієї із найменших за розміром території в Україні), неможливо пояснити без поглибленого вивчення соціально-економічних, екологічних та інших чинників, а також особливостей вікової та статеві структури населення.

Поширеність гострого інфаркту міокарда в динаміці серед дорослих та підлітків в районах Тернопільської області наведена в таблиці 5.

Таблиця 5. Поширеність ГІМ серед дорослих та підлітків Тернопільської області у 1990 і 2002рр.
(на 100 тис. осіб)

№ п/п	Райони	1990	2002	Динаміка, темп приросту,% (+) зростання (-) зниження
1	Бережанський	71,2	75,0	5,3
2	Борщівський	74,0	58,9	-20,4
3	Бучацький	115,2	83,0	-27,9
4	Гусятинський	94,3	89,8	-4,8
5	Заліщицький	83,5	76,8	-8,0
6	Збаразький	121,7	107,4	-11,8
7	Зборівський	67,5	76,7	13,6
8	Козівський	73,3	114,2	55,8
9	Кременецький	73,2	98,6	34,7
10	Лановецький	90,1	64,8	-28,1
11	Монастириський	105,5	35,7	-66,2
12	Підволочиський	59,2	104,4	76,3
13	Підгаєцький	немає даних	47,8	-
14	Теребовлянський	100,2	88,9	-11,2
15	Тернопільський	92,5	96,4	4,2
16	Чортківський	146,2	148,9	1,8
17	Шумський	68,5	69,8	1,9
18	Тернопільська область	90,9	97,9	7,7
19	М.Тернопіль	92,1	137,2	48,9
20	Україна	122,3	111,7*	-8,7

* дані за 2001 рік

На відміну від чіткої тенденції до росту ХСК в цілому, як класу, виявленої за результатами аналізу таблиці 4, динаміка поширеності гострого інфаркту міокарда в розрізі районів характеризується широким діапазоном коливань як в сторону росту, так і стосовно зниження. Так, рівень поширеності ГІМ серед дорослих і підлітків у 1990р. коливався від 59,2 на 100 тис. осіб у Підволочиському районі до 146,2 – у Чортківському. Найнижчі рівні поширеності ГІМ у 2002р. спостерігались у Монастириському (35,7 на 100 тис. осіб), Підгаєцькому (47,8) та Борщівському (58,9) районах, найвищий рівень зафіксовано, як і в 1990р. – у Чортківському районі (148,9) та у місті Тернополі (137,2). Аналізуючи динаміку поширеності ГІМ серед дорослих і підлітків в районах Тернопільської області, нами виявлена значна варіабельність показника динамічного ряду – темпу приросту. Якщо загалом в області

у 2002р. поширеність ГІМ дещо зросла порівняно з 1990-м роком (на 7,7%), то в окремих районах мали місце значні коливання темпу приросту (від зниження на 66,2% у Монастириському районі до росту на 76,3% у Підволочиському та на 55,8% у Козівському). Відносно стабільна ситуація стосовно ГІМ спостерігалась у Чортківському, Шумському та Бережанському районах (темп приросту становив 1,8; 1,9 та 5,3% відповідно).

Такий значний діапазон коливань показника в межах області важко піддається аналізу, наводить на сумніви і, на нашу думку, свідчить перш за все про недоліки діагностики, недооблік даної патології в окремих районах і, можливо, гіпердіагностику в інших. Це в свою чергу веде до зниження достовірності офіційної статистичної інформації і потребує додаткових досліджень на предмет її вірогідності.

Висновки

1. Хвороби системи кровообігу у 2001 р. порівняно із 1990-им роком зросли в Україні у 2,2 раза у Тернопільській області – у 2,6 раза.
2. Значно нижчий рівень поширеності інфаркту міокарда в Україні та, зокрема, в Тернопільській області порівняно з розвинутими країнами світу, свідчить про значний рівень недообліку даної патології в нашій країні.
3. Великий діапазон коливань поширеності гострого інфаркту міокарда в районах Тернопільської області свідчить про недоліки діагностики ГІМ та низький рівень достовірності статистичної інформації.

Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина організація та економіка охорони здоров'я // Тернопіль – Київ – Вінниця: Джура, 1997.-328с.
2. Коваленко В.М., Криштопа Б.П., Корнацький В.М. Проблеми здоров'я та оптимізації медичної допомоги населенню України: Київ.– 2002.– 202 с.
3. Статистичні довідники центру медичної статистики МОЗ України за 1990,1998-2001рр.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТІ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМИ КРОВООБРАЩЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПОЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

– И. Швед, Н.Е. Федчишин (Тернополь)

На основании анализа показателей заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями населения Тернопольской области за период 1998-2002 гг. в сравнении с 1990г., изучены основные закономерности и тенденции общей и первичной заболеваемости наиболее важными болезнями системы кровообращения в динамике.

SICK RATE DYNAMICS OF THE BLOOD CIRCULATION SYSTEM DISEASES OF POPULATION IN TEMOPIL REGION

– I. Shved, N.E. Fedchyshyn (Ternopil)

Sick rate indexes of cardiovascular disease of population in Temopil region were analysed in rperiod 1998-2002 year and were compared with 1990 year. In virtue of this analysis the main conformities to natural laws and tendencies of general and primary sick rate of the most significant blood circulation system diseases are learned in dynamics.

УДК 616.15-005(478.16)

І.С.ВАРДИНЕЦЬ, О.Я.НИКИТЮК, В.П.БОЙКО, Б.І.ГОРДІЙЧУК, В.В.ГАПОНЮК

РОЗПОДІЛ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗГІДНО РІВНІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Тернопільська державна медична академія ім.І.Я.Горбачевського

Для аналізу впливу соціальних факторів на хірургічну патологію проаналізовано статистичну сукупність обсягом 6100 осіб, які репрезентували сільське населення Тернопільської області протягом 2000-2002 років.

Було встановлено вплив різних факторів на захворюваність, зокрема хірургічну, сільського на-

селення та визначена відповідна „вага” кожного із факторів, з допомогою вагових індексів (табл. 1-2).

Ранжування факторів було проведено як для усіх хвороб, так і для кожної із виділених груп захворювань, а також для усієї людності і для провідної вікової групи.

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

Фактор	Уся людність											
	Усі хвороби		Варикозна хвороба		Поранення і забої		Грижі		Виразка шлунка, холецистит, апендицит		X	
	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг
Стать	1,18	11	2,36	5	2,07	8	3,12	6	1,19	11	1,98	10
Вік	11,54	1	2,15	7	2,03	9	6,05	4	2,64	7	4,88	4
Професія	8,44	2	7,66	2	21,1	1	33,8	1	17,10	1	17,62	1
Матеріальний добробут	2,99	6	2,16	6	2,47	6	24,00	2	7,00	3	7,72	2
Умови харчування	6,85	3	8,73	1	4,42	3	7,10	3	11,21	2	7,66	3
Характер сну	3,12	5	3,23	4	3,60	4	2,77	7	2,76	6	3,10	6
Психоемоційний стан	2,08	7	1,34	10	2,78	5	2,70	8	4,04	4	2,59	7
Наявність психічних травм в анамнезі	3,23	4	4,01	3	5,24	2	1,99	9	1,78	9	3,25	5
Характеріологічні особливості	1,48	10	1,18	11	2,35	7	4,67	5	2,13	8	2,36	8
Вживання тютюну	1,54	9	1,49	8	1,69	10	1,86	10	3,64	5	2,04	9
Вживання алкоголю	1,63	8	1,40	9	14,41	11	1,52	11	1,61	10	1,51	11

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

Що стосується окремих груп захворювань, то слід відмітити певні особливості. Так, професія посіла перше рангове місце щодо впливу на такі хірургічні хвороби як поранення і забої, грижі, виразка шлунка, холецистити і апендицити. Умови харчування мали найбільший вплив на варикозну хворобу, а також виразку шлунка, холецистити і апендицити. Вага матеріального добробуту була значно помітнішою серед хворих на грижі, виразку шлунка, холецистити і апендицити порівняно з варикозною хворобою, пораненнями і забоями.

Таблиця 2. Рангове місце факторів захворюваності хірургічною патологією у сільських мешканців (згідно з ваговим індексом)

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

Таблиця 3. Розподіл хірургічних хвороб згідно рівня допомоги (в%)

Хвороба	Лікар загальної практики	Хірург центральної районної лікарні	Третинний рівень
Грижі	32,0	60,0	-
Варикозна хвороба	51,2	48,8	-
Почечуй	75,0	25,0	-
Водянка яєчка	-	100,0	-
Облітеруючий ендартеріїт	41,2	58,8	-
Апендицит	-	100,0	-
Холецистит, гепатит	24,1	75,9	-
Виразкова хвороба шлунка	20,3	80,7	-
Поранення, забої, опіки	81,3	18,7	-
Панариції, карбункули, флегмони	83,3	16,7	-
Переломи	58,7	41,3	-

Крім того, виявлені хірургічні захворювання шляхом експертної оцінки були розподілені згідно рівнів обслуговування (табл. 3).

Звісно, що означені фактори ризику хірургічної патології діють не поодиночі, а разом, вкупі.

Вони тісно між собою пов'язані, тому система медичної допомоги на першому і другому рівнях, здійснюючи профілактичні і лікувальні заходи, має брати їх до уваги, прогнозуючи можливий рівень хірургічної патології та її наслідки.

Висновки

1. Умови і спосіб життя сільських мешканців справляють великий вплив на поширеність хірургічних хвороб та структуру хірургічної патології. Провідне місце серед факторів хірургічної патології займають професія, умови харчування, матеріальний добробут, наявність в анамнезі психічних травм. Слабше впливають стать, шкідливі звички.
2. Перелік впливу означених факторів на різні групи хірургічних захворювань в основному ідентичний. Відмінності торкаються лише сили і характеру впливу.
3. Профілактична і лікувальна робота дільничних лікарів, лікарів загальної практики і хірургів на рівні сільських лікарських дільниць і ЦРЛ має оцінюватись не лише загалом і в розрізі певних груп хвороб, а й в розрізі професійних і соціальних прошарків сільської людності.

Література

1. Азаров А. Через страхование – к врачам общей практики. Мед. газета, 1995, №57
2. Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи. Хроника ВОЗ, 1972, том 33, с. 123 – 147.
3. Базилевич Я. Впровадження інституції сімейних лікарів – справа державного рівня. Мед. газета України, 1995, №40.
4. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Економіка української охорони здоров'я. – Вінниця, 1996, 100с.
5. Голяченко А.М., Коляденко А.П., Веденко Б.Г. Управление многопрофильной больницы. Киев, Здоровье, 1993, 96 с.
6. Голяченко О.М. та ін. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – Тернопіль: Лілея, 2001, 152 с.
7. Fisher P. The reform of the reform of the British National Health Service // J. Publ. Hlth Policy. – 1999. – v.20, N2, p.138 – 148.
8. Franks P., Nutting P. A., Clancy C. M. Health care reform, primary care and the need for research LAMA, 1993, v.270, N 12, p. 1449-1453.
9. Gennillard A. Germany's health care system soars into the black Br. Med. J., 1993 v.307 N6906 p.700.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СОГЛАСНО УРОВНЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

И.С. Вардинец, О.Я. Никитюк, В.П. Бойко, Б.И. Гордийчук, В.В. Гапонюк

В работе проанализировано влияние социальных факторов на хирургическую патологию в сельской местности в течение 2000-2002гг. на примере Тернопольской области (Украина).

DISTRIBUTION OF SURGICAL PATHOLOGY ACCORDING TO MEDICAL AID RATES

I.S. Vardynets, O.Ya. Nykytiuk, V.P. Boyko, B.I. Hordiychuk, V.V. Haponiuk

Have been analysed influence of social factors on surgical pathology in rural area in period 2000-2002 years in Ternopil region

А. О. ГОЛЯЧЕНКО (Тернопіль)

ДО ПИТАННЯ ПРО ГАРАНТОВАНИЙ ОБСЯГ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДНОСТІ УКРАЇНИ.

Тернопільська державна медична академія ім. І. Я. Горбачевського

Вступ. Вперше поняття про так званий гарантований обсяг медичної допомоги виникло в Україні у зв'язку із ринковими перетвореннями, початок яким поклала "горбачовська" перебудова.

Раптом виявилось, що досі на охорону здоров'я радянська держава виділяла обмаль грошей і вихід було знайдено у запровадженні так званого багатоканального фінансування, коли на додачу до державного джерела мали прийти приватне і громадське. І от тоді було сказано, що завданням держави залишиться надання гарантованого обсягу допомоги, а все, що перевищує його, забезпечать інші джерела.

Тут була допущена перша суттєва неточність. Твердження про те, що в радянських умовах фінансування охорони здоров'я було стовідсотково державним, є принципово невірним. В 1960 р. була прийнята "історична" постанова ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР "Про заходи щодо поліпшення медичного забезпечення в країні", згідно з якою промисловим підприємствам, колгоспам, радгоспам і організаціям було надано право оперувати кошти для будівництва медичних закладів і оснащення їх медичним обладнанням і апаратурою. Саме з цього часу розпочалось масове оновлення матеріально-технічної бази медичних закладів, яка до того часу розміщувалась в будівлях дореволюційної громадської медицини та в приміщеннях, реквізованих радянською владою. Переважне число сьогоднішніх лікарень, полклінік та амбулаторій побудоване і оснащене не за рахунок держави, а за рахунок громадського джерела.

А ще ж було приватне: ліки в аптеках для амбулаторного лікування, окуляри, слухові апарати, зубне протезування (за невеликими винятками) пацієнти купляли за свій кошт. А, скажімо, в тій же Великій Британії ці види допомоги для пацієнтів були здебільшого безкоштовні.

Метою роботи є визначення поняття гарантованого обсягу медичної допомоги на основі аналізу історичного розвитку цього поняття, іс-

нуючих нормативних актів та аналізу наукових досліджень на цю тему.

Матеріали та методи. Використано нормативні документи МОЗ України, Кабінету Міністрів України та законодавчі акти Верховної Ради України стосовно гарантованого обсягу медичної допомоги. Проведено розрахунок витрат на гарантовану медичну допомогу у Тернопільській області згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.2002р.

Результати дослідження та їх обговорення. В 1990 р. МОЗ України прийняло концепцію переходу до бюджетно-соцстрахівської системи фінансування охорони здоров'я. Згідно з цією концепцією, за державний кошт мала фінансуватись допомога пенсіонерам, дітям, інвалідам, тобто непрацездатній частині людинності, а допомога працездатному люду мала забезпечуватись коштом тих підприємств і організацій, де вони працювали. Розподіл коштів – приблизно 50% на 50%.

Тут були допущені дві принципові неточності. Рівномірний розподіл джерел фінансування опирався, очевидно, на те, що частка працездатного і непрацездатного люду в демографічній структурі є приблизно однаковою (50 на 50), але непрацездатний люду хворіє значно частіше порівняно з працездатним; його частка в структурі захворюваності сягає 80-90 %.

По-друге, було зігноровано історичну тенденцію співвідношення різних джерел фінансування охорони здоров'я. А вона така, що питома частка державного джерела невпинно зростає, і на момент прийняття концепції не було цивілізованої країни, окрім США, де ця частка складала б менше 75% .

У 1992 р. були прийняті "Основи законодавства України про охорону здоров'я", де вперше на законодавчому рівні було передбачено, що кошти державного бюджету будуть використовуватись для забезпечення люду так званим гарантованим рівнем медико-санітарної допомоги, а також для фінансування державних і місцевих програм охорони здоров'я та фундамента-

льних наукових досліджень з цих питань. Згідно з законом, державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обгрунтованим потребам, але не менше 10% національного доходу.

Крім того, закон передбачає фінансування відомчих та інших закладів охорони здоров'я, що обслуговують лише окремі категорії людності, за рахунок підприємств, установ і організацій, які вони обслуговують. Отже, кошти підприємств, установ та організацій мають доповнити кошти бюджету. Закон передбачає поступове створення системи медичного страхування. Тоді бюджетні кошти, кошти підприємств, установ та організацій, а також власні кошти громадян зберуться до купи страховими організаціями, які й стануть фінансувати надання медичної допомоги. Передбачалось розробити спеціальний закон стосовно медичного страхування.

Тут слід підкреслити дві принципові особливості, з якими можна повністю погодитись. По-перше, закон вимагає, щоб бюджетні асигнування відповідали науково-обгрутованим потребам(!), по-друге, він передбачає зібрати до купи всі кошти і розподілити їх через механізм медичного страхування.

Однак, те, що трапилось згодом, не змогли передбачити законотворці 1992 р., хоча здатність прогнозувати наслідки своїх законотворчих рішень мала б бути їхньою основною рисою.

В результаті т. з. ринкових перетворень в країні валовий внутрішній продукт знизився мінімум в 4 рази, розмір бюджету в 5 раз, за кордон вивезено капіталу за різними оцінками від 40 до 100 млрд. доларів США і продовжує вивозитись в обсязі 3 млрд доларів США щорічно, більше половини виробництва перейшло в так звану "тінь", коли вона не платить до державного бюджету жодної копійки.

Якщо співставити витрати на охорону здоров'я в останній рік існування радянської влади (1990) і теперішні витрати (2003), то вони вчетверо менші (відповідно 24 і 6 млрд. гривень за перерахунком).

В цих умовах поняття гарантованого обсягу допомоги деформувалось і отримало еволюцію в сторону зменшення цієї допомоги. Тепер уже йшлося не про задоволення науково-обгрутованих потреб, а про виключення з цього обсягу або певних соціальних прошарків суспільства або певних видів медичної допомоги.

Одночасно безперервно відбувалися розмови про впровадження медичного страхування, яке ніби-то компенсує брак коштів. При цьому медичне страхування розглядалось і розглядається не як механізм фінансування, а як якийсь

додаткове джерело його, що є принципово невірним. Джерела були і залишаються тими ж: державне, громадське, приватне. Розрахунки показують, що частка державного джерела в Україні не може бути меншою за 90% науково обгрутованих потреб. Держава ж насправді забезпечує лише 25%, і вся облудність розмов про впровадження медичного страхування в Україні полягає в тому, що з допомогою цього закону держава хоче зняти з себе моральний тягар за невиконання "Основ законодавства України про охорону здоров'я" і 49-ї статті Конституції, пославшись на медичне страхування.

Стосовно гарантованого обсягу медичної допомоги, то його обмеження також прикривається страховою термінологією, коли державу зрівнюють з страховою компанією, яка встановлює обсяг допомоги, що вона гарантує своїм клієнтам, тими коштами, якими вона володіє.

Саме такий, на наш погляд, хибний підхід і покладено в основу Постанови Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955 "Про затвердження програми подання (чомусь подання а не надання) громадянам гарантованої державної безоплатної медичної допомоги". Ця допомога включає :

" швидку та невідкладну – на догоспітальному етапі станціями (відділеннями) швидкої медичної допомоги, пунктами невідкладної медичної допомоги у стані, що загрожує життю людини; амбулаторно-поліклінічну ;

стаціонарну – у разі гострого захворювання та в невідкладних випадках, коли потрібне інтенсивне лікування, цілодобовий медичний нагляд та госпіталізація, в тому числі за епідемічними показаннями, дітям, вагітним та породіллям, хворим за направленнями медико-соціальних експертних комісій, лікарсько-консультативних комісій; невідкладну стоматологічну допомогу (в повному обсязі – дітям, інвалідам, пенсіонерам, студентам, вагітним, жінкам, які мають дітей до 3-х років); долікарську медичну допомогу сільським жителям; санітарно-курортну допомогу інвалідам і хворим у спеціалізованих та дитячих санаторіях; утримання дітей у будинках дитини; медико-соціальну експертизу втрати працездатності ". Держава також гарантує подання медичної допомоги, передбаченої державними цільовими програмами.

Отже, держава залишила поза межами гарантованого обсягу передовсім усю планову стаціонарну допомогу, відновлювальне лікування і реабілітацію та медико-соціальну стаціонарну допомогу. Ці види допомоги обіймають орієнтовно половину усіх витрат на медичну допомогу.

Однак і цей урізаний гарантований державою обсяг не забезпечується. Розрахунки по Тер-

нопільській області свідчать, що виконання програми гарантованої медичної допомоги (без державних цільових програм) вимагало в 2003 р. 87 млн гривень бюджетних коштів, насправді виділено трохи більше 50 млн.

Підлаштування гарантованого обсягу допомоги до кількості бюджетних коштів – підхід антинауковий і водночас потурання тим політичним силам в країні, які поставили свої вузько-егоїстичні інтереси вище державних загальнонародних і привели країну до глибокої соціально-економічної кризи.

З 1976 р. вступив у дію Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, що став далшим розвитком Декларації прав людини. Країни, що його підписали, зобов'язались для повної реалізації права людини на здоров'я, здійснювати заходи, спрямовані на:

а) зниження показників мертвонароджуваності і дитячої смертності та забезпечення нормального розвитку дітей;

б) всебічне підвищення рівня гігієни довкілля та виробничої гігієни;

в) профілактику та лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб та боротьбу з ними;

г) **створення умов, які б гарантували усім надання медичної допомоги та догляд на випадок хвороби.**

Основи законодавства України про охорону здоров'я проголошують право кожного громадянина на охорону його здоров'я і цілком слушно пов'язують гарантований обсяг допомоги із науково-обґрунтованою потребою в ній.

Але до цього слід додати таке. Наукове обґрунтування потреби в медичній допомозі ні в радянських умовах, ні тепер, в самостійній Україні, не враховувало її соціальної і економічної ефективності.

Пояснимо це детальніше. Так і залишилась нерозв'язаною радянською медициною проблема медичного забезпечення різних соціальних прошарків людності. Село, порівняно з містом, було в 2,5 рази гірше забезпечено матеріально-кадровими ресурсами. Не тому, що здоров'я селян було в 2,5 рази кращим порівняно із міськими мешканцями, а через причини, які нічого спільного із соціальною медициною не мали.

Тепер в Україні соціальне розшарування людності поглибилось. Держава повинна гарантувати кожному своєму громадянину науково

обґрунтований обсяг медичної допомоги, але пильнувати, в першу чергу, щоб його отримали упосліджені прошарки суспільства, бо вони визначають рівень нездоров'я суспільства. Олігархи та ті, що до них прилягають, навряд чи скористаються цим гарантованим обсягом, у них є змога отримати допомогу в приватних та інших престижних медичних закладах України і закордону, де вартість допомоги незрівнянно вища порівняно з державною. Ігнорування соціальної ефективності охорони здоров'я ніколи не дасть позитивного результату, нація вимиратиме, що ми тепер і спостерігаємо в Україні.

Ще складніше питання із забезпеченням економічної ефективності. Радянська охорона здоров'я не визнавала за медичною послугою вартості товару, тому в основу розвитку мережі медичних закладів клали не об'єктивні економічні закони, а добрі побажання.

Результатом стало створення системи, яка мала багато позитивних ідей, але була економічно неефективною, що не сприяло реалізації цих ідей на практиці. Досить згадати трьохразову спробу диспансеризації людності (в 30-ті, 60-ті, 80-ті роки) яка жодного разу не була реалізована.

Ще на початку 90-х років нами було встановлено, що лікарі, які працювали в амбулаторно-поліклінічних закладах, виконували функцію лікарської посади менше ніж на 50%, тобто лише наполовину виконували нормативне навантаження, а ті, що працювали в стаціонарі – ледве не третину.

Наші дослідження показують, що гарантований державою обсяг допомоги, який відповідає науково-обґрунтованій потребі, може забезпечити система, яка нараховує 600 тис. працівників (тепер маємо 1,5 млн.), з них 100 тис. лікарів(маємо біля 250 тис.), і 380 тис. лікарняних ліжок (тепер 444 тис.). А що ж робити з іншими? Створити умови для переходу їх в громадську і приватну власність. Держава зніме з себе тягар непотрібних витрат, створиться конкурентне середовище, яке і стане тим основним рушієм, що витягне нашу охорону здоров'я із прірви. Завдання надскладне, але іншого шляху немає і шкода лише 12 марно втрачених літ.

На завершення даємо таку дефініцію гарантованого обсягу медичної допомоги: **це обсяг, який відповідає науково обґрунтованій потребі, що базується на соціальній та економічній ефективності.**

Висновки

Гарантований обсяг медичної допомоги слід трактувати як такий, що відповідає науково обґрунтованій потребі людей у забезпеченні їхнього здоров'я.

2. Усілякі штучні обмеження цього обсягу у сторону зменшення контингентів або видів медичної допомоги є ненауковими і шкідливими для громадського здоров'я.

Література

1. *Бабанов С.А.* Пути организации медицинской помощи населению. ПСГ, 2001. – №3. – С. 30-32.
2. *Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О.* Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль-Київ-Вінниця: Джура, 1997р., С. 113-114.
3. *Линденбратен А.Л., Гололобова Т.В.* Участие населения в оплате медицинской помощи. ПСГ, 2002. – №1. – С. 21-23.
4. *Максимов Т.М., Гаенко О.Н.* Медицинское обеспечение населения в условиях социальной дифференциации в обществе. ПСГ, 2001. – №3. – С. 10-14.
5. *Основи законодавства України про охорону здоров'я.* Голос України, 1992, №238.
6. *Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. №955.* Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги.
7. *Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения.* ч.1 М. МЗ СССР, 1989, 319с.

ДО ПИТАННЯ ПРО ГАРАНТОВАНИЙ ОБСЯГ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДНОСТІ УКРАЇНИ.

А.О.Голяченко (Тернопіль)

Дається наукове обґрунтування поняття "гарантований обсяг медичної допомоги". Це обсяг, який відповідає науково обґрунтованій потребі, що базується на соціальній та економічній ефективності.

TO THE QUESTION ABOUT A GUARANTEED AMOUNT OF MEDICAL AIDS FOR THE PEOPLE OF UKRAINE.

A.O.Golyachenko

A scientifically-based concept of guaranteed amount of medical help is given. This is the amount which corresponds scientifically based requirements, based on social and economic effectiveness.

УДК 614.876:616-036-059

В.М. ПОНОМАРЕНКО, Н.В. МЕДВЕДОВСЬКА, Л.А. ТЕРЕЩЕНКО (Київ)

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ: ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЇЇ ОБСЯГУ ТА ПОВНОТИ У ПОСТТРАЖДАЛИХ ВІД АВАРІЇ НА ЧАЕС

Український інститут громадського здоров'я

Державна політика в галузі охорони здоров'я населення, яке постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи, повинна вирішувати питання підвищення якості медико-санітарної допомоги, забезпечення повної реалізації передбачених

законами України заходів соціального захисту, поліпшення рівня здоров'я та створення безпечних умов життя [1].

Сьогодні чітко прослідковуються медичні наслідки катастрофи, є також підстави для про-

гнозів на майбутнє. Щодо інвалідності внаслідок цереброваскулярних захворювань, то серед дорослого населення її показники у 2001 р. знизилися з 6,5 до 6,3 випадку порівняно з 2000 р., але серед населення працездатного віку відбулося зростання – з 3,4 до 3,6 випадку на 10 тисяч населення (на 6,0%) [2]. Це зумовлене зростанням захворюваності та інвалідності внаслідок дисциркуляторної енцефалопатії серед ліквідаторів аварії на ЧАЕС та населення, яке мешкає на забруднених радіонуклідами територіях.

Повний цикл лікувально-профілактичного процесу для груп хронічно хворих постраждалих складається з постійного нагляду за ними, обстеження, лікування, проведення профілактичних та реабілітаційних заходів. Показниками, що характеризують якість надання медичної допомоги на кожному з цих етапів, є: повнота, періодичність, комплексність і тривалість лікування, реабілітації та диспансерного нагляду. Часто при оцінці обсягу та повноти медичної реабілітації спеціалісти враховують окремі чинники, іноді оцінюють комбінований вплив двох-трьох чинників на реабілітаційний процес, при цьому мало враховується питома вага впливу кожного окремо взятого чинника [4]. Сучасні дослідження в соціальній медицині показали, що уникнути вказаних недоліків можна за допомогою обчислення узагальнюючого (інтегрального) статистичного показника, який здатний відобразити узагальнюючу властивість явища, що вивчається.

У відділенні для осіб, що постраждали від аварії на ЧАЕС, обласної лікарні м. Дніпропетровська систематично проводиться оцінка якості обстеження та лікування за трирівневою системою. Результати аналізу діяльності відділення обговорюються на оперативних засіданнях із завідувачем відділення, а також на щотижневих конференціях терапевтичної служби лікарні. Враховуючи специфіку відділення для осіб, що постраждали від аварії на ЧАЕС, подібний аналіз обсягів та повноти реабілітаційного процесу недостатній.

Матеріали та методи. На основі аналізу методичних рекомендацій Українського інституту громадського здоров'я ("Рейтингова оцінка інтегральних показників стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, областей України, міст Києва та Севастополя", 2002; "Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню ЛПЗ України"), методичних рекомендацій НДІ ім. М.А. Семашка (Москва), методики оцінки якості лікування Г.Н. Царик (1996), нами була розроблена авторська методика визначення інтегрального показника обся-

гу та повноти медичної реабілітації потерпілих від аварії на ЧАЕС. Вивчення повноти проведених реабілітаційних заходів потерпілим в умовах спеціалізованого відділення обласної лікарні було проведено нами на прикладі неврологічної групи хворих (310 осіб), серед яких вибрано хворих з основним діагнозом – "Дисциркуляторна енцефалопатія" (151 особа) [3].

Результати дослідження. Процес визначення інтегрального показника обсягу та повноти медичної реабілітації проводився поетапно і включав: формування переліку показників (критеріїв) комплексної оцінки медичної реабілітації; обґрунтування вагових коефіцієнтів впливу кожного з критеріїв на комплексну оцінку; визначення узагальнюючого показника обсягу та повноти медичної реабілітації кожного пацієнта та інтегрального показника в цілому у відділенні. При роботі ми враховували діючі стандарти та існуючі схеми лікувального процесу неврологічних хворих з діагнозом "Дисциркуляторна енцефалопатія". Для оцінки обсягу та повноти медичної реабілітації потерпілих нами були розглянуті критерії (показники) діагностики, лікування, використання консультацій спеціалістів, досягнення очікуваних результатів реабілітації, рекомендації при виписці, відповідно до яких були структуровані групи показників (3 груп). Визначення вагомості впливу кожної групи, підгрупи та показника в них на оцінку повноти проведення медичної реабілітації відбувалося за допомогою методу визначення вагових коефіцієнтів експертним шляхом. Розрахунок коефіцієнтів відбувався за фор-

мулою:
$$K_i = \frac{\sum_{n=1}^N S_{in}}{N}, \text{ де } K_i - \text{ваговий коефіцієнт } i\text{-го}$$

показника; S_{in} – оцінка i -го показника, яку дав n -ий експерт; N – кількість експертів. Вагові коефіцієнти впливу основних груп показників на загальну оцінку обсягу та повноти медичної реабілітації представлені в таблиці 1. Для оцінки було обрано 76 показників. Вагові коефіцієнти впливу основних показників та їх підгруп на узагальнюючий показник обсягу та повноти медичної реабілітації, отримані нами за результатами експертної оцінки, наведені у табл. 2. Для прикладу ми наводимо розподіл вагових коефіцієнтів лише в групі показників "Оцінка діагностичного процесу в медичній реабілітації".

Для полегшення обрахунків сума вагових коефіцієнтів в ідеальному варіанті повноти проведення медичної реабілітації дорівнює 100,0. На кожен з показників у підрозділі розроблена шкала оцінки. Приклад розрахунку узагальнюючого показника обсягу та повноти медичної реабілітації за описаною методикою наводимо нижче.

Таблиця 1. Вагові коефіцієнти впливу основних груп показників обсягу та повноти медичної реабілітації на інтегральну оцінку

№ п/п	Група показників	Ваговий коефіцієнт впливу на узагальнюючий статистичний показник
1	Оцінка діагностичного процесу в медичній реабілітації	19,5
2	Оцінка лікувального процесу в медичній реабілітації	40,0
3	Залучення консультативної допомоги в реабілітаційний процес	12,0
4	Стан пацієнта при завершенні медичної реабілітації (при виписці)	17,0
5	Повнота надання рекомендацій при виписці	11,5
Сума вагових коефіцієнтів впливу на узагальнюючий статистичний показник („ідеальна” повнота медичної реабілітації)		100,0

Таблиця 2. Показники оцінки діагностичного процесу в медичній реабілітації та вагові коефіцієнти їх впливу на інтегральну оцінку

Група	Підгрупа	Показник	Ваговий коефіцієнт підгрупи	Ваговий коефіцієнт показника
Оцінка діагностичного процесу в медичній реабілітації	Використання лабораторних методів дослідження	Загальний аналіз крові	33,0	15,5
		Загальний аналіз сечі		9,0
		Біохімічний аналіз крові		36,5
		Ревмокомплекс		18,5
		Коагулограма		20,5
	Використання інструментальних методів дослідження	ЕКГ	67,0	9,5
		ЕхоЕГ		9,0
		ЕЕГ		19,5
		РЕГ		11,5
		УЗДГ МАГ, ТКДГ		28,0
		АКТ головного мозку		22,5

Хворий Г., 1959 р.н., знаходився у відділенні на реабілітаційному лікуванні з клінічним діагнозом: "Веgetо судинна дистонія за гіпертонічним типом, перманентний перебіг, дисциркуляторна енцефалопатія І ст. у вертебро-базиллярному басейні, виражений астено-депресивний синдром". Супутній діагноз: "Хронічний гепатит з порушенням ферментативної функції печінки в фазі загострення". Обсяг діагностичних обстежень включав: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові. Дослідження крові на ревмокомплекс та коагулограму, які є обов'язковими при даному діагнозі, не виконано (за результатами лабораторних методів хворий отримав: $15,5+9,0+36,5+0+0=61,0$, див. табл. 2). Оскільки ваговий коефіцієнт підгрупи показників "Використання лабораторних методів дослідження" склав 33,0, а у даного хворого виконаний лише на 61,0 одиниць, то за цим підрозділом до складу інтегрального показника підгрупи надходить лише 20,13 одиниці.

З інструментальних методів обстеження проведено: ЕКГ, ЕхоЕГ, ЕЕГ, УЗДГ МАГ. Не проведено: РЕГ і АКТ головного мозку. Сума показників становить: $9,5+9,0+19,5+0+28,0+0=66,0$, до складу інтегрального показника підгрупи надходить 44,22 одиниці. За групою показників "Оцінка діагностичного процесу в медичній реабілі-

тації" у хворого виконано: $20,13+44,22=64,35$ зі 100,0 можливих одиниць. Беручи до уваги те, що ваговий коефіцієнт означеної групи складає 19,5, до складу комплексної оцінки повноти медичної реабілітації за групою показників, які характеризують діагностичний процес, з можливих 19,5 у даного хворого надходить лише 12,5 одиниць. Аналогічним чином визначається ефективність медикаментозного лікування, стан пацієнта та аналіз рекомендацій при виписці. Визначення інтегрального (узагальнюючого) показника обсягу та повноти медичної реабілітації у хворого Г. відбувається шляхом додавання одержаних результатів за п'ятьма групами показників.

Аналіз застосування окремих напрямків реабілітаційного лікування показав, що на етапі діагностики хворим з дисциркуляторною енцефалопатією дослідження крові на ревмокомплекс та коагулограму (за наявності показань) проводиться лише в 15% та 35% випадків відповідно, а УЗДГ МАГ і ТКДГ та АКТ головного мозку охоплено 40% та 48,3% пацієнтів, що і було причиною зниження вагового коефіцієнту цієї групи показників. Аналізуючи причини зниження оцінки групи показників "Оцінка лікувального процесу в медичній реабілітації", ми встановили, що у процесі медикаментозного лікування дуже рідко

призначаються адаптогени та імуномодулятори (лише 5% випадків). Але, як доведено численними дослідженнями, в осіб, що постраждали від аварії на ЧАЕС, зміни імунологічного статусу потребують практично постійного призначення ліків рослинного та тваринного походження з імуномодельючими та біогенностимулюючими властивостями. Встановлено також, що у процесі фізіотерапевтичного лікування електролікування призначалось хворим у 63,3% випадків, водолікування та пелотерапія (парафіново-озокеритові аплікації) лише у 28,3% та 15,0% відповідно. Недостатньо повне використання таких методів фізіотерапевтичної дії на організм потерпілих обумовило зниження вагового коефіцієнту підгрупи показників "Фізіотерапевтичне лікування". Враховуючи наявність у більшості пацієнтів супутнього остеохондрозу хребта з больовим та корінцевим синдромом, призначення комплексу ЛФК відіграє значну роль у поліпшенні стану здоров'я, а отже і реабілітаційного процесу. Але, як встановлено дослідженням, ЛФК було призначено лише 21,7% пацієнтів. Практично у повному обсязі (за наявністю показань) хворим призначалось дієтичне харчування (98,3%), гірше охоплено пацієнтів масажем та психотерапією (у 35,0% та 68,3% випадків відповідно). Обстеження консультації пацієнтів відділення у лікаря-кар-

діолога було проведено у 38,3% випадків, у інших спеціалістів лікарні за наявності показань (гастроентеролога, ендокринолога, сексопатолога, уролога) – у 48,3%.

Покращання стану здоров'я при виписці зі стаціонару спостерігалось у 93,3% пацієнтів. Стабілізації артеріального тиску було досягнуто у 80,0% осіб, зменшення або відсутності головного болю – 93,3%, відсутності вегетативних кризів – 86,7%. Збільшення тривалості нічного сну відмічали 53,3% пацієнтів; відсутність або зменшення запаморочення – 58,3%; зменшення нервоності – 45,0%; зменшення гіпергідрозу – 16,7% пацієнтів, що потребує більш широкого призначення таким хворим седативних препаратів, ангіопротекторів та антиагрегантів.

Рекомендації по диспансерному спостереженню у лікаря, відповідального за роботу з постраждалими від аварії на ЧАЕС, та щодо курсів повторного реабілітаційного лікування давалися у 96,7% та 88,3% випадків відповідно. Недостатніми виявилися рекомендації щодо медикаментозного лікування в амбулаторних умовах з використанням антиагрегантів (48,3%), адаптогенів та імуномодуляторів (11,7%), ноотропних препаратів (36,7%) та полівітамінних препаратів (65,0%), що зумовило фактично низькі вагові коефіцієнти показників.

Висновки

Використання описаної вище методики визначення комплексного інтегрального показника обсягу та повноти медичної реабілітації дозволило виявити реально можливі шляхи підвищення ефективності реабілітаційних заходів, визначити недоліки на кожному з етапів реабілітаційного процесу, вплив кожного з них на сумарний результат (інтегральний показник). Методика може бути легко адаптована до визначення інтегрального показника обсягу та повноти медичної реабілітації хворого з будь-яким іншим діагнозом, в іншому відділенні.

Список літератури

1. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації". – К., 2001. – С. 69-72.
2. Пономаренко В.М., Медведовська Н.В. Рейтингова оцінка інтегральних показників стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я Автономної республіки Крим, областей України, міст Києва та Севастополя: Метод. рекомендації. – К.: МОЗ України, 2002. – 24 с.
3. Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (Щорічна доповідь 2001 р.). – К., 2002. – С. 109-118.
4. Turnok B., Hadler A., Dyal W. et all. Implementing and assessing organizational practices in local health departments // Publ. Health. Rep. – 1994. – Vol. 109, № 4. – p. 476-484.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ЕЕ ОБЪЕМОВ И ПОЛНОТЫ У ПОСТРАДАВШИХ ОТ АВАРИИ НА ЧАЭС

В.М. Пономаренко, Н.В. Медведовская, Л.А. Терещенко (Киев)

Исследование посвящено актуальной проблеме изучения методических подходов к определению интегрального показателя оценки объемов и полноты проведения медицинской реабилитации лиц, пострадавших от аварии на ЧАЭС. В работе изложена методология и приведен пример ее использования.

**MEDICAL REHABILITATION OF THE CONTINGENTS AFFECTED BY THE CHERNOBYL NPPD:
EVALUATION OF ITS VOLUME AND COMPLETENESS**

V.M. Ponomarenko, N.V. Medvedovskaya, L.A. Tereshchenko (Kyiv)

The study is devoted to methodical approaches for working out a relevant integral index for evaluation of volumes of medical rehabilitation and its completeness to those people affected by the Chernobyl NPPD. The author proposed such a procedure with a typical example of its application on practice.

УДК 614.2.006.44(477)

А.Б. ЗІМЕНКОВСЬКИЙ (Львів)

**ДО ПИТАННЯ ТРАКТУВАННЯ ОСНОВНИХ ТЕРМІНІВ ТА
ПОНЯТЬ СИСТЕМИ СТАНДАРТИЗАЦІЇ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ**

Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького

Проблема єдності термінології, яка використовується в галузі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я, набула в останні роки особливого значення. Це пов'язано передусім із тим, що охорона здоров'я є предметом постійної уваги і турботи держави та суспільства, пріоритетним курсом соціальної політики. Стратегічні напрями розбудови сфери охорони здоров'я визначені Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України [3]. Удосконалюється правова база охорони здоров'я, розробляються зміни та доповнення до Основ законодавства України про охорону здоров'я. Важливим кроком на шляху вирішення проблем є прийняття Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації". Державна політика у цій сфері скерована на підвищення якості надання медичної допомоги та рівня здоров'я, покращання якості життя населення [10].

При розробці цих та інших важливих документів науковці і управлінці стикаються з різноманітністю трактування дефініцій. У джерелах вітчизняної та закордонної наукової медичної інформації зустрічаються різні варіанти тлумачення однакових термінів, що призводить до термінологічної плутанини, ускладнює працю науковців та практичних лікарів, а також установ, які вико-

ристовують у своїй роботі цю термінологію. Вірогідність неправильного розуміння або взаємного непорозуміння існує у всіх видах людського спілкування, а у міжнародних дискусіях, коли учасники базуються на різному досвіді і розмовляють різними мовами, вона є дуже високою [10].

В останні роки як за кордоном, так і у нашій країні, все більше досліджень пов'язано із стандартизацією медичних технологій. У країнах Європи та в США система стандартизації медичної допомоги в основному орієнтується на розробку алгоритмів, протоколів, клінічних посібників та рекомендацій, які допомагають лікарю найоптимальніше діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних і помилкових втручань [9]. Отже, з'являються нові терміни та поняття медичної стандартизації, серед яких слід виділити пріоритетні, що часто неоднозначно трактуються навіть спеціалістами, а відтак вимагають відповідної уніфікації: "алгоритм", "клінічний протокол", "клінічні рекомендації", "медичний стандарт", "фармацевтичний формуляр", "клінічні ситуації". Причому необхідно зазначити, що формальне копіювання існуючих закордонних розробок та трактувань недоцільне і неможливе з огляду на умови та досвід охорони здоров'я України [1].

Метою даного дослідження є аналіз, уніфікація трактувань та пошук смислового взаємозв'язку основних термінів та понять медичної стандартизації в Україні.

Термін "алгоритм" (від *algorithmi*, *algorismus* – з латини), що походить від транслітерації ім'я середньовічного узбецького математика Мухаммеда ібн Суса (арабізоване аль – Хорезмі – *Algorithmi*) навіть в одних і тих же першоджерелах має кілька трактувань [7,8]. Отже, з одного боку, алгоритм – це система послідовних операцій (дій), що здійснюються за визначеними правилами, яка після виконання приводить до вирішення поставленого завдання; шлях вирішення поставленого завдання; цілком однозначно визначений процес застосування правил до конкретних вихідних даних з метою вирішення завдання. З іншого – це остаточно опрацьований набір правил, що дозволяють механічно вирішувати будь-які конкретні завдання. Так чи інакше, але в основі визначення алгоритму присутні базові взаємопов'язані складові – чітко окреслені визначені правила, процес послідовного виконання відповідних дій і, нарешті, вирішення поставлених завдань (досягнення необхідного результату). Важливо, що результативність алгоритму полягає саме в тому, що на кожному кроці процесу застосування відповідних правил вже відомо, що слід вважати результатом цього процесу.

Протокол – з грецької *protokollon* (*protos* – перший і *kollao* – приклеюю) – це фактично документ, який містить запис усього, що відбувається; акт, складений посадовими особами, що містить опис установлених фактів; сукупність правил, що регулюють порядок здійснення різноманітних актів [7]. Клінічний протокол ("clinical pathways") на сучасному етапі є ефективною формою стандартизації медичної допомоги. Це погоджений клініцистами у часі порядок діагностики чи лікування, що охоплює весь комплекс необхідних елементів медичної допомоги, включно, зокрема, з доглядом за хворим [9]. З іншого боку, клінічний протокол слід трактувати як документ, що є об'єктивним доказом проведеної роботи чи отримання результатів; нормативний документ системи стандартизації в охороні здоров'я, що визначає вимоги до надання медичної допомоги хворому при конкретному захворюванні чи при визначеному синдромі або в окремій клінічній ситуації [2]. Отже, клінічний протокол – це керівництво, опрацьоване та затверджене компетентним органом, у вигляді деталізованого і адаптованого стосовно конкретних умов варіанту стандарту діагностики, лікування та реабілітації захворювання. Це вже не просто перелік діагностично-лікувальних заходів, в їх алгоритм.

Стандарт (з англійської *standard*) – це норма, зразок, мірило, еталон, модель, яка стає мірилом для інших подібних об'єктів; нормативно-технічний документ, що встановлює одиниці величин, терміни та їх визначення, вимоги до продукції і виробничих процесів [7]. Медичний стандарт – це чіткий перелік умов, яких необхідно дотримуватись в процесі роботи або з метою досягнення певного кінцевого результату; нормативний документ, затверджений відповідним авторитетним органом (наприклад, МОЗ України) та скерований на досягнення оптимального ступеня впорядкування у певній галузі [2].

Отже, аналіз трактувань поняття "медичні стандарти" дозволяє виділити основні риси, притаманні цій формі стандартизації. Медичні стандарти розробляються систематично, викладені в формі алгоритмів, у першу чергу розраховані на практичних лікарів та клінічних провізорів, покликані підвищувати якість надання медичної допомоги, містять відповідну прикладну інформацію та мінімальний обов'язковий для виконання набір процедур, скеровані на певні клінічні ситуації, впливають на прийняття рішень та лікарську тактику, слугують критерієм якості надання медичної допомоги.

За кордоном стандарти розробляються для різних рівнів надання медичної допомоги, що визначаються двома основними факторами – ступенем професійної підготовки медперсоналу та наявністю обладнання, необхідного для діагностики, лікування захворювання та моніторингу фармакотерапії. У більшості країн світу стандартом лікування слугують клінічні посібники, які трактуються як інформаційна підтримка для лікаря або як обов'язковий набір процедур. Американські вчені визначають їх як "систематично розроблені положення, створені для допомоги лікарю і пацієнту у прийнятті рішень щодо лікарської тактики в певних клінічних ситуаціях" [9].

Для Європи притаманне трактування стандарту як нормативного документа, натомість у США більш схильні до клінічних рекомендацій.

У цих країнах існує вже друге і третє покоління вдосконалених клінічних посібників (стандартів і клінічних рекомендацій) [11].

Сучасні медичні стандарти в Україні повинні стати істотним гарантом необхідності і достатності обсягів медичної допомоги в умовах, у першу чергу, державного (тобто лімітованого) фінансування. Отже, медичні стандарти мають визначати гарантований перелік профілактичних, діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів, які підлягають обов'язковому виконанню на догоспітальному етапі, в стаціонарі, в амбулаторно-поліклінічних і, навіть, домашніх умовах. Вони впроваджуються з метою уніфікації вимог

діагностично-лікувальної допомоги і стандартизації її обсягів. Але в Україні медичні стандарти не повинні стати лише посібниками з надання медичної допомоги при тих чи інших захворюваннях і замінити відповідні керівництва [6].

Будь-яке захворювання містить в собі відповідний набір конкретних випадків його перебігу. Фактично з кожним реальним пацієнтом лікар повинен вирішувати конкретне завдання, виходячи з існуючої ситуації. Такі ситуації можуть бути типовими і вкладатись в опис розробленого стандарту. Однак нерідко перебіг захворювання у реального хворого не вкладається в межі існуючого стандарту, оскільки проявляється нетипово. Отже клінічні ситуації – це всі випадки, які не увійшли чи не вкладаються в рамки означеного стандарту, тобто відхилення від останнього, а відтак потребують додаткової регламентації [2]. Очевидно, з часом однакові чи подібні клінічні ситуації теж могли б підлягати стандартизації, втрачаючи при цьому сенс свого термінологічного визначення. Так чи інакше, швидше за все термін “клінічні ситуації” в даному трактуванні не є зовсім вдалим і міг би бути замінений, наприклад, на поняття “нетипові клінічні ситуації” чи “нестандартні клінічні ситуації”.

Формуляр (з німецької *formular*, з французької *formulaire*, з латини *formula*) – це картка (бланк), куди записують основні відомості про щось [7]. Фармацевтичний формуляр – це перелік лікарських засобів, що відібраний експертною радою, наприклад, лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ), з урахуванням даних доказової медицини, та регламентує список цих ліків для закупівлі і використання [2]. Деякі науковці подають водночас різне трактування цього терміну стосовно медичних стандартів. Вони вважають, що головною частиною фармацевтичного формуляра є стандарти фармакотерапії, які розробляються на основі міжнародного досвіду і даних доказової медицини, опираючись на обґрунтовані переліки лікарських засобів (основні і додаткові) та схеми лікування з метою досягнення максимального терапевтичного ефекту у більшості хворих при найменших витратах. З іншого боку, згадується модель фармацевтичного формуляра, який є самостійною складовою частиною медико-економічного стандарту, що формується на основі стандартів медичних технологій [5]. Так чи інакше, але можна наполягати на тому, що як тільки в лікувальному процесі має місце фармакотерапія, повинні розроблятися фармацевтичні формуляри. Зв'язок їх зі стандартами як гарантими обов'язкового обсягу медичної допомоги в першу чергу здійснюється через перелік життєво необхідних ліків.

Таким чином, за своєю сутністю стандарт, протокол, формуляр – це практичні керівництва.

Фактично, трикутник “медичний стандарт – клінічний протокол – фармацевтичний формуляр” є основоположним для системи медичної стандартизації. Цей комплекс складає діагностично-лікувально-реабілітаційний алгоритм надання медичної допомоги. Зрештою і протокол, і стандарт, на відміну від формуляру, є різновидностями алгоритмів. Натомість формуляр – це перелік відповідних лікарських засобів, органічно і послідовно вплетений в алгоритм; необхідний додаток до алгоритму. Протоколи, на відміну від стандартів, повинні містити список дженеричних лікарських засобів, які застосовуються для лікування конкретного захворювання в окремому ЛПЗ чи в якомусь регіоні. Цілком очевидно, що лікарські препарати, включені в протоколи, повинні міститись і в формулярі. Інформація про лікарські засоби в протоколах обмежується лікарською формою, способом застосування, дозуванням і тривалістю курсу лікування. Більш детальні дані про використані ліки містяться у формулярному довіднику. Без сумніву, протоколи – це основа моніторингу раціонального призначення і використання лікарських засобів.

В принципі, стандарт при державному (бюджетному чи обов'язковому страховому) фінансуванні діагностики та лікування повинен бути обмежуваним компетенцією відповідного органу (наприклад, МОЗ України) документом. При платному лікуванні – повинен носити рекомендаційно-методичний характер.

В ідеалі стандарт і протокол повинні співпадати, що на практиці сьогодні важко реалізувати через значну різницю в матеріально-технічній і фінансовій базах функціонування ЛПЗ в різних регіонах. Для такого збігу слід або забезпечити базовий матеріально-технічний і фінансовий рівень усіх аналогічних чи схожих ЛПЗ в країні, або свідомо знизити вимоги стандарту. І перше, і друге сьогодні ще неможливо здійснити в нашій державі.

На нашу думку, в Україні медичними стандартами можна вважати лише ті клінічні рекомендації, які затверджені відповідним компетентним органом. Це ж стосується і формалізації алгоритмів лікування в клінічні протоколи, переліку використовуваних для фармакотерапії ліків – у фармацевтичний формуляр. Тому на шляху до створення медичних стандартів, клінічних протоколів, фармацевтичних формулярів повинен мати місце етап затвердження офіційних експертних рад, комісій чи комітетів з опрацювання цих форм медичної стандартизації як нормативних документів.

Важливим і перспективним питанням слід вважати можливість трансформації клінічних рекомендацій у стандарти, нетипових клінічних ситу-

ацій – в типові з подальшою їх стандартизацією. Очевидно, один з інструментів вирішення цього питання – доказова медицина.

Доказова медицина обумовила новий підхід до трактування основних понять медичної стандартизації. Всі діагностично-лікувальні рекомендації за ступенем вірогідності розподіляють на стандарти (клінічні рекомендації, що визначають принципи діагностики та лікування і відображають високий ступінь клінічної вірогідності, оскільки ґрунтуються на дослідженнях I-го класу – проспективних рандомізованих плацебо-контрольованих), клінічні рекомендації (визначають окрему стратегію або аспект діагностично-лікувальних стратегій, що відображають помірний ступінь клінічної вірогідності, оскільки ґрунтуються на дослідженнях II-го класу – проспективні нерандомізовані контрольовані дослідження) та варіанти чи факультативи (необов'яз-

кові варіанти лікування, засновані на дослідженнях III-го класу – ретроспективний збір даних, опис випадків, експертні оцінки) [4, 9].

Отже, система стандартизації медичних технологій в Україні повинна пройти декілька етапів на шляху до впровадження в практичну охорону здоров'я. Одним з пріоритетних кроків в цьому напрямку є гармонізація трактування та відповідна регламентація уповноваженими і компетентними органами основних понять, що використовуються. Врахування зарубіжного та власного досвіду, фінансових можливостей охорони здоров'я та основної мети реформування – підвищення якості надання медичної допомоги населенню – повинне стати основою для забезпечення послідовного опрацювання та впровадження системи стандартизації медичних технологій в Україні.

Висновки

1. Стандарт трактування основних сучасних понять організації охорони здоров'я – обов'язкова умова на шляху створення єдиної системи медичної стандартизації в Україні.
2. Формальне копіювання існуючих закордонних розробок та трактувань медичної стандартизації недоцільне і неможливе з огляду на умови та досвід охорони здоров'я України.
3. Один з інструментів трансформації різних форм стандартизації одна в одну чи на вищий рівень – доказова медицина.
4. Медичні стандарти, клінічні протоколи та фармацевтичні формуляри в Україні можуть набувати чинності лише при їх відповідному опрацюванні спеціально призначеними експертними групами та затвердженні компетентним органом.

Список літератури

1. Варус В.І., Степаненко А.В., Лішенко С.В. та інш. Основні напрямки розвитку стандартизації військово-медичного забезпечення в Україні // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – №2. – С. 28–31.
2. Зіменковський А.Б., Пономаренко В.М., Матвійчук Б.О. Організація стандартизації медичних технологій в Україні. – Л.: Ліга-Прес, 2003. – 192 с.
3. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. – К., 2001. – 30 с.
4. Морозов А.Н. Стандарты медицинских технологий при острой черепно-мозговой травме и вопросы медикаментозного обеспечения лечебного процесса // Ліки України. – 1999. – №4. – С. 65–67.
5. Нємченко А., Подколзіна М. Фармакоекономіка: методичні підходи до визначення моделі фармацевтичного формуляра // Ліки України. – 2001. – №4. – С. 14–16.
6. Приказ МЗ РФ от 17.04.98 № 125 «О стандартах (протоколах) диагностики и лечения болезней органов пищеварения».
7. Словник іншомовних слів: 23000 слів та термінологічних словосполучень / Уклад. Л.О. Пустовіт та ін. – К.: Довіра, 2000. – 1018 с.
8. Советский энциклопедический словарь / Под ред. А.М. Прохорова. – М.: Советская энциклопедия. – 1984. – С. 36.
9. Степаненко А. Сучасні принципи стандартизації в медицині // Ліки України. – 2003. – № 4. – С. 57–58.
10. Термінологічний глосарій з питань соціальної медицини і організації охорони здоров'я: Навч.-дов. видання / В.М. Пономаренко, А.Б. Зіменковський, С.Д. Пономаренко та ін. – Київ-Львів: Ліга-Прес, 2003. – 100 с.
11. Shaneyfelt T.M., Mayo-Smith M.F., Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature // JAMA. – 1999. – Vol. 281. – P. 1900–1905.

К ВОПРОСУ О ТРАКТОВАНИИ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ И ПОНЯТИЙ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УКРАИНЫ

А.Б. Зименковский (Львов)

Проведен анализ трактования основных понятий стандартизации медицинских технологий – алгоритма, медицинского стандарта, клинического протокола, клинической ситуации, фармацевтического формуляра. Отмечена неоднозначность определений этих терминов на современном этапе, освещена их смысловая и практическая взаимосвязь. Показаны необходимость стандартизации терминологии, пути трансформации разных форм стандартизации друг в друга или на высший уровень, условия введения в действие медицинских стандартов, клинических протоколов и фармацевтических протоколов.

ON THE PROBLEM OF INTERPRETATION OF MAIN DEFINITIONS FOR PUBLIC HEALTH STANDARDIZATION SYSTEM IN UKRAINE

A.B. Zimenkovsky (Lviv)

The analysis of interpretation of main definitions of standardization of medical technologies – the algorithm, the medical standard, the clinical protocol, the clinical situation, the pharmaceutical record has been conducted. It was noted the difference between these definitions at modern stage of development, their meaningful and practical relations. The necessity of terminology standardization, ways of transformation of different forms of standardization into each other or onto the higher level were shown as well as conditions for introduction of medical standards, clinical protocols and pharmaceutical records into force.

УДК 614. 2 – 082 – 036.8

Л.М. РОМАНЮК (Тернопіль)

ІНФОРМАЦІЙНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського

Проблема оцінки якості та ефективності медичної допомоги сьогодні є особливо актуальною і потребує комплексного, системного підходу до її вирішення.

Про актуальність проблеми свідчать численні спеціальні засідання, симпозиуми та форуми з участю експертів ВООЗ, присвячені цим питанням. Зокрема, в 2000 році Європейське бюро ВООЗ провело робоче засідання стосовно оцінки результативності медичних послуг, у 2001 році питання широкомасштабного запровадження системи оцінки медичних технологій у країнах з різними системами охорони здоров'я розглядалися на спеціальному симпозиумі експертів ВООЗ [6, 10, 11].

Пріоритетність проблеми зумовлена зростанням ролі економічних методів управління охороною здоров'я на всіх рівнях, включаючи диференційований підхід до оплати та стимулювання праці медичних працівників за кінцевими результатами та переходом охорони здоров'я на інтенсивний шлях розвитку. За сотнями показників діяльності медичних закладів, які в основному характеризували кадри, ліжковий фонд, діяльність допоміжних служб, тощо, губилися провідні, тобто ті, що відображають кінцеві результати діяльності системи медичної допомоги, а саме – здоров'я населення [1, 4, 5].

Експерти ВООЗ вважають, що оцінка якості медичної допомоги повинна бути комплексною

і включати в себе такі основні компоненти:

- ефективність (співвідношення фактично отриманих та максимально можливих результатів);
- економічність (співвідношення фактичних результатів діяльності системи медичної допомоги до їх вартості);
- адекватність (ступінь задоволення потреб людини в медичних послугах);
- науково-технічний рівень (ступінь впровадження в практичну охорону здоров'я сучасних медичних технологій та медичної техніки).

Виходячи з поняття якості медичної допомоги як сукупності результатів профілактики, діагностики та лікування захворювань на основі новітніх досягнень медичної науки та практики системи охорони здоров'я, формується концепція оцінки якості цієї допомоги. Вона полягає в порівнянні фактично отриманих та стандартних (нормативних) показників. Вагому роль тут відіграє наявність своєчасної, достовірної та повної статистичної інформації.

Для визначення якості та ефективності медичної допомоги, що надається на рівні "пацієнт-лікар" та структурного підрозділу, пропонується проводити експертні оцінки. Такий підхід має суттєві недоліки. По-перше, це значно збільшує обсяг сумнозвісної письмової роботи лікарів та провідників; по-друге, він суб'єктивний; по-третє, слабо пов'язаний зі статистичною службою лікарень.

На основі статистичних даних О. І. А.Голяченко [4, 5] розробили і апробували економіко-математичні моделі, що дають змогу об'єктивно оцінити обсяг, вартість, якість та ефективність медичної допомоги на вищезгаданих рівнях.

Моделі логічно вписуються в загальну систему інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я в межах району /міста/, збір та обробка інформації можуть бути повністю забезпечені статистичною службою; оцінки об'єктивні і придатні для різних структурних підрозділів.

Моделі мають такий вигляд. Для амбулаторно-поліклінічних закладів:

$$K_{\text{еф/л/л.п}}^a = \frac{ВПО_{\text{ф}} \times Д_{\text{ф}} \times Л_{\text{ф}} \times С_{\text{ф}} \times ТН_{\text{ф}} \times Д_{\text{ф}} \times П_{\text{ф}} \times З_{\text{ф}} \times В_{\text{ф}}}{ВПО_{\text{н}} \times Д_{\text{н}} \times Л_{\text{н}} \times С_{\text{н}} \times ТН_{\text{н}} \times Д_{\text{н}} \times П_{\text{н}} \times З_{\text{н}} \times В_{\text{н}}}, \text{де}$$

$K_{\text{еф/л.п.}}^a$ – коефіцієнт обсягу якості та ефективності роботи лікаря /структурного підрозділу/ амбулаторно-поліклінічного закладу.

$ВПО_{\text{ф/н}}$ – фактичне /нормативне/ число випадків поліклінічного обслуговування.

$Д_{\text{ф/н}}^{\text{пк}}$ – фактична /нормативна/ частка хворих з покращенням групи диспансерного обліку.

$С_{\text{ф/н}}$ – фактична /нормативна/ складність випадків поліклінічного обслуговування.

$ТН_{\text{ф/н}}$ – фактичне /нормативне/ число днів тимчасової непрацездатності.

$Д_{\text{ф/н}}^{\text{пг}}$ – фактична /нормативна/ частка хворих з погіршенням групи диспансерного обліку.

$З_{\text{ф/н}}$ – фактична /нормативна/ частка хронічних хворих, що мали загострення.

$В_{\text{ф/н}}$ – фактичні /нормативні/ витрати на лікування 1 хворого.

На рівні "пацієнт-лікар", як нормативні, беруться пересічні величини в межах структурного підрозділу: на рівні структурного підрозділу – кращі величини, або такі, що встановлюються експертним шляхом.

Встановлюється діапазон оцінок лікарів /структурних підрозділів/. Матеріальному заохоченню підлягають ті, що мають оцінки вищі пересічного рівня і чим більше відхилення від пересічного рівня, тим більший розмір матеріального заохочення.

Для стаціонарних закладів:

$$K_{\text{еф/л.в.}}^c = \frac{365 \times Л_{\text{д}} \times Д_{\text{ф}} \times С_{\text{ф}} \times Д_{\text{н}} \times П_{\text{н}} \times В_{\text{н}} \times Т_{\text{р}}}{Н_{\text{л}} \times З_{\text{л}} \times Л_{\text{д}} / (1 - Д_2) \times Д_{\text{ф}} \times С_{\text{ф}} \times Д_{\text{н}} \times П_{\text{н}} \times В_{\text{н}} \times Т_{\text{р}}}, \text{де}$$

$K_{\text{еф/л.в.}}^c$ – коефіцієнт ефективності роботи лікаря /відділення/ стаціонару.

$Л_{\text{д}}$ – число л/днів, проведених хворими у лікаря.

$Л_{\text{од}}^{\text{ф}}$ – частка хворих, що одужали.

$С_{\text{ф}}$ – показник складності хворих, що лікувались у лікаря /визначається згідно структури клініко-статистичних груп/.

$Д_{\text{пз}}^{\text{н}}$ – нормативна частка хворих, що випиються без змін.

$Д_{\text{пг}}^{\text{н}}$ – нормативна частка хворих, що випиються з погіршенням.

$В^{\text{н}}$ – нормативні витрати на лікування хворого.

$Т_{\text{р}}^{\text{н}}$ – нормативна пересічна тривалість лікування 1 хворого.

$Н_{\text{л}}$ – нормативне число ліжок на 1 посаду лікаря.

$З_{\text{л}}$ – зайнятість ліжка.

$Д_1$ – відрізок часу, за який визначена оцінка /місяць, квартал, тощо в частках одиниці, за одиницю приймається 365 днів/.

$Д_2$ – частка терміну, протягом якого лікар був відсутній у відділенні /хвороба, відраження, тощо/.

$Д_{\text{од}}^{\text{н}}$ – нормативна частка хворих після одужання.

$С^{\text{н}}$ – нормативна складність хворих.

$Д_{\text{пз}}^{\text{ф}}$ – частка хворих, що виписані лікарем без змін.

$D_{\text{пг}}^{\Phi}$ – частка хворих, що виписані з погіршенням.

V^{Φ} – вартість лікування 1 хворого у лікаря.

$T_{\text{р}}^{\Phi}$ – пересічна тривалість лікування 1 хворого у лікаря.

Моделі дозволяють оцінити роботу лікаря і структурного підрозділу будь-якого профілю. Як нормативні, на рівні "пацієнт-лікар" беруться пересічні показники в межах структурного підрозділу /відділення/, на рівні відділення – кращі показники або такі, що обґрунтовані експертним шляхом.

Слід зауважити, що штучне спотворення вищенаведених статистичних даних автоматично призводить до змін пересічних величин і у підсумку не може штучно "підсилити" кінцевий результат. Однак з метою контролю провідник /зав. відділенням, начмед/ може піддавати окремі показники експертній оцінці. У цьому випадку експертна оцінка із рутинного перетворюється в

цілеспрямований засіб контролю прийнятих рішень.

Первинними документами для першої моделі є амбулаторна картка /ф.025/о/ або проміжний документ, що може бути прийнятий на його основі, зокрема талон амбулаторного пацієнта, первинним документом для другої моделі – карта вибулого із стаціонару /ф.066/о/. Збір цих документів варто централізувати в центральній районній лікарні, обробку можна провадити з допомогою ЕОМ або вручну.

Таким чином, впровадження вищенаведених економіко-математичних моделей в практичну охорону здоров'я дасть можливість об'єктивно оцінити, виходячи із кінцевих результатів, діяльність структурних підрозділів медичних закладів та кожного медичного працівника зокрема, дозволить оптимізувати управління лікувально-діагностичним процесом та більш економічно і раціонально використовувати матеріально-фінансові ресурси.

Список літератури

1. Василюшин Р.Й. Експертні оцінки якості і медичні стандарти – головний важіль реформування охорони здоров'я сьогодні //Вісн. соц. гігієни та орг.охорони здоров'я України.– 2001 №1. – с.29-33.
2. Веденко Б.Г. Управление качеством лечебного процесса в отделениях стационара //Сов. Здравоохран. – 1990. – №7. – с. 6-8.
3. Веренцов М.М., Костродымова Т.М. Актуальные проблемы организации контроля качества и повышения эффективности медицинского обслуживания за рубежом. М., ВНИИМИ. – 1988. – 76с.
4. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Економіка української здравоохрані. – Вінниця: 1996. – 100 с.
5. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль – Київ – Вінниця: Джура, 1997. – 328 с.
6. Зіменковський А.Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні //Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. – №2. – с.42-45.
7. Крыштопа Б.П., Андреева И.М., Комплексное управление здоровьем населения и его особенности: респ. межвед. сборник. – Киев. – 1992. – в. 23. – с.120-123.
8. Логвиненко И.А., Бажан Т.А. Особенности экспертной оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи сельскому населению //Сов.здравоохранение. – 1991. – №2. – с. 21-23.
9. Случанко И.С., Федорова Э.Г., Иванов С.В. Статистическая оценка деятельности поликлиники и стационара: М.: Медицина, 1985. – 36 с.
10. Appropriateness in health care services. – Copenhagen: Reg. Off. Eur., 2000.-27p.
11. Institutionalization of health technology assessment. – Copengagen: WHO Reg. Off. Eur., 2001. – 24 p.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Л.Н.Романюк (Тернополь)

На основании медико-статистической информации разработаны и апробированы экономико-математические модели, дающие возможность объективно оценить объем, качество и эффективность медицинской помощи на базовом уровне.

THE INFORMATIONALS ASPECTS OF EVALUATION OF A QUALITY AND THE EFFICACY OF THE MEDICAL HELP.

L.N.Romanyuk (Ternopil)

On the basis of the medical – statistical information were worked out and approbated the economical – mathematical models gives possibility to estimate a volume objectiveness, a quality and the efficacy of the medical help on the basis level.

УДК 614.3-083-072.9

Я.Ф.РАДИШ

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ГЕНЕЗИС ТА ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ

Національна академія державного управління при Президентові України

Дослідження історичних аспектів державного управління охороною здоров'я в Україні дає змогу виокремити п'ять основних періодів його генезису: зародження, формування, втрати самостійності в державному управлінні, відродження та міжгалузеву й міжнародну інтеграцію.

Перший з них охоплює бездержавний період історії України (кінець XVIII ст. – 1917 р.), у процесі якого лікарі-українці на теренах колишньої Російської та Австро-Угорської імперій відігравали важливу роль у розвитку медичної справи та управлінні нею. Їх досвід використовувався іншими державами для розбудови своїх державних структур, зокрема, медичних шкіл. Крім того, завдяки вивченню українськими лікарями європейського досвіду підготовки лікарів, була створена самобутня вітчизняна система вищої медичної освіти, як важлива складова загальнодержавного управління медичною справою.

На кінець цього періоду припадає запровадження страхування в Росії. Найбільшого розповсюдження процес створення лікарняних кас набув на Півдні України. За їх кількістю Херсонська губернія у 1915 р. займала 7 місце в Російській імперії.

Другий період – формування процесу державного управління охороною здоров'я в Україні співпадає з періодом української державності (1917 – 1920 рр.), а його особливістю стало створення першого в Україні органу централізованого управління охороною здоров'я – Міністерства народного здоров'я та опікування, заснованого гетьманом П.Скоропадським у травні 1918 р.

Впродовж 1917 – 1919 рр. в Одесі, Миколаєві та Херсоні фінансування для надання медичної допомоги працюючих здійснювали лікарняні каси.

На вказаний період припадає і початок формування української наукової медичної термінології, що пов'язано з виходом у 1920 р. першого "Російсько-українського медичного словника", автором якого став головний хірург Київського військового госпіталю Мартирій Галин.

Третій період – період позбавлення України самостійності у державному управлінні охороною

здоров'я відповідає радянському етапові української історії (1921 – 1991 рр.). Розвиток системи державного управління охороною здоров'я впродовж даного періоду відповідають трьом його основним етапам: 1921 – 1941 рр. – формування адміністративно-командної системи управління; 1941-1945 рр. – підпорядкування діяльності органів державної влади законам воєнного часу; 1945 – 1991 рр. – зміцнення, застій та занепад командно-адміністративної форми державного управління. У цей час, як відомо, управління взагалі та управління охороною здоров'я зокрема були підпорядковані адміністративно-командній системі як антиподу наукового управління. Радянський державно-політичний механізм за допомогою КПРС в умовах неринкового господарства й авторитарно-бюрократичної організації перебрав на себе управління всім суспільством згори й донизу [3]. Як наголошують відомі дослідники державного управління проф. Н.Р. Нижник та С.П. Мосов [1] навіть визначення поняття "державне управління" зникло зі сторінок фундаментальних наукових видань і почало розглядатися як особлива галузь у складі соціального управління. У результаті цього професіоналізація змісту державного управління та політика українського національного відродження, які сформувалися на початку ХХ ст., були зліквідовані.

Четвертий період – відродження самостійності України у державному управлінні охороною здоров'я розпочався з відновленням та утвердженням незалежної Української держави у 1991 р. та наступним скасуванням дії на її теренах радянських законодавчих актів і тривав до 2001 р.

У даному періоді розвитку системи державного управління охороною здоров'я в Україні виділяють три етапи: 1991 – 1994 рр. – етап формування; 1995 – 1998 рр. – етап стабілізації; 1999 – 2001 рр. – етап сталого розвитку.

Ретроспективний логіко-системний аналіз літературних джерел дав змогу виявити основні тенденції розвитку державного управління охороною здоров'я в Україні:

- започаткування у 1918 р. моделі Міністерства народного здоров'я та соціальної опіки і на цій основі розширення й поглиблення демократичних засад у розвитку системи державного управління охороною здоров'я, що проявлялося у професіоналізації його змісту та реалізації політики українського національного відродження;

- формування, зміцнення, застій та занепад командно-адміністративної форми державного управління (1921 – 1991 рр.);

- відродження та зміцнення державного управління охороною здоров'я в Україні – після 1991 р. (визначення цілей, функцій та нової структури державного управління охороною здоров'я; національне спрямування підготовки управлінських кадрів для охорони здоров'я; започаткування нових форм і методів державного управління охороною здоров'я на основі загальнодержавної системи медичного забезпечення; пріоритетний розвиток амбулаторно-поліклінічної допомоги у напрямку як поліпшення її фінансування так і матеріально-технічного забезпечення; офіційне визнання існування в державі приватної медицини та сприяння її розвитку; формування Державної служби медицини катастроф на основі ресурсів охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я та медичних служб Воєнної організації. Як негативний фактор у тенденції державного управління в охороні здоров'я на цьому етапі його розвитку визначено декларативність багатьох національних програм через невизначеність механізмів їх фінансування.

Першочерговими завданнями державної політики в галузі охорони здоров'я впродовж даного періоду генезису державного управління стало перш за все законодавче забезпечення діяльності сфери охорони громадського здоров'я, що потребувало розробки та впровадження у життя якісно нових законодавчих актів. Основою для формування державної національної політики України у галузі охорони здоров'я та запорукою її наступності стали послідовно прийняті Закони України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" (1992), "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення (1994), "Конституція України (1996), Укази Президента України та Постанови Кабінету Міністрів України, якими затверджено низку концепцій та національних програм щодо розвитку системи охорони здоров'я. Результатом розробки нормативно-правової бази системи охорони здоров'я стало прийняття впродовж 1991 – 2001 рр. майже 900 нормативно-правових актів, у тому числі 140 законів, 300 постанов Верховної Ради України, 72 указів Президента України та 379 постанов Кабінету Міністрів України [4].

Однак проведений аналіз свідчить, що існуючу правову базу охорони здоров'я України, яка становить важливу складову державного управління галуззю, ще не можна вважати достатньою і досконалою. Це, по-перше, підтверджується необхідністю уточнення основних принципів охорони здоров'я та пристосування їх до ринкових умов, внесення пояснень стосовно тлумачення окремих понять і термінів, зокрема таких, як "медична допомога" і "медична послуга", "стандарт медичної допомоги", "гарантований обсяг медичної допомоги", "медичне страхування" тощо. По-друге, потребує врегулювання та частина нормативно-правової бази, яка стосується розвитку правових механізмів фінансування медичної допомоги та введення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування [6]. У зв'язку з цим виникла нагальна необхідність доопрацювання та внесення змін і доповнень до окремих статей Основ законодавства України про охорону здоров'я та його гармонізації з нормами міжнародного права, оскільки Україна досі не приєдналася до жодного з 18 документів Ради Європи, спеціальним об'єктом правового регулювання яких є охорона здоров'я [4, 6].

З 2002 р. державне управління охороною здоров'я України, як система, вступило у *період інтеграції*, яка забезпечує спрямування діяльності всіх міністерств і державних комітетів тією чи іншою мірою здійснювати державне управління щодо охорони здоров'я населення. З іншого боку, розширюються зовнішні зв'язки Міністерства охорони здоров'я України з іншими державними структурами, поглиблюється міжнародне співробітництво. Зазначена діяльність спрямовується на забезпечення інтеграції України до Європейського Союзу як основи стратегії розвитку держави. Реалізація курсу на європейську інтеграцію є невід'ємним елементом внутрішніх реформ в Україні, у тому числі, й реформи державного управління охороною здоров'я.

Дослідження генезису розвитку державного управління охороною здоров'я в Україні та функціонально-структурний аналіз ресурсів галузі дали можливість виявити провідну тенденцію розвитку державного управління охороною здоров'я – зближення й поступове об'єднання медичних закладів охорони здоров'я цивільного та відомчого відомств і лікувально-профілактичних закладів інших форм власності в єдиний медичний простір.

Єдиний медичний простір України – це – система організації надання медичної допомоги, яка заснована на єдиній правовій, соціально-економічній, технологічній, матеріально-технічній та інформаційній базі, що забезпечує доступність,

якість та ефективність кваліфікованої допомоги всьому населенню держави і яка об'єднує всі медичні ресурси спільним управлінням та визначеним механізмом фінансування.

Єдиний медичний простір України у вузькому розумінні цього поняття – це система загальнонаціональної мережі лікувально-профілактичних закладів України різних форм власності, місією якої є реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я.

Розглядаючи єдиний медичний простір України як систему, – функціонування останньої буде органічно поєднано та взаємно обумовлено іншими її складовими (компонентами). Саме у зв'язку з цим, зазначену систему доцільно розглядати як:

- надання можливостей кожному її елементові лікувальні заклади, види медичної допомоги, кадри та їх кваліфікація, стимули, інформація тощо – на думку проф. В.І. Журавля, в охороні здоров'я поняття "елемент-компонент" дуже широке) розширювати свої можливості, враховуючи при цьому як загальносуспільні, так і корпоративні потреби;

- загальнодержавну мережу лікувально-профілактичних закладів (загальнонаціональних медичних ресурсів) – досить складних систем, що знаходяться у стані динамічних змін та розвитку під впливом конкретних особливостей регіону, політичних, економічних, соціальних та інших процесів у державі – які органічно взаємопов'язані, і забезпечують наступність, взаємозамінюваність та кількісно і якісно доповнюють один одного;

- процес і результат поступового зростання можливостей системи охорони здоров'я України щодо реалізації державної політики в даній галузі.

Отже, головна мета формування та практичної діяльності єдиного медичного простору України – цілеспрямоване, спеціально організоване згуртоване ресурсного потенціалу країни для якісної та ефективної реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я. Важливою передумовою становлення, розвитку та життєздатності єдиного медичного простору є результативне державне управління охороною здоров'я, що теж є досить складною соціальною системою, яка перебуває у стані постійних динамічних змін [2].

Виходячи з того, що єдиний медичний простір України – це складна соціальна керована система, використання основних аспектів системного підходу (системно-компонентного – визначення і формування елементного складу; системно-функціонального – визначення статусу у взаємодії компонентів; системно-структурного – встановлення

внутрішнього взаємозв'язку між компонентами; системно-інтегративного – використання нових методів, методик, знань, досвіду тощо; системно-комунікаційного – розробка схеми, правових засад і делегування повноважень щодо зовнішньої взаємодії та системно-історичного – чим система є сьогодні та які перспективи щодо її розвитку) як методичної основи управління нею, можна, по-перше, досягти високого ступеня її упорядкування та виключити елементи стихійності.

По-друге, використання системної методології в управлінні єдиним медичним простором України забезпечить його стійку життєдіяльність на всіх стадіях розвитку: "народження" (організації), "дитинства", "юності", "старіння", "відродження". Враховуючи закономірності проходження соціальною керованою системою – у нашому випадку єдиним медичним простором – усіх природних організаційно-функціональних циклів розвитку та беручи до уваги особливості останніх, можна своєчасно здійснювати відповідні дієві управлінські впливи для змін напрямів діяльності та реорганізації структури з метою їх оптимізації. Дієвість управління охороною здоров'я при цьому у великій мірі залежить від наявності чіткої та оперативно реагуючої системи сигналізації (попередження), що забезпечує не тільки своєчасну подачу сигналів щодо початку кризи у системі, але й дозволяє (допомагає) з'ясувати її причини. У якості сигналізаторів можуть бути: інформація; вивчення попиту; стиль управління; технологія управління; набір прийомів і форм управління; типи управління, делегування, перерозподіл функцій, знання та досвід; кадри; комунікації тощо [2].

Процес створення єдиного медичного простору в Україні – складний, поступовий і багатоетапний. Це пояснюється, передусім, тим, що формування єдиного медичного простору не може здійснюватися адміністративно-командними методами. В сучасних умовах для цього слід використовувати економічні чинники, які мають базуватися на поєднанні економічної зацікавленості лікувально-профілактичних закладів різних рівнів у наданні медичної допомоги в межах єдиного медичного простору, з одного боку, і зацікавленості громадян України в отриманні ними необхідної медичної допомоги безпосередньо за місцем проживання, – з іншого [5].

Проведене нами дослідження дає право стверджувати, що створення та ефективно функціонування єдиного медичного простору України можливе за умов:

- запровадження системи обов'язкового державного медичного страхування;

- структурної перебудови системи надання медичної допомоги;

- створення консультативно-діагностичних і спеціалізованих лікувальних центрів та розроблення механізмів щодо можливості сумісного їх використання в системі страхової медицини та надання платних медичних послуг;

- створення сучасної системи інформаційно-го забезпечення охорони здоров'я – єдиного медичного інформаційного поля;

- вироблення й впровадження механізмів забезпечення та контролю якості медичної допомоги;

- узгодження планів органів управління цивільною та військовою медициною щодо їх участі у спільних програмах з питань лікувально-профілактичного забезпечення;

- упровадження форм єдиної медичної звітності для всіх медичних установ держави;

- вирішення проблеми взаєморозрахунків між Міністерством охорони здоров'я України та військовими госпіталями а також між госпіталями силових міністерств України за надання медичних послуг;

- здійснення практичної взаємодії Міністерства охорони здоров'я України та військової медицини щодо вирішення питань з надання медичної допомоги в екстремальних ситуаціях;

- спільної участі у підготовці миротворчих контингентів, сумісному вивченні науковцями Міністерства охорони здоров'я і лікарями силових міністерств причин виникнення спалахів та попередження окремих захворювань серед колишніх миротворців;

- створення та практичної реалізації національної програми охорони професійного здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України;

- узгодженості підходів щодо підготовки кадрів з управління охороною здоров'я;

- вирішення питань роботи лікарських асоціацій та лікарських товариств України.

Сьогодні у світі діють різні моделі охорони здоров'я: державні, страхові, приватні та їх комбінації. Кожна з них має свої сильні і слабкі сторони. В Україні необхідно законодавчо закріпити однакові правові умови розвитку всіх моделей, не забувши, однак, про необхідність певного, держав-

но гарантованого рівня медичної допомоги для всіх членів суспільства та про збереження принципу соціальної справедливості щодо рівного права всіх людей на здоров'я. Щоб забезпечити належну якість реформування системи права охорони здоров'я України та наступність реформ, необхідне щонайменше виконання двох умов. По-перше, це створення системи інформування громадськості та спеціалістів щодо законодавства в галузі охорони здоров'я, а, по-друге, – підготовка фахівців з правових питань охорони здоров'я.

Конкуренція між приватними лікувальними закладами, можливості вибору пацієнтами тих медичних установ, які можуть запропонувати послуги достатньої якості на рівні сучасних вимог висувають на порядок денний розробку вимог до оцінки діяльності лікувальних закладів в рамках ліцензування та акредитації. У зв'язку із цим, керівництво Міністерства охорони здоров'я України має можливість враховувати не тільки умови виконання недержавними лікувально-профілактичними закладами тієї чи іншої діяльності, але й оцінювати фактичну клінічну та організаційну діяльність, що суттєво впливає на якість обслуговування пацієнтів. А при умові включення лікувально-профілактичних закладів недержавних форм власності до єдиного медичного простору України – забезпечити реалізацію державної політики в галузі охорони здоров'я в повному обсязі. Серед 3,5 тисяч лікувально-профілактичних закладів недержавної форми власності, що діють в державі, прикладом бездоганної якості та надійності обслуговування слугують медичні фірми "Борис" та "Медіком".

Медична служба Збройних Сил України готова брати участь у формуванні єдиного медичного простору держави. Для цього вона має розгалужену мережу лікувальних закладів госпітальної системи, потужну санітарно-епідеміологічну службу, комплекс військових санаторіїв, стоматологічну службу, військово-лікарську експертизу, патолого-анатомічну і судово-медичну служби та достатню кількість підготовленого персоналу, які доцільно залучити до єдиного медичного простору держави.

Список літератури

1. *Державне управління в Україні: наукові, правові, кадрові та організаційні засади*: Навч. посібник / За заг. ред. Н.Р. Нижник, В.М. Олуйка. – Львів: Видавництво Національного університету "Львівська політехніка", 2002. – 352 с.
2. *Журавель В.И.* Основы менеджмента в системе здравоохранения. – К.-1994.– 336 с.
3. *Кремень В.Г.* Я счастлив, ибо могу реализовать себя // *Персонал*. – 1998. – № 4. – С. 36 – 41.
4. *Москаленко В.Ф.* Підсумки законодавчої діяльності у галузі охорони здоров'я України // *Проблеми медичної науки та освіти*. – 2002. – № 2. – С. 5–11.
5. *Пономаренко В.М., Ціборовський О.М.* Проблеми формування єдиного медичного простору в м. Києві. Оптимізація системи охорони здоров'я м. Києва // *Зб. наук.-практ робіт*, К., 1997, – С. 33-34.

6. Рудий В.М. Законодавство як інструмент визначення та реалізації державної політики і вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні // Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2001. – С. 151–174.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНИЕМ В УКРАИНЕ: ГЕНЕЗИС И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ

Я.Ф.Радыш

В работе изложен взгляд автора на генезис и тенденции развития государственного управления здравоохранением в Украине.

THE HEALTH CARE SYSTEM PUBLIC ADMINISTRATION IN UKRAINE: GENESIS AND DEVELOPMENT TRENDS

Ja. F. Radysh

In the research the systemic conceptual complete analysis of the public healthcare administration genesis in Ukraine as a social phenomenon is carried out.

УДК 617.7-009.71

С. О. РИКОВ

ВПЛИВ РЕФОРМУВАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ ЛАНКИ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ ПРОТЯГОМ 1992- 2001 РОКІВ НА ПОШИРЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНА ЗОРУ ТА НА ДОСТУПНІСТЬ ПЕРВИННОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня
“Центр мікрохірургії ока”

Внаслідок гальмування економічного розвитку та переходу системи охорони здоров'я України від екстенсивної до інтенсивної моделі роботи, відбувається зменшення ліжкового фонду стаціонарів із відповідним збільшенням ролі амбулаторної допомоги населенню [1-3].

Але, на теперішній час, не досліджено, як процес реформування офтальмологічної служби в Україні вплинув на рівень поширеності патології органа зору та на доступність первинної спеціалізованої офтальмологічної допомоги (в умо-

вах амбулаторно-поліклінічних закладів), що і визначило актуальність нашого дослідження. Метою дослідження є: визначити вплив реформування амбулаторної ланки та кадрових ресурсів офтальмологічної служби на рівень поширеності патології органа зору та доступність первинної спеціалізованої офтальмологічної допомоги.

Матеріали та методи. За даними Центру медичної статистики МОЗ України (форми державної статистичної звітності: №47 “Звіт про ме-

режу та діяльність медичних закладів", №12 "Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувального закладу" та №17 "Звіт про медичні кадри") в розрізі областей за період 1992-2001 років вивчено: кількість офтальмологічних кабінетів, рівень диспансеризації офтальмологічних хворих, рівень поширеності захворювань ока та його придатків, кількість та забезпеченість населення лікарями-офтальмологами.

Для аналізу даних використані методи параметричного аналізу та лінійного кореляційного аналізу (коефіцієнт Пірсона), множинний лінійний регресійний аналіз, кластерний аналіз. Вірогідність даних розраховувалась з використанням критерію Стюдента та Фішера (F), рівня апроксимації даних регресійним аналізом – квадратом коефіцієнту регресії (R^2).

Результати дослідження та їх обговорення.

1. Вплив кількості офтальмологічних кабінетів в амбулаторно-поліклінічних закладах на динаміку офтальмологічної патології.

Наявність спеціалізованих кабінетів в амбулаторно-поліклінічних закладах дозволяє наблизити спеціалізовану допомогу населенню, організувати ефективні стаціонарзамінюючі форми лікування хворих, проводити диспансеризацію тощо.

Протягом 1990-1998 років, відповідно до реформування системи надання медичної допомоги населенню України, було проведено скорочення мережі лікувальних закладів та мережі офтальмологічних кабінетів амбулаторно-поліклінічних закладів України. В цілому скорочення чисельності офтальмологічних кабінетів цих закладів становить – 46 кабінетів (з 1422 до 1376 кабінетів).

Зміни кількості офтальмологічних кабінетів у різних областях України були неоднаковими. Так їх кількість не змінилась у 4 областях України – Кіровоградській, Одеській, Полтавській та Чернівецькій; у 7 областях – відбулось збільшення цих кабінетів на 19 (найбільше у Київській області – 8 каб.). У 15 областях було скорочено 65 офтальмологічних кабінетів (найбільше в Харківській обл. – 16 каб. та м. Києві – 11 каб.). Сумарне скорочення офтальмологічних кабінетів у системі первинної медичної допомоги населенню протягом 1990-1998 років в Україні становить 3,2% від рівня 1990 року.

При дослідженні параметричним кореляційним аналізом зв'язків між відносними динамічними показниками скорочення кількості офтальмологічних кабінетів та динамікою поширеності захворювань органа зору та його придатків встановлено, що при зменшенні кількості офтальмологічних кабінетів в амбулаторно-поліклінічних закладах

– зменшується диспансеризація офтальмологічних хворих ($r=-0,39$) та збільшується поширеність катаракти ($r=+0,40$) ($p<0,05$) ($p<0,05$).

За даними множинного регресійного лінійного аналізу встановлено, що із зменшенням кількості офтальмологічних кабінетів відбувається – збільшення поширеності статистичного класу "Хвороби ока та його придатків" ($F=57,86$, $p<0,001$) та погіршується рівень диспансеризації офтальмологічних хворих ($F=88,66$, $p<0,001$). Скорочення кількості офтальмологічних кабінетів негативно впливає на стан здоров'я населення, що виражається у лінійному вірогідному збільшенні поширеності захворювань:

- кон'юнктиви ($R^2=0,80$, $F=100,54$, $p<0,001$);
- міопії ($R^2=0,53$, $F=28,30$, $p<0,001$);
- відшарувань, розривів сітківки ($R^2=0,40$, $F=16,86$, $p<0,001$);
- склери та рогівки ($R^2=0,38$, $F=10,18$, $p<0,01$).

За даними кластерного аналізу встановлено, що в областях, де відбулось збільшення кількості офтальмологічних кабінетів, спостерігається зниження поширеності хвороб ока та його придатків на 10,3%, порівняно із областями, де кількість цих кабінетів не зазнала змін. А в областях із негативною динамікою мережі офтальмологічних кабінетів спостерігається збільшення поширеності на 2,5%.

Таким чином встановлено, що зменшення кількості офтальмологічних кабінетів в Україні знижує доступність спеціалізованої офтальмологічної допомоги, знижує показники диспансеризації хворих, що негативно впливає на стан здоров'я населення за рахунок збільшення поширеності міопії, катаракти, хвороб кон'юнктиви, склери, рогівки, відшарувань та розривів сітківки. Для покращення доступності спеціалізованої офтальмологічної допомоги необхідно диференційовано змінити мережу офтальмологічних кабінетів в ланці амбулаторно-поліклінічних закладів до оптимальних потреб, враховуючи рівень поширеності хвороб ока та його придатків в областях.

2. Вплив забезпеченості населення лікарями-офтальмологами на динаміку офтальмологічної патології в Україні та визначення потреби в її реорганізації. Протягом 1992-2001 років в Україні відбулось зростання кількості лікарів-офтальмологів на 494 штатні одиниці (з 3309 до 3803). Забезпеченість населення лікарями-офтальмологами також мала тенденцію до збільшення на 30,0% (з 6,0 до 7,8 лікаря-офтальмолога на 100 тис. населення). Ці показники свідчать про достатню кількість лікарів-офтальмологів в Україні, порівняно з нормативними показниками, які рекомендуються ВООЗ (2,5 на 100 тис. населення).

Зростання кількості штатних одиниць лікарів-офтальмологів відбувалось у всіх регіонах України, крім Одеської обл., внаслідок реорганізаційного переходу НДІ очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П.Філатова із системи МОЗ України в систему АМН України, за період 1996-2001 роки і у цій області також спостерігається позитивна динаміка у збільшенні кількості лікарів-офтальмологів (+14,5%). Найбільш інтенсивне (>50%) збільшення кількості лікарів-офтальмологів відбулось в АР Крим, Житомирській, Рівненській та Волинській обл. Станом на 2001 рік найменші рівні забезпеченості населення лікарями-офтальмологами (0,43-0,58 на 10 тис. населення) були у Київській, Закарпатській, Херсонській та Миколаївській областях, а найбільші (0,9-1,46 на 10 тис. населення) у АР Крим, Запорізькій області та містах Київ та Севастополь.

За даними лінійного кореляційного аналізу встановлено, що при зростанні кількості лікарів-офтальмологів збільшується рівень диспансеризації офтальмологічних хворих ($r = 0,48$, $p < 0,05$) та зменшується поширеність серед населення катаракти ($r = -0,36$, $p < 0,05$) та атрофії зорового нерва ($r = -0,35$, $p < 0,05$). На фоні динамічного зростання кількості лікарів-офтальмологів протягом 1990-2001 років спостерігається покращення виявлення та спостереження за хворими із глаукомою ($r = 0,47$, $p < 0,05$) та зниження поширеності хвороб склери та рогівки ($r = -0,31$, $p < 0,05$) за рахунок більш ранньої діагностики та ефективного лікування цієї групи захворювань.

За даними однофакторного лінійного регресійного аналізу встановлено, що забезпечення лікарями впливає на поширеність хвороб органа зору та його придатків серед населення України ($R^2 = 0,47$, $F = 22,20$, $p < 0,001$) та його диспансеризацію ($R^2 = 0,43$, $F = 18,99$, $p < 0,001$). Зок-

рема, забезпеченість лікарями-офтальмологами впливає на поширеність серед населення окремих груп захворювань: міопії ($R^2 = 0,36$, $F = 14,11$, $p < 0,001$), глаукоми ($R^2 = 0,31$, $F = 11,25$, $p < 0,001$), хвороб кон'юнктиви ($R^2 = 0,34$, $F = 12,92$, $p < 0,001$), відшарувань, розривів сітківки ($R^2 = 0,34$, $F = 12,98$, $p < 0,001$).

За даними кластерного аналізу встановлено, що в областях із значним збільшенням забезпечення населення лікарями-офтальмологами (45,75-65,0% до рівня 1990 р.) спостерігається найменший рівень поширеності хвороб органа зору та його придатків (6842 на 100 тис. населення), в областях із повільними темпами зростання числа лікарів-офтальмологів спостерігається перевищення цього показника на 8,5-12,2%.

За даними дослідження можливо зробити висновки, що забезпеченість населення лікарями-офтальмологами визначає доступність спеціалізованої офтальмологічної допомоги. При зниженні забезпеченості населення лікарями-офтальмологами відбувається зростання поширеності хвороб ока та його придатків (міопії, катаракти, глаукоми, хвороб кон'юнктиви, склери та рогівки, відшарувань та розривів сітківки) та знижується диспансеризація офтальмологічних хворих. В областях із оптимальним рівнем забезпеченості населення лікарями-офтальмологами спостерігається найменший рівень поширеності хвороб ока та його придатків.

Встановлено, що для оптимізації надання спеціалізованої допомоги населенню України необхідно диференційовано, від рівня поширеності хвороб ока та його придатків, змінити рівень забезпеченості населення лікарями-офтальмологами до 8,53 лікаря-офтальмолога на 100 тис. населення (в цілому збільшити на 14,9% від рівня 2001 року).

Висновки

Встановлено, що зменшення кількості офтальмологічних кабінетів та забезпеченості населення України лікарями-офтальмологами знижує доступність первинної спеціалізованої офтальмологічної допомоги, знижує диспансеризацію хворих, негативно впливає на стан здоров'я населення, за рахунок збільшення поширеності міопії, катаракти, хвороб кон'юнктиви, склери, рогівки, відшарувань та розривів сітківки. В областях із оптимальним рівнем забезпеченості населення офтальмологічними кабінетами та лікарями-офтальмологами спостерігається найменший рівень поширеності хвороб ока та його придатків.

Для покращення доступності спеціалізованої офтальмологічної допомоги необхідно:

– диференційовано змінити мережу офтальмологічних кабінетів в ланці амбулаторно-поліклінічних закладів до оптимальних потреб, враховуючи рівень поширеності хвороб ока та його придатків в областях;

– диференційовано, від рівня поширеності хвороб ока та його придатків, змінити рівень забезпеченості населення лікарями-офтальмологами (до 8,53 на 100 тис. населення.).

Запропоновані заходи дозволять покращити доступність та ефективність надання офтальмологічної допомоги населенню України на рівні первинної спеціалізованої офтальмологічної допомоги.

Список літератури

1. *Возможности и пути профилактики слепоты и слабовидения в Украине в современных условиях реформирования организации здравоохранения* / И.М. Логай, Н.М. Сергиенко, И.Л. Ферфильфайн, Т.В. Крыжановская // *Офтальмологічний журнал*. – 1998. – №4. – С.253-257.
2. *Концепція розвитку охорони здоров'я населення України* / Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313 / 2000 // *Медичне право України: Збірник нормативно-правових актів* / Упоряд. і наук. ред. Н.Б. Болотіна. – К.: Видавничий дім "Ін Юре", 2001. – С. 45-55.
3. *Москаленко В.Ф.* Підґрунтя розробки, прийняття та реалізації концепції розвитку охорони здоров'я населення України // *Охорона здоров'я України*. – 2001. – №1. – С. 4-7.

ВЛИЯНИЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ УКРАИНЫ В ТЕЧЕНИИ 1992-2001 ЛЕТ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ И НА ДОСТУПНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ

С.А.Рыков (Киев)

Исследованием установлено, что уменьшение количества офтальмологических кабинетов и обеспеченности населения врачами-офтальмологами в Украине снижает доступность первичной специализированной офтальмологической помощи, снижает диспансеризацию больных, что отрицательно влияет на состояние здоровья населения за счет увеличения распространенности миопии, катаракты, болезней конъюнктивы, склеры, роговицы, отслоения и разрывов сетчатки. В областях с оптимальным уровнем обеспеченности населения офтальмологическими кабинетами и врачами-офтальмологами наблюдается наименьший уровень распространенности болезней глаза и его придатков.

Для улучшения доступности первичной специализированной офтальмологической помощи предложено проводить нормирование сети амбулаторных офтальмологических кабинетов и численности врачей-офтальмологов соответственно к уровню распространенности заболеваний органа зрения и его придатков.

INFLUENCE OF REFORMS OF THE OUT-PATIENT SECTION OF OPHTHALMOLOGIC SERVICE OF UKRAINE WITHIN 1992-2001 ON THE PREVALENCE OF ORGAN OF VISION DISEASES AND ACCSESABILITY OF POPULATION TO THE INITIAL SPECIALIZED ASSISTANCE

S.O.Rykov (Kiev)

The investigation ascertained that reduction of the number of ophthalmologic rooms and provision of the population by the ophthalmologists in Ukraine reduces accessibility to the initial specialized ophthalmologic assistance, clinical examination of patients which negatively influences the state of health of the population – at the expense of myopia, cataract prevalence, conjunctiva, sclera, cornea diseases and retina ruptures. In the regions with optimal level of provision of population with ophthalmologic rooms and ophthalmologists one can observe the lowest prevalence level of eye and its appendages diseases.

To improve the accessibility of population to the initial specialized ophthalmologic assistance it is offered to conduct regulation of the network of outpatient ophthalmologic rooms and the number of ophthalmologists in accordance with the prevalence level of organ of vision and its appendages diseases.

В.М. ПОНОМАРЕНКО, Н.В. МЕДВЕДОВСЬКА, Т.В. ІВАСЮК (Київ)

МОНІТОРИНГ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ У 2001-2002 РОКАХ

Український інститут громадського здоров'я

Однією з найголовніших проблем охорони здоров'я України сьогодні є боротьба із злоякісними новоутвореннями, актуальність якої визначається постійним зростанням захворюваності, інвалідизації та смертності онкохворих. Разом з хворобами серцево-судинної системи злоякісні новоутворення є причиною майже кожної шостої смерті. Кожний четвертий інвалід на сьогодні в анамнезі має перенесену онкопатологію. Щороку в Україні з'являється понад 160 тис. нових випадків раку, помирає з цієї причини біля 100 тис. хворих, на обліку медичних онкологічних закладів знаходяться понад 780 тис. хворих. Тому, з метою підвищення ефективності загальнодержавних заходів з профілактики, раннього виявлення та лікування онкологічних захворювань, зниження смертності, зменшення кількості випадків первинної інвалідності внаслідок захворювань на рак, створення умов для проживання та поліпшення якості життя онкологічних хворих, 29 березня 2002 р. постановою Кабінету Міністрів України №392 була затверджена Державна програма "Онкологія" на 2002-2006 роки. Серед основних завдань у програмі визначене і проведення постійного моніторингу рівня захворюваності на рак та стану надання населенню онкологічної допомоги. З цією метою в перелік рейтингових показників в розділ "Доступність та якість медичної допомоги" нами було включено такі інтегральні показники онкозахворюваності, як дорічна летальність серед вперше виявлених онкохворих; питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми) та в IV стадії захворювання. Ще чотири показники поповнили розділ "Моніторинг стану охорони здоров'я в сільській місцевості": питома вага раку шийки матки та молочної залози III-IV ст. серед вперше виявлених хворих; питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми захворювань) та в IV стадії серед сільських жителів.

Аналіз наведених інтегральних показників за підсумками 2002 року свідчить, що регіональні показники дорічної летальності серед вперше

виявлених онкохворих коливаються в межах 25-40% при середньому в країні 35,8%, тобто у кожного третього хворого діагноз онкологічного захворювання встановлюється на термінальному етапі, що і зумовлює високу летальність (табл. 1).

Якщо простежити дворічну динаміку цього показника, то слід зазначити, що у 2002 р. він мав тенденцію до зниження у більшості регіонів (Львівська область - на 4,7%; місто Севастополь - на 4,2%; Івано-Франківська область - на 4,1%; Чернігівська - на 4,0%; Миколаївська - на 3,8%; Вінницька - на 3,5%; місто Київ - на 3,1%; Рівненська область - на 2,4%; Волинська - на 2,3%; Запорізька - на 1,9%; Херсонська - на 1,5%; Дніпропетровська - на 1,1%; Одеська - на 1,0%). Найвищим в 2002 р. цей показник був у Донецькій (40,7%) та Луганській (40,5%) областях, хоча, як і в більшості регіонів, в них також летальність має тенденцію до зменшення (у Донецькій області на 1,6%; Луганській - на 2,5%).

Показники питомої ваги злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми захворювань); виявлених вперше в III та в IV стадії у сільських жителів, вперше було включено в перелік показників моніторингу стану здоров'я населення у 2002 р., тому неможливо відстежити тенденції на даному етапі дослідження. Разом з тим вважаємо доцільним та корисним проаналізувати стан занедбаності онкозахворювань за 2002 р. у розрізі регіонів.

За показником питомої ваги злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми), останні рангові місця займають: Тернопільська (26,9%), Чернігівська (25,6%), Чернівецька (25,0%), Хмельницька (24,5%), Київська (24,4%) області. У більшості регіонів (14) цей показник перевищує середній по Україні, який складає 19,6% (табл. 2).

За показником питомої ваги злоякісних новоутворень, виявлених вперше в IV стадії захворювання, можна прослідкувати динаміку у порівнянні з 2001 р. У більшості регіонів відбулося його зменшення, особливо у Миколаївській об-

Таблиця 1. Дорічна летальність серед вперше виявлених онкологічних хворих (у %)

Рангове місце	Адміністративні території	2001 рік	2002 рік	Темп приросту (%)
1	м. Київ	28,8	25,7	-10,8
2	Одеська	31,4	30,4	-3,18
3	Вінницька	35,0	31,5	-10,0
4	Миколаївська	36,9	33,1	-10,3
5	АР Крим	27,8	33,3	+19,8
6	Львівська	38,0	33,3	-12,4
7	Сумська	34,1	33,5	-1,8
8	м.Севастополь	38,0	33,8	-11,1
9	Київська	31,0	33,9	+9,4
10	Черкаська	32,5	34,4	+5,8
11	Запорізька	37,1	35,2	-5,1
12	Волинська	37,7	35,4	-6,1
13	Кіровоградська	32,0	35,6	+11,2
14	Харківська	36,0	36,3	+0,8
15	Закарпатська	32,9	36,6	+11,2
16	Івано-Франківська	40,8	36,7	-10,0
17	Чернівецька	34,6	36,8	+6,4
18	Дніпропетровська	38,3	37,2	-2,9
19	Чернігівська	41,4	37,4	-9,0
20	Рівненська	40,2	37,8	-6,0
21-22	Тернопільська	32,6	38,5	+18,1
21-22	Херсонська	40,0	38,5	-3,75
23	Полтавська	32,2	38,9	+20,8
24	Житомирська	36,4	39,7	+9,1
25	Хмельницька	39,6	40,4	+2,0
26	Луганська	43,0	40,5	-5,8
27	Донецька	42,3	40,7	-3,8
	Україна	35,95	35,8	-0,4

ласті (на 5,8 %), м. Севастополі (на 4,7%), м. Києві (на 2,9 %), Донецькій (на 3,0 %) та Волинській (на 2,9 %) областях, що свідчить про вчасно прийняті ефективні управлінські рішення, спрямовані на вирішення проблеми. Проте у Львівській та Одеській областях приріст перевищив 10,0 % (15,3% та 11,1% відповідно).

Найбільш високі показники питомої ваги злоякісних новоутворень, виявлених вперше в IV стадії захворювання, визначаються у Херсонській (23,5%), Рівненській (22,0%), Івано-Франківській (21,4%), Чернігівській (20,8%), Одеській (20,4%) областях при середньому по Україні 16,7%. Серед сільських жителів цей показник вищий за середній по Україні (16,45%) майже у половині областей: Херсонська (26,3%), Івано-Франківська (24,9%), Чернігівська (22,1%), Закарпатська (20,7%), Одеська (19,9%), Рівненська (19,1%), Вінницька (19,1%), Миколаївська (18,8%), Донецька (18,0%), Полтавська (17,5%),

Автономна Республіка Крим (17,3%), Тернопільська (16,9%) (табл. 2, 3).

Серед сільських жителів показник питомої ваги злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії, найгіршим виявився в Донецькій (19,5%), Івано-Франківській (18,2%) областях, Автономній Республіці Крим (18,2%), Одеській (17,4%) області при середньому по країні 11,8% (таблиця 3).

Викликає тривогу захворюваність на рак молочної залози. Серед злоякісних пухлин у жінок це захворювання продовжує займати одне з перших місць. За даними моніторингу, показник питомої ваги раку молочної залози III-IV ст. серед вперше виявлених у сільських жителів в 2002 р. становить 25,8 %.

П'яте місце у структурі онкопатології жіночого населення займає рак шийки матки. Аналізуючи динаміку показника питомої ваги раку шийки матки III-IV ст. серед вперше виявлених у сільських жи-

Таблиця 2. Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III та IV стадії захворювання, за підсумками 2002 р. (у %)

№	Адміністративні території	Питома вага новоутворень, виявлених вперше в III стадії за 2002 рік (%)	Питома вага новоутворень, виявлених вперше в IV стадії (%)		
			2001 рік	2002 рік	Темп приросту (%)
1	АР Крим	21,7	16,8	16,1	-4,2
2	Вінницька	14,9	17,9	16,7	-6,7
3	Волинська	15,4	16,5	13,6	-17,6
4	Дніпропетровська	18,2	17,6	14,9	-15,3
5	Донецька	21,6	18,4	15,4	-16,3
6	Житомирська	21,5	19,2	18,4	-4,2
7	Закарпатська	21,6	19,0	17,7	-6,8
8	Запорізька	19,6	16,1	15,9	-1,2
9	Івано-Франківська	19,7	21,8	21,4	-1,8
10	Київська	24,4	19,8	17,0	-14,1
11	Кіровоградська	15,7	15,3	14,6	-4,6
12	Луганська	17,7	16,8	17,3	+3,0
13	Львівська	21,1	15,0	17,3	+15,3
14	Миколаївська	20,2	23,1	17,3	-25,1
15	Одеська	19,6	18,1	20,1	+11,1
16	Полтавська	16,4	17,0	18,3	+7,6
17	Рівненська	19,5	22,2	22,0	-0,9
18	Сумська	13,1	12,6	13,0	+3,2
19	Тернопільська	26,9	19,0	17,5	-7,9
20	Харківська	19,0	16,6	17,4	+4,8
21	Херсонська	17,5	24,1	23,5	-2,5
22	Хмельницька	24,5	14,7	15,2	+3,4
23	Черкаська	19,8	19,9	18,9	-5,03
24	Чернівецька	25,0	19,1	18,0	-5,8
25	Чернігівська	25,6	20,8	20,8	-
26	м. Київ	13,1	12,9	10,0	-22,5
27	м. Севастополь	19,3	25,1	20,4	-18,7
Україна		19,6	18,35	16,7	-9,0

* за попередніми даними моніторингу

телів за останні 2 роки, треба відмітити тенденцію до зниження цього показника у більшості регіонів України. Так, у Запорізькій області він з 24,1% знизився до 15,5%; Закарпатській – з 31,7% до 21,9%; Київській – з 29,2% до 21,2%; Одеській – з 34,1% до 24,6%; Херсонській – з 45,8% до 38,0%.

Аналіз свідчить, що зважаючи на специфіку організації надання медичної допомоги в сільсь-

кій місцевості, яка зумовлена станом здоров'я, особливостями побуту та розселення сільських мешканців, незадовільним станом шляхів, транспорту тощо, для більшості регіонів України пріоритетними повинні стати питання раннього активного виявлення онкопатології, що можливо за умов підвищення рівня якості проведення профоглядів, відродження масових цільових обстежень.

Список літератури

1. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Рейтингова оцінка діяльності органів управління охорони здоров'я регіонального рівня // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – №2. – С. 31–34.
2. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М., Медведовська Н.В. Моніторинг стану здоров'я, діяльності та ресурсного забезпечення охорони здоров'я – необхідна складова процесу управління галуззю // Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001 р.) / За ред. В.Ф. Москаленка. – К., 2002. – С. 299–201.
3. Пономаренко В.М., Медведовська Н.В. Рейтингова оцінка інтегральних показників стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я Автономної республіки Крим, областей України, міст Києва та Севастополя // Методичне видання. – К., 2002. – 24 с.

Таблиця 3. Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III та IV стадії захворювання у сільських жителів в 2002 р. (в %)*

Рангове місце	Адміністративні території	Питома вага новоутворень виявлених вперше в III стадії	Рангове місце	Адміністративні території	Питома вага новоутворень, виявлених вперше в IV стадії
1	Миколаївська	4,0	1	Житомирська	4,4
2	Чернігівська	4,8	2	Київська	8,2
3	Житомирська	5,2	3	Луганська	11,2
4	Сумська	6,9	4	Черкаська	12,7
5	Харківська	7,5	5	Кіровоградська	13,12
6	Вінницька	8,1	6	Сумська	14,1
7	Кіровоградська	8,21	7	Харківська	14,2
8	Луганська	8,9	8	Волинська	14,4
9	Волинська	9,5	9	Чернівецька	15,1
10	Рівненська	9,8	10	Хмельницька	15,2
11	Хмельницька	10,5	11	Дніпропетровська	15,6
12	Тернопільська	11,2	12	Запорізька	16,2
13	Дніпропетровська	12,5	13	Львівська	16,3
14	Запорізька	12,8	14	Тернопільська	16,9
15	Черкаська	13,0	15	АР Крим	17,3
16	Полтавська	14,3	16	Полтавська	17,5
17	Чернівецька	14,5	17	Донецька	18,0
18	Херсонська	14,8	18	Миколаївська	18,8
19	Закарпатська	15,0	19-20	Вінницька	19,1
20	Київська	15,1	19-20	Рівненська	19,1
21	Львівська	15,4	21	Одеська	19,9
22	Одеська	17,4	22	Закарпатська	20,7
23-24	АР Крим	18,2	23	Чернігівська	22,1
23-24	Івано-Франківська	18,2	24	Івано-Франківська	24,9
25	Донецька	19,5	25	Херсонська	26,3
Україна		11,8	Україна		16,45

* за попередніми даними моніторингу

4. Пономаренко В.М., Медведовська Н.В. Шляхи вдосконалення стану надання медичної допомоги сільському населенню // Матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю "Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я". – О., 2002. – С. 285–291.
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 р. №392 "Про затвердження Державної програми "Онкологія" на 2002-2006 роки" // Нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я України (2002 рік). – К., 2003. – С. 17.
6. Рейтингова оцінка показників моніторингу діяльності охорони здоров'я України в сільській місцевості за 2001 рік / За ред. В.Ф. Москаленка. – К.: МОЗ України, 2002. – 33 с. Укладачі: Пономаренко В.М., Медведовська Н.В.

МОНИТОРИНГ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УКРАИНЫ В 2001-2002 ГОДАХ

В.М. Пономаренко, Н.В. Медведовская, Т.В. Ивасюк (Киев)

В работе дан анализ современных подходов к изучению путей повышения эффективности оказания медицинской помощи онкологическим больным. Описана и представлена на примере методика мониторинга отдельных интегральных показателей деятельности онкологической службы по итогам 2002 года.

MONITORING OF ONCOLOGIC CARE OF THE POPULATION OF UKRAINE

V.M. Ponomarenko, N.V. Medvedovskaya, T.V. Ivasyuk (Kyiv)

The analysis of modern approaches to studies aiming to increase the efficiency of medical care of cancer patients is given. An example of the monitoring procedure is described where selected integrated indices of the performance of the oncologic service are used showing the results obtained by the end of 2002.

УДК 616.12:616-082.001.57

Л.В. КРЯЧКОВА (Дніпропетровськ)

АНАЛІЗ МЕДИЧНИХ МАРШРУТІВ ПАЦІЄНТІВ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Дніпропетровська державна медична академія

Медична допомога в нашій країні має складну організаційну структуру, що включає велику кількість спеціалістів різного профілю та лікувальних закладів різного рівня і форм власності. Лікувальний процес також має свою структуру, яка повинна відповідати реальним потребам пацієнтів та можливостям системи охорони здоров'я. Від того, наскільки добре організовано (правильно структуровано) процес надання медичної допомоги, залежить результативність лікування, а в підсумку досягненням найкращих кінцевих показників роботи усієї системи охорони здоров'я є поліпшення громадського здоров'я. Послідовність медичного обслуговування в одному випадку лікування являє собою медичний маршрут пацієнта, який відтворює організаційну технологію надання медичної допомоги. Ефективний маршрут пацієнта – це надання скоординованої медичної допомоги на такому рівні, де інтенсивність лікування та витрати на нього найбільш точно відповідають стану хворого [7, 8].

Система первинної медико-санітарної допомоги в нашій країні задумувалася як система дільничного лікаря, який би координував медичний маршрут та лікування пацієнта. Але лікар первинної ланки, який не має економічних та організаційних стимулів, так і не став ключовою фігурою в питаннях структуризації та розподілу обсягів медичних послуг [3, 6]. На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я проблема регуляції медичних маршрутів пацієнтів зберігається, але має дещо інші акценти та посилюється нестачею ресурсів, нераціональним розподілом обсягів медичних втручань між ланками системи охорони здоров'я, переважанням спеціалізованих та стаціонарних послуг над сектором первинної допомоги [3, 5, 6].

Актуальність оптимізації медичних маршрутів пацієнтів визначається тим, що входження та переміщення їх по системі формує певну структуру споживання медичних послуг, а одним з провідних завдань на сьогодні є формування такої структури медичної допомоги, яка відповідає за-

питам населення та забезпечує раціональний розподіл ресурсів між медичними службами.

Аналіз медичних маршрутів пацієнтів є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії – “Наукове обґрунтування організації та управління первинною медико-санітарною допомогою у сучасних економічних умовах” (номер держреєстрації 0100U000471).

Нами проводилося вивчення медичних маршрутів пацієнтів з **метою** аналізу організаційної структури медичних послуг для подальшого тематичного моделювання оптимального розподілу обсягів медичних втручань між ланками охорони здоров'я.

Завдання дослідження:

1. Вивчення медичних маршрутів пацієнтів (на прикладі хворих з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), що мають в анамнезі артеріальну гіпертензію).

2. Аналіз основних чинників, що впливають на звертання пацієнтів за медичною допомогою певного рівня (первинного, вторинного, третинного).

3. Виявлення ролі і місця лікаря первинної ланки в координації медичних маршрутів пацієнтів.

Методи і матеріали дослідження

Дослідження медичних маршрутів пацієнтів проводилося серед пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями (вибір групи обумовлений медико-соціальним значенням даної патології) на базі 8 лікувально-профілактичних закладів різного рівня міста Дніпропетровська. Збір інформації відбувався методом стандартизованого інтерв'ю за допомогою самостійно розробленого інструмента дослідження, що складався з 3-х частин: схеми процесу (маршрутної карти), анкети з уточнюючими запитаннями та можливими варіантами відповідей і блоку для викопювання з медичної документації.

Результати дослідження та їх обговорення

Зібрано інформацію про 400 закінчених випадки лікування пацієнтів (ЗВЛ). Обстежено па-

цієнтів віком від 20 до 65 років; з них 56,9% чоловіків та 43,1% жінок; 28,1% з вищою і 34,1% з середньою освітою; третина респондентів – робітники, 23,3% – службовці. Більшість опитаних (61,6%) віднесли свій рівень сімейного середньомісячного прибутку на одну особу в місяць до нижчого за офіційно встановлений на момент опитування мінімальний прожитковий мінімум (342 гривні). Із загального числа обстежених практично порівну розподілилися випадки спостереження (49,1% та 50,9% відповідно) між пацієнтами з вперше виявленим серцево-судинним захворюванням та хронічно хворими.

Своєчасність звернення пацієнтів по професійну медичну допомогу в кожному окремому ЗВЛ оцінювалася експертами. Встановлено, що пацієнти з підвищеним артеріальним тиском (АТ) в середньому відкладають із звертанням до лікаря на $5,87 \pm 0,79$ років. Не зволікали з лікуванням 22,2% обстежених, з них тільки кожен третій звернувся до лікаря первинної ланки. Пацієнти стверджували, що провідною причиною їх несвоєчасного звернення до лікаря є наявність доплат за медичне обслуговування, тобто необхідність витратити гроші на медикаменти, придбання лікарських засобів, обстеження та неофіційні платежі. Наявність доплат за медичні послуги як основну причину, що обмежує

доступність медичної допомоги у ЛПЗ різного рівня, вказали респонденти і під час декількох регіональних досліджень бюджетів домогосподарств [2, 4]. Вагоме місце у структурі причин відкладання зі зверненням по медичну допомогу займає низький рівень гігієнічної культури населення: більше половини обстежених (56,1%) вважали, що захворювання пройде і без медичних втручань або його можна подолати нетрадиційними засобами лікування.

За даними кореляційного аналізу, на своєчасність звернення пацієнтів по медичну допомогу найсуттєвіше впливає наявність доплат за медичне обслуговування (середній прямий кореляційний зв'язок $r=0,69$, при $p<0,05$), потім в порядку зменшення: важкість захворювання ($r=0,22$, при $p<0,05$), рівень медичної допомоги (первинний, вторинний, третинний) – чим вищий рівень, тим більша затримка ($r=0,18$, при $p<0,05$), а також рівень доходу пацієнтів. Найбільше доплати впливають на звертання при входженні пацієнтів в систему охорони здоров'я (найбільш сильний кореляційний зв'язок між впливом доплат за медичні послуги та своєчасністю звертання до лікаря: $r=0,71$, при $p<0,05$), з кожним подальшим переходом пацієнтів на інший рівень (до іншого закладу або (чи) лікаря) вплив доплат на відкладання надходження (звертання) поступово знижується (табл.).

Вплив доплат за медичне обслуговування на своєчасність звертання (надходження) пацієнтів до лікувально-профілактичних закладів

Етап медичного маршруту пацієнта	Кореляційний зв'язок між впливом доплат за медичні послуги та своєчасністю надходження, $p<0,05$
Входження в систему надання медичної допомоги (крок 1)	0,71
Перехід до іншого закладу /фахівця/ (крок 2)	0,67
Перехід до іншого закладу (крок 3)	0,32
Перехід до іншого закладу (крок 4)	0,17
Перехід до іншого закладу (крок 5)	0,08

Основною організаційною проблемою оптимізації медичних маршрутів пацієнтів є приведення структури споживання медичних послуг у відповідність до потреб населення та ресурсних можливостей системи охорони здоров'я, вибір адекватного місця втручання і керування переміщенням потоків пацієнтів по лікувальних закладах різного рівня. На рисунку представлено узагальнений медичний маршрут пацієнтів з артеріальною гіпертензією, складений на підставі аналізу даних дослідження.

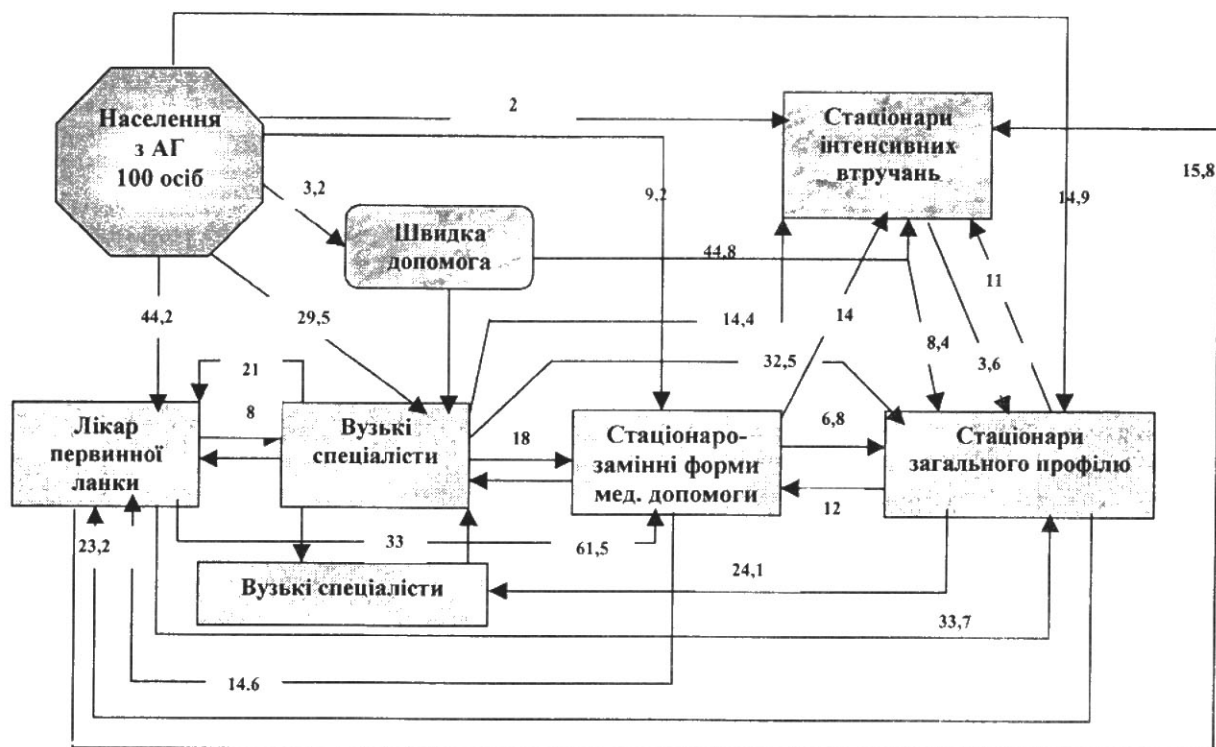
58,8% населення надходить до лікаря первинної ланки з більш високих рівнів надання медичної допомоги: 23,2% зі стаціонарів, 21% від вузьких спеціалістів, 4,6% з денних стаціонарів (або стаціонарів вдома). Про долікування пацієнтів після спеціалізованої і високоспеціалізо-

ваної допомоги йдеться лише в кожному 3-му такому випадку, решта пацієнтів перенаправляються з інших місць лікування через невідповідність стану їхнього здоров'я місцю первинного звернення. Самостійно до дільничного лікаря з приводу артеріальної гіпертензії звертається лише 44,2% населення. Результати наших досліджень кореспондуються з подібними даними російських авторів (50%) [9].

За класичними уявленнями, на первинному рівні повинні закінчувати лікування близько 80% пацієнтів з числа тих, хто звернувся по допомогу до первинної ланки. Наше дослідження показало, що тільки 45,5% з числа пацієнтів, що поступили різними шляхами на первинний рівень, закінчать на ньому лікування, тобто приблизно половина від належної кількості. З тих, хто са-

можливо звернувся до дільничного лікаря, отримує повний курс лікування на первинному рівні лише чверть.

Ступінь керованості медичних маршрутів пацієнтів залежить від наявності координатора в особі лікаря первинної ланки. Наше дослідження



Узагальнений медичний маршрут пацієнтів, що мають в анамнезі артеріальну гіпертензію

показало, що дільничний терапевт тільки частково координує переміщення своїх пацієнтів у системі лікувальних закладів: за його направленням на спеціалізований амбулаторний рівень надійшло лише 8% пацієнтів, у стаціонари – 33,7%, у денні стаціонари та стаціонари вдома – 61,5%.

Біля третини пацієнтів (29,5%) надходить до вузьких спеціалістів обминаючи лікаря первинної ланки. Кожен третій пацієнт з числа тих, хто самостійно звернувся на вторинний рівень, помиляється у виборі спеціалізації лікаря та перенаправляється до іншого вузького спеціаліста. Частина пацієнтів (16,9%) самостійно звертається в стаціонари різного рівня в пошуках фахівця, що зможе цілком задовольнити їх потреби. У середньому тільки чверть пацієнтів (26,5%) одержує медичну допомогу на одному визначеному рівні і не перенаправляється до інших спеціалістів або лікувальних закладів.

На первинному рівні не завжди активно вико-

ристовуються сучасні ресурсозберігаючі технології. Пацієнтам, що отримували медичну допомогу на стаціонарному рівні, у 69,2% випадках не пропонували стаціонарозамінних форм (СЗФ) медичного обслуговування, незважаючи на те, що 79,9% пацієнтів віддали б перевагу подібній формі лікування. На думку пацієнтів, число прихильників стаціонарозамінних технологій було б істотно вищим, якщо б для СЗФ обслуговування медикаменти надавалися безкоштовно.

На думку експертів, причинами хаотичного переміщення пацієнтів по лікувальних закладах та спеціалістах є випадковий характер їх звертань до лікарів, відсутність чіткої схеми взаємодії між фахівцями і ЛПЗ, недостатнє ресурсне оснащення первинного рівня, а також відсутність координатора руху в особі лікаря первинної ланки і, як наслідок, відсутність механізмів розподілу потоку пацієнтів лікувальних установ по рівнях медичної допомоги.

Висновки

Аналіз медичних маршрутів пацієнтів дозволив виявити недоліки у організаційній технології надання медичної допомоги населенню через деформацію структури медичних послуг та відсутність координації їх споживання лікарем первинної ланки. Подібна практика вільного, некоординованого переміщення пацієнтів по рівнях системи охорони здоров'я здатна викликати згубні наслідки як для пацієнта (погіршення стану, обтяження захворювання, зниження довіри до медицини взагалі), так і

для системи охорони здоров'я взагалі – деформацію розподілу обсягів медичних послуг за рівнями надання, нераціональний розподіл та використання обмежених ресурсів і робочого часу медичного персоналу.

Серцево-судинні захворювання є причиною великої кількості смертей та широкого кола функціональних порушень, які можливо відвернути. Артеріальна гіпертензія на всіх етапах розвитку хвороби є могутнім, але потенційно керованим фактором ризику, що істотно впливає на показники серцево-судинної захворюваності і летальності та загальної смертності. За даними Іпатова А.В., можливість запобігання потенційних втрат життя зусиллями системи охорони здоров'я при гіпертонічній хворобі, ішемічній хворобі серця та судинних ураженнях мозку гіпертензивного генезу складає 35%, а службами, в першу чергу відповідальними за збереження років здорового життя при ССЗ, є ПМСД, терапія та неврологія [1]. Отже система первинної медико-санітарної допомоги має відігравати важливу роль у виявленні випадків високого кров'яного тиску та тривалому веденні хворих.

Подальше використання медичних маршрутів пацієнтів для імітаційного моделювання розподілу обсягів медичної допомоги між рівнями її надання як одного з основних інструментів дає можливість розробити напрямки структурних перетворень у галузі, дати їм медико-соціальне та економічне обґрунтування, та допомагає визначити, що найбільш позитивний вплив на здоров'я має така система охорони здоров'я, у якій відносно потреб населення провідною, інтегруючою та координуючою ланкою виступає первинна медико-санітарна допомога.

Список літератури

1. Іпатов А.В. Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні: Монографія. – Дніпропетровськ: Пороги, 2000. – 262 с.
2. Крячкова Л.В., Бечке І.П., Бойко О.О. Обстеження бюджетів домогосподарств як механізм аналізу попиту на медичні послуги // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – №1. – С. 90–92.
3. Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцехівський В.М. та ін. Стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
4. Літвак А., Погорілий В., Тищук М. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні / Одеська крайова організація ВУЛТ за підтримки Інституту відкритого суспільства. – Одеса, 2001. – 96 с.
5. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Галієнко Л.І., Гуменний В.С. Основні тенденції розвитку спеціалізованої медичної допомоги в Україні на сучасному етапі // Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – №1. – С. 50–55.
6. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М. Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги // Там же. – 1999. – №1. – С. 67–73.
7. Салтмон Р.Б., Берлін Г. Роль амбулаторної і стаціонарної допомоги в Швеції і округе Стокгольм // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения (обзор печати). – 2002. – №1(25). – С. 54–60.
8. Тульчинский Т.Г., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. – Иерусалим: Amutah for education and Health, 1999. – 1049 с.
9. Черниенко Е.И. Научное обоснование рациональных форм медико-социальной помощи населению на основе внедрения общей врачебной практики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 24 с.

АНАЛІЗ МЕДИЦИНСКИХ МАРШРУТОВ ПАЦІЄНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Л.В. Крячкова (Днепропетровск)

В статье представлены результаты изучения медицинских маршрутов пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, имеющими в анамнезе артериальную гипертензию. Выявлены признаки деформации организационной структуры оказания медицинской помощи населению.

ANALYSIS OF MEDICAL ITINERARIES OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

L.V. Kryachkova (Dnepropetrovsk)

Results of studying medical itineraries of patients with cardiovascular diseases having arterial hypertension in the anamnesis are given. Evidences of deformation in the organizational structure of rendering medical care to the population were revealed.

ПРАВО НА ЗДОРОВ'Я У МІЖНАРОДНОМУ І ВІТЧИЗНЯНОМУ ЗАКОНОДАВСТВІ

Український інститут громадського здоров'я

Актуальність проблем здоров'я визначається тією значною роллю, яку воно відіграє у соціальному, економічному і культурному розвитку суспільства в цілому, а також у реалізації життєвої програми кожного індивіда зокрема.

У системі ієрархії людських цінностей найвищі щаблі посідає саме здоров'я, яке є основою добробуту нації.

Громадське здоров'я вважається своєрідним дзеркалом соціально-економічного, екологічного, демографічного і санітарно-гігієнічного благополуччя країни, одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу, важливим чинником, який впливає на якість та ефективність трудових ресурсів країни.

Генеральний директор ВООЗ серед пріоритетів цієї впливової міжнародної організації виділив вивчення здоров'я населення у глобальному масштабі та підвищення соціальної рівності в питаннях охорони здоров'я [2].

Дослідження проблем здоров'я тісно пов'язане з визначенням самого поняття "здоров'я людини". У науковій літературі є багато тлумачень цього терміна, зроблених з різних методичних і теоретичних позицій [9,12,21].

Відправним пунктом для медико-соціальної інтерпретації здоров'я є визначення, прийняте Всесвітньою організацією охорони здоров'я, яке трактує його як стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і фізичних дефектів [6]. У Статуті ВООЗ проголошено принцип, згідно з яким володіти найвищим рівнем здоров'я є одним з основних прав кожної людини.

Зважаючи на те, що зміцнення і захист здоров'я є найважливішою умовою для забезпечення благополуччя і достойного існування людини, охорона здоров'я розглядається як важливе суспільне завдання. Усі держави несуть відповідальність за здоров'я своїх громадян. І хоча вони не можуть гарантувати усім добре здоров'я, проте можуть створити певні передумови для його збереження і поліпшення, гарантуючи право на захист від деяких загроз для здоров'я, доступ до медич-

ного обслуговування, чистої питної води, право не зазнавати ризику несприятливих чинників навколишнього середовища.

Багато міжнародних угод, які захищають права людини, визначають здоров'я одним із таких прав, враховуючи вирішальне його значення для благополуччя і гідності людей.

Зміст права на здоров'я як соціально-економічного права не завжди піддається чіткому визначенню, як і сам термін "здоров'я". У літературі, присвяченій правам людини і законам про здоров'я найчастіше зустрічаються вирази "право на здоров'я", "право на догляд за здоров'ям", "право на охорону здоров'я". Проте частіше використовується термін "право на здоров'я", який повніше відповідає суті міжнародних угод з прав людини і допомагає усвідомити, що містить у собі не лише право на охорону здоров'я, але й право на ряд умов, без яких здоров'я є неможливим, у тому числі і соціально-економічних. Консенсус у розумінні і тлумаченні цього права є однією з умов забезпечення його реалізації.

В умовах розбудови нормативно-правового поля медичної галузі, формування основоположних засад державної політики України в охороні здоров'я, закладення міцного фундаменту законодавчої діяльності і приведення правових норм у відповідність до міжнародних стандартів, вивчення етапів становлення та розвитку права на здоров'я і його охорону має особливу актуальність.

Це обумовило проведення пошуку наукових джерел у вітчизняній і зарубіжній літературі з правових питань охорони здоров'я. Було проаналізовано наукові публікації, нормативно-правові акти законодавства національних систем охорони здоров'я, міжнародні угоди та інші документи, які стосуються становлення та розвитку права на здоров'я. Досліджено як визначається це право у різних міжнародних договірних нормативних актах і в українському законодавстві.

Аналіз літературних даних дозволив встановити, що в усі періоди існування людства здійснювалися спроби зробити суспільство відповідальним

за стан охорони здоров'я. І хоча в офіційних документах до XIX століття рідко згадувався термін "право на здоров'я", існували прояви відповідальності держав за здоров'я громадян. Суспільствами усвідомлювалося, що головним чинником поліпшення здоров'я населення є санітарія, і відповідно, вживалися заходи щодо підтримки на належному рівні гігієни населених пунктів. Водопровідні і каналізаційні споруди древнього Єгипту, Індії, адміністративні органи, які займалися попередженням хвороб і наглядом за санітарним станом у середньовічній Європі, є свідченнями турботи держав про здоров'я населення [30].

З початком формування державності в Україні-Русі з'явилися перші зародки медичного законодавства, які відносилися, перш за все, до кримінального права, тобто відповідальності за скоєне. Перші кримінальні закони з'явилися у період правління князя Ярослава у XI столітті. Згідно з Законами Ярославовими, за шкоду, заподіяну лікуванням, лікар ніс відповідальність як за навмисний злочин. Перші закони, які стосувалися охорони здоров'я громадян, з'явилися у XVII столітті. З часом прийняття законів трансформувалося у створення медичної поліції, прообразу сучасної санітарно-епідеміологічної служби.

З XVIII ст. стали вживатися більш активні зусилля у вирішенні проблем охорони здоров'я. Адміністративні заходи щодо реалізації політики у сфері охорони здоров'я здійснювалися медичною поліцією. Видатний діяч руху медичної поліції Й.П. Франк стверджував, що головною причиною хвороб є бідність, а поліпшення здоров'я населення можливе лише за умови підняття життєвого рівня. На основі цих тверджень було складено кодекс здоров'я, який охоплював широкий спектр проблем щодо підтримки належного рівня здоров'я громадян. Все частіше обґрунтовувалася необхідність міжнародного контролю за регулюванням здоров'я та обміну інформацією з цих питань [23].

Велику увагу просвіті населення у питаннях здоров'я приділяли французькі філософи. Вони відстоювали також відповідальність монарха за стан дитячої смертності та створення системи підтримки населення шляхом медичного і пенсійного забезпечення [30].

Європейська промислова революція XIX століття сприяла розвитку системи охорони здоров'я у сучасному її вигляді. Рух за громадську охорону здоров'я виник в Англії, де було розроблено і прийнято у 1848 р. закон про громадську охорону здоров'я. Цим нормативно-правовим актом передбачалося створення централізованої системи департаментів охорони здоров'я, які займалися благоустроєм населених пунктів, розвитком водопровідних і каналізаційних мереж, створенням служби з нагляду за громадським здоров'я. Подібні

тенденції були характерні для ряду інших європейських країн. Сутність права на здоров'я ґрунтувалася на основі права на власність. Оскільки здоров'я визнавалося найважливішим благом кожної людини, незалежно від становища, а права власника були найважливішими для будь якої держави, то держава, як гарант приватної власності, повинна була також захищати і тих, чиєю єдиною власністю є їхня праця. Оскільки для повноцінної праці необхідним є здоров'я, то робітничий клас мав усі підстави розраховувати на його захист з боку держави [28].

Перші кроки до створення міжнародної системи охорони здоров'я були також зроблені у XIX столітті. Найбільш помітними стали організація та проведення серії міжнародних конференцій з санітарії, перша з яких відбулася в Парижі у 1851 р. У 1907 р. було підписано угоду про створення міжнародного відомства з питань охорони здоров'я, а саме Міжнародної організації громадської гігієни. Головною функцією цієї організації стало поширення інформації про громадське здоров'я [29]. Резолюції наукових форумів, проведених під егідою цієї організації, визначають, що ефективною у широкому розумінні може вважатися та система громадської охорони здоров'я, яка організовує медичні служби так, щоб усе населення могло користуватися усіма досягненнями сучасної медицини.

Водночас була створена Міжнародна організація праці, яка займалася питаннями здоров'я, пов'язаними з виробничою діяльністю, і зробила вагомий внесок у боротьбу з професійною патологією шляхом прийняття кодексу нормативів промислової гігієни [26].

Поступово відбувалося усвідомлення здоров'я як права людини у державному та міжнародному масштабі, здійснювалися кроки щодо координації зусиль у сфері охорони здоров'я і законодавства на міжнародному рівні.

Конференція ООН з міжнародного розвитку, яка відбулася у Сан-Франциско у 1945 р. поклала початок визнанню здоров'я як одного з соціально-економічних прав людини. В статтю 55 Статуту ООН було внесено положення, згідно з яким ООН повинна сприяти вирішенню міжнародних економічних і соціальних проблем, а також проблем, пов'язаних із здоров'ям [32].

Всесвітня організація охорони здоров'я, створена у 1946 р., у своєму Статуті містить формулювання права на здоров'я, та принципи, обов'язкові для дотримання країнами учасницями. Зокрема, в ньому вказується, що доступність найвищих можливих стандартів здоров'я є невід'ємним правом кожної людини, незалежно від раси, у суспільстві. Підкреслюється, що нерівність розвитку окремих країн у справі захисту здоров'я і контролю за інфекційними захворюваннями, є загрозою усьо-

му світовому співтовариству. Наголошується на відповідальності урядів за здоров'я своїх громадян та забезпечення нормальної діяльності організації охорони здоров'я [8].

Право на здоров'я закріплено в інших документах ООН, багатьох міжнародних пактах, документах регіональних організацій з прав людини, таких як Рада Європи, Організація американських держав, Організація африканської єдності, а також резолюціях міжнародних конференцій.

Так, стаття 3 Загальної декларації прав людини проголошує, що кожна людина має право на життя, свободу і особисту недоторканність. У статті 25 цього документу вказується, що кожна людина має право на такий рівень життя, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який необхідний для забезпечення здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, а також право на забезпечення у разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від людини обставини [7].

Важливою віхою на шляху утвердження права на здоров'я стало прийняття у 1966 р. Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права та Міжнародного пакту про громадські і політичні права. У статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права поряд з визначенням права кожного на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я регламентовані заходи, які необхідно вжити державам-учасникам Пакту, для досягнення цього права. Вони стосуються забезпечення умов для скорочення мертвонароджуваності і дитячої смертності, а також для здорового розвитку дитини і поліпшення усіх аспектів гігієни навколишнього середовища та гігієни праці; попередження і лікування епідемічних, ендемічних, професійних і інших хвороб та боротьби з ними; створення умов для забезпечення усіх медичною допомогою і медичним доглядом у випадку хвороби [31].

Право жінок на охорону здоров'я закріплено у Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, прийнятій у 1979 р. В ній зокрема проголошено, що держави-учасниці вживають заходів для ліквідації дискримінації стосовно жінок у сфері охорони здоров'я для забезпечення на основі рівності чоловіків і жінок доступу до медичного обслуговування, і зокрема щодо планування розміру сім'ї. Держави зобов'язані забезпечити жінкам відповідне обслуговування в період вагітності, пологів і післяпологового періоду, надаючи безоплатні послуги, а також відповідне заохочування в період вагітності і вигодовування дитини [25].

На тридцять четвертому засіданні Комісії з прав людини ООН у 1978 р. було висунуто пропозицію прийняти Конвенцію про права дитини. Цей важ-

ливий документ міжнародного рівня вступив у дію з 1989 р. Стаття 6 Конвенції про права дитини проголошує невід'ємне право кожної дитини на життя, а також обов'язки держави у максимально можливій мірі забезпечувати виживання і здоровий розвиток дитини. У статті 24 вказується, що держави-учасниці визнають право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я і засобами лікування хвороб та відновлення здоров'я, а також намагаються забезпечити, щоб жодна дитина не була позбавлена свого права на доступ до подібних послуг системи охорони здоров'я [24].

Право на здоров'я відстоюється в інших документах Організації Об'єднаних Націй, зокрема у Декларації соціального прогресу і розвитку (1969 р.), Конвенції про захист прав іноземних робітників і членів їх сімей (1990 р.), Мінімальних стандартних правилах поведінки з ув'язненими, Конвенціях Міжнародної організації праці [17].

Конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації передбачає, що держави-учасниці повинні заборонити і ліквідувати расову дискримінацію заради реалізації законного права членів суспільства на здоров'я, медичне обслуговування, громадську безпеку і соціальне забезпечення. Інші документи спрямовані на захист таких соціальних груп, як іноземні робітники, ув'язнені, інваліди та особи з розумовою відсталістю. Вони стосуються рівної доступності медичної допомоги, захисту від збитків для здоров'я, безпечних умов праці, страхування здоров'я тощо.

Регіональні організації з прав людини у своїх нормативних документах чітко визначають право на здоров'я. Особливе значення для України як європейської держави мають правові норми, прийняті Радою Європи. Ця організація була створена у 1949 р. і зробила вагомий внесок у розвиток правових основ забезпечення здоров'я. Основоположним документом у цьому плані стали Європейська соціальна хартія, прийнята у 1961 р., Європейська соціальна хартія (переглянута), прийнята у 1996 р., та Додатковий протокол 1998 р. [17].

У частині I Європейської хартії (переглянутої) проголошено право усіх працівників на безпечні та здорові умови праці. Наголошується, що кожна людина має право користуватися будь-якими заходами, які дозволяють їй досягти найкращого стану здоров'я, кожна малозабезпечена людина має право на соціальну та медичну допомогу. Стаття 11 "Право на охорону здоров'я" зобов'язує громадські та приватні організації вжити відповідних заходів, щоб усунути, у міру можливості, причини слабого здоров'я; забезпечити діяльність консультативно-просвітницьких служб, які сприяли б поліпшенню здоров'я і підвищенню особистої відповідальності за стан здоров'я; запобігати, у міру

можливості, епідемічним, ендемічним, іншим захворюванням, а також нещасним випадкам.

У відповідь на зростання кількості біологічних і медичних відкриттів Рада Європи для захисту людської гідності розробила і прийняла у 1996 р. Конвенцію з прав людини в біомедицині. У цьому документі містяться спеціальні положення про волю людини, приватне життя і право на інформацію, про геном людини, наукові дослідження, використання органів і тканин живих фондів для трансплантації. Стаття 3 Конвенції стосується питань рівного доступу до медичної допомоги належної якості [10].

Організація американських держав розробила і затвердила стандарти прав людини, відображені у Американській декларації щодо прав і обов'язків людини, Американській конвенції з прав людини (1969 р.) та Сальвадорському протоколі (1988 р.). У Декларації проголошено, що кожна людина має право на підтримку свого здоров'я шляхом санітарних і соціальних заходів, які стосуються їжі, одягу, житла, медичного догляду у тій мірі, в якій це дозволяють державні і муніципальні ресурси. У Сальвадорському протоколі виділено право на здоров'я як найвищий ступінь фізичного, психічного і соціального благополуччя та заходи щодо реалізації цього права. Вони стосуються забезпечення первинної медико-санітарної допомоги, поширення медичного обслуговування на всіх громадян держави, проведення загальної імунізації від основних інфекційних захворювань, профілактику і лікування ендемічних, професійних і інших захворювань та гігієнічну просвіту, задоволення потреб у сфері охорони здоров'я бідних та вразливих груп населення [22].

Африканська хартія прав людини і народів, прийнята у 1981 р., встановлює право на здоров'я і зобов'язує країни, які її підписали, забезпечити заходи щодо захисту здоров'я і медичної допомоги на випадок хвороби.

Питання змісту права на здоров'я багаторазово піднімалося на міжнародних конференціях. У результаті широкого обговорення цієї проблеми було прийнято ряд декларацій і резолюцій стосовно права на здоров'я і його реалізації.

Зокрема Всесвітня конференція з прав людини, проведена у Відні в 1993 р., прийняла Віденську декларацію, присвячену заємозалежності усіх прав людини, з посиланнями на право на медичну допомогу, охорону здоров'я жінок і дітей, створення максимально ефективних засобів для фізичної, психологічної і соціальної реабілітації жертв тортур [3].

Міжнародна конференція з народонаселення і розвитку, яка відбулася в Каїрі у 1994 р. затвердила Програму дій [19]. Вона ухвалила принципи розвитку людства, проголосила, що людина знаходиться в центрі політики сталого розвитку. Людина має право на здорове і продуктивне життя в гармонії з

природою. Люди – найважливіший і найцінніший ресурс кожної нації. Країни повинні забезпечувати всім особам можливість максимальної реалізації свого потенціалу. Люди мають право на відповідний стандарт життя для себе і своїх сімей, включаючи адекватну їжу, одяг, житло, воду і санітарні послуги. Кожна людина має право на найвищий досяжний для неї стандарт фізичного та психічного здоров'я. Держави повинні вдаватися до всіх необхідних заходів для забезпечення на ґрунті рівності чоловіків і жінок універсального доступу до послуг з охорони здоров'я, в тому числі тих, що пов'язані з охороною репродуктивного здоров'я, яке охоплює планування сім'ї, сексуальне здоров'я населення. Програми охорони репродуктивного здоров'я повинні забезпечувати максимально широке коло послуг без жодної форми примусу. Всі подружжя та окремі особи мають право вільно та відповідально вирішувати, скільки мати дітей і з яким інтервалом їх народжувати, а також одержати необхідну інформацію, освіту і засоби для здійснення цього права.

Країни-учасниці дійшли згоди щодо стратегічних цілей на найближчі 2 десятиліття, які, окрім інших, стосуються скорочення малюкової, дитячої і материнської смертності, забезпечення рівного доступу до повного спектра медичних послуг з репродукції і планування сім'ї, попередження соціально небезпечних хвороб.

Копенгагенська декларація і програма дій, прийняті Всесвітнім конгресом з суспільного розвитку у 1995 р. містили установки, які стосуються сфери здоров'я, зокрема забезпечення повної доступності медичного обслуговування, боротьбу зі СНІДом і іншими небезпечними хворобами, репродуктивної поведінки, поліпшення навколишнього середовища, медичної допомоги вразливим верствам населення [4].

Право на здоров'я жіночого населення стало предметом розгляду Четвертої всесвітньої жіночої конференції, яка пройшла у Пекіні в 1995 р. [16]. У Резолюції, прийнятій конференцією, визначалися цілі щодо забезпечення рівного ставлення до жінок і чоловіків при наданні медичної допомоги, забезпечення рівного доступу до медичних служб, поліпшення репродуктивного здоров'я і просвіти.

Хоча правове регулювання стосунків людини і суспільства завжди стосувалося сфери охорони здоров'я і медичної діяльності, проте у конституціях різних країн це право стало передбачатися відносно недавно. Серед європейських країн у Конституції Фінляндії право на здоров'я викладається у більш широкому контексті положень про добробут, про медичне обслуговування, зокрема про екстрену медичну допомогу. В останні роки прийняті нові конституції деяких держав східної Європи.

У Конституції Угорщини закріплено право громадян на найвищий рівень фізичного і психічного здоров'я. Реалізація цього права здійснюється через безпечні умови праці, організацію медичних установ і медичної допомоги, забезпечення можливості регулярних занять фізичною культурою, захист навколишнього середовища.

У статті 22 Конституції Голландії визначено, що влада повинна вживати заходи щодо поліпшення здоров'я населення. Вони стосуються захисту від основних загроз здоров'ю. Стаття 21 Конституції встановлює обов'язок держави зберігати і поліпшувати стан навколишнього середовища.

Конституція Хорватії містить право на медичну допомогу, реалізація якого повинна здійснюватися через відповідні процедури.

Право на здоров'я закріплено в Конституції Італії, де вказано, що Республіка повинна забезпечувати охорону здоров'я в інтересах суспільства як одне з основних прав людини, а також безоплатно надавати медичну допомогу, усім, хто має в ній потребу. У статті 32 Конституції вказується, що ніхто не може бути примушений до проходження певного лікування, за винятком випадків, коли це передбачено законом. Закон ні в якому разі не повинен порушувати межі належної поваги до людської особистості.

Дослідження, проведені Міжамериканською організацією здоров'я, засвідчили, що включення права на здоров'я та його обсяг у конституції, тісно пов'язані з типом правової системи окремих держав [27]. У країнах, де превалує звичайне право, право на здоров'я не згадується у конституціях, у державах з громадянським правом – згадується інколи, а в державах соціалістичної організації – завжди. В країнах першої групи згадується про здоров'я і про право на здоров'я у завуальованому вигляді у преамбулах Конституцій або у зв'язку з соціальним забезпеченням. Це стосується Канади, США та інших країн. У країнах з плануванням громадянського права в конституціях або прямо згадується право на здоров'я чи його охорону, або у їх поєднанні. Це зокрема стосується Чилі, Панамі, Аргентини, Мексики та інших країн. У конституціях країн соціалістичної орієнтації, таких як Куба, Нікарагуа, окремо виділяється право на здоров'я і роль держави в його забезпеченні.

У США право на здоров'я закріплено законодавством і гарантує обмежений доступ до деяких медичних служб для деяких груп населення, таких, наприклад, як особи похилого віку. Проте, це право не закріплене в Конституції і не ґрунтується на міжнародних правах людини. Конституція США не містить у собі основних соціальних прав. У цій країні не ратифіковано Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права людини.

Конституція Колумбії і відповідне законодавство містить значне число гарантій стосовно медичної допомоги та інших соціальних благ. Стаття 13 Конституції гарантує право на рівний медичний догляд і особливий захист вразливих верств населення. Стаття 49 цього закону покладає на державу відповідальність за здоров'я суспільства і захист навколишнього середовища. Кожній людині гарантується доступ до медичних служб, які є необхідними для поліпшення, захисту і відновлення здоров'я. Закони про охорону здоров'я повинні передбачати безоплатну та безвідмовну медичну допомогу в мінімальному обсязі. В країні були прийняті відповідні закони, у яких встановлено відповідальність держави за здоров'я своїх громадян.

Конституція Індії проголошує створення держави загального благоденства. Пріоритетним завданням у такій державі є забезпечення благополуччя людей. Забезпечення доступу громадян до необхідних медичних служб є невід'ємною частиною зобов'язань, які лежать на уряді. Це зобов'язання виконується шляхом створення і підтримки роботи лікарень та медичних центрів, які забезпечують медичний догляд для тих, хто має в ньому потребу. Стаття 21 накладає на державу зобов'язання зберігати життя кожної людини. Нездатність державної лікарні вчасно надати лікування людині, яка має в ньому потребу, є порушенням права на здоров'я. Стаття 39, 46, 47 стосується обов'язків держави поліпшувати громадське здоров'я, стаття 48 – захищати навколишнє середовище. Зокрема стаття 47 проголошує, що серед найперших обов'язків держави є турбота про поліпшення харчування, рівня життя і громадського здоров'я. Передбачається, що держава спрямовує свою діяльність на заборону вживання алкогольних напоїв і наркотиків, які наносять шкоду здоров'ю за винятком випадків, коли це робиться за медичними показаннями.

Конституція Філіппін містить Декларацію про принципи державної політики, де встановлено право на здоров'я та здорове навколишнє середовище. Зокрема, у статті 15 вказується, що держава повинна захищати право людей на здоров'я, а також розвивати у них почуття відповідальності щодо свого здоров'я. Стаття 16 містить положення про те, що держава повинна захищати поглиблювати право людей на збалансоване і здорове навколишнє середовище відповідно до ритму і гармонії природи.

У Конституції Південно-Африканської Республіки, прийнятій у 1996 р. окрема стаття присвячена правам на медичну допомогу, харчування, воду і соціальну безпеку. Держава, виходячи з доступних ресурсів повинна задіяти законодавчі і інші заходи з метою прогресивного забезпечення кожного з цих прав. Окремо наголошується на не-

припустимості відмови у невідкладній медичній допомозі.

Законодавче забезпечення права людини на здоров'я у колишньому Радянському Союзі було досить обмеженим. Воно вичерпувалося "Основами законодавства СРСР і союзних республік про охорону здоров'я", прийнятими у 1961 р. та законами союзних республік, які стосувалися охорони здоров'я [5]. У Конституції СРСР і конституціях союзних республік права громадян у сфері охорони здоров'я були продекларовані у відповідності до діючих міжнародних норм і вимог ВООЗ. У Конституції закріплювалися діяльність і розвиток державної системи охорони здоров'я і проголошувалося право на охорону здоров'я громадян. Проте не було зроблено дієвого законодавчого закріплення прав громадян у сфері охорони здоров'я. Соціальні гарантії забезпечувалися відповідно до економічних можливостей.

Із здобуттям самостійності у нових незалежних державах почалися радикальні перетворення, в усіх сферах діяльності, у тому числі в охороні здоров'я. Вони були тісно пов'язані з демократизацією суспільства, децентралізацією управління і спрямовувалися на правову регламентацію організації роботи органів і установ охорони здоров'я.

У Конституції Російської Федерації, прийнятій всенародним голосуванням у 1993 р. закріплено право на охорону здоров'я [18]. Стаття 41 проголошує, що кожен має право на охорону здоров'я і медичну допомогу. Медична допомога у державних і муніципальних установах охорони здоров'я надається громадянам безоплатно за рахунок коштів відповідного бюджету страхових внесків, інших надходжень. У статті відмічено, що в країні фінансуються федеральні програми охорони і зміцнення здоров'я населення, вживаються заходи щодо розвитку державної, муніципальної і приватної систем охорони здоров'я; заохочується діяльність, яка сприяє зміцненню здоров'я людини, розвитку фізичної культури і спорту, екологічному і санітарно-епідемічному благополуччю. Встановлено відповідальність за прикриття посадовими особами фактів і обставин, які складають загрозу для життя і здоров'я людей.

У статті 42 Конституції Російської Федерації закріплено право кожного на сприятливе навколишнє середовище, вірогідну інформацію про його стан, відшкодування збитку, завданого його здоров'ю та майну екологічними правопорушеннями.

Стаття 55 містить положення про те, що права і свободи людини можуть бути обмеженими федеральним законом тільки у тій мірі, в якій це необхідно з метою захисту основ конституційного ладу, моральності, здоров'я, прав і законних інтересів інших осіб, забезпечення охорони країни і безпеки держави.

У статті 7 проголошено, що Російська Федерація є соціальною державою, політика якої спрямована на створення умов, що забезпечують достойне життя і вільний розвиток людини. Охороняються праця і здоров'я людини, встановлюється гарантований мінімальний розмір оплати праці, забезпечується державна підтримка сім'ї, материнства, батьківства і дитинства, інвалідів і громадян похилого віку, розвивається система соціальних служб, встановлюються державні пенсії, грошова допомога і інші гарантії соціального захисту. Відповідно до положень Конституції, в Російській Федерації ведеться активна законотворча робота, результатом якої стало формування законодавчої бази у сфері охорони здоров'я. Базовим законом є "Основи законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я громадян". У його розвиток прийняті наглядові закони, спрямовані на створення безпечних умов життя, закони профілактичного спрямування, закони, які захищають права громадян на охорону здоров'я, визначають відповідальність медичних працівників, регламентують діяльність національної системи охорони здоров'я, регулюють фінансування системи та окремі види медичної діяльності.

Україна, як правова демократична соціально орієнтована держава з перших днів свого існування проголосила права і свободи людини найвищою цінністю і взяла на себе обов'язок їх гарантувати. Зобов'язання української держави закріплені у Конституції України, стаття 3 якої містить положення, згідно з якими людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. За конституційними приписами права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності нашої держави [11].

Захист прав і свобод людини – один із чинників їх утвердження і забезпечення. Право на життя на відміну від інших прав є визначальним. Це право гарантує недоторканість фізичного існування людини, оскільки життя розглядається як єдине і неподільне благо, яке не підлягає обмежувальній оцінці і не допускає розпорядження ним ззовні.

Право на здоров'я у Конституції України закріплено у ряді статей. Статтею 49 встановлено, що Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може

бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя.

Фактично стаття 49 відтворює відповідні загальносвітові засади, закріплені у статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права.

У статті 50 закріплено право кожного на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди.

Кожному гарантується право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її поширення. Така інформація ніким не може бути засекречена.

Медична Конституція України, тобто Основи законодавства України про охорону здоров'я, містить положення, згідно з якими кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я у діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя [14].

Розвиток нормативно-правової бази України з питань охорони здоров'я відбувався відповідно до концептуальної моделі, яка передбачала конституційний розвиток законодавства, верховенство законів в ієрархії всіх інших нормативно-правових актів, системність та динамічність правотворчого процесу, юридичну силу нормативно-правових актів, їх комплексність, диференціацію тощо. Головними напрямками та пріоритетами, які визначали розвиток законодавства України в сучасних умовах, стали законодавче забезпечення проведення політичних, економічних і соціальних реформ, необхідність зміцнення державності та створення демократичної, соціальної правової держави, забезпечення прав і свобод людини, становлення громадянського суспільства та ін. [13].

Правотворча діяльність протягом періоду незалежності України здійснювалася на основі системного підходу з урахуванням пріоритетності проблем, що вимагали вирішення, досягнень правових систем інших країн, сучасних міжнародно визнаних стратегій організації охорони здоров'я.

Формування нормативно-правової бази спрямовувалося на забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я та соціальних гарантій, якісну і доступну медичну допомогу, безпечні умови життя, профілактику захворювань і

формування здорового способу життя. Значна увага приділялася питанням врегулювання організації діяльності системи охорони здоров'я та управління нею в нових умовах, впровадження сучасних форм та технологій надання медичної допомоги, ресурсного, у тому числі фінансового забезпечення галузі та економічних відносин, оподаткування, пільг, виробництва ліків і виробів медичного призначення та забезпечення ними населення, відповідальності за правопорушення у сфері охорони здоров'я, етичним проблемам.

У результаті нормотворчої діяльності в Україні було створено сучасну нормативно-правову базу охорони здоров'я, яка складається з більш ніж 900 нормативно-правових актів державного рівня [15]. Вони стосувалися законодавчого затвердження програм та послуг для захисту та поліпшення здоров'я населення, заборони здійснення шкідливих для здоров'я видів діяльності, регулювання забезпечення системи охорони здоров'я ресурсами, у тому числі фінансовими, контролю якості медичного обслуговування, проблем етики при наданні медичної допомоги. В основному правова база охорони здоров'я України сформована і відповідає міжнародним вимогам. Це відображено у Звіті "1998. Україна. Людський розвиток" [1]. Законодавство України з питань охорони здоров'я характеризується достатньо високим рівнем систематизації, наявністю розроблених з урахуванням міжнародних вимог кодифікаційних актів. Воно є придатним для визначення і реалізації мультисекторальної комплексної державної політики у сфері охорони здоров'я [20].

Аналіз міжнародного та національних законодавств щодо права на здоров'я дозволив встановити обсяг та принциповий зміст цього права. Деякі елементи права на здоров'я є складовими частинами інших прав людини. У той же час деякі елементи інших прав входять до права на здоров'я. Існує сфера взаємного накладення різних прав. Враховуючи неможливість одночасної реалізації усіх складових права на здоров'я, необхідним є з'ясування пріоритетності цих складових. Важливим завданням є визначення тих складових, які мають забезпечуватися незалежно від фінансових можливостей, тобто тих, що становлять принциповий зміст права на здоров'я. Обсяг права на здоров'я складається з власне охорони здоров'я і основних передумов здоров'я. До категорій охорони здоров'я відноситься медична допомога, профілактика, первинна охорона здоров'я, охорона здоров'я дітей, служби планування сім'ї, допомога, пов'язана з пологами, охорона психічного здоров'я. Основоположними передумовами здоров'я вважаються чиста питна вода, задовільні санітарні умови, задовільне харчування, здорове навколишнє середовище, боротьба з професійними захво-

рюваннями, профілактична і консультативна інформація, подолання шкідливих звичок.

Принциповими елементами права на здоров'я стосовно медичної допомоги є медична допомога матерям і дітям, включаючи служби планування сім'ї, імунізація від основних хвороб, необхідне лікування найпоширеніших хвороб і травм, забезпечення мінімального необхідного набору ліків. Серед передумов здоров'я принциповими є наявність необхідної кількості чистої води і задовільних санітарних умов, відсутність суттєвих загроз здоров'ю з боку навколишнього середовища.

Отже, в результаті аналізу національних законодавств з питань права на здоров'я, у тому числі вітчизняного, встановлено, що воно кодифіковано у значній кількості національних конституцій і свідчить про усвідомлення державами відповідальності за здоров'я своїх громадян.

Право на здоров'я надійно закріплено у документах з прав людини Організації Об'єднаних Націй, в резолюціях міжнародних форумів. Існують загальні положення, які гарантують право на здоров'я кожному, і положення, які захищають певні, найбільш вразливі групи населення, зокрема дітей, жінок, осіб, які зазнають расової дискримінації, іноземних робітників тощо.

Відправною точкою для більшості цих положень стало право на здоров'я, у тому вигляді, в якому воно записано у преамбулі Статуту ВООЗ. Багато з них обумовлюють право на найвищий можливий для досягнення рівень фізичного і психічного здоров'я, відображаючи в інших розділах тексту ті чи інші обов'язки держави, спрямовані на виконання цього права. Обов'язки, як правило, стосуються не лише медичної допомоги, але й перераховують ряд фундаментальних обов'язків, що визначають здоров'я: здорові умови праці і навколишнє середовище, чиста питна вода і задовільний санітарний стан.

Значення і масштаб міжнародного права на здоров'я, а також міжнародних документів, при-

свячених здоров'ю у більш широкому розумінні, переглядалися і уточнювалися у ході низки міжнародних конференцій, проведених під егідою ООН. Зокрема, це стосується Віденської декларації, Програми дій Каїрської конференції і Пекінської декларації з її платформою для дій. Право на здоров'я тісно пов'язано з деякими іншими правами людини, у тому числі громадянськими, політичними, економічними, соціальними, культурними, гуманітарними.

Багато прав людини мають чіткі зв'язки з правом на здоров'я. Громадські і політичні права, такі як право на життя і заборона катувань, покликані захищати людину і безпосередньо пов'язані із здоров'ям. Низка економічних, культурних і соціальних прав вміщують у себе питання здоров'я, особливо право на одяг, житло і освіту. Гуманітарне право містить положення про захист особи у ході міжнародних і внутрішніх збройних конфліктів і стосується доступу до медичної допомоги у воєнний час, безпечно і безперешкодно її надання.

В міжнародному та національних законодавствах відображені обсяг та принциповий зміст права на здоров'я. Держави-учасниці міжнародних угод визнають права кожної людини на найвищий можливий для досягнення рівень фізичного і психічного здоров'я. Це право повинно забезпечуватися шляхом надання медичного обслуговування та створення основоположних передумов здоров'я. Незалежно від наявних ресурсів, держави повинні забезпечувати своїх громадян основними видами медичного обслуговування і умовами здорового існування.

Таким чином, право на здоров'я володіє сильним статусом у міжнародному праві. Проблема права на здоров'я знаходиться не у сфері його міжнародної кодифікації, а у забезпеченні його реалізації на міжнародному та національному рівнях, на що повинні бути спрямовані зусилля урядів держав і суспільства.

Список літератури

1. 1998. Україна. людський розвиток. Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй, Представництво в Україні. – К., 1999. – С. 25.
2. Бюллетень ВОЗ. – 2003. – №7. – С.473.
3. Венская декларация и программа действий, UN Doc. A/Conf 157/23, 12 июля 1993 г.
4. Всемирный конгресс по общественному развитию / Копенгагенская декларация и программа действий, ООН, Нью-Йорк, 1995.
5. Герасименко Н.Ф. Состояние и перспективы правового регулирования охраны здоровья населения Российской Федерации //Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – №2. – С.3-7.
6. Глоссарий терминов, используемых в серии ВОЗ «Здоровье для всех». – Женева, 1984.
7. Загальна декларація прав людини. – К.:ОВ, 1998. – 8 с.
8. Задачи по достижению здоровья для всех: Европейская серия «Здоровье для всех» №1. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1985. – 238 с.

9. Казначеев В. С. Очерки теории и практики экологии человека. – М.: Наука, 1983. – 260 с.
10. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины (Конвенция о правах человека и биомедицине) //Российский бюллетень по правам человека. Вып. 10. – М., 1998. – С. 106–112.
11. Конституція України. – К.: Феміна, 1996. – 62 с.
12. Лисицин Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины. – М.: Медицина, 1982. – 328 с.
13. Москаленко В.Ф. Концептуальна модель створення нормативно-правової бази України з питань охорони здоров'я за 1992-1999 рр. //Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2000. – №1. – С. 7–24.
14. Основи законодавства України про охорону здоров'я. – К.: Б.В., 1999. – 38 с.
15. Основні нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я, які прийнято протягом 1991–2002 рр. – К.: ОВ, 2002. – 24 с.
16. Пекинская декларация и платформа для действий //Четвертая всемирная женская конференция, Пекин, Китай, 4-15 сентября 1995 г. – ООН, Нью-Йорк, 1996. – С.41-44.
17. Право людини і професійні стандарти для юристів в документах міжнародних організацій /Упоряд. Т. Яблонської. – К.:Сфера, 1999. – 342 с.
18. Правовые основы здравоохранения в России /Под. ред. Ю.Л. Шевченко. – М.:ГЭОТАР-Медицина, 2000. – 211 с.
19. Програма дій //Міжнародна конференція з питань народонаселення та розвитку, 5-13 вересня 1994, Каїр. – К.:Фонд народонаселення ООН (UNFPA), 1997. – 178 с.
20. Рудий В. М. Законодавство як інструмент визначення та реалізації державної політики і вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні //Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2001. – С.151-174.
21. Термінологічний глосарій з питань соціальної медицини і організації охорони здоров'я /В.М. Пономаренко, А.Б. Зіменковський, С.Д. Пономаренко, Т.С. Грузева, В.Г. Курчатова /За заг. ред. В.М. Пономаренка. – Київ, Львів:Ліга-Прес, 2003. – 100 с.
22. Тобес Бриджит. Право на здоровье: Теория и практика. – М.:Устойчивый мир, 2001. – 370 с.
23. Томилін С.А. Два нариси про фундаторів профілактичної медицини //Український історико-медичний журнал "Аганіт". – 2000. – №12. – С.30-34.
24. Confention on the rights of the child. Adopted by the General Assembly of the United Nations on 20 November 1989 /UNICEF Area Office for the Central Asian Republics and Kazakstan. – 1997. – 57 p.
25. Hindriks A.C. and B.C.A. Toebes. Towards a Universal Definition of the Right to Health //Medicine and Law. – Vol.17, N3. – 1998. – P.319-332.
26. Johnston C.A. The International Labour Organization, Its Work for Social and Economic Progress. – London: Europa Publication, 1970. – P.8,61.
27. Pan American Health Organization, The Right to Health in Americans. – Washington, D.C.:PANO, 1989. – 509 p.
28. Roemer R. The Right to Health Care-Cains and Gaps' //American Journal of Public Health. – Vol.78, N3. – March 1997. – P.241-247.
29. Roscan Abbing N.D.C. International Organizations in Europe and the Right to Health Care. – Deventer: Cluwer, 1979. – P.91-96.
30. Rosen G.A. History of Public Health, Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press, 1993.
31. Tolley H.Ir. The U.N. Commission on Human Rights. – Colorado: Westview Press, 1987. – P.24
32. World Health Organization. The First Ten Years of the World Health Organization. – Geneva:WHO, 1958.

ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ В МЕЖДУНАРОДНОМ И ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ

Т.С. Грузева (Киев)

Изучены основные этапы становления и развития принципа права человека на здоровье, как одного из основных прав человека, в зарубежном и отечественном законодательстве. Сформулирован объем и принципиальное содержание права на здоровье. Представлена также регламентация этого права в международных законодательных актах, материалах международных конференций.

THE HUMAN RIGHT ON HEALTH IN FOREIGN AND DOMESTIC LEGISLATION

T.S.Hruzeva (Kyiv)

The main stages in establishment and development of the concept of a human right on health as one of the basic human rights have been assessed in foreign and domestic legislation. The volume and principal content of this right has been formulated. Reglamentation of this right in international law documents and materials of international conferences are also presented.

Л.П. КАЧАНОВА (Умань, Київ)

СТВОРЕННЯ БЕЗПЕЧНОГО ОТОЧЕННЯ ДІТЯМ – СТРАТЕГІЯ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ В УКРАЇНІ

Уманська міська санітарно-епідеміологічна станція
Український інститут громадського здоров'я

Збереження і зміцнення здоров'я підрастаючого покоління – стратегія соціальної політики України. Сьогоднішні школярі – майбутній економічний, науковий і культурний потенціал держави. На жаль, в Україні існує інфляція здоров'я – невідповідність між здоров'ям як особистісною категорією і зовнішнім середовищем [11]. А тому актуальним є впровадження Програми Європейського регіонального бюро ВООЗ "Інвестиції в здоров'я". Одним із завдань Програми є створення здорового середовища в школах, бо саме в шкільні роки відмічається інтенсивний ріст і розвиток організму, проходить його біологічне і соціальне дозрівання, формуються світогляд, готовність до трудової та творчої діяльності [22].

Основні чинники, що впливають на стан здоров'я та рівень фізичного розвитку дітей, – це соціальні, екологічні фактори та фактори навчально-виховного процесу. Найбільш несприятливими з останніх є гіподинамія, нераціональне харчування, порушення гігієнічних вимог до розкладів та структури уроків, незадовільне матеріально-технічне забезпечення шкіл та впровадження інноваційних технологій без урахування анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму [1,16,18]. Усі ці фактори спричиняють погіршення показників фізичного розвитку та здоров'я дитячого населення.

За результатами досліджень Інституту охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України, серед учнів 1-х класів 30% здорових дітей, а 11-их класів лише 6%, до I групи здоров'я можна віднести 10% школярів, II і III групи мають по 45% учнів [17].

Погіршився рівень фізичного розвитку дітей. Він є високим лише у 1,4% школярів, вищим за середній – у 10,1%, середнім – у 30%, нижчим за середній – у 30,6%, низьким – у 21,9% [26].

Для сучасних дітей характерні децелерація та трофічна недостатність [19]. Дефіцит маси тіла в 15 р. складає 13,9%, в 17 р. – 15,6%,

довжина тіла залишилась на рівні 80-х років, зменшилась м'язова сила кистей рук, ЖОЛ [2,10,19].

У структурі захворюваності дитячого населення I рангове місце займають хвороби органів дихання, II – нервової системи і органів чуття, III – шкіри і підшкірної клітковини, IV – інфекційні і паразитарні хвороби, V – травми і отруєння.

Зростає поширеність соціально небезпечних хвороб: наркоманії, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу [17]. Порівняно з 1990 р. захворюваність на туберкульоз серед дітей у віці до 14 років збільшилась в 2 рази (з 4,6 ‰ до 9,3 ‰), з 1995 р. – в 1,5 рази.

Особливо високим є рівень захворюваності на туберкульоз серед контактних підлітків, який в 1,3 – 1,5 рази перевищує рівень дорослих [7].

Значного поширення набули шкідливі звички і особливо наркоманія. Якщо в 1997 р. переважала соціальна мотивація до вживання наркотиків, то у 2001 р. – медико-біологічна та психологічна, яка пов'язана зі змінами спектра наркотичних речовин.

Серед учнів шкіл, гімназій, ліцеїв віком 10–13 років, 14–16 років, 17–18 років приріст споживання наркотиків порівняно з 1997 р. становив 3,7%, 5,1%, 6,9% відповідно [6].

Про істотний вплив навчально-виховного процесу на стан здоров'я дітей і підлітків свідчать дані Українського НДІ охорони здоров'я дітей і підлітків: рівень загальної патологічної ураженості в учнів 5-х класів більший, ніж в учнів 1-х, в 1,4 разу; в учнів 9-х – в 1,2 разу більший, ніж у п'ятикласників, і в 1,7 ніж у першокласників.

У дітей 7-14 років порівняно з дітьми 0-6 років поширеність хвороб серця і органів кровообігу більша в 2,9 рази, бронхіальної астми – в 3,2 рази, психічних розладів – у 2,6 рази, захворювань нервової системи та органів чуття – в 1,3 рази [17].

Зі збільшенням шкільного стажу збільшується також кількість дітей з відхиленнями у фізич-

ному розвитку, посилюється дисгармонійний розвиток за рахунок зниження маси тіла.

Створення навчальних закладів нових типів (гімназій, ліцеїв, колегіумів), впровадження інноваційних технологій без урахування анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму в різні періоди, призвело до погіршення здоров'я школярів цих закладів. Якщо кількість здорових дітей в 1-х класах практично однакова, то вже у 5-х є значна різниця. Серед учнів 11-х класів гірші показники мають ліцеїсти та гімназисти. Частота патології кістково-м'язової системи, шлунково-кишкового тракту, органів зору в 1,5-2 рази, а серцево-судинної системи в 4 рази вища, ніж у школярів загальноосвітніх шкіл [9,14,15].

Учні загальноосвітніх шкіл мають більший відсоток високого рівня фізичного розвитку. Проте учні загальноосвітніх шкіл більше мають шкідливих звичок, ніж гімназисти [13].

Серед гімназистів менший відсоток осіб з низьким рівнем індивідуально-типологічних властивостей, ніж у загальноосвітніх школах.

На стан здоров'я дитячого населення в певні періоди істотно впливають фактори довкілля. Переважно ними обумовлений розвиток абсолютної сили м'язів, частоти рухів, метаболічних показників у віці 6, 10 років. Важливе значення екзогенні фактори мають у формуванні центральної нервової системи в 4, 6 та 10-12 років, вегетативної – в 4-9 та 13,15 років, для показників елетроенцефалограми – в 10-12 та 16-21 років.

Саме в ці періоди внаслідок негативного впливу довкілля виникає конфлікт між біологічними можливостями і умовами навколишнього середовища, який викликає специфічну і неспецифічну перебудову організму, обумовлює зростання хронічних захворювань у дітей в 8-9, 11-12, 14-15 та 17 років [21,27].

Наукові дослідження підтверджують негативний вплив окису вуглецю, сірчаного ангідриду, фенолів, формальдегіду, аміаку, фтористого водню на здоров'я дитячого населення [5]. Так, збільшення в повітрі сірководню на величину 1ГДК обумовлює приріст загальної захворюваності дітей 6-7 років на 5,65%, 8-10 років – на 2,3% [4].

Вагоме значення у формуванні впливу довкілля на дитячий організм мають електромагнітні випромінювання. В умовах підвищеного ЕМП збільшується ризик функціональних відхилень в системі кровообігу в 2,3 рази [12]. У школярів після двогодинної роботи за комп'ютером, ЕМП якого вище норми, відмічається збільшення кількості клітин епітелію щік з мікроядровими і двоядерними клітинами, що є індикатором за-

бруднення довкілля [25]. Виявляються порушення гормонального та імунного статусу.

Комп'ютеризація класів призводить до зниження гостроти зору, посилення рефракції, зорової втоми, нарощення явищ вегетосудинної дистонії, дискінезії жовчовивідних шляхів [3].

Не менш актуальною для дитячого організму є проблема шуму, який призводить до функціональних змін у нервовій та серцево-судинній системах [24].

Серед соціальних факторів істотне значення мають умови проживання, спосіб життя та тип сім'ї, рівень освіти батьків, наявність у них шкідливих звичок. Так, чим вищий рівень освіти батьків, тим більша частка дітей з високим рівнем здоров'я. Проживання в неповних сім'ях, у незадовільних житлових умовах сприяє погіршенню стану здоров'я [16].

Особливе значення у формуванні здоров'я дітей і підлітків має харчування. Сучасним соціально-економічним становищем у державі зумовлене нераціональне та незбалансоване харчування. Зменшилось споживання м'яса, риби, яєць на 25,40,80%, молока – на 20-50%, сиру м'якого – на 66%, фруктів та овочів – на 30-40% [19]. Це призвело до дефіциту в організмі макро- та мікроелементів, вітамінів, білків рослинного та жирів тваринного походження, недостача яких сприяє розвитку серцево-судинних, інфекційних захворювань, хвороб нервової системи та органів травлення.

Показники фізичного розвитку та стану здоров'я, гігієнічні умови житла впливають також на показники розумового, психоемоційного та особистісного розвитку школярів, а рівень здоров'я визначає і соціальну дієздатність [13, 22].

Створенню безпечного оточення дітям в Україні сприятиме виконання міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації", одним із напрямків якої є оздоровлення шкільного середовища. Ця робота повинна проводитись з урахуванням інтегрального, комплексного та систематичного підходів, тому що проблема знаходиться на стику освіти та охорони здоров'я.

Шкільна програма здоров'я повинна стати ланкою первинної системи охорони здоров'я, оскільки забезпечує профілактичну, лікувальну, реабілітаційну, гігієнічну та психолого-педагогічну функцію. Цьому сприятиме інтеграція педагогічних та медичних технологій.

Комплексна програма здоров'я повинна передбачати: відповідність матеріально-технічної бази шкіл та організації навчально-виховного процесу санітарно-гігієнічним вимогам; впровадження оздоровчих технологій, спрямованих на корекцію та нейтралізацію негативного впливу факторів ризику шкільного середовища. У

першу чергу це стосується збільшення рухової активності за рахунок фізкультхвилинок, додаткових уроків фізкультури, ЛФК, активного відпочинку під час перерв та виконання спеціальних вправ під час регламентованих перерв при роботі з комп'ютерною технікою.

Доцільними в навчально-виховному процесі є впровадження таких оздоровчих технологій, як аромотерапія та музикотерапія, масаж, заходів з профілактики міопії, точковий масаж, застосування фітотаїв.

Не менш важливе значення має організація харчування. Забезпечення школярів гарячим збалансованим харчуванням повинно стати одним із заходів державної політики і ніяким чином не відмінитись Законом України "Про державний бюджет".

Вагоме значення має формування здорового способу життя у педагогів, учнів та їх батьків.

Санітарно-просвітницька робота повинна бути цілеспрямованою, диференційованою та науковою. Доцільні індивідуальний, груповий та комунікаційний методи.

Безперечно, всі оздоровчі технології повинні впроваджуватись під контролем медичної служби школи та після державної санітарно-епідеміологічної експертизи.

Медичний пункт школи в системі первинної ланки охорони здоров'я повинен стати цеховою службою в складі лікаря сімейної медицини, лікаря-стоматолога, медсестер загальної практики, фізіотерапевтичного кабінету, психолога.

Інтергація медичних та педагогічних оздоровчих технологій, спрямованих на корекцію негативного впливу факторів ризику оточуючого середовища, сприятиме покращенню фізичного розвитку, стану здоров'я та розумових здібностей дитячого населення.

Список літератури

1. Ананьева Н.А., Ямпольская Б.А. // Вестн. РАМН. – 1993. – № 5. – С. 21–24.
2. Бардов В.Г., Сергета І.В. Шляхи цілеспрямованої корекції адаптаційних можливостей організму дітей // Проблеми медицини. – 2000. – С. 9–10, 28–30.
3. Белоусов И.В. Состояние здоровья и органа зрения у первокрасников в условиях комп'ютеризации // Материалы наук.-практ. конф., 24–25 трав. – Харьков, 1995. – С. 15.
4. Бердник В.И. Некоторые аспекты чувствительности детского организма к факторам окружающей среды // Материалы наук.-практ. конф., 24–25 трав. – Харьков, 2000. – С. 19–20.
5. Берзінь В.І., Івахно О.П., Литвинова Ю.О. Вплив поєднаної дії шкідливих антропогенних чинників різної інтенсивності на формування здоров'я дітей // Там же. – С. 20–22.
6. Беспалько В.В. Визначення медико-соціальних чинників формування наркоманій серед учнівської молоді та обґрунтування її первинної профілактики на прикладі західного регіону України: Автореферат дис...канд. мед. наук. – К., 2002. – С. 13–14.
7. Гайдай І. Основные статистические показатели заболеваемости туберкулезом в Украине // Глав. врач. – №2. – 2003. – С. 26.
8. Глуценко А.Г., Полька Н.С., Івахно О.П., Єременко Г.М. Медико-педагогічні проблеми організації навчання дітей та підлітків в сучасних типах загальноосвітніх установ // Материалы наук.-практ. конф., 24–25 трав. – Харків, 1995. – С. 46–47.
9. Гребняк Н.П., Машинистов В.В. Физиологические детерминанты учебного процесса в лицах: Материалы наук.-практ. конф., 17–19 трав. – Харків, 2000. – С. 19–21.
10. Єременко Г.М., Гозак С.В. Фізіолого-гігієнічні основи шкільного навчання 6- річних дітей в умовах переходу до 12 річного терміну навчання у загальноосвітніх навчальних закладах України // Материалы наук.-практ. конф. Укр. НДІ охорони здоров'я дітей і підлітків, 17 трав. – Харків, 2000. – С. 33–35.
11. Жаліло Л., Солоненко І., Волос Б. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – С. 3–21.
12. Зайковська В.Ю. Роль антропогенних факторів оточуючої середовища в процесі формування патології системи кровообігу у дітей // Материалы наук.-практ. конф. Укр. НДІ охорони здоров'я дітей і підлітків, 17 трав. – Харків, 2000. – С. 59–60.
13. Калиниченко І.О. Гігієнічні аспекти формування соціальної дієздатності випускників загальноосвітніх навчальних закладів різного типу // Автореф. дис... канд. мед. наук. – К., 2002. – С. 12–14.
14. Козярин І.П., Сысоенко Н.В., Суцєва Г.В. Зміни психофізіологічних функцій та розумової працездатності під впливом учбового навантаження у гімназистів // Материалы наук.-практ. конф. Укр. НДІ охорони здоров'я дітей і підлітків, 17 трав. – Харків, 2000. – С. 44–45.
15. Колпакова Г.М., Светличная Е.Ф. Психологический контроль школьников в процессе внедрения педагогических инноваций // Там же. – С. 2–3.
16. Комплексная гигиеническая и медико-социальная оценка состояния здоровья детей с учетом образа жизни семьи и факторов экологического риска: Метод. рекомендации. – СПб., 1996. – С. 5–13.
17. Нагорна А.М., Грузева Т.С., Дудіна О.О. та ін. Стан та перспективна здоров'я підлітків України: Зб. серії "Столична освіта" / За ред. Б. Жебровського. – К. – 2001. – с. 55–57.

18. Пляскина И.В. Здоровье детей, обучающихся в школах нового вида // Гигиена и санитария. – 2000. – №1. – С. 62–64.
19. Салуга І.Є. Здоров'я дитини – запорука здоров'я нації // Директор школи. – 2000. – №39–40. – С. 38.
20. Сердюковская Г.Н. Руководство для врачей школ. – М.: Медицина. – 1983. – С. 16–17, 30.
21. Сухарев А.Г., Каневская Л.Я., Рябова Л.В. и др. Методология комплексной оценки условий воспитания и обучения детей и подростков // Гигиена и санитария. – 2000. – №4. – С. 33–36.
22. Сухарев А.Г. Научные основы концепции укрепления здоровья детей и подростков // Там же. – №3. – С. 43–44.
23. Хильчевська В.С. Багатофакторний аналіз показників здоров'я та формування особистості дітей шкільного віку: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Харків. – 2000. – С. 9–11.
24. Худницкий С.С. Влияние транспортного шума и вибрации на население. Медицина труда и промышленная экология. – 2000. – №2. – С. 14–18.
25. Хусаинова И.С., Орлов В.И. и др. Проблемы электромагнитной безопасности человека. – М. – 1996. – С. 61–62.
26. Шаповалов В.А. Новые подходы к диагностике физического здоровья школьников и оздоровлению средствами физической культуры: Зб. серії "Столична освіта" / За ред. Б. Жебровського. – К. – 2001. – С. 92–94
27. Шестакова В.Н. Динамика состояния здоровья школьников в зависимости от форм обучения // Рос. пед. журн. – 1998. – №5. – С. 30–33.

СОЗДАНИЕ БЕЗОПАСНОГО ОКРУЖЕНИЯ ДЕТЯМ – СТРАТЕГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В УКРАИНЕ

Л.П. Качанова (Умань-Киев)

Рассмотрены социальные, экологические факторы и факторы учебно-воспитательного процесса, влияющие на состояние здоровья и уровень физического развития детей. Особое внимание уделено школьной среде. Подчеркнута необходимость совместных усилий медиков, педагогов и общества в целом в создании здорового и безопасного окружения.

CREATION OF SAFETY ENVIRONMENT FOR CHILDREN-STRATEGY OF SOCIAL POLICY IN UKRAINE

L.P. Kachanova (Uman-Kiev)

Social, ecological factors and those of educational and training process effecting the health status and level of physical development of children have been considered. The particular attention was paid to school internal environment. The need of the combined efforts of medical specialists, teachers and society as a whole in creation of safe and healthy environment for children was emphasized.

Я. В. ГАНІТКЕВИЧ (Львів)

БОРИС МАТЮШЕНКО – УКРАЇНСЬКИЙ ВЧЕНИЙ-ГІГІЄНИСТ І СУСПІЛЬНО-ПОЛІТИЧНИЙ ДІЯЧ (ДО 120-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького



Минає 120 років від дня народження Бориса Матюшенка – видатного українського лікаря-гігієніста і терапевта у Києві, директора департаменту здоров'я в Українській Державі (1918), професора гігієни Українського вільного університету в Празі, голови закордонного бюро Українського Червоного Хреста, організатора і голови Спільки українських лікарів у Чехо-Словаччині, редактора журналу "Український медичний вісник", дійсного члена НТШ, члена Українського наукового інституту в Берліні, автора низки наукових праць та термінологічних матеріалів.

Народився він 2 листопада 1883 р. в Петербурзі (за деякими джерелами – в Києві) в сім'ї полковника царської армії, що походив із старого українського роду. Згодом батько переїхав до Києва, де отримав призначення коменданта арсеналу, одночасно працював професором вищої військової школи. Родина підтримувала українські традиції, під час навчання в київській гімназії Борис став одним із засновників української громади. Навчаючись на меди-

чному факультеті університету св. Володимира він у 1903–1906 рр. був активним членом Революційної української партії (РУП), брав активну участь в громадських та політичних виступах, за що переслідувався царською владою – його заарештували в вислали з Києва. Згодом Б. Матюшенко став активним членом Української соціал-демократичної партії (УСДП), увійшов до складу її виконавчого комітету. Протягом усього свого життя професійну працю поєднував з громадсько-політичною. Найбільше його цікавили проблеми соціальної медицини та гігієни, ще студентом, він почав працювати у клініці спеціальної патології та терапії. З 1905 р. він працює в санітарній управі Києва під керівництвом відомого пізніше українського вченого-гігієніста Овксентія Корчак-Чепурківського, займається питаннями водопостачання міста, бере участь в боротьбі з епідемією холери (1907 р.), розробив комплекс заходів для очищення води міського водопроводу.

Після закінчення медичного факультету у 1909 р. Б. Матюшенко працює в клініці спеціальної патології і терапії медичного факультету Університету св. Володимира під керівництвом проф. Григорія М. Малкова. Тут у 1912 р. захищає докторську дисертацію. Він досліджує проблеми акромегалії, рентгенотерапії лейкемії, артеріосклерозу. Одночасно продовжує працювати у міській службі як санітарний лікар, приймає убогих хворих в лікарні Київського благодійного товариства. Разом з тим, він ще працює лікарем швидкої допомоги, провадить приватну практику. З початком Першої світової війни його мобілізували до армії та послали служити у військах, які перебували в Галичині, так що він мав нагоду заізнатися з галичанами та їх проблемами.

Після розпаду Російської імперії Б. Матюшенко бере активну участь в розбудові української державності. Він один з ініціаторів проведення організаційного з'їзду та створення Українського Червоного Хреста (УЧХ), входить до складу його

центрального комітету. Б.Матюшенко був у числі організаторів Всеукраїнської спілки лікарів. Він займається організацією медично-санітарної служби УНР, очолює Головну медико-санітарну управу при Генеральному секретаріаті медичної і санітарної служби.

В травні 1918 р. “Державний вістник” повідомив, що голова колишньої Головної медично-санітарної управи Міністерства внутрішніх справ лікар Борис Матюшенко призначається директором департаменту лікарської допомоги і шпитальних справ Міністерства народного здоров'я і державного опікування.

Про його діяльність в ці роки пише Дм. Дорошенко: “Міністерство Народного Здоров'я і Опікування мало перед собою дуже складне й тяжке завдання: поліпшити санітарне становище краю, що був кілька років почати тереном війни, або ж найближчим запіллям мільйонових армій, був весь захоплений виром громадянської війни проти большевизму; в краю розвинулись пошесні хвороби, загрожувала зі сходу холера, а тим часом медичний і санітарний апарат був у значній мірі зруйнований і почувався величезний брак медикаментів і санітарних засобів. Енергія Міністра В.Ю Любінського і його найближчих помічників – д-ра Є.І.Яковенка і д-ра Б.П.Матюшенка, – була направлена в першій мірі на боротьбу з пошестю, на піддержку і оновлення існуючих уже в краю великих лікарських інституцій, на використання величезного майна і особистого персоналу медико-санітарних організацій військового часу, таких як Червоний Хрест, Земський та Міський Союзи та інш.”

Гетьманський уряд призначив Б.Матюшенка директором медичного департаменту, тобто Міністром здоров'я. Таку ж посаду Міністра він займає за Директорії.

У важкі роки більшовицької агресії він увійшов до складу української делегації на мирну конференцію в Парижі, відстоював інтереси збереження Української Держави. У 1919 р. Б.Матюшенко разом з д-ром Є.Лукасевичем засновують Закордонне бюро Українського Червоного Хреста; Б.Матюшенко стає його головою та виконує ці обов'язки до 1921 р. Сучасники характеризували Бориса Матюшенка як людину великих особистих здібностей, з високою всесторонньою освітою, як знавця європейських мов, активного громадського діяча.

Після захоплення України більшовиками Б.Матюшенко виїхав з рідного Києва до Чехо-Словаччини в Прагу, де почався дуже активний і різноманітний еміграційний період його діяльності. На той час до Праги емігрувало багато українських лікарів, науковців, викладачів, студентів. Завдяки сприятливому ставленню і фінан-

совій підтримці Чехо-Словацької влади вдалося відкрити в Празі Український вільний університет (УВУ, пізніше перенесений до Мюнхена), Педагогічний Інститут, Українську господарську академію в Подебрадах біля Праги. Завдяки своїй енергії та організаційним здібностям Б.Матюшенко стає одним з провідників української еміграції.

Рада УВУ обрала доктора медицини Бориса Матюшенка професором кафедри гігієни, він почав свою педагогічну роботу. Незабаром він організує також викладання гігієни в Українській господарській Академії та стає професором цієї Академії.

Тоді уряд очолював Томаш Масарик, який у 1918 р. став першим президентом Чехословацької Республіки, великий приятель України, дійсний член Наукового товариства ім.Шевченка у Львові. Він із розумінням ставився до української еміграції та її потреб, за його сприяння в Празі відкрито УВУ, Українську господарську академію, Вищий педагогічний інститут імені Драгоманова. В значній мірі завдяки ньому Прага стала одним із центрів українського культурно-наукового життя. На чолі допомогової акції еміграції стояв д-р В.Гірса, який раніше був лікарем в Україні і добре розумів проблеми лікарів-емігрантів. Крім того, Б.Матюшенкові, як членові УСДП, вдалося встановити широкі зв'язки з провідними колами Чеської соціал-демократичної партії, яка мала великий вплив в уряді. В такій ситуації Б.Матюшенко добився щедрої фінансової допомоги чехословацького уряду українським лікарям та еміграційним інституціям. У 1923-1928 рр. Спілка отримала від уряду понад 500 000 корон на допомогові цілі та 120 000 корон на видавничі цілі.

У 1922 р. Б.Матюшенко засновує Спілку українських лікарів у Чехо-Словаччині, яка ставила перед собою такі головні завдання: 1) Об'єднання українських лікарів на еміграції; 2) допомога їм у ділянці професійної праці та фахового удосконалення; 3) наукова та культурно-освітня праця; 4) громадська діяльність. До спілки увійшло понад 30 лікарів. В їх числі були лікарі Українського війська, члени керівництва УНР, зокрема заступники Міністра здоров'я УНР Ол.Білоус та М.Равич, В.Гармашів, проф. І.Горбачевський, Л.Кобилянський, Ол.Плітас, В.Піснячевський, М.Стаховський та ін.

Спілка зразу ж розвинула поважну діяльність, допомагала лікарям влаштуватися в Чехії, видавала окремим з них стипендії, сприяла удосконаленню їх в клініках та інститутах. Спілка уже в 1922 р. стала осередком науково-медичної праці українських лікарів на чужині. З ініціативи Б.Матюшенка під його редакцією Спілка почи-

нає видавати лікарський журнал "Український медичний вістник" (УМВ), перший український медичний часопис за межами України. Він виходив саме в ті роки, коли на українських землях, захоплених більшовиками, не було ніякого фахового медичного українського видання. У «Вістнику» публікували свої праці лікарі-науковці, які перебували в еміграції, а також вчені-медики із Східної та Західної України, найчастіше з Києва, Львова, Чернівців.

На сторінках журналу публікувались оригінальні праці з клінічної та теоретичної медицини, було чимало праць з соціальної гігієни та еugenіки. Часопис висвітлював досягнення західноєвропейської медицини, подавав хроніку українського медичного життя, приділяв увагу українській медичній термінології.

Авторами статей в УМВ були лікарі та науковці Г.Белей, К.Воевідка, проф. В.Гармашів, проф. І.Горбачевський, А.Гончарів-Гончаренко, Ю.Добриловський, М.Качалуба, Н.Мазепа, В.Наливайко, І.Ортинський, М.Равич, М.Сисак та ін.

Б.Матюшенко зумів організувати розповсюдження журналу на Наддніпрянщині, де він отримав схвальну оцінку фахівців і сприяв активізації українських видань. Зокрема, на думку С.Наріжного, УМВ послужив зразком для заснування в Києві у 1925 р. журналу Київського медичного інституту "Українські медичні вісті", сприяв відновленню у Львові видання "Лікарського вісника".

Б.Матюшенко, як автор статей і редактор журналу, впроваджував і розвивав українську медичну термінологію, за його та д-ра В.Наливайка редакцією у 1926 р. видано "Латинсько-український медичний словник" обсягом 20 друк. арк.

У 1927 р. Спілка вислала до Медичної секції ВУАН в Києві великий транспорт фахової німецької літератури, що була закуплена ще в 1919 р. і переховувалася в Берліні.

Б.Матюшенко очолював Спілку до 1935 р., вона проіснувала до 1940 р.

Проф.Б.Матюшенко був членом низки наукових організацій, зокрема Наукового товариства ім.Т.Шевченка у Львові, Українського наукового інституту в Берліні, дійсним членом Чеського еugenічного товариства. У 1933-1936 рр. він входив до складу редакційного комітету "Лікарського вісника", який видавали Лікарська комісія НТШ і УЛТ у Львові.

Б.Матюшенко брав участь в організації Всеслов'янського лікарського союзу та виступав з доповідями на слов'янських наукових з'їздах. На лікарському з'їзді в Белграді (1926 р.) він з тривогою доповідав про зростання захворюваності на туберкульоз в Україні. Від імені Спілки Україн-

ських лікарів у Чехо-Словаччині він брав участь в організації двох українських наукових з'їздів в Празі 1926 і 1932 рр. На першому з'їзді він виступив з доповідями: "Зміни здоров'я українського народу під впливом війни і революції" та "Сучасна організація медично-санітарної служби на Україні".

На 2-му з'їзді природників і лікарів у Львові 5-6 червня 1927 р. Б.Матюшенко очолював делегацію лікарів Праги. Він вітав з'їзд від Українського академічного комітету в Празі та виголосив три доповіді: "Проблеми старіння і відмоложення в світлі сучасних біологічних дослідів", "Розвиток сучасної української медицини і наукова лікарська організація" та "Звіт зі Всеслов'янського з'їзду лікарів у Варшаві".

Вчений опублікував перший український підручник для вищої школи "Соціальна гігієна" (Прага, 1924), низку наукових праць з гігієни, охорони здоров'я та еugenіки в українських та чеських журналах. Ця наукова спадщина Бориса Матюшенка, розкидана у різних діаспорних виданнях, практично недоступна науковцям України, так і не дочекалася глибокого аналізу, належного відображення в історії української медицини. Тим часом, в його працях звучить глибока стурбованість станом здоров'я українського народу, збереженням кращих властивостей його генофонду. Одна з праць Б.Матюшенка так і називається: "Зміни здоров'я українського народу в останнє десятиліття" (1924 р.). В ній автор відзначає постійність досить високого коефіцієнту щорічного приросту населення, високу народжуваність, відносно невисоку дитячу смертність. Приводить таблиці, з яких видно, що у 1912 р. Україна займала третє місце серед 18 країн за народжуваністю та перше місце за приростом (20,7 на 1000 населення). Наводить антропометричні дані для 13 народів, з яких видно, що українці займали 4-те місце за ростом чоловіків (169,9 см) та друге за обміром грудей (88,3 см). Відзначає, що в Україні була середня інтенсивність розповсюдження туберкульозу, венеричних захворювань, пошестей, вживання алкоголю та робить висновок, що до 1914 року "наш народ був одним із здоровіших і міцніших народів світу". Далі Б.Матюшенко пише: "З того часу український народ підпав цілій масі руйнуючих його здоров'я впливів. Всі три апокаліптичні „іздці смерти" – війна, пошести і голод – і поодинці, і разом нищили протягом останнього десятиліття, а почасти нищать й далі, живі сили українського населення. Крім них і поруч з ними зросли й всі соціальні недуги. Які ж зміни настали в наслідок цього в здоров'ї нашого народу?". Він відзначає: "Подати точні цифрові дані дуже тяжко; їх ще дуже мало і вони носять зде-

більшого частковий, локальний, навіть випадковий характер. Загальна соціально-господарча руїна зруйнувала зовсім, або значно ушкодила, статистичні і медично-санітарні апарати. Але й тих даних, що мають, є досить, щоб скласти бодай загальну уяву про наслідки шкідливих впливів, яким підпало в останні роки наше населення". Автор приводить доступні дані про втрати вояків і цивільного населення внаслідок воєнних дій, смертність від пошестей, туберкульозу, загрозливе поширення венеричних недуг, втрати від громадянської війни. Він пише: "В ряди борців з боку представників окремих клас і політичних течій, що провадять збройну боротьбу, втягуються найактивніші, найбільш енергійні елементи, у котрих можна припускати і релятивно добрі "спадкові якості". Їх загибель є тим більшою шкодою для нації. До цього ...треба додати ще вимирання внаслідок всіх тяжких обставин існування значної частини "мозку нації", її інтелігенції. Оскільки серед представників інтелігенції, що складається звичайно з елементів різного класового походження, можна, загально беручи, припускати вищі середні спадкові якості і обдаровання, загибель інтелігенції означає ушкодження духового багатства нації, погіршення її "біологічного фонду". Ці жертви український народ поніс також у великому розмірі". Б.Матюшенко аналізує в цій праці також втрати народу від голоду 1921-1922 років, приводить деякі маловідомі цифрові дані. Він звертає увагу на те, що в період неврожаю, коли багато людей з голодних районів подалися в північні райони доставати хліб, організовані більшовицьким урядом спеціальні "заградітельні отряди" не пропускали людей, відбирали у них роздобутий з таким трудом хліб, а з ним – надію на виживання.

В іншій праці Б.Матюшенко розглядає приріст населення у різних груп, зокрема серед інтелігенції. Він приводить статистичні дані про кількість дітей в сім'ях лікарів (1,9), адвокатів (2,0), банкірів (2,2), робітників-металістів (2,8), некваліфікованих робітників (3,4). Наведені дані про 400 одружених українських інтелігентів, що беруть активну участь в громадському життю; з них 200 на українській території та 200 – на еміграції. В УРСР на 1 подружжя припадає 1,44 дитини; на Західних землях – 1,97 (мабуть за рахунок багатодітних родин священиків); на еміграції – 1,24. Зроблено висновок, що "українська інтелігенція виказує мінімальний коефіцієнт приросту і в цьому відношенні значно відстає від загально відомої високої плідності широкого загалу нашого селянського населення".

Якщо німецькі фашисти і деякі вчені надавали евгеніці елементи расизму, зачисляли народи до різних рас та розглядали евгеніку в плані

збереження та покращення "вищої раси", то Б.Матюшенко пише про евгеніку, як науку про спадкові "дідичні" якості людського організму. Він пише: "Лише недавно евгеніка і зв'язані з нею дисципліни розпочали в західних країнах – в Європі й особливо в Америці – систематично студіювати дідичні якості індивідуумів, родин, груп і народів, і що-року ці досліди роблять все більші успіхи. От же оцінки здоров'я певного населення повинні торкатися не лише всіх факторів, що впливають – добре чи зле – на здоров'я нині живучої генерації, всіх тих чинників, що впливають – кількісно чи якісно – на генеративний процес і можуть відбиватися на властивостях майбутніх генерацій. Поруч з дослідями загально-гігієнічних умов життя народу, залежних від форм і ступеня розвитку його культури і соціально економічного устрою, ми мусимо звертати особливу увагу на ті чинники, що можуть ушкоджувати дідичну плязму індивідуумів, а в масовому масштабі беручи – ушкоджувати генеративні властивості цілого народу". Отже вже тоді Б.Матюшенко чи не першим ставив питання про збереження генофонду нації.

В праці про евгенічні поради Б.Матюшенко писав: "Модерна здоровна та соціальна політика, оперта на основах превентивности, старається не тільки лікувати хворих, але також не допускати до повстання хворіб і зхміряє тим способом до зменшення числа людей, що потребують помочі. Одначе в тій загальній здоровній політиці модерних держав тільки з трудом добивається належного їй призначення засада, що для забезпечення людського здоров'я замало є добрих, ба навіть найліпших зовнішніх обставин, але що треба старатись також і про саму основу життєвих функцій, тобто про це, щоб люди родились вже по можливості з найліпшими біологічними прикметами". Він приходить до висновку, що одним зі способів можливого зменшення числа дефективних нащадків є так звані "евгенічні супружні поради". До них він відносить цілий комплекс оздоровчої і соціальної політики, до складу якого входили б поради здоров'я для дорослих протягом усього активного життя; він також пропонує добровільні лікарські огляди перед шлюбом і доводить їх необхідність, наводить приклади з інших країн світу, де забороняються шлюби з особами, хворими на венеричні хвороби, туберкульоз, психічні розлади. Такі поради (консультації) мали б давати безплатні рекомендації особам, що вступають у шлюб, а також одруженим, кого цікавлять питання статевого життя, безплідности, різноманітних вад організму. Лікарі цих консультацій повинні добре знати генетику, мати знання з питань соціальної гігієни, сексології і психіатрії,

працювати в тісному зв'язку з іншими спеціалістами. Важливим завданням Б.Матюшенка вважав популяризацію і широку пропаганду медичних знань, санітарно-просвітницьку роботу. Одна така євгенічна порада була створена Українським лікарським товариством ще в 1931 р.

По-суті, Борис Матюшенко 70 років тому поставив питання про необхідність створення тих закладів, які набули поширення тільки в останні десятиріччя у виді медико-генетичних консультацій. Пріоритет українського вченого в цьому питанні замовчувався і досі не відзначений.

Разом з тим, Б.Матюшенко надавав великого значення дії на організм чинників зовнішнього середовища. В праці про спадковість туберкульозу він, наголошучи на значенні спадкових чинників, підкреслює роль найрізноманітніших факторів навколишнього середовища. Він пише: "При розгляді дідичности туберкульозу мусимо мати на увазі перехід від батьків до нащадків не самої хвороби, як такої, а певного до неї нахилу, певної диспозиції, яка в свою чергу являється одним з проявів певної особливої тілесної конституції". Під останнім терміном він розумів "суму всіх анатомічних, так і функціональних властивостей та здібностей тим або іншим способом реагувати на різні зовнішні впливи". Б.Матюшенко розвиває концепцію захворювання туберкульозом, за якою "принаймні серед мешканців більших європейських міст

кожен ще до досягнення дорослого віку має туберкульозну інфекцію... вродженого імунітету проти туберкульозу не має жодна людина, жоден нарід, жодна раса". Він наголошував, що "боротьба з туберкульозом мусить брати до уваги клінічні, соціально-гігієнічні і євгенічні методи і заходи".

Цікава і оригінальна праця Б.Матюшенка "Проблеми старіння та відмолодження в світлі сучасних біологічних дослідів", з якою він виступив на 11-му з'їзді українських лікарів і природників у Львові (1928). За словами автора "якщо означити вік організму по швидкості зросту, то виявиться, що в періоді ембріонального розвитку, коли зріст є найбільшим, організм найбільше і постарів, бо за цей час швидкість його зросту зменшилася майже на 100%. Таким чином старіння починається від першого моменту життя організму, тобто від моменту запліднення, отже старіння є життя". Виходячи з тогочасних даних він наголошує на ролі фізико-хімічних процесів у механізмах старіння, привертає увагу до ролі холестерину і ліпідів.

Помер проф. Борис Матюшенко 25 березня 1944 р. Доробок вченого, як і його науково-організаційна та громадсько-політична діяльність в УРСР належали до заборонених тем. Тільки в останні роки ім'я визначного українського вченого і громадського діяча повертається в медичну науку та історію України.

Список літератури

1. *Бібліографічний покажчик наукових праць української еміграції (1920-1931)*. Склад П.Зленко. Прага. – 1932. – С.100-104.
2. *Ганиткевич Ярослав*. Українські лікарі-вчені першої половини ХХ століття та їхні наукові школи. Біографічні нариси та бібліографія // Львів: В-во НТШ і ін. 2002. – С. 67-76.
3. *Грандо О.А.* Матюшенко Борис Павлович // *Визначні імена в історії української медицини*. Київ РВА "Тріумф". – 1997. – С.306.
4. *Дорошенко Дм.* Історія України 1917-1923 рр. Українська Гетьманська Держава. -.Т.2.. – С.314.
5. *Завальняк Володимир*. Організація українських лікарів в ЧСР (1922 – 38) // *Матеріали до історії української медицини*. Т.2. – Чикаго, 1988. Там само. С. 68, 69.
6. *Івченко Людмила*. Український Червоний Хрест у Києві (1919 – 1942) // *Матеріали до історії української медицини*. Т.2. – Чикаго, 1988. – С. 134.
7. *Наріжний Семен*. "Спілка Українських Лікарів у Чехії" // *Матеріали до історії української медицини*. Т.2. – Чикаго, 1988. – С.62 – 64, 63.
8. *Ортинський І.* П'ятдесятиліття проф. д-ра мед. Бориса Матюшенка (1883 – 1933) // *Лікарський вістник*. – 1934. – Ч.1. – С. 1-5.

БОРИС МАТЮШЕНКО – УКРАЇНСЬКИЙ УЧЕНИЙ-ГИГІЄНИСТ И ОБЩЕСТВЕННО - ПОЛИТИЧЕСКИЙ ДЕЯТЕЛЬ (К 120-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Я.В.Ганиткевич (Львов)

Приведены данные о жизненном пути, научной и общественной деятельности профессора Бориса Павловича Матюшенка. Он возглавлял департамент здоровья Украины во время Гетманщины (1918), в эмиграции в Праге был профессором гигиены в Украинском Вильном Университете, организовал Союз украинских врачей в Чехо-Словакии (1922), издавал «Украинский медычный вистник» (1923-1925)

BORYS MATIUSHENKO – A UKRAINIAN SCIENTIST-HYGIENIST AND POLITICAL ACTIVIST (ON HIS 120TH BIRTH)Ya. Hanitkevych (*l'viv*)

Biographic data concerning medical, scientific and political activity Borys Matiushenko are presented. He was Health department director in Ukrainian State (1918), professor of hygiene at the Ukrainian Free University in Prague, founded the Union of Ukrainian Physicians in Czechoslovakia (1922), edited "The Ukrainian Medical Bulletin" (1923-1925).

УДК 614.2.93(477)

О.О.ГАРНЕЦЬ, В.М.СОРОКА, О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ, В.О.КУШНІР (Київ)**СТАНОВЛЕННЯ ЗЕМСЬКОЇ МЕДИЦИНИ
НА ПРАВОБЕРЕЖНІЙ УКРАЇНІ**
(продовження)

Український інститут громадського здоров'я

Із запровадженням земського управління, починаючи з 1905 р. відбувається масове відкриття не лише лікарняних, але й амбулаторних лікарських дільниць, будівництво власних спеціальних будівель. Завдяки наполегливій і планомірній праці губернських комітетів на кінець 1911 р., наприклад, у Київській губернії було вже 89 міських і сільських лікарських (72 лікарняні) дільниць (збільшення на 65%) і 1048 ліжок (збільшення 44%), 77 фельдшерських самостійних пунктів; власні будівлі мали 49 лікарських дільниць [8].

Таким чином, у 1911 р. одна лікарська дільниця приходилася вже на 443 кв. версти і на 47 тис. населення. Одне ліжко приходилося на 41 кв. версту і на 3400 осіб.

Схожі зрушення спостерігалися і в інших правобережних губерніях. Однак під планомірністю будівництва лікувальної мережі при земському управлінні треба розуміти розвиток справи за певним планом у загальному господарстві паралельно із зростанням задоволення інших потреб. Спеціального плану створення лікувальної мережі розроблено не було. Губернські комітети намагалися відкривати лікарські дільниці хоча б у пунктах, що найбільше цього потребували. Зо-

крема у досить численних на той час містечках, яких тільки у Київській губернії нараховувалося 140 (проживало 22% населення губернії). Попри скупченість і антисанітарні умови, ці, по суті сільські, населені пункти відрізнялись від сіл дещо вищим рівнем культури і, відповідно, вищим рівнем вимог до доступності та якості медичної допомоги. Крім того у містечках були приміщення та інші матеріальні, технічні та санітарні умови для облаштування лікарських дільниць.

Активна діяльність губернських комітетів відразу давала конкретні результати. У Волинській губернії кількість лікарських дільниць збільшилася з 55 у 1904 р. до 92 у 1908 р. За кошторисом 1908 р. утримання дільничної лікувальної мережі Волинської губернії коштувало 66 400 карбованців.

Окремо йшли асигнування на утримання 11 повітових лікарень (суми коливалися від 6 до 11 тис. крб.) в загальній сумі 96 540,25 крб. та витрати на попередження епідемічних хвороб – 28 300 крб. [12].

Щорічно земство намагалося знаходити кошти на будівництво та капітальний ремонт приміщень для медичних закладів: у листопаді 1906 р. на будівництво у м. Шацьку власного

будинку для лікарні Володимир-Волинській повітській управі було асигновано 22 500 крб., згодом 11 250 крб. було асигновано на будівництво Варковицької сільської лікарні [9, 11]. Через брак коштів будівництво відставало від стрімкого розширення лікувальної мережі і медустанови доводилося розміщувати у непристосованих приміщеннях. За короткий час існування земської медицини на Правобережжі вирішити цю проблему було неможливо.

Тенденцію до збільшення видатків губернських земських комітетів на медичну допомогу чітко видно на прикладі порівняння кошторисів Київського губернського комітету у справах земського господарства за 1908 і 1909 роки [10]. За кошторисом 1908 р. на утримання 65 дільничних лікарень, 11 повітових лікарень, 9 лікарняно-амбулаторних пунктів, Звенигородської очної лікарні і 73 самостійних фельдшерських пунктів, персонал яких загалом нараховував 95 лікарів, 246 фельдшерів і 85 фельдшерниць-акушерок, було призначено 659 186 крб. За кошторисом 1909 р. на ці потреби вже виділялося 730 950 крб. Збільшення складало 10,89%.

Губернські комітети у справах земського господарства на Правобережній Україні проіснували до 1911 року. На цей час у Російській імперії діяли не лише виборні органи місцевого самоврядування, але й вищий законодавчий орган – Державна Дума. В такій ситуації уряд П.А. Століпін зважився на уведення виборчого місцевого самоврядування в Південно-Західному краї. Законом від 14 березня 1911 р. “Про поширення дії Положення про земські установи на Вітебську, Волинську, Київську, Мінську, Могильовську і Подільську губернії” губернські комітети були замінені виборними установами і приєднувались до “старих” земських губерній [6].

Губернські комітети, хоч і мали суттєві недоліки, були тими інституціями, які централізовано і плановірно у короткий термін впровадили первинну базу земського господарства.

З уведенням повного земства у правобережних губерніях за аналогом “староземських” відбувся розподіл функцій між губернською та повітовими ланками. Сільська лікувальна мережа перейшла до повітових земств.

Санітарний напрямок, який належав до діяльності губернських земств, у кожному з них мав різні рівні і тривалість розвитку. Створене у 1904р. у Київській губернії санітарне бюро, яке очолив відомий діяч земської медицини І.П.Скворцов, було найміцнішим. У Подільській губернії санітарне бюро запроваджене у 1907 р., у Волинській – лише в 1909 [7].

Не всі повітові земства відразу взялися за розвиток своєї лікувальної мережі. Будівництво здійснювалось хаотично, залежало від випадкових чинників, а також від місцевих впливів.

Такий же стан справ існував і щодо санітарного напрямку. У Київській губернії санітарні лікарі працювали у всіх повітах лише з 1912 р. У Подільській з 1913 р. діяли тільки санітарно-епідеміологічні повітові лікарі, а у Волинській їх не було зовсім. Житомирський та Рівненський повіти з 1912 р. запрошували за свій рахунок по одному санітарному лікарю [13].

Напередодні війни (в липні 1914 р.) тільки в одній Київській губернії у 12 повітах була 101 лікарська дільниця (з них 75 лікарняних), 1261 ліжка і 85 самостійних фельдшерських пунктів, причому власні будівлі мали вже 58 дільниць [2]. Однак у “староземських” губерніях, наприклад, Полтавській, на цей час лікарських дільниць було у 1,5 раза більше на площу і у 2 рази більше з розрахунку на населення губернії.

До взірця, яким вважалася лікувальна дільниця радіусом в 10 верств з населенням 10 тисяч, губерніям Південно-Західного краю було досить далеко, але слід зауважити, що таких дільниць було дуже мало: з 359 земських повітів Російської імперії (на 1905 р.) лише у 8 [1].

Стан медичної справи у правобережних губерніях України представлений у таблиці у числах: на початку діяльності земств (1904 р.), при переході її від Приказів громадського піклування до губернських комітетів; у 1911 р. при заміні нормальними земськими установами; у 1913 р. – перед початком війни [3–5].

Таблиця яскраво ілюструє відставання правобережних губерній від “староземських” за рядом основних показників надання медичної допомоги населенню. З іншого боку порівняно з доземською медициною наявна позитивна динаміка. Проти майже дворазового відставання за основними показниками надання медичної допомоги, витрати правобережних земств відставали не набагато. Потрібно враховувати також, що в лівобережних та південних губерніях земський устрій існував на той час майже 50 років, а на Правобережжі – всього десятиріччя.

Вивчення досвіду становлення та розвитку земської медицини в усіх регіонах України, її принципів дільничності, безкоштовності для пацієнтів, профілактичної спрямованості сприятиме його широкому використанню в процесі подальшого розвитку вітчизняної охорони здоров'я, особливо у сфері медичного обслуговування сільського населення.

Динаміка стану медичної справи у правобережних губерніях України

Губернії	Київська			Волинська			Подільська			Полтавська
Роки	1904	1911	1913	1904	1911	1913	1904	1911	1913	1912
Лікарських дільниць	43	89	105	44	103	111	39	68	87	153
Середня площа дільниць кв. в.	1041	503	426	1432	612	567	946	543	424	282
Населення на 1 дільницю тис.	82,7		38,2	70,0		33			34	23,4
Лікарень	54	81	90	55	77	77	50	78	82	116
Ліжок в них	723	1060	1309	686	1222	1258	545	1061	1259	1626
Населення на 1 ліжку тис.	4,9		3,0	4,4		2,9			2,4	2,2
Фельдшерських пунктів	74	78	85	36	116	114	58		106	185
Лікарів			92						78	177
Звертання до лікаря на тис. населення			314			245			112	522
Звертання до фельдшера на тис. населення			215			235			292	556
Ліжко-діб тис.	105	307	374			285			368	392
На 1 хворого діб	14,7	14,9	10,3			12,9			15,4	14,1
Медичні витрати повітових земств тис. крб.			1432			855			1122	1560
Медичні витрати губернських земств тис. крб.			902			355			681	455
Всього тис. крб.			2334			1190			1803	2015
Медичні витрати повітових земств на 1 жителя, коп.			35,6			29,6				46,0
Медичні витрати губернських земств на 1 жителя, коп.			22,4			11,2				18,6
Медичні витрати всього на 1 жителя, коп.			58,0			40,8			59,7	64,6

Список літератури

1. *Верхратський С.А.* Історія медицини. – К., 1974. – С. 276.
2. *Врачебно-санитарная хроника Киевской губернии.* – 1914. – №7–8. – С. 68.
3. *Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1904 год.* – СПб., 1906. – С. 52.
4. *Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1911 год.* – СПб., 1913. – С. 67.
5. *Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1913 год.* – Пг., 1915. – С. 71.
6. ЦДІАК України. – Ф. 442. – Оп. 642. – Од. 36. 497. – Арк. 36.
7. ЦДІАК України. – Ф. 442. – Оп. 644. – Од. 36. 331. – Арк. 22.
8. ЦДІАК України. – Ф. 442. – Оп. 652. – Од. 36. 21. – Арк. 41.
9. ЦДІАК України. – Ф. 442. – Оп. 656. – Од. 36. 132. – Арк. 21.
10. ЦДІАК України. – Ф. 442. – Оп. 661. – Од. 36. 134. – Арк. 65.
11. ЦДІАК України. – Ф. 442. – Оп. 661. – Од. 36. 223. – Арк. 189.
12. ЦДІАК України. – Ф. 442. – Оп. 661. – Од. 36. 223. – Арк. 33.
13. ЦДІАК України. – Ф. 442. – Оп. 665. – Од. 36. 27. – Арк. 68.

СТАНОВЛЕНИЕ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ НА ПРАВОБЕРЕЖНОЙ УКРАИНЕ

О.О.Гарнец, В.М. Сорока, О.М. Циборовский, В.О. Кушнир (Киев)

Показана история развития земской медицины на Правобережной Украине. Приводятся данные об объемах медицинской помощи в указанном регионе в конце XIX в. и процессы, которые происходили там параллельно с функционированием земской медицины на Левобережной Украине. Освещены и проанализированы характерные особенности внедрения земской медицины на Правобережной Украине. Ее становление проиллюстрировано в динамике основных показателей на начало введения земских порядков (1904 г.) и последние годы перед Первой мировой войной (1912–1913 гг.).

DEVELOPMENT OF "ZEMSKA MEDICINE" IN THE DNIPER RIGHT BANK TERRITORY OF UKRAINE

O.O. Harnets, V.M. Soroka, O.M. Tsiborovsky, V.O. Kushnir (Kyiv)

"Zemstvo" means a special form of rural community self-management and self-sufficient infrastructure adapted to internal conditions of the former Russian Empire in 1860–1917. The article devoted to the history of "zemska medicine" development in Ukrainian western part of its national territory (right side) divided by the Dnieper river. Some data on the range and volume of medical aid delivery within "zemska medicine" facilities' structure and its progressive trend in this region are presented comparatively with those data in the left part of Ukraine where "zemska medicine" has been also introduced. Some specific characteristics of "zemska medicine" in its development in the western part of Ukraine are given as well as a number of performancy indices for 1904–1913 up to the beginning of the I-st World War.