

УДК 614.2:008.3(477)

*В.М. ПОНОМАРЕНКО, Г.М. МОСКАЛЕЦЬ, Г.І. БАТОРШИНА (Київ)*

## **СТАН ВИКОНАННЯ ЗАХОДІВ МІЖГАЛУЗЕВОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ "ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ" НА 2002–2011 РОКИ ЩОДО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ТРАВМАТИЗМУ ТА ОТРУЄНЬ**

Український інститут громадського здоров'я

З початку ХХ століття все більшої ваги набуває проблема травматизму, яка визначається, по-перше, його поширеністю і зростанням, по-друге, його медичною і соціальною значущістю (висока вартість медичної допомоги і високі рівні смертності та інвалідності) і, по-третє, його економічною значущістю (прямі і опосередковані збитки внаслідок втрати трудового потенціалу суспільства).

Як зазначають автори із Росії, в структурі смертності населення економічно розвинених країн та тих, що розвиваються, травматизм посідає третє і четверте місце після серцево-судинних захворювань, злоякісних новоутворень, хвороб органів дихання і інфекційних захворювань [7].

За даними Державної доповіді про стан здоров'я населення Російської Федерації в 2002 р., в структурі травматизму, що закінчується смертю, серед всіх видів невиробничого травматизму частка побутових травм становить 45-48 %, частка дорожньо-транспортних – 25-30 %. Смертність від побутових травм у чоловіків у 2,7 разу вища, ніж у жінок. Найчастіше побутові травми, що закінчуються смертю, спостерігаються у чоловіків працездатного віку, особливо від 30 до 50 років, а у жінок – після 60 років. Дорожньо-транспортні травми найчастіше спостерігаються серед осіб молодого, працездатного віку. Причому близько 30 % постраждалих гинуть на догоспітальному етапі, 25 % постраждалих потребують стаціонарного лікування.

Дитячий травматизм залишаються однією з основних причин загибелі дітей, тяжкої їх інвалідизації. В загальній структурі травматизму найбільшу питому вагу становить травматизм дітей у віці 10-14 років [2].

Актуальною проблемою є черепно-мозкові травми (ЧМТ) внаслідок травматизму як новонароджених в пологовий період, так і в повсякденному житті (побутового, дорожньо-транспортного, виробничого та ін.). Результати

дослідження, проведеного науковцями Росії, свідчать, що наслідки ЧМТ приводять до соціальної недостатності та інвалідності, причому 40-60 % із постраждалих стають інвалідами I і II груп (в 30-35 % випадків через багато років після травми). Практично видужання або стійка компенсація спостерігається приблизно у 30 % постраждалих від закритої ЧМТ. Близько 15 % пацієнтів мають порушення функцій навіть після легкої травми.

Для попередження розвитку ускладнення ЧМТ найбільше значення має своєчасність і адекватність надання медичної допомоги хворим, що визначає пріоритети в організації медичної допомоги даній категорії хворих [1].

Існує прямий зв'язок між строками госпіталізації і наслідками тяжкої ЧМТ. За даними трьох центрів черепно-мозкової травми штату Техас (США), строки госпіталізації у плані поліпшення наслідків мали значення тільки протягом перших 4 годин. Госпіталізація через 5 годин і більше не давала статистично достовірної різниці в подальших наслідках. Суттєве значення має якість надання медичної допомоги на місці пригоди (забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів, зупинка зовнішньої кровотечі, іммобілізація, введення знеболюючих засобів) [5].

Проблема травматизму вимагає від суспільства розвитку і координації чотирьох компонентів боротьби з травматизмом – комплексної профілактики, своєчасної і якісної швидкої медичної допомоги, а також якісної кваліфікованої медичної і реабілітаційної допомоги [7].

Важливою медико-соціальною проблемою системи охорони здоров'я є отруєння. Практично всі зареєстровані випадки гострих отруєнь мають побутове походження. Рівень гострих хімічних отруєнь у виробничих умовах щорічно становить близько 1 % усіх випадків, а кількість постраждалих при надзвичайних ситуаціях обчислюється сотнями людей [2].

Побутові отруєння дитячого населення посідають важливе місце в патологічних станах організму. У зв'язку з високою чутливістю до токсичних речовин діти є найбільш уразливою групою населення. Автори із Російської Федерації зазначають, що основне джерело отруєнь – медичні засоби (55,7-66,7 %), речовини немедичного призначення становлять 33,3-44,3 %, алкоголь – 8,1-22,6 %. Найчастіше отруєння реєструвалися у дітей 2- і 3-річного віку – 53,6-64,6 і 116,1-162,8 випадки на 10 тис. відповідного населення. Найменший рівень отруєнь спостерігається у дітей у віці 7-14 років [8].

За даними вітчизняних авторів, амбулаторно-поліклінічна допомога дітям з гострими отруєннями найчастіше надається медичними працівниками пунктів невідкладної допомоги дитячих поліклінічних закладів. Стаціонарна допомога є основним видом медичної допомоги при гострих отруєннях. Встановлено значні відмінності щодо частоти, обсягу та інтенсивності здійснення комплексного лікування в токсикологічному та соматичних відділеннях дитячих стаціонарів. Рекомендується розширити використання антиоксидантів та ентеросорбентів під час проведення лікувального комплексу в соматичних відділеннях. Обґрунтовано і рекомендовано для впровадження модель проведення профілактичної роботи на державному, відомчому, сімейному та індивідуальному рівнях [4].

Таким чином, проблема травматизму та отруєнь потребує детального її вивчення, розробки і реалізації заходів щодо забезпечення адекватної медико-соціальної допомоги постраждалим від травм і отруєнь.

**Мета роботи** – оцінка поширеності нещасних випадків, травм та отруєнь, аналіз правового, наукового, кадрового та медико-соціального забезпечення постраждалих від травм, отруєнь

та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин.

Для оцінки поширеності нещасних випадків, травм та отруєнь серед різних категорій населення проаналізовані дані Центру медичної статистики МОЗ України [6].

Статистичні показники МОЗ України щодо структури і рівня поширеності та захворюваності всього населення України за класами хвороб за зверненнями в лікувально-профілактичні заклади свідчать, що у 2003 р. вперше виявлено 2296746 випадків травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин (або 4806,2 на 100 тис. населення). Показник поширеності зазначених захворювань становить 2423133 випадки (або 5070,7 на 100 тис населення). Зазначені показники за питомою вагою в структурі всіх класів хвороб посідають третє і восьме місце. Відповідно (7 і 3,1 %) найвищі рівні захворюваності на дану патологію спостерігаються в містах Києві та Севастополі (відповідно 8153,6 і 6027,8 на 100 тис. населення), Чернігівській та Донецькій областях (відповідно 5933,7 і 5596,9 на 100 тис. населення).

Аналіз показників рівня травматизму серед населення України (табл.) показав, що в 2003 р. найчастіше звертались в лікувально-профілактичні заклади з причин побутового травматизму всі категорії населення. Найнижчі аналогічні показники щодо спортивного травматизму. Слід зазначити, що у дітей (0-14 років включно) в порівнянні з дорослими та підлітками (15-100 років) в 2 рази вищий рівень вуличного травматизму (129,3 проти 63,2 на 10 тис. відповідного населення) і в 4 рази частіше спостерігається спортивний травматизм (15,3 проти 3,6 на 10 тис. відповідного населення). Водночас серед дітей рідше, ніж серед дорослих та підлітків, спостерігається побутовий та дорожньо-транспортний травматизм.

Таблиця. Рівень травматизму серед населення України (на 10 тис. відповідного населення)

Види травматизму	Категорії населення		
	все населення	дорослі та підлітки (15-100 років)	діти (0-14 років включно)
Всього травм та отруєнь	480,6	485,5	454,4
Побутовий травматизм	367,9	385,5	273,4
Вуличний	73,6	63,2	129,3
Дорожньо-транспортний	6,8	7,3	4,2
Спортивний	4,7	3,6	15,3
Виробничий	–	17,3	–
Шкільний	–	–	41,9

Аналіз тимчасової непрацездатності з причин травм та отруєнь у випадках та календарних днях на 100 працюючих в Україні показав, що у 2003 р. зазначені показники становили: 6,0 випадки, 141 календарний день, 23,4 дня середньої тривалості

випадку. Величини показників випадків і календарних днів при травмах та отруєннях в побуті значно вищі, ніж при травмах та отруєннях у зв'язку з виробництвом, по дорозі на роботу та з роботи, під час виконання громадських обов'язків.

Важливою проблемою в охороні здоров'я України є інвалідизація хворих через травми та отруєння. Особливе занепокоєння викликають проблеми інвалідності дитячого контингенту населення. Статистичні показники інвалідності дітей віком до 16 років з причин травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин свідчать, що у 2003 р. кількість дітей в Україні, які вперше в цьому році стали інвалідами, становить 403 (або 0,5 на 10 тис. дітей) і в структурі всіх причин інвалідності число дітей-інвалідів на кінець 2003 р. становило 2628 (або 3,2 на 10 тис. дітей).

Серед основних причин смертності в Україні – нещасні випадки, отруєння та травми, показники яких становили в 2003 р. 151,9 на 100 тис. всього населення. Зазначені причини смертності дітей у віці до 1 року становлять 8 на 10 тис. народжених живими.

Таким чином, наведені дані свідчать про високий рівень поширеності травм та отруєнь, тимчасової та стійкої втрати працездатності і смертності через зазначені причини.

Правове врегулювання питань профілактики травматизму та отруєнь і надання медико-соціальної допомоги постраждалим від зазначеної патології здійснюється нормативно-правовими актами чотирьох рівнів: законами України, указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, відомчими нормативними актами (наказами МОЗ України).

Насамперед зазначені питання знайшли відображення в Основах законодавства України про охорону здоров'я (далі Основи), прийнятих Верховною Радою України 19.11.1992 (№2801-12). Зокрема в Основах зазначено, що з метою забезпечення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту та відпочинку, профілактики травматизму і професійних захворювань, отруєнь та відвернення іншої можливої шкоди для здоров'я встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних з діяльністю людей, а також до якості машин, обладнання, будівель, споживчих товарів та інших об'єктів, які можуть мати шкідливий вплив на здоров'я. Всі державні стандарти, технічні умови і промислові зразки обов'язково погоджуються з органами охорони здоров'я в порядку, встановленому законодавством. Власники і керівники підприємств, установ і організацій зобов'язані забезпечити в їх діяльності виконання правил техніки безпеки, виробничої санітарії та інших вимог щодо охорони праці, передбачених законодавством про працю, не допускати шкідливого впливу на здоров'я людей та навколишнє середовище [3]. Зазначені питання також знайшли відображення в ряді інших законів України:

– "Про охорону праці" від 14.10.1992 №2694-12;

– "Про пестициди і агрохімікати" від 02.03.1995 №86/95-ВР;

– "Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини" від 23.12.1997 №771/97-ВР;

– "Про загальнодержавну програму поводження з токсичними відходами" від 14.09.2000 №1947-14;

– "Про страхові тарифи на загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності" від 22.02.2001 №2272-14.

Слід зазначити, що у зв'язку зі змінами соціально-економічних умов в Україні також вносились зміни і доповнення до перелічених законодавчих актів.

Прийняті протягом 1992-2003 рр. Укази Президента України містять ряд заходів, спрямованих на профілактику травматизму та отруєнь: невідкладні заходи щодо запобігання виробничому травматизму та професійним захворюванням; про вдосконалення функціонування ринків з продажу продовольчих та непродовольчих товарів; про державний контроль за якістю та безпекою продуктів харчування, лікарських засобів та виробів медичного призначення; про стан безпеки водних ресурсів держави та якості питної води в містах і селах України; заходи щодо підвищення рівня захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру.

На виконання і в розвиток зазначених законів і указів приймалися постанови Кабінету Міністрів України, які стосувалися чотирьох аспектів.

Перший аспект присвячено питанням профілактики травматизму та розмірам компенсації шкоди, заподіяної працівникам каліцтвом: затвердження комплексної програми запобігання дорожньо-транспортному, побутовому і дитячому травматизму, іншим нещасним випадкам невиробничого характеру на 1996-2000 роки; прийняття Концепції організації роботи з профілактики невиробничого травматизму; розробка заходів щодо поліпшення роботи з профілактики невиробничого травматизму населення України; перерахунок розміру відшкодування шкоди, заподіяної працівникам каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я, пов'язаним з виконанням ними трудових обов'язків; визначення сум на компенсацію шкоди інвалідам внаслідок трудового каліцтва або професійного захворювання.

Другий аспект стосується врегулювання питань щодо профілактики нещасних випадків, їх розслідування та обліку, здійснення страхових

виплат: прийняття Національної програми поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 1996–2000 рр. та Програми підвищення безпеки на вугільних шахтах; затвердження Положення про розслідування та облік нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на підприємствах, в установах і організаціях; регламентація Положення про розслідування та облік нещасних випадків невиробничого характеру; врегулювання питання загальнообов'язкового державного соціального страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності; затвердження Порядку визначення страхових тарифів для підприємств, установ та організацій на загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання; регламентація Порядку здійснення страхових виплат, призначених у зв'язку з нещасним випадком на виробництві та професійним захворюванням, які спричинили втрату працездатності, особам, що виїхали за межі України.

Третій аспект постанов пов'язаний з врегулюванням питань профілактики отруєнь: здійснення радіологічного, хімікотоксикологічного та фізикохімічного контролю за продуктами харчування у сфері торгівлі та громадського харчування; затвердження переліку харчових добавок, дозволених для використання у харчових продуктах; регламентація Порядку одержання дозволу на виробництво, зберігання, транспортування, використання, поховання, знищення та утилізацію отруйних речовин, у тому числі токсичних промислових відходів, продуктів біотехнологій та інших біологічних агентів; державний нагляд і державний контроль за додержанням законодавства про пестициди і агрохімікати; затвердження Концепції зменшення обсягів викидів важких металів в атмосферне повітря; регламентація Порядку нормативів вмісту забруднюючих речовин у відпрацьованих газах та впливу фізичних факторів пересувних джерел забруднення атмосферного повітря.

Четвертий аспект стосується постанов Кабінету Міністрів України з питань запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації, внаслідок яких виникають медико-соціальні проблеми травматизму та отруєнь постраждалих контингентів населення. Зокрема зазначені нормативно-правові акти присвячені: порядку класифікації надзвичайних ситуацій; Концепції створення єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації; створенню державної служби медицини катастроф; затвердженню заходів щодо розвитку Державної служби меди-

цини катастроф на 1998–2001 рр.; затвердженню Програми розвитку Державної служби медицини катастроф на 2002–2005 рр.; основним засадам створення в Україні підсистеми рятування і ліквідації небезпечних забруднень на воді єдиної державної системи запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру; утворенню Державного координаційного центру реагування на надзвичайні ситуації на водних об'єктах; забезпеченню надійності і безпечності експлуатації будівель, споруд та інженерних мереж, а також запобігання аваріям на об'єктах охорони здоров'я; комплексним заходам, спрямованим на ефективну реалізацію державної політики у сфері захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, запобігання та оперативному реагуванню на них, на період до 2005 р.; порядку фінансування робіт із запобігання і ліквідації надзвичайних ситуацій та їх наслідків.

Аналіз відомих нормативних актів з питань травматизму та отруєнь показав, що найбільш питому вагу серед всієї кількості наказів МОЗ України, що стосуються зазначеної патології, мають документи, присвячені профілактиці отруєнь. Насамперед слід виділити нормативні акти, що стосуються профілактики отруєнь в результаті дії небезпечних для здоров'я продуктів харчування: затвердження Інструкції про порядок вилучення з реалізації (конфіскації) небезпечних для здоров'я продуктів харчування, хімічних та радіоактивних речовин, біологічних матеріалів; регламентація Положення про Координаційний експериментальний комітет з питань якості та безпеки продуктів харчування; затвердження Санітарних правил і норм по застосуванню харчових добавок; аналіз надзвичайної ситуації з масовими отруєннями грибами; затвердження методичних вказівок "Медико-біологічна оцінка нетрадиційної продовольчої сировини і нових харчових продуктів"; регламентація Державних санітарних правил для підприємств (цехів), що виробляють кондитерські вироби з кремом; створення державного Реєстру харчових продуктів, продовольчої сировини, супутніх матеріалів та Реєстру висновків державної санітарно-гігієнічної експертизи; затвердження Державних санітарних правил і норм для підприємств і суден по виробництву продукції з риби та інших водних живих ресурсів.

В межах цієї групи ряд наказів МОЗ України регламентують питання щодо використання пестицидів і агрохімікатів. Зокрема розроблено і впроваджуються заходи щодо реалізації Закону України "Про пестициди і агрохімікати" та Постанови Кабінету Міністрів України "Про затвер-

дження Порядку одержання допуску (посвідчення) на право роботи, пов'язаної з транспортуванням, зберіганням, застосуванням та торгівлею пестицидами і агрохімікатами", затверджено критерії заборонного чи суворого обмеження використання хімічних речовин, в тому числі пестицидів, за показниками їх небезпечності для здоров'я людини та навколишнього середовища; регламентовано державний нагляд і державний контроль за додержанням законодавства про пестициди і агрохімікати.

Врегульовано питання охорони атмосферного повітря та води шляхом затвердження: Державних санітарних правил охорони атмосферного повітря населених місць (від забруднення хімічними і біологічними речовинами); списків гігієнічних регламентів (ГДК та ОБРВ) у повітрі робочої зони, атмосферному повітрі населених місць та (ОДР) у воді водоймищ; Державних санітарних правил щодо скидання з суден стічних, надоточуючих, баластних вод і сміття у водоймища.

Частина наказів МОЗ України присвячена профілактиці травматизму: розроблені заходи для попередження виробничого травматизму в установах та закладах охорони здоров'я; затверджено план реалізації комплексних заходів профілактики травматизму невиробничого характеру на 2001-2005 рр., створено Український медичний центр безпеки дорожнього руху; розроблено заходи щодо запобігання дорожньо-транспортним пригодам на автотранспорті системи МОЗ України.

Видано ряд нормативних актів, пов'язаних з питаннями організації медичної допомоги при травмах: регламентовано ортопедо-травматологічну службу в Україні, у тому числі дитячу; удосконалено спеціальну допомогу при хребетно-спинномозковій травмі; вжито заходів щодо розробки та затвердження автомобільної аптечки першої медичної допомоги.

Отже, в нормотворчій діяльності МОЗ України відображені основні медико-соціальні проблеми травматизму та отруєння.

Наукове забезпечення проблеми травматизму в Україні здійснюють Інститут травматології та ортопедії АМН України, Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова АМН України, Інститут патології хребта та суглобів ім. М.І. Ситенка АМН України, профільні кафедри вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти.

Серед НДР з проблеми травматизму передусім слід виділити фундаментальне дослідження щодо молекулярно-генетичних змін при черепно-мозковій травмі та визначення можливості генної терапії.

Розробці нових та підвищенню ефективності діючих методів і засобів діагностики, лікування та реабілітації постраждалих від травм присвячено низку НДР прикладного характеру. Зазначені дослідження можна розподілити на три групи.

Перша група НДР пов'язана з травмами опорно-рухового апарату. Зокрема дослідження стосуються: діагностики та лікування пошкоджень ротаторної манжети плеча та їх наслідків; визначення стану та структури інвалідності при переломах кісток кінцівок та їх наслідках з урахуванням особливостей організаційно-методичної структури ортопедо-травматологічної служби; розробки тимчасових стандартів обсягу діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості спеціалізованої допомоги при травмах та ураженнях опорно-рухового апарату.

Друга група наукових розробок присвячена питанням пошкодження хребта: розробка показань, удосконалення технології пункційної вертебропластики та вивчення її ефективності при захворюваннях та ушкодженнях хребта; вивчення стану інвалідності хворих із застарілими ускладненими пошкодженнями хребта та визначення потреби в медичній та соціальній реабілітації; розробка нових та удосконалення відомих способів оперативного лікування пошкоджень хребта та їх наслідків.

Третя група наукових досліджень стосується травматичних ушкоджень головного мозку та перелому кісток різної локалізації. Зокрема зазначені розробки присвячені: дослідженню співвідношення структурних змін і показників мозкової перфузії при вогнищевих травматичних ушкодженнях головного мозку для підвищення ефективності лікування; розробці алгоритмованої системи лікування хворих з переломами кісток, які перебігають на тлі остеопенії та остеопорозу (експериментально-кількісне дослідження).

Таким чином, впроваджені в практику методи діагностики, лікування та реабілітації постраждалих від травм сприятимуть ефективності лікувального процесу зазначеної категорії хвороб.

Важливим чинником ефективності лікування осіб, які постраждали від травм і отруєнь, є достатнє і якісне забезпечення населення відповідними медичними кадрами. За даними Центру медичної статистики, станом на 01.01.2004 р. в закладах та установах системи МОЗ України працювало 4173 ортопеди-травматологи і 60 токсикологів (або відповідно 0,88 і 0,01 на 10 тис. населення).

Аналіз даних про атестацію лікарів у закладах МОЗ України показав, що у 2003 р. серед ортопедів-травматологів, які мають кваліфікаційну

категорію, найбільшу частку становлять лікарі I кваліфікаційної категорії (37,9 %), дещо меншу – лікарі вищої категорії (35,3 %) і найменшу – лікарі II кваліфікаційної категорії (26,8 %). Серед ортопедів-травматологів дитячих, які мають кваліфікаційну категорію, питома вага за кількістю лікарів знижується поступово від вищої до I і більш різко – до II кваліфікаційної категорії (36,2; 35,2; 26,8 %). Серед токсикологів, які мають кваліфікаційну категорію, більше половини мають вищу кваліфікаційну категорію (53,3 %), третина лікарів – II кваліфікаційну категорію (33,3 %) і найменшу частку становлять лікарі, які мають I кваліфікаційну категорію (13,4 %). Відсоток атестованих у 2003 р. ортопедів-травматологів вищий, ніж у ортопедів-травматологів дитячих і, особливо, у токсикологів (відповідно 72,6 проти 68,4 і 25 %).

Отже, переважна більшість лікарів мають вищу та I кваліфікаційну категорію, серед них також високий відсоток атестованих, крім токсикологів.

Важливою складовою вирішення медико-соціальних проблем травматизму та отруєнь є реалізація відповідних заходів в межах Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 рр. (XV розділ Програми).

Для виконання зазначених заходів залучено ряд міністерств і відомств України (Міністерство з питань надзвичайних ситуацій, Міністерство внутрішніх справ, Міністерство транспорту, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство освіти та науки, Державний комітет з будівництва та архітектури), Академію педагогічних наук, Академію медичних наук, регіональні держадміністрації.

Перші три заходи зазначеного розділу Програми спрямовані на вирішення загальних проблем профілактики травматизму та отруєнь. Насамперед це стосується забезпечення аварійно-рятувальних та протипожежних служб спеціальними автотранспортними засобами, обладнанням, підготовленими кадрами. Реалізацію цього заходу організує і здійснює Міністерство надзвичайних ситуацій як на державному, так і на регіональному рівнях. Особлива увага приділяється діяльності зазначених служб на підприємствах вугільної та хімічної промисловості (Східний регіон України) та в Закарпатті, де періодично трапляються повені.

Важливим заходом профілактики дорожньо-транспортного травматизму є поліпшення стану існуючих та здійснення будівництва нових доріг і транспортних шляхів, які б відповідали сучасним світовим стандартам.

З метою приведення залізниць до вимог європейських стандартів, які передбачають змен-

шення негативного впливу залізничного транспорту на навколишнє середовище і підвищення рівня безпеки перевезень, Міністерство транспорту в даний час модернізує інфраструктуру залізниць на напрямках міжнародних транспортних коридорів, визначених II Пан-Європейською конференцією у березні 1994 р., три з яких проходять через територію України. Зокрема, Берлін–Київ, Трієстр–Львів, Александуполіс–Санкт-Петербург. Проводиться реконструкція діючих та будівництво нових автомагістралей.

Безсумнівно, визначальним заходом зменшення дорожньо-транспортного травматизму є поліпшення нагляду за транспортним потоком, недопущення до використання зношених, аварійно-небезпечних транспортних засобів та таких, що вичерпали свій технічний ресурс. У зв'язку з цим Департаментом державної автомобільної інспекції МВС України протягом 2003 р. з метою недопущення до експлуатації технічно несправного автотранспорту працівниками автотехнічної інспекції підрозділів ДАІ систематично використовувалися пересувні діагностичні станції ДАІ. Проведено 262, 7 тис. перевірок автотранспорту різних форм власності та господарювання щодо виконання посадовими особами вимог нормативних документів, які діють у сфері забезпечення безпеки дорожнього руху. При цьому перевірено технічний стан майже 1,6 млн транспортних засобів, з яких 3,36 тис. визнано технічно несправними. Особлива увага приділялась технічному стану пасажирського автотранспорту. З метою недопущення використання зношених, аварійно-небезпечних транспортних засобів під час перевезення пасажирів і вантажів автомобільним транспортом ДП "ДержавтотрансНДІпроект" у 2003 р. підготовлені та направлені до Мінтрансу України пропозиції до Концепції оновлення рухомого складу (автомобільного транспорту), а також розроблено проект Положення про технічне обслуговування і ремонт дорожніх транспортних засобів, що дозволить більш якісно проводити перевірку технічного стану, технічне обслуговування і ремонт автотранспортних засобів та не допускати до експлуатації технічно несправних автомобілів. За випуск на лінію технічно несправних та переобладнаних без відповідного дозволу ДАІ транспортних засобів до адміністративної відповідальності притягнуто понад 6,6 тис. інженерно-технічних працівників автогосподарств. За допуск до керування водіїв, які перебували у стані алкогольного сп'яніння, до адміністративної відповідальності притягнуто 3,7 тис. посадових осіб автогосподарств.

Протягом 2003 р. Державтоінспекцією здійснювався комплекс агітаційно-пропагандистських заходів щодо профілактики аварійності та запо-

бігання дорожньо-транспортному травматизму серед населення. На сторінках періодичних видань опубліковано понад 21,5 тис. матеріалів з тематики безпеки дорожнього руху, підготовлено близько 25 тис. радіо- та 90,5 тис. телепередач. Крім того, проведено 220 тис. профілактичних бесід з дорослим населенням та понад 52 тис. тематичних заходів для дітей, при цьому охоплено 6,9 млн осіб. З метою підвищення ефективності навчання дітей Правилам дорожнього руху перевірено понад 20 тис. навчальних закладів.

Однак факти експлуатації такої категорії транспортних засобів продовжують мати місце. Насамперед, це стосується автогосподарств Міністерства сільського господарства, Державної будівельної корпорації. За виявленими недоліками в роботі автогосподарств керівникам видано понад 74 тис. обов'язкових до виконання приписів ДАІ. До органів виконавчої влади, інших інстанцій підготовлено та направлено 8,1 тис. одиниць інформацій.

Подальші заходи XV розділу Програми виконуються переважно МОЗ України та підпорядкованими йому організаціями. Також залучені інші міністерства, Академія медичних наук і Академія педагогічних наук.

Оскільки надання медичної допомоги постраждалим від дорожньо-транспортної травми надається, насамперед, в притрасових закладах охорони здоров'я, вони повинні мати достатнє медичне оснащення. Першим кроком до вирішення цієї проблеми є розробка переліку медичного оснащення притрасових закладів охорони здоров'я. Отримана інформація щодо виконання цього заходу свідчить, що майже всіма регіонами країни надано пропозиції щодо медичного оснащення притрасових закладів охорони здоров'я. Пропозиції з цього питання в окремих випадках надіслані в МОЗ України та Інститут ортопедії і травматології АМН України, у більшості – видані накази обласних УОЗ щодо оснащення притрасових закладів охорони здоров'я в попередні роки, а в 2003 р. такі накази видані у Закарпатській, Рівненській та Черкаській областях. В АР Крим підготовлено список щодо медичного оснащення притрасових закладів охорони здоров'я, який передано в МОЗ АРК на затвердження.

Слід зазначити, що найбільше уваги цій проблемі приділено в Закарпатській області. Зокрема рішеннями сесії обласної ради створено Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги та затверджена програма розвитку Державної служби медицини катастроф в Закарпатській області. Наказами УОЗ регламентовано створення резервів лікарських засо-

бів, виробів медичного призначення та медичного обладнання, а також розроблено пропозиції щодо медичного оснащення ФАПів, сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень в аспекті медичного оснащення притрасових закладів охорони здоров'я. Крім того, створено реєстр медичних формувань Державної служби медицини катастроф Закарпатської області.

З метою видужання або стійкої компенсації у постраждалих від травм, отруєнь та інших наслідків дії зовнішніх причин бажано надавати спеціалізовану медичну допомогу в лікарнях швидкої та невідкладної допомоги. У зв'язку з цим в межах Програми рекомендовано відкрити в усіх обласних центрах та великих містах зазначені лікарні.

У 2003 р. відкрита лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги у Тернопільській області, в м. Києві відкрито відділення політравми в КМКЛ №17, у Черкаській області питання про відкриття лікарні ШНМД в обласному центрі знаходиться у стані вивчення, в Івано-Франківській створена робоча група щодо вирішення цього питання. Постановою Ради Міністрів АР Крим від 12.08.03 р. №421 розроблені та затверджені "Заходи щодо підтримки і розвитку служби швидкої медичної допомоги АР Крим на період 2003–2006 р.". В м. Сімферополі розгорнута лікарня невідкладної хірургічної допомоги на 390 ліжок і травматологічна поліклініка. Водночас ряд регіонів вважає, що відкривати лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги немає потреби. Це стосується Київської, Рівненської, Хмельницької, Чернігівської областей.

Протягом 2003 р. проводилась робота з удосконалення діяльності служби швидкої та невідкладної медичної допомоги в сільській місцевості. З цього приводу були прийняті накази обласних управлінь охорони здоров'я, відповідні рішення обласних рад. Відповідно до Постанови Ради Міністрів АР Крим від 12.08.03 № 421 розроблені заходи з вдосконалення служби швидкої і невідкладної медичної допомоги у сільській місцевості (оновлення парку санітарних автомобілів, придбання нових радіостанцій, оновлення застарілого медичного обладнання).

У сільській місцевості п'яти областей в 2003 р. створено нові бригади швидкої та невідкладної медичної допомоги: у Закарпатській – 21, Тернопільській – 3, Івано-Франківській, Рівненській, Сумській – по 2 бригади. Крім того, у сільській місцевості Закарпатської області створено 8 нових пунктів швидкої та невідкладної медичної допомоги, у Харківській – 5, Тернопільській – 3, Дніпропетровській та Сумській по 2 пункти, Черкаській – 1 пункт. У м. Миколаєві створено приватний пункт "Швидка медична до-

помога – 077", який обслуговує прилеглі до міста населені пункти, у Рівненській на базі відділення швидкої допомоги ЦРЛ створена станція швидкої допомоги.

В регіонах також проводилось удосконалення роботи цілодобових травмпунктів, забезпечення їх відповідним оснащенням та апаратурою.

У більшості областей травмпункти забезпечені оснащенням на 70-90 % від потреби, у Миколаївській та Херсонській областях – на 100 %, у Вінницькій, Полтавській областях та м. Києві – в діапазоні 60-65 %. Слід зазначити, що забезпеченість травмпунктів у Луганській області становить тільки 20 %.

Майже аналогічна ситуація щодо забезпеченості цілодобових травмпунктів апаратурою. У переважній більшості регіонів цей показник коливається від 70 до 90 %, а в Луганській, Кіровоградській областях та м. Києві відповідно становить 40; 50; 60 %.

Лише 6 регіонів представили дані щодо придбання оснащення і апаратури для цілодобових травмпунктів протягом 2003 р. Зокрема Одеська область придбала апарати УЗД, діалізатори, апарат "штучна нирка", наркозний апарат на суму 4464 тис. грн; Запорізька – інструментарій і шовний матеріал вартістю 10 тис. 700 грн; Сумська – бактерицидні лампи, шовний матеріал, м'який інвентар на суму 901 грн; Тернопільська – медичні препарати, ортопедичні та хірургічні інструменти, електроофтальмоскоп, рентген плівки тощо вартістю 97 тис. 812 грн; Рівненська – інструментарій для первинної хірургічної обробки ран вартістю 4 тис. грн, Черкаська – набори "Остеосинтез-1" та "Остиосинтез-Ш", набір спиць на суму 194 тис. 800 грн.

Одним із важливих заходів ефективного лікування травм є розробка для працівників МВС, учителів, водіїв навчальних планів і програм з питань надання невідкладної долікарської допомоги постраждалим і організація систематичного навчання зазначених категорій. До виконання цього заходу Програми залучені Міністерство внутрішніх справ, Міністерство освіти та науки, Академія педагогічних наук, Академія медичних наук, МОЗ України і підпорядковані йому організації.

Згідно з наказом МВС України від 20.05.96 №337, в органах та підрозділах внутрішніх справ проводиться щорічне навчання особового складу навичкам надання першої медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях за 12-годинною програмою. При відділах (службах) охорони здоров'я ГУ МВС України в Автономній Республіці Крим, м. Києві та Київській області, УМВС України в областях, м. Севастополі та Центральній

поліклініці МВС України розгорнуто 21 учбовий клас для проведення медичної підготовки особового складу органів і підрозділів внутрішніх справ України, які оснащені тренажерами типу "Фантом" для відпрацювання навичок проведення серцево-легеневої реанімації.

У 2003 р. пройшли навчання 26389 працівників МВС.

В інститутах підвищення кваліфікації педагогічних кадрів розроблені спеціальні програми з питань надання невідкладної долікарської допомоги.

Академією педагогічних наук (навчально-науковим центром професійно-технічної освіти – Інститутом соціальної та політичної психології) розроблено інтегральну модель і навчальні програми дистанційного навчального курсу з надання невідкладної долікарської допомоги у загрозованих для життя станах та підготовлено навчальний план і програму спецкурсу з надання невідкладної психологічної допомоги постраждалим від психотравм, профілактики психотравматизації – для закладів післядипломної педагогічної освіти.

Майже у всіх регіонах для працівників МВС, учителів, водіїв розроблено навчальні плани і програми (які регулярно оновлюються) з питань надання невідкладної долікарської допомоги постраждалим і організовано систематичне навчання для цих працівників із зазначених питань. У переважній більшості регіонів у 2003 р. було охоплено навчанням із зазначених питань 84-100 % працівників МВС. Водночас цей показник значно менший в Івано-Франківській, Кіровоградській областях і Автономній Республіці Крим (відповідно 65; 42 і 35 %). Слід зазначити, що в Харківській області навчанням з питань надання невідкладної долікарської допомоги постраждалим охоплено тільки 1,3 % працівників МВС.

Охоплення навчанням із зазначених питань вчителів більшості регіонів становить 45-100 %. В ряді областей цей показник коливається в межах 2,1-28 %. Це стосується Харківської, Сумської, Кіровоградської областей.

Показник охоплення навчанням водіїв щодо надання невідкладної долікарської допомоги постраждалим коливається в регіонах від 82 до 100 %, за винятком Харківської області, в якій зазначений показник становить 3,1 %.

Таким чином, реалізація заходів Програми щодо медико-соціальних проблем травматизму, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин дала вагомий позитивний результат. Потребують подальшого удосконалення механізми взаємодії державних та регіональних служб, лучених до виконання відповідних заходів.



#### **Список літератури**

1. *Бабенко А.И., Орехова Г.Г.* Социологическая оценка организации медицинской помощи при черепно-мозговой травме // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2003. – №5. – С. 40-42.
2. *Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году* // Здравоохран. Рос. Федерации. – 2004. – №1. – С. 3-8.
3. *Закон України від 19 листоп. 1992 р. №2801-12 "Основи законодавства України про охорону здоров'я"* // ВВР. – 1993. – №4. – ст. 19.
4. *Захарова Н.М.* Медико-соціальні закономірності виникнення гострих отруєнь у дітей та організація медичної допомоги в умовах великого міста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2004. – 18 с.
5. *Педаченко Є.Г., Морозов А.Н.* Сучасні стандарти і організація лікувально-діагностичного процесу при черепно-мозковій травмі // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №1. – С. 115-120.
6. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2002–2003 роки.* – К.: Центр мед. статистики МОЗ України, 2004. – 302 с.
7. *Салахов Э.Р., Какорина Е.П.* Травмы и отравления в России и за рубежом // Проблемы соц. гигиены здравоохран. и истории медицины. – 2004. – №2. – С. 13-20.
8. *Социально-гигиенические аспекты бытовых отравлений у детского населения* / Н.П. Гребник, А.Ю. Федоренко, К.А. Якимова и др // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2000. – №1. – С. 15-16.

#### **СОСТОЯНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ МЕЖОТРАСЛЕВОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ "ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ" НА 2002–2011 ГОДЫ ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫМ ПРОБЛЕМАМ ТРАВМАТИЗМА И ОТРАВЛЕНИЙ**

*В.М. Пономаренко, Г.М. Москалец, А.И. Баторшина (Киев)*

Представлены результаты выполнения на государственном и региональном уровне мероприятий Межотраслевой комплексной программы "Здоровья нации", касающиеся медико-социальных проблем травматизма и отравлений. Приведены основные сведения о решении организационных, нормативно-правовых, научных и кадровых аспектов указанных проблем.

#### **ABOUT IMPLEMENTATION OF THE "THE NATION'S HEALTH" PROGRAMME ON 2002–2011 TO CURB INJURIES AND POISONINGS RATES**

*V.M. Ponomarenko, H.M. Moskalets, A.I. Batorshina (Kiev)*

Effectiveness of the process of the comprehensive intersectoral "Health for the Nation" programme implementation on the national and regional levels has been assessed concerning achievability of its perspective targets for lowering nowadays high injuries and poisonings rates in this country. The article presents information about the policy and decision-making process to solve this complex problem and its related aspects (e.g. organizational issues, its normative and legal base make-up, manpower, scientific support, etc.).

УДК 614.2(4)«20»

В.Ф. МОСКАЛЕНКО, Т.С. ГРУЗЕВА (Київ)

## РЕАЛІЗАЦІЯ В КРАЇНАХ ЄВРОПИ СТРАТЕГІЇ З ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В КОНТЕКСТІ ПОЛІТИКИ "ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВСІХ У ХХІ СТОЛІТТІ"

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Оскільки здоров'я населення є одним з головних чинників поступального розвитку суспільства, а його якість наполовину визначається способом та умовами життя, ці взаємопов'язані категорії завжди знаходяться у центрі уваги державних інституцій та міжнародних організацій.

Значне поширення шкідливих звичок та нездорової поведінки серед населення багатьох країн світу, зростання частоти пов'язаної з цим патології піднімають проблему формування здорового способу життя до рангу найбільш актуальних.

Серед чинників нездорового способу життя визначальними є незбалансоване харчування, раннє штучне вигодовування, недостатня фізична активність, ризикована сексуальна поведінка, куріння, зловживання алкоголем, немедичне споживання наркотичних речовин.

Проблеми незбалансованого харчування пов'язані як з недостатнім, так і з надмірним споживанням певних харчових інгредієнтів, недостатнім надходженням в організм окремих мікроелементів, недостатньою чи надлишковою калорійністю їжі [32].

В останні роки стурбованість міжнародного співтовариства викликає відсутність можливості встановити і дотримуватися харчових стандартів, що призводить до збільшення поширеності серйозних захворювань харчової природи. Спостерігаються кризи у сфері безпеки харчових продуктів, такі як губчатоподібна енцефалопатія великої рогатої худоби, забруднення молочних продуктів лістерією тощо [6].

Небезпечне та незбалансоване харчування обумовлює значний тягар хвороб, який складає близько 9,7 % від загального показника DALY, тобто від числа років життя, втрачених внаслідок передчасної смерті, а також прожитих з інвалідністю.

Близько 4 % населення Європи страждає від ожиріння, яке підвищує ризик розвитку діабету у 100 разів, скорочує тривалість життя на 8-10

років. Проблема ожиріння коштує деяким країнам до 7 % від загальної суми бюджетних асигнувань на охорону здоров'я [28]. Прослідковується прямий зв'язок між споживанням насичених жирів та рівнем холестерину, і як наслідок – підвищеним ризиком розвитку хронічних хвороб.

Йододефіцитні стани, такі як ендемічний зоб, гіпотиреоз, порушення розумового розвитку, спостерігаються у близько 130 млн жителів Європейського регіону ВООЗ [23].

При рекомендованих для споживання 400 г овочів і фруктів на добу, в багатьох країнах ця норма не дотримується. Зокрема у країнах Південної Європи в середньому однією особою протягом дня споживається 272 г овочів і фруктів, в країнах Балтії – 374, в Азербайджані, Молдові, Україні – 254, в Казахстані, Киргизстані і Узбекистані – лише 199 г. [35]. Внаслідок недостатнього споживання фруктів та овочів у світі щорічно закінчуються летально близько 2,7 млн хвороб.

Суттєві відмінності у різних країнах Європи має рівень фізичної активності [25]. Недостатньою фізична активність є лише у 14 % населення Фінляндії, 16 % – Швеції, 19 % – Ірландії і майже у 70 % у населення Португалії, 50 % – Бельгії та Іспанії.

Встановлено, що фізично неактивні люди середнього і старшого віку зазнають значно більшого ризику розвитку цілого ряду неінфекційних хвороб порівняно з фізично активними [36]. Кількісні характеристики фізичного здоров'я у осіб, які нехтують фізичними тренуваннями, у 1,3-2,4 раза нижчі, ніж у осіб, які регулярно ними займаються [22].

Терміни лікування у стаціонарах найбільш фізично активних чоловіків і жінок порівняно з найменш фізично активними є коротшими на 36 % та 23 % відповідно. Дані спеціальних досліджень свідчать, що гіподинамія сприяє збільшенню частоти ішемічної хвороби серця на 15-39 %, інсульту – на 33 %, гіпертензії – на 12 %, діабету – на 12-35 %, раку товстої кишки – на 22-33 %,

переломів на фоні остеопорозу – на 18 %, раку молочної залози – на 5-12 %.

Провідним чинником ризику виникнення багатьох хронічних хвороб є тютюнокуріння. Частка чоловіків, які курять щоденно, коливається від 63 % у Вірменії та 62 % – у Російській Федерації до 18 % у Швеції і 12 % – у Мальті, частка жінок – від 32 % у Норвегії та Франції до 6 % у Мальті і 1 % – у Вірменії [30,34]. Особливу тривогу викликає той факт, що куріння надзвичайно швидко поширюється у молодіжному середовищі. В Європейських країнах приблизно третина підлітків курить. Питома вага курців серед населення з високим та низьким соціально-економічним статусом відрізняється у 3 рази. Куріння більш поширене серед безробітних порівняно з тими, хто має роботу [33].

Внаслідок цієї звички в Європі помирають 1,2 млн осіб щорічно, що становить 14 % від усіх смертей. В цілому куріння є причиною 4,9 млн смертей на рік у світі [5].

Протягом року в Німеччині втрачається близько 20 млн робочих днів внаслідок хвороб, пов'язаних з курінням. Біля 10 % витрат на соціальне забезпечення щорічно пов'язано з результатами куріння. Збиток, який куріння приносить державі, у 6 разів перевищує дохід від податку на тютюнові вироби [21].

В країнах з високим рівнем доходів частка затрат на охорону здоров'я, пов'язаних з тютюнокурінням, складає 6-15 % щорічних витрат на охорону здоров'я. Збитки від вживання тютюнових виробів становлять у світовому масштабі 200 млрд дол. США [9].

Поширеним є споживання наркотичних речовин [31]. У країнах Європейського Союзу на нього припадає 0,4 % загального тягаря хвороб. Наркоманія є складною медико-соціальною проблемою. На початок XXI століття поширеність споживання кокаїну в країнах ЄС становила 0,5-3,0 %, в країнах Центральної і Східної Європи – 1,0-4,0 %, амфетамінів 1,0-4,0 % та 1,0-8,0 %, екстазі – 0,5-4,0 % та 1,0-5,0 % відповідно.

Найбільш тривожна тенденція пов'язана зі стрімким ростом числа споживачів ін'єкційних наркотиків, що сприяє поширенню ВІЛ-інфекції. Частота передачі ВІЛ-інфекції у споживачів ін'єкційних наркотиків коливається в різних країнах від 1 до 32 %, гепатиту С – від 40 до 90 %.

В країнах ЄС щорічно реєструється 7-8 тис. смертей, викликаних передозуванням сильнодіючих наркотичних речовин. Смертність серед споживачів опіатів в 20 разів перевищує відповідні популяційні показники.

В Європі рівень споживання алкоголю є одним з найбільших у світі. При середньому показнику 7,3 л чистого алкоголю на людину у рік

виявлено його суттєві відмінності у різних країнах. Так, споживання алкоголю коливається від 0,4 літра на людину в рік в Албанії до понад 11,4 літрів – у Молдові (в перерахунку на чистий спирт) [24].

Зі зловживанням алкоголю пов'язане значне число медичних, соціальних та економічних проблем суспільства. Цироз печінки, панкреатит, підвищений артеріальний тиск, хвороби серця і судин, злоякісні новоутворення кишково-шлункового тракту, психічні порушення мають виразний причинний зв'язок зі зловживанням алкоголем. На споживання спиртних напоїв припадає близько 9 % від сумарного тягаря хвороб.

Щорічно понад 55 тис. молодих європейців помирають внаслідок зловживання алкоголем. Алкогольним сп'янінням обумовлено 40-60 % летальних випадків внаслідок травм [27].

Витрати внаслідок зловживання спиртними напоями пов'язані з соціально-культурними потребами, медичним обслуговуванням, страхуванням, застосуванням та утриманням в пенітенціарних установах, а також втрати внаслідок виробництва становлять 1-3 % від ВВП.

Скорочення споживання алкоголю на душу населення на 10 % дозволить скоротити на 20 % смертність серед чоловіків, обумовлену споживанням алкоголю, і скороченням на 5 % нещасних випадків з летальним наслідком, самогубств та вбивств серед населення в цілому.

Отже, поширення нездорового способу життя, пов'язані з ним медичні та соціально-економічні проблеми, викликають стурбованість світового співтовариства і обумовлюють пошук ефективних стратегій збереження та зміцнення здоров'я.

Загальновизнаною стратегією є політика Всесвітньої організації охорони здоров'я "Здоров'я для всіх". Її метою є досягнення позитивного стану здоров'я, а не просто зниження захворюваності, інвалідності та смертності, а також забезпечення сталого розвитку суспільства [10].

Відомо, що після завершення програми "Здоров'я для всіх до 2000 р.", Всесвітня організація охорони здоров'я розпочала реалізацію політики "Здоров'я для всіх на XXI століття". У ній викладено глобальні пріоритети, що згруповані у 6 розділів: "Забезпечення рівності у питаннях охорони здоров'я за рахунок солідарності дій", "Поліпшення здоров'я 870 млн людей у європейському регіоні", "Попередження хвороб і травм та боротьба з ними", "Міжсекторальні стратегії із забезпечення стійкого розвитку", "Зорієнтований на результати роботи сектор охорони здоров'я", "Політика і механізми управління перетвореннями", які розраховані на перші два десятиліття 21 віку [11].

Розділ IV "Міжсекторальні стратегії із забезпечення стійкого розвитку" містить ряд завдань щодо здорового способу життя. Зокрема завдання 11 "Більш здоровий спосіб життя" ставить за мету поширення здорового способу життя шляхом формування здорової поведінки у таких сферах, як харчування, фізична активність та сексуальність, а також розширення доступу, збільшення фінансових можливостей, підвищення доступності корисних для здоров'я та безпечних продуктів харчування.

У завданні 12 "Зменшення збитку, спричиненого алкоголем, речовинами, які викликають залежність, та тютюном" викладено мету – зменшення несприятливого впливу на здоров'я речовин, які викликають залежність. Передбачається досягнення такого стану, щоб не курили, принаймні, 80 % дорослих і 100 % дітей. Споживання алкоголю дорослими не повинно перевищувати 6 літрів на рік і не вживатися дітьми. Заплановано скорочення на 25 % нелегального споживання наркотиків і на 50 % – смертності від них.

Стратегії щодо здорового харчування передбачають реформу аграрної політики з урахуванням рекомендацій щодо охорони здоров'я; розробку національних політик щодо харчових продуктів і харчування спеціалістами різних галузей економіки, включаючи сільське господарство, харчову промисловість, торгівлю, громадське харчування; сприяння поставкам безпечних, екологічно нешкідливих продуктів; включення у харчовий раціон достатньої кількості овочів, фруктів, неочищених злаків, риби, олії з метою зменшення калорійності, підвищення вмісту поживних речовин; впровадження інформаційно-навчальних програм стосовно здорової їжі для різних категорій населення; йодування солі з метою попередження йодної недостатності; організація стимулювання здорового харчування в установах різних типів [17].

Європейська стратегія щодо фізичної активності рекомендує 30-хвилинне фізичне навантаження, зокрема безперервну швидку ходу протягом не менше 5 днів на тиждень; створення житлових умов і структури забудови, які б сприяли ходьбі в якості природного щоденного навантаження; поліпшення інфраструктури закладів зміцнення здоров'я, підвищення ролі спортивних об'єднань, жіночих груп, рухів, клубів для людей похилого віку; міжсекторальне співробітництво для створення безпечних умов відпочинку та занять спортом [26].

З метою скорочення тютюнокуріння ще у 1988 р. було прийнято Мадридську хартію, яка передбачає визнання та забезпечення права населення на перебування в громадських місцях, не

забруднених тютюновим димом; закріплення в законодавчому порядку цього права; оголошення поза законом реклами та пропаганди тютюнових виробів, а також спонсорської підтримки з боку тютюнової промисловості; доведення до кожної людини інформації про шкідливі наслідки споживання тютюну, а також про масштаби викликані ним пандемії; надання гарантованої всебічної допомоги споживачам тютюну, які бажають позбавитися цієї звички [29]. Складовими Хартії є введення збору у розмірі як мінімум одного відсотка на доходи, які забезпечуються за рахунок оподаткування тютюнових виробів для фінансування конкретних заходів у сфері боротьби проти тютюну та зміцнення здоров'я; введення системи від'ємних фінансових стимулів з використанням прогресивної шкали; встановлення заборони на нові методи введення нікотину в організм та блокування майбутніх стратегій маркетингу тютюнової промисловості; моніторинг наслідків пандемій та оцінка ефективності контрзаходів; створення громадських об'єднань з урахуванням усіх груп населення, зацікавлених в зміцненні здоров'я.

Отже, основними напрямками діяльності щодо зменшення шкоди від тютюну Всесвітня організація охорони здоров'я вважає запобігання залученню до куріння, заохочування та надання допомоги курцям в позбавленні від тютюнокуріння, захист від тютюнового диму людей, які не курять, зниження рівня шкідливих речовин в тютюнових виробах.

Стратегії щодо скорочення куріння передбачають підвищення акцизів на тютюнові вироби, заборону реклами та спонсорства тютюнових виробів, контроль щодо куріння в громадських і робочих місцях, всебічну допомогу в позбавленні від куріння, потужну контррекламу, протидію контрабанді тютюнових виробів [20].

Важливу роль у скороченні споживання алкоголю відіграє Європейська хартія з алкоголю, яка передбачає інформування про наслідки споживання алкоголю та ефективні заходи попередження збитку, створення просвітницьких програм [7]. Серед заходів Хартії – пропаганда середовищ існування, захищених від негативних наслідків споживання алкоголю; недопущення водіння транспорту у стані сп'яніння; контроль за ціноутворенням на алкогольні напої. Органічною складовою антиалкогольної політики є здійснення суворого контролю, визнаючи наявні в деяких країнах заборони, за прямим і непрямим реклами алкогольних напоїв і забезпечення того, щоб ніяка форма рекламування не була направлена спеціально і конкретно на молодь, наприклад, шляхом поєднання алкоголю зі спортивними подіями та заходами.

Відповідно до положень Європейської хартії з алкоголю необхідним є забезпечення доступності ефективних служб лікування і реабілітації – з допомогою персоналу, який отримав необхідну підготовку – для осіб із небезпечним споживанням алкоголю і збитками для них та членів їх сімей. Передбачається посилення морально-етичної та юридичної відповідальності тих, хто причетний до збуту чи обслуговування з пропозицією алкогольних напоїв, запровадження суворого контролю за безпекою продукції, а також виконання заходів, спрямованих на боротьбу з протизаконним виробництвом і продажем; підвищення здатності суспільства вирішувати пов'язані з алкоголем проблеми шляхом підготовки і навчання спеціалістів різних секторів, таких як охорона здоров'я, соціальне забезпечення, просвіта і судочинство, поряд з посиленням комунально-громадського розвитку і керівництва. Хартія наголошує на необхідності підтримки недержавних організацій і рухів взаємодопомоги, які сприяють зміцненню здорового способу життя, особливо тих, хто намагається попередити або скоротити пов'язаний з алкоголем збиток; створенні на широкій основі програм в країнах з урахуванням існуючої Європейської хартії з алкоголю, розробці ясних та чітких завдань і показників кінцевих результатів, моніторингу досягнень, а також забезпеченні періодичного оновлення програм на основі визначення оцінки.

Для реалізації у XXI столітті стратегій відносно алкоголю пропонується інформування про наслідки споживання алкоголю та ефективні заходи попередження збитку, створення просвітницьких програм, пропаганда середовищ існування, захищених від негативних наслідків споживання алкоголю, недопущення водіння транспорту у стані сп'яніння, контроль за ціноутворенням на алкогольні напої, за їх безпекою, збутом та рекламою, заборона вживання алкоголю на робочому місці, підтримка недержавних організацій і рухів взаємодопомоги щодо скорочення збитків, пов'язаних з алкоголем, забезпечення медичної допомоги, створення національних планів дій щодо алкоголю [8].

Поліпшення сексуального здоров'я передбачає, що політика і програми у сфері сексуального здоров'я повинні спрямовуватися на усі контингенти населення, особливо на підлітків і молодь, а також на вразливі в цьому плані групи, включаючи робітників сфери сексуальних послуг, їх клієнтів, шприцевих наркоманів тощо [11]. Необхідним є широке поширення інформації та її доведення до населення через освітні програми для формування більш безпечної для здоров'я практики статевих стосунків, визнання концепції формування сім'ї, а також реклама викорис-

тання контрацептивів і забезпечення їх просування на ринок, підвищення їх доступності за місцем придбання та за ціною.

Стратегії щодо вживання незаконних психотропних засобів включають міжсекторальне співробітництво на усіх рівнях між службами охорони здоров'я, соціального забезпечення, просвіти, правопорядку і юстиції; комплексний підхід для забезпечення зменшення як попиту так і пропозиції; включення до освітніх програм для населення та шкільних навчальних програм питань важливості зменшення попиту на незаконні наркотичні речовини; організацію медико-санітарних служб, які враховують індивідуальні запити і потреби як для наркоманів, так і членів їх сімей; впровадження стратегій стримання ризику шляхом правильної орієнтації шприцевих наркоманів; організацію системи розподілу і обміну голочок і шприців; забезпечення доступу до придбання презервативів; надання можливостей для проведення підтримуючої терапії і розширення охоплення нею менш доступної частини населення [11,31].

В Європейських країнах послідовно реалізується політика з формування здорового способу життя щодо здорового харчування. У 2002 р. Євробюро ВООЗ затвердило План дій стосовно політики у сфері харчових продуктів і харчування на 2000-2005 рр. [32]. Розроблено методичні рекомендації щодо годування і харчування грудних дітей та дітей раннього віку. У 2003 р. ВООЗ спільно зі спеціалістами охорони здоров'я, представниками промисловості та недержавних організацій розробили концепцію "5 в день" для заохочення до щоденного вживання овочів і фруктів з метою попередження хронічних захворювань. Створено новий довірчий фонд для надання допомоги країнам в поліпшенні безпеки харчових продуктів. У 2004 р. розроблено Глобальну стратегію у сфері раціону харчування, фізичної активності і здоров'я [1].

На виконання Європейської стратегії щодо підвищення фізичної активності у 1996 р. створено Європейська мережу зі стимулювання фізичної активності, яка сприяє зміцненню здоров'я. У 2000 р. видано методичні рекомендації з пропаганди фізичної активності, методичні рекомендації з популяризації таких методів пересування, як хода пішки та їзда на велосипеді. У переважній більшості європейських країн впроваджуються великі загальнонаціональні ініціативи, стратегії та програми з пропаганди фізичної активності, яка сприяє зміцненню здоров'я.

Для скорочення поширеності тютюнокуріння у 2001 р. 80 % країн Європейського регіону ввели заборону чи обмеження на куріння в громадських місцях і на робочому місці та забезпечили безрецептурний відпуск в аптеках найпоширеніших виробів нікотинозамісної терапії. Три чверті

держав заснували міжсекторальні координаційні комітети. У 50 % держав-членів Європейського регіону ВООЗ прийнято національні плани дій і введено часткові обмеження або заборони на пряму і непрямую рекламу тютюнових виробів. Третина країн забезпечила проведення на перспективу кампаній з поширення інформації серед населення. Чверть країн передбачала резервування надходжень від тютюну для цільового фінансування і обмежила доступність тютюнових виробів особам, молодшим 18 років [4]. У 2003 р. Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я прийнято рамкову конвенцію ВООЗ щодо боротьби проти тютюну [21].

З метою скорочення зловживання алкоголем затверджено Європейський план дій щодо боротьби з вживанням алкоголю на 2000-2005 рр. Відповідно до нього розроблено і прийнято національні плани дій стосовно алкоголю.

Проблема формування здорового способу життя є надзвичайно актуальною і для України. Серед значної групи населення недостатніми є споживання овочів і фруктів та фізична активність, поширеними – куріння, зловживання алкоголем та наркоманія.

При рекомендованих ВООЗ 400 г на добу, в Україні споживається в середньому 254,0 г. Серед дітей достатню фізичну активність мають 90 %, серед дорослих – 30 % чоловіків і 20 % – жінок. Курять 57 % чоловіків, 14 % жінок, 29 % підлітків [3,16,19]. І хоча за офіційними даними середньорічне споживання алкоголю на душу населення в Україні становить лише 2,2 л в перерахунку на чистий спирт, експерти вважають, що цей показник складає близько 11 л. [2]. У 2003 р. на облік з приводу немедичного вживання наркотиків знаходилось 108 тис. осіб, у т.ч. 8,6 тис. – дітей і підлітків [18].

З нездоровим способом життя пов'язані значні негативні медичні наслідки. Перевищення ваги тіла спостерігається у 29 % населення, гіперхолестеремія – у 23 %. Значною є кількість гострих інтоксикацій від алкоголю (172 тис. осіб) та захворюваність на алкогольні психози (21,8 випадку на 100 тис.), поширеність хронічного алкоголізму (1346,2 випадку на 100 тис.). Сьогодні понад 800 тис. українців мають алкогольні проблеми. Гостра інтоксикація від вживання наркотиків зареєстрована у 2003 р. в 28 тис. осіб, поширеність розладів психіки від їх вживання – у 85,5 тис. Щорічно від куріння помирає 120 тис. жителів України.

Відомо, що основні напрями політики держави у сфері охорони здоров'я ґрунтуються на особливостях стану здоров'я населення та показниках розвитку галузі, а також враховують рекомендації впливових міжнародних організацій, у тому числі Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Саме тому напрями європейської політики "Здоров'я для всіх на XXI століття" є гармонійними складниками концепцій та програм розвитку національної системи охорони здоров'я.

Одним із стратегічних документів є Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена у 2000 р. [12]. Окремий її розділ "Створення умов для здорового способу життя" передбачає вдосконалення нормативно-правової бази, формування державної політики щодо зміцнення здоров'я населення, запровадження системи соціально-економічного стимулювання здорового способу життя, обмеження реклами шкідливих для здоров'я речовин, трансформацію гігієнічного виховання населення у державну систему безперервного навчання і здійснення його на усіх етапах соціалізації особистості, широке впровадження профілактичних технологій в роботу закладів охорони здоров'я, особливо первинної ланки.

Відповідно до стратегічних напрямів європейської політики «Здоров'я для всіх» в Україні розроблено Міжгалузеву комплексну програму "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки [13]. Окремий розділ Програми відводиться формуванню здорового способу життя. Він включає 16 груп заходів правового, нормативного, організаційного, управлінського, ресурсного, інформаційного, освітнього, наукового характеру..

Програма реалізується на міжсекторальній основі за участю усіх причетних міністерств і відомств, академій наук, профспілок, місцевих органів виконавчої влади, закладів, установ, організацій різних галузей, органів самоврядування, громадських організацій та населення.

Програмою передбачено створення правового підґрунтя для формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення; забезпечення перетворення санітарної освіти в державну систему неперервного медико-гігієнічного навчання і виховання і здійснення його через системи загальної і професійної освіти, масової інформації, охорони здоров'я, фізичної культури та інші соціальні інститути.

Необхідно переглянути обов'язкові та факультативні програми фізичного виховання у загальноосвітніх закладах з метою розширення системи позашкільного фізичного виховання, широкого використання різноманітних форм, методів та засобів фізичної культури; послідовно проводити роботу з гігієнічного виховання населення з використанням засобів телебачення, радіо, літератури, театру, кіно, які сприяють формуванню ідеології здорового способу життя, в тому числі духовного, фізичного і психічного.

Програмою поставлено завдання науково обґрунтувати, розробити та широко запровадити методи скринінг-тестування здоров'я як невід'

емного елемента системи медико-профілактичних заходів, звернувши особливу увагу на дітей із груп ризику та з малозабезпечених і неблагополучних сімей.

З метою створення оптимального соціально-психологічного клімату в оздоровчих закладах, ослаблення соціальної напруги передбачається запровадити повсюдне проведення в учнівських колективах діагностичних, відновних заходів психогігієнічної корекції.

Обов'язковим має бути включення до програм навчання у загальноосвітніх закладах такого важливого елемента підвищення адаптаційних ресурсів організму, як щоденна "година здоров'я" з використанням традиційних та нетрадиційних методів оздоровлення, підвищенням рівня рухової активності до оптимальних величин. Необхідним є забезпечення проведення у загальноосвітніх закладах заходів комплексної оптимізації використання учнями вільного часу, зокрема, впровадження різноманітних форм фізичної культури, психогігієни та психокорекції тощо.

Потрібно запланувати в територіальних та галузевих програмах соціального розвитку заходи щодо створення сприятливих для здоров'я населення умов праці, навчання, виховання, проживання, водопостачання, харчування, транспортного обслуговування, а також охорони довкілля; створити розгалужену інфраструктуру та індустрію здоров'я і активного відпочинку; впровадити в повсякденну практику заходи соціально-економічного стимулювання і підтримки здорового способу життя.

Відповідно до інноваційних напрямів розвитку суспільства передбачається забезпечення підвищення рівня наукових розробок і наукового супроводження розроблених моделей та систем формування здорового способу життя з урахуванням економічних, соціальних, медичних, педагогічних, психологічних, інших аспектів цієї проблеми.

Заходами Програми визначено необхідність розробки та впровадження в міжнародній комп'ютерній системі "Інтернет" інформації щодо гігієнічного виховання та формування здорового способу життя; розширення міжнародного співробітництва з питань формування здорового способу життя; активізації участі у здійсненні міжнародних проектів і програм таких як "Міста здоров'я", "Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю", CINDI, "Здоров'я на робочих місцях", "Європа без тютюну", "Молодь за здоров'я" тощо; налагодження співпраці з Міжнародним союзом сприяння здоров'ю і санітарній освіті, Асоціацією міст здоров'я, ЮНІСЕФ та іншими міжнародними організаціями.

У ході виконання Програми зусилля фахівців різних галузей будуть спрямовуватися на те, щоб

оптимізувати мережу, структуру, кадровий потенціал, матеріально-технічну базу, сучасне обладнання та розробити сучасні ефективні профілактичні технології служби формування здорового способу життя; створити матеріально-технічні передумови для проведення пропаганди медико-гігієнічних знань шляхом випуску кіно- і відеофільмів, наочних посібників, науково-популярної літератури з різних аспектів здорового способу життя і профілактики захворювань.

Учасниками реалізації заходів є 22 міністерства та державних комітети, 3 академії наук, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, 24 обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації, підпорядковані їм органи, заклади та установи.

Виконання стратегії з формування здорового способу життя в Україні забезпечено відповідною нормативно-правовою базою. Вона включає 9 законів України з наступними змінами і доповненнями до них. Закон України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" (1991); "Про фізичну культуру і спорт" (1993); "Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів" (1995); "Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними" (1995); "Про рекламу" (1996); "Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини" (1997); "Про ратифікацію угоди про співробітництво у розв'язанні проблем ВІЛ-інфекції" (2000); "Про вилучення з обігу, переробку, утилізацію, знищення або подальше використання неякісної та небезпечної продукції" (2000); "Про соціальну роботу з дітьми та молоддю" (2002) [14,15].

Важливу роль у реалізації стратегії формування здорового життя в Україні відіграють заходи, які здійснюються у відповідності до указів Президента України: "Про цільову комплексну програму "Фізичне виховання – здоров'я нації" (1998); "Про вдосконалення державного контролю за якістю та безпекою продуктів харчування, лікарських засобів та виробів медичного призначення" (1999); "Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом" (2001); "Про додаткові заходи щодо державної підтримки фізичної культури і спорту в Україні" (2002); "Про невідкладні заходи щодо зміцнення моральності у суспільстві та утвердження здорового способу життя" (2002); "Про посилення державного контролю за виробництвом і обігом спирту, алкогольних напоїв та тютюнових виробів, забезпечення захисту життя і здоров'я громадян" (2004); "Про запобігання дальшому поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні" (2004);

"Про національну доктрину розвитку фізичної культури і спорту" (2004).

Постановами Уряду впроваджується в практичну діяльність низка профілактичних програм: Національна програма патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства (1999); Державна програма профілактики йодної недостатності у населення (2002); Програма реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 роки (2003); Національна програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки (2004); Національний план захисту населення України від шкідливих наслідків вживання тютюнових виробів (2004).

У 2001 р. в Україні затверджено Концепцію державної політики у сфері здійснення контролю над тютюном, у 2004 р. Україна приєдналась до Міжнародної конвенції з контролю над тютюном.

Завдяки комплексу профілактичних заходів досягнуто майже 100-відсоткове охоплення учнів та 90-відсоткове охоплення декретованих контингентів населення ігієнічним навчанням. Поступово вдосконалюється система організації фізкультурно-оздоровчої і спортивної роботи, орієнтованої на створення спортивних клубів та спеціалізованих класів. В регіонах діють понад 3 тис. спортивних клубів, 937 тренажерних залів, 139 реабілітаційно-відновлювальних центрів, 85 консультативних пунктів, 116 кімнат психологічного розвантаження, 44 пункти прокату спортивного обладнання та інвентаря. З 2003 р. в Україні почали функціонувати центри фізичного здоров'я. Вони створюються для задоволення потреб громадян в

оздоровчих послугах за місцем проживання та в місцях масового відпочинку населення. На кінець 2003 р. такі центри функціонували у 10 регіонах України та в 2 районах м. Києва. Фізичною культурою та спортом займаються 208,2 тис. дітей та підлітків у віці від 6 до 17 років.

У 2003 р. підготовлено близько 7 тис. телепередач, 35,5 тис. радіопередач та майже 17 тис. публікацій з проблеми здорового способу життя.

Активізувалась робота з міжнародного проекту "Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю".

Разом з тим, порівняння окремих характеристик способу життя населення в Україні та європейських країнах свідчить про значні резерви щодо його поліпшення і необхідність активних зусиль для досягнення показників, передбачених стратегією "Здоров'я для всіх".

Таким чином, подальша реалізація в Україні європейської стратегії з формування здорового способу життя повинна ґрунтуватися на основних напрямках національної політики щодо зміцнення здоров'я та щодо чинників способу життя, міжгалузевому комплексному підході, розвитку інфраструктури та індустрії здоров'я, забезпеченні того, щоб "здоровий вибір" був легким вибором, розробці адресних програм для конкретних контингентів населення, підвищенні рівня компетентності окремих осіб, які приймають рішення щодо способу життя, активній участі громадськості у формуванні здорового способу життя, розширенні міжнародного співробітництва.

Виконання запланованих заходів дозволить прискорити досягнення в Україні стратегічних цілей програми "Здоров'я для всіх у XXI столітті", утвердити здоровий спосіб життя у суспільстві, поліпшити здоров'я та подовжити активне довголіття населення.

#### Список літератури

1. 2003 г. – Обзор событий в ВОЗ за год / доклад Генерального директора. – ВОЗ, 2003. – 25 с.
2. Алкоголь та наркотики в Україні. – К.: Міжнародна Незалежна Асоціація Тверезості, 1995. – 96 с.
3. Витрати і доходи домогосподарств України у 2002 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України): Стат. бюл. Ч. 1. – К.: Держкомстат України, 2003. – 450 с.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2003. – 156 с.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. – Женева: ВОЗ, 2001. – 16 с.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2003 г. Формирование будущего. – ВОЗ, Женева. – 2004. – 16 с.
7. Европейская хартия по алкоголю / Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 70. – Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 1995 г. – С. 24-25.
8. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000-2005 гг. – Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2000 г.
9. Економіка контролю над тютюном в Україні з точки зору громадського здоров'я. Звіт про дослідження / К. Красовський, Т. Андреева, Д. Крисанов та ін. – К., 2002. – 140 с.
10. Задачи по достижению здоровья для всех: европейская политика здравоохранения. Европейская серия "Здоровье для всех", №4. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1991. – 322 с.
11. Здоровье 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. Европейская серия "Здоровья для всех", №6. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
12. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. – Одеса, 2001. – 29 с.



13. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки / В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко, Ю.В. Вороненко та ін. – К.: ОВ, 2002. – 88 с.
14. Нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я. 2003 р. – К.: ОВ, 2004. – 72 с.
15. Основні нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я, які прийнято протягом 1991–2002 рр. / В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко, Т.С. Грузева та ін. – К.: ОВ, 2002. – 24 с.
16. Основні соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2003 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств): Стат. бюл. – К.: Держкомстат України, 2003. – 81 с.
17. Первый план действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2000–2005 гг. – Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2001 г.
18. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2002–2003 роки. – К.: Центр медичної статистики, 2004. – 302 с.
19. Соціальне-економічне становище домогосподарств України у 2002 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України): Економ. доп. – К.: Держкомстат України, 2003. – 30 с.
20. Третий план действий "За Европу без табака" на период 1997–2000 гг. – Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 1997 г.
21. Фетисов Н.Н., Мусихин М.В. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака // Проблемы социальной медицины, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – №2. – С.3–8.
22. Формування здорового способу життя, гігієнічне виховання населення / В.Ф. Москаленко, О.О. Бобильова, С.В. Шевчук та ін. / Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі. 2001 р. – К., 2002. – С.136–157.
23. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide for programme managers, 2<sup>nd</sup> ed. – Geneva, WHO, 2001.
24. Atlas of health in Europe /The WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2003. – 112 p.
25. Bouchard C. et al. Physical activity, fitness and health: 2<sup>nd</sup> International Consensus Symposium papers and consensus statement. – Champaign, IL, Human Kinetics, 1994.
26. European commission. Promotion of health-enhancing physical activity. Development of a European strategy, network and action program. – Tampere, UKK Institute, 1996.
27. Harhn A.M. et al. Smoking, drinking and drug taking in the European Region. –Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.
28. Heseker H. & Schmid A. Epidemiology of obesity //Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique. – 2000. – Vol.57. – P.478–481.
29. In can be done. A smoke-free Europe / Региональные публикации, Европейская серия, №30. – Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 1990.
30. Jha P. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. – Washington, DC, World Bank, 1999.
31. McLellan A. T. et al. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation // Journal of the American Medical Association. – 2000. – №284. – P.1689–1695.
32. Robertson A., Tirado C., Lobstein T. et al. Food and health in Europe: a new basis for action // WHO, 2002. – 385 p.
33. Prabhat J. & Chaloupka F.J. Tobacco control in developing countries. – New York, Oxford University Press, 2000.
34. Samet J.M. & Yoon S.Y., ed. Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century. – Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/NMH/TFI/01.1).
35. Situation and comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States. – Copenhagen, WHO, 2002.
36. Williams, C., ed. Physical activity and cardiovascular disease prevention in the European Union. – Brussels, European Heart Network, 1999.

### **РЕАЛИЗАЦИЯ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ СТРАТЕГИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО СПОСОБА ЖИЗНИ В КОНТЕКСТЕ ПОЛИТИКИ "ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ В XXI ВЕКЕ"**

*В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузева (Киев)*

В статье раскрыты особенности образа жизни населения Европейского региона ВОЗ, в том числе Украины. Представлены медицинские, социальные и экономические последствия нездорового образа жизни. Охарактеризованы современные европейские стратегии, результаты их реализации в зарубежных странах и Украине.

### **IMPLEMENTATION OF HEALTHY WAY OF LIFE FORMATION STRATEGY IN COUNTRIES OF EUROPE IN THE CONTEXT OF THE "HEALTH FOR EVERYBODY IN THE XXI CENTURY" POLICY**

*V.F.Moskalenko, T.S.Gruzeva (Kyiv)*

In the article are revealed way of life particularities of the WHO European region population, including Ukraine. There are shown medical, social and economical consequences of unhealthy way of life and described contemporary European strategies, results of their implementation in foreign countries and Ukraine.

## ОЦІНКА РИЗИКУ ВПЛИВУ ЧИННИКІВ ДОВКІЛЛЯ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

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

Відповідно до Порядку денного на XXI століття, прийнятого в Ріо-де-Жанейро (1992), людям належить право на здоров'я, творче життя в гармонії з природою при справедливому задоволенні екологічних і економічних потреб теперішнього і майбутніх поколінь.

Питання здоров'я і розвитку нерозривно зв'язані між собою. Розбудова держави, що є надзвичайно актуальним для України питанням, перехід на засади сталого розвитку можливі тільки при певному рівні здоров'я її мешканців. Однак сьогодні статево-вікова структура населення в Україні чітко демонструє зниження народжуваності, надсмертність чоловіків та низьку тривалість життя населення. В той же час тиск антропогенних чинників навколишнього середовища в багатьох регіонах України досяг рівня, який не тільки погіршує здоров'я населення, а й, можливо, порушує генетичну сутність людини. У відношеннях людини з навколишнім середовищем наявна криза, яка потребує: усвідомлення того, що людство спроможне до самознищення; дослідження розмірів впливу чинників довкілля на здоров'я населення та прийняття відповідних рішень. Суттєвий вплив на якість епідеміологічних досліджень в Україні спричиняє відсутність застосування в них ризикових оцінок. В зв'язку з вищевикладеним **метою** даної роботи став розгляд поняття "ризик" при його застосуванні у дослідженнях впливу чинників довкілля на здоров'я, зокрема на його генетичну складову.

Існують відмінності в трактуванні цього терміну, саме поняття "ризик" стало предметом досліджень [15]. Більшість авторів сприймає ризик як усвідомлену небезпеку для виникнення небажаної події. Погіршення стану здоров'я під впливом антропогенних чинників також ймовірний процес, який характеризується ризиком виникнення тих чи інших негативних подій (зниження адаптаційно-компенсаторних можливостей організму, хвороба, смерть).

В дослідженнях здоров'я найчастіше вживаються наступні поняття ризику [13]:

– відносний ризик – відношення ризику виникнення хвороби або смерті серед тих, на кого діяли чинники різного роду, до ризику серед неекспонованих;

– атрибутивний ризик – рівень хвороби або іншого патологічного стану, який можна пов'язати з дією чинника. Він встановлюється відніманням рівня патологічних станів, який існує в групі, що не підпадала дії чинника (звичайно це захворюваність або смертність), від рівня в групі, що вивчається;

– популяційний атрибутивний ризик (синоніми – атрибутивна популяційна фракція або етіологічна популяційна фракція) – це захворюваність (або інший патологічний стан), що асоційована з дією фактора ризику; її часто відображають у відсотках і розраховують наступним чином [13]:

$$P(\%) = \frac{P_e (Z_e - Z_n)}{P_t Z_t} 100,$$

де  $P$  – ризик;

$P_e$  – число експонованих, тобто тих, що зазнали впливу фактора ризику;

$P_t$  – число осіб в популяції;

$Z_e$  – захворюваність серед експонованих;

$Z_n$  – захворюваність серед неекспонованих;

$Z_t$  – загальна захворюваність у популяції.

На сьогодні аксіоматичним є те, що аналіз ризику від впливу різних чинників на здоров'я включає послідовні етапи його ідентифікації, оцінки і управління. На першому етапі спираються на дані екологічного моніторингу, звертаючи особливу увагу на якість відбору проб і їх аналізу, враховуючи результати наукових пошуків, в яких представлені докази зв'язку між дією чинника і порушенням здоров'я населення (послідовність зв'язку у часі, повторюваність в однакових умовах, відмінність від рівня, що спостерігається в експонованій групі тощо).

Джерела ризику ранжують щодо рівня небезпеки, яку вони можуть становити для здоров'я

індивіда і популяції в цілому. Враховують, що вони можуть бути нерівномірно представлені в регіонах. Тим самим розподіл ризику від чинника у популяції може виявитися непропорційним. Результати етапу ідентифікації (визначення і характеристики джерел потенційного ризику) повинні бути доведені до громадськості.

Другий етап – оцінка ризику – передбачає його кількісне визначення як добутку ймовірності виникнення негативного явища на величину можливого збитку від нього [6]. На цьому етапі значна увага приділяється вивченню зв'язків між експозицією чинників, поглинутою дозою і негативними явищами, що спостерігаються. У зв'язку з труднощами міжвидової екстраполяції при визначенні такого зв'язку особливого значення набувають результати епідеміологічних досліджень. На додаток до труднощів щодо експозиції чинника при ідентифікації загрози, на другому етапі виникають проблеми з визначенням поглинутої дози і її індикаторів (біологічних маркерів).

Для оцінки ризику застосовують декілька підходів [6]. Інженерний підхід, що розраховує ймовірності аварій та непередбачених випадків, базується на статистичних даних про аварії та викиди токсичних сполук, які з ними пов'язані. Модельний підхід використовує математичні моделі процесів, що шкідливо впливають на здоров'я людини. Якщо існує дефіцит точних даних, як статистичних, так і про механізми зв'язку між викидами і порушеннями здоров'я, застосовують експертний метод, при якому експерти оцінюють ймовірність тих чи інших подій. За допомогою соціального підходу визначають сприйняття групами населення або популяцією в цілому того чи іншого ризику. Цікавим є виявлення в Германії розходження громадської думки щодо оцінок генетичного ризику від впливу радіації і хімічних мутагенів. Наслідки Чорнобильської аварії вважались значнішими, хоча генетичний ризик впливу протитуберкульозного препарату ізоніазиду був в 2-10 разів вищий [14].

Кожен із зазначених підходів має свої недоліки і переваги. Взагалі точність оцінки ризику не перевищує той рівень, що закладений в основі розрахунку (точність оцінки впливу та ефекту, що спостерігається) [5].

На останньому етапі управління ризиком з метою створення і впровадження профілактичних заходів, спрямованих на ліквідацію ризиків або пом'якшення їх наслідків, використовуються знання, набуті на перших етапах.

В основі управління ризиком лежить вибір рівня прийняттого ризику, тобто необхідно, щоб загальна користь від діяльності певного роду значно перевищувала шкоду, яка наноситься (ризик небажаного впливу на здоров'я).

На сьогодні можливість ризику для здоров'я населення України, що виникає від забруднення довкілля, не викликає сумніву [8]. Вважають також, що вплив чинників навколишнього середовища різної етіології може прискорити мутаційний процес в людських популяціях, який може суттєво впливати на якість і тривалість життя і є основою виникнення спадкових захворювань. Відомо також, що з різних причин (зниження репродуктивних втрат і дитячої смертності, прогрес у фармакотерапії інфекційної та іншої патології, поліпшення медичної допомоги особам зі спадковою патологією і підвищення їх фертильності, застосуванням методів планування сім'ї і технологій штучного запліднення) відбувається послаблення інтенсивності природного добору. Таким чином, число патологічних генів у популяціях людини зростає [10]. У зв'язку з надзвичайною важливістю, питання щодо генетичного ризику заслуговує на окремий розгляд.

Можна стверджувати, що справжні розміри небезпеки мутагенів довкілля для здоров'я людини в умовах теперішнього забруднення оточуючого середовища генетично активними чинниками різного походження на сьогодні невідомі. Але з погляду завдань профілактичної медицини, індукований мутагенез та тератогенез у населення необхідно звести до мінімуму, тим більше, що основна маса мутагенів має канцерогенні властивості і є до того ж джерелом підвищення захворюваності на пухлини [3,4]. Це означає, в першу чергу, визначення генетичного ризику від впливу чинників середовища, що, як і розрахунок загального ризику, складається з послідовних етапів його ідентифікації, оцінки, управління (у тому числі запобігання контактам населення з чинниками, які можуть негативно впливати на спадкові структури).

Загальні принципи скринінгу хімічних сполук на мутагенність викладені близько 30 років тому [12]. При цьому враховувалися три загальні положення:

- жодна мутагенна сполука не повинна використовуватися, якщо існує речовина без мутагенних властивостей, яка може замінити її в господарстві;
- масштаби скринінгу речовин залежать від розмірів груп людей, які з ними контактують;
- мутагенні чинники допускаються у практику тільки в разі значної вигоди від їх впровадження.

Була також запропонована триступенева схема тестування речовин на мутагенність [12]. На першому етапі рекомендувалося виявляти пошкодження в модельних системах ін вітро, на другому – використовувати еукаріотичні системи ін віво, на третьому – виявляти ступінь не-

безпеки для людини. Вважалося, що на останньому етапі будуть вивчатися тільки ті сполуки, що мають значну соціальну, економічну або медичну вагомість.

Необхідно зазначити, що вищевказана схема стала основою для подальшого розвитку системи тестування мутагенних і канцерогенних сполук. З часом був сформований підхід до оцінки мутагенної небезпеки низькоенергетичних чинників фізичної природи (шум, неіонізуюче випромінювання, вібрація), мутагенний ефект яких – опосередкований, через зміни діяльності ендокринної системи [2]. Вивчення генетичної небезпеки чинників такого роду повинне проводитися виключно на ссавцях, оскільки у них розвинута нейроендокринна система, зміна функціональної активності якої може стати причиною або умовою порушення генетичного гомеостазу. В одній із останніх схем, запропонованих для оцінки мутагенної і канцерогенної небезпеки, особлива увага звертається на адекватний вибір тест-системи та шлях введення речовини [11]. Схема направлена у тому числі і на прогноз канцерогенності чинника.

Тести, за допомогою яких можна оцінювати генотоксичні якість чинника, описані у методичній літературі. В той же час треба пам'ятати про необхідність екстраполяції отриманих результатів на вищі організми, яка утруднена при використанні прокаріотичних систем. Надійність екстраполяції забезпечує подібність характеристик метаболізму людини і тест-об'єкту, тому речовину або чинник, генетична активність яких виявлена бактеріальними тестами, можна вважати тільки потенційно мутагенними для ссавців, у тому числі і для людини. Тести на мутагенність з використанням бактерій можуть дати відповідь лише на одне питання: чи може досліджувана сполука викликати мутації у бактерій в присутності і/або відсутності екзогенної метаболічної системи, отриманої від ссавців. [9].

Дослідники вважають, що застосування бактеріальних методів для визначення генних мутацій, наприклад, в оцінці лікарських препаратів не тільки не завжди ефективно, але й не має сенсу при вивченні, наприклад, антибактеріальних або гормональних речовин. В теперішній час фармакологічні компанії для виявлення генних мутацій, які можуть бути викликані лікарськими препаратами, віддають перевагу дослідженням на клітинах ссавців *in vitro* [4].

Відмічають також, що значущість бактеріального тесту Еймса абсолютизується при дослідженні сумарної мутагенної активності води. "Негативний результат тестування безпосередньо екстраполюється на людину: речовини (або проби води, водні екстракти), не мутагенні в тесті Ейм-

са, вважаються не генотоксичними і не канцерогенними для людини. Між тим ряд речовин, для яких тест Еймса негативний, є канцерогенами для лабораторних тварин і потенційними канцерогенами для людини. Для людини це: акриламід, атразин, ДДТ, нітрлотриоцтова кислота, берилій та ін. (групи 2Б і 2В за класифікацією Міжнародного агентства вивчення раку – МАВР). Для миш'яку і бензолу, канцерогенність яких доведена для людини (1 група за класифікацією МАВР), тест Еймса також негативний. Набуває особливого значення неадекватність тесту при дослідженні небезпеки галоформних сполук, які утворюються при хлоруванні питної води, таких як тетрахлорметан, тетрахлоретилен (група 2Б та 2В за класифікацією МАВР), для яких тест Еймса також є негативним" [6].

На сьогодні для виявлення мутагенності чинників у світі успішно застосовуються також молекулярно-генетичні методи дослідження, але в Україні їх впровадження стримується обмеженістю ресурсів. В той же час доцільно пам'ятати один з основних принципів вибору методу обстеження (дослідження) – не застосовувати складні і високовитратні методи при можливості отримати результати більш простими маніпуляціями, в першу чергу це стосується скринінгу мутагенних властивостей факторів і речовин.

Необхідно також підкреслити, що серед методів ідентифікації мутагенів відсутній такий, який один дозволив би виявити весь можливий спектр мутацій у різних тканинах. Розуміння цього факту змушує користуватися у дослідженнях мутагенної активності чинників певним набором тест-систем і методів оцінки ушкодження, комплексне застосування яких дозволяє виявити генні і хромосомні мутації у соматичних і статевих клітинах. У більшості країн для оцінки генотоксичності чинників для людини використовують тричотири тест-системи, серед яких обов'язковими є еукаріотичні та дослідження *in vivo* [4]. Адже ні за яких умов тести *in vitro* не можуть повністю відобразити процеси генотоксичного впливу на організм.

В той же час необхідно вказати на фізичну неможливість оцінки генетичних властивостей усіх існуючих у довкіллі ксенобіотиків навіть експрес-тестами. Тому визнаною є необхідність першочергового дослідження саме тих сполук, з якими контактує значна кількість людей, особливо репродуктивного віку та у випадках їх структурної подібності з відомими канцерогенами і мутагенами.

Ідентифікація загрози від мутагенних чинників є першим етапом оцінки генетичного ризику. Наступний етап передбачає знання частот виникнення спонтанної генетичної патології і поля-

гає у безпосередньому кількісному визначенні величини індивідуального або популяційного ризику.

Для кількісної оцінки генетичного ризику застосовуються два види методів:

- прямий, коли оцінюється частота генетичних змін, що індуковані одиницею дози чинника;
- метод подвоюючої дози, який оцінює ризик у зв'язку з рівнем генетичних розладів, що спостерігаються на сьогодні у людини, тобто визначається додаткова до існуючих у популяції кількість генетичних хвороб, які виникли у зв'язку з впливом чинника.

Обидва методи базуються на наступних уявленнях [14]:

- кількісні зв'язки між пошкодженнями, що індукуються у статевих і соматичних клітинах людини і експериментальних тварин (як правило, мишей), відрізняються несуттєво;
- репаративні можливості клітин людини і миші також не мають значних відмінностей;
- при низьких дозах пошкоджуючих чинників існує безпорогова лінійна залежність між дозою і частотою генетичних ефектів, що вивчаються.

Як приклад можна навести наступний розрахунок індивідуального ризику, що визначають як відношення між індивідуальною дозою і подвоюючою. Так, подвоююча доза прокарбазину (ліки, які застосовуються при хворобі Ходжкіна) дорівнює 110 мг/кг ваги, а терапевтична складає 215 мг/кг ваги, тобто при вживанні прокарбазину виникає удвічі більше мутацій, ніж їх спонтанний рівень.

Подібне визначення індивідуального ризику бажане для професіоналів, що контактують з мутагенними чинниками. Ймовірно, що ступінь ушкодження генетичних структур повинен враховуватися нормативними документами при визначенні рівня професійних шкідливостей та компенсаційних виплат при цьому.

Важливе значення має подвоююча доза для оцінки популяційного ризику [14]. Вона є зручним індикатором для оцінки потенційної небезпеки при впливах на людину.

Історично склалося так, що найкращим чином опрацьовані підходи для розрахунку генетичного ризику внаслідок дії іонізуючої радіації. Ці підходи детально описані у серії доповідей Наукового Комітету з дії атомної радіації (НКДАР ООН), а також у доповідях Комітету з біологічних ефектів дії іонізуючої радіації при Національній Академії Наук США. Так, експертами НКДАР оцінена подвоююча доза іонізуючої радіації, яка дорівнює 1 Зв на покоління. Визначено, що в першому поколінні спостерігатиметься приблизно десята частина мутацій, які будуть зареєстровані через 7-10 поколінь. Оцінка подвоюючої дози підтвер-

джена розрахунками, отриманими на основі вивчення частоти мутацій в локусах мишей при дії радіації та останніх молекулярно-генетичних досліджень спадкових хвороб людини.

Необхідно зазначити, що оцінку генетичного ризику розділяють на дві компоненти: оцінка мутагенного впливу на статеві клітини та визначення ефектів на здоров'я людей. Вважають, що числові визначення ризику не завжди адекватні для оцінки соціальних ефектів щодо здоров'я людини, оскільки вони не передбачають точного спектра асоційованих з цим хвороб. Тому оцінка ризику доповнюється оцінкою збитків (у роках потенційно втраченого життя та/або життя погіршеної якості), які виникають при генетичних хворобах.

Звертають увагу також на те, що для популяції, яка піддавалась шкідливій дії мутагенів, генетично значущі дози помітно зменшені у порівнянні із загальними дозами, отриманими за весь період життя. Адже пошкодження, які отримали статеві клітини індивідів, старших репродуктивного віку або тих, що не відтворюють нащадків за якихось обставин, не ведуть до генетичних ризиків. В Україні, наприклад, репродуктивний період закінчується близько 35 років, на більш старший вік припадає 7-10 % пологів. За даними Держкомстату, середній вік матері при народженні дитини складає близько 24 років при середній тривалості життя жінки близько 74 років. Таким чином, можна вважати, що генетично значуща доза для жінки в Україні при умові її постійного опромінення буде складати приблизно третину від загальної.

Щодо управління ризиком, то необхідно зазначити, що проблема обмеження шкідливої дії чинників, які мають генетичну активність, є часткою питань гігієнічного регламентування і може вирішуватися тільки у загальному контексті.

Доцільно нагадати, що вітчизняна наука і практика до теперішнього часу здебільшого користується методологією, в основі якої лежать:

- примат медико-біологічних ефектів;
- порогова концепція;
- уявлення про повну безпеку від шкідливих для здоров'я чинників при дотриманні встановлених нормативів, що закладене у визначеннях гранично допустимих концентрацій, рівнів, доз.

Наявна методологія не користується поняттям ризику в оцінці розмірів впливу шкідливих чинників, у тому числі і мутагенів, на здоров'я, а також виключає поняття про прийнятний (допустимий) ризик, яке впродовж десятиліть використовується у світі.

Визнання ймовірнісного характеру виникнення ефектів внаслідок дії іонізуючої радіації, мутагенних і канцерогенних чинників хімічної приро-

ди тощо робить проблему їх регламентації не тільки медико-біологічним, але й економічним завданням, переводячи прийняття рішень в соціальну площину.

В той же час необхідно визнати, що впровадження методології оцінки ризиків в практику прийняття управлінських рішень в Україні стримується, окрім звичайного консерватизму наукової спільноти та високих посадових осіб, відсутністю в країні нормативної документації з цього приводу. Рідкісними є і систематизовані комп'ютерні бази токсикометричних даних та залежностей доза-ефект, які необхідні для оцінки ризику. Існує проблема незадовільного забезпечення комп'ютерними програмами для аналізу результатів епідеміологічних досліджень.

Слід підкреслити, що на рівні громади у зв'язку з наявністю гіперчутливої (з різних причин) частки населення безпечних рівнів шкідливого впливу не існує. Ймовірність виникнення негативних ефектів в популяції є при будь-якому рівні, що відмінний від нульового.

Разом з тим відомо, що поріг шкідливої дії чинника існує для кожного індивідуума. Навіть стохастичні ефекти мутагенів і канцерогенів, які з певним ступенем ймовірності виникають від дії чинника у будь-якій малій дозі, можуть бути послаблені або ліквідовані спеціальними системами відновлення і/або елімінації, що існують в організмі. Ефективність роботи цих систем пов'язана з генетичною характеристикою персони, її способом життя тощо.

Можна відзначити, що система гігієнічного регламентування, прийнята на сьогодні, обіцяє збереження здоров'я нинішньому і наступним поколінням при дотриманні гранично допустимих доз, концентрацій і рівнів. Насправді в популяції завжди знайдуться особи, більш чутливі, ніж інші. Таким чином, на сьогодні в Україні ігноруються інтереси гіперчутливої частки населення. Хоча є підстави вважати кількість такого населення значною [8]. Тому доцільною була б спроба вирахувати ризик для громадського здоров'я, який існує навіть при дотриманні нормативів, зіставити отримані цифри з рівнями ризику, які вважають прийнятними у деяких сферах людської діяльності.

Уявляється необхідним сприйняття ймовірного характеру пошкодження здоров'я внаслідок дії шкідливих чинників навколишнього середовища в цілому, прийняття в Україні концепції

прийнятного (допустимого) ризику. Наслідками цього мають стати:

- вдосконалення методології регламентування шкідливої дії різних чинників (води, повітря, як атмосферного, так і приміщень, ґрунту, шуму і тощо) на здоров'я населення;

- гармонізація вітчизняних нормативів, що діють в Україні, з міжнародними.

Про важливість такої гармонізації свідчить спеціальна Постанова Кабінету Міністрів України від 19.03.97 № 244, присвячена необхідності перегляду нормативної і методичної документації, яка існує в усіх галузях господарства в Україні, на предмет її зіставлення із системою стандартів Європейського союзу.

Необхідно також зазначити, що ідеологія допустимого (прийнятного) ризику, як показує досвід Російської Федерації, буде потребувати переходу законодавчої і виконавчої систем управління безпекою в сфері охорони навколишнього середовища від концепції "реагувати і виправляти", на якій будувалися практичні дії в політиці "абсолютної" безпеки, до концепції "передбачати і попереджувати", яка є основою політики "прийнятного" ризику [1].

Разом з тим сприйняття вищевказаної ідеології і втілення її в практику є однією з необхідних умов збалансованого (сталого) розвитку країни.

Враховуючи необхідність екстраполяції даних з рівня пошкодження генетичного матеріалу (зміни в експресії генів, хромосомні аберації і т.ін.) в ефекти здоров'я (відомі та нові екогенетичні хвороби як прояв негативних і/або успадкованих до того нейтральних мутацій, зміни перебігу вже відомих хвороб, смерть), необхідна також верифікація розрахункових і експериментальних даних в епідеміологічних спостереженнях.

#### **Висновки**

В Україні практично не користуються концепцією ризику в оцінці впливу чинників довкілля на здоров'я населення. Дослідження в основному обмежуються констатацією факту погіршення стану здоров'я, тобто ідентифікацією загрози, що виникає під впливом дії шкідливих факторів навколишнього середовища.

В той же час прийняття управлінських рішень для забезпечення ефективної профілактики шкідливого впливу та гармонізація із загальноприйнятими у світовому співтоваристві уявленнями неможливі без використання методів оцінки ризику.

**Список літератури**

1. Акимов В.А. Теоретические основы государственной политики в области снижения рисков и смягчения последствий чрезвычайных ситуаций // Информационно-технологическое и медицинское обеспечение защиты населения и охраны окружающей среды в чрезвычайных ситуациях: Тез. докл. Кипр, 29 апреля-5 мая. 2000. – М., 2000. – С. 16-17.
2. Бочков Н.П., Чеботарев А.Н. Наследственность человека и мутагены окружающей внешней среды. – М.: Медицина, 1989. – 270 с.
3. Дурнев А.Д., Середенин С.Б. Мутагены (скрининг и фармакологическая профилактика воздействий). – М.: Медицина, 1998. – 328 с.
4. Качинський А.Б. Екологічна безпека України: системний аналіз перспектив покращання. – К., 2001. – 309 с.
5. Качинский А.Б., Сердюк А.М. Методологія основи аналізу ризику в медико-екологічних дослідженнях та його значення для екологічної безпеки України // Лік. справа. – 1995. – № 3-4. – С. 5-15.
6. Красовский Г.Н., Егорова Н.А., Антонова М.Г. Проблема экстраполяции результатов биотестирования на человека // Токсикологич. вестн. – 2000. – №6. – С. 13-19.
7. Навколишнє природне середовище і здоров'я населення України. Доповідь до плану дій з гігієни навколишнього середовища. – К., 1998. – 121 с.
8. Руководство по краткосрочным тестам для выявления мутагенных и канцерогенных химических веществ. Гигиенические критерии состояния окружающей среды №51. – Женева: ВОЗ, 1989. – 212 с.
9. Тимченко О.І., Сердюк А.М., Турос О.І. Гігієна довкілля: політика, практика, перспективи. – К., 2000. – 126 с.
10. Ashby J., Waters M., Preston J. et al. IPCS harmonization of methods for the prediction and quantification of human carcinogenic/mutagenic hazards and for indicating the probable mechanism of action of carcinogens // Mut. Res. – 1996. – Vol. 352, N 2. – P. 153-157.
11. Bridges B.A. Some general principles of mutagenicity screening and possible framework for testing procedure // Environ. Health Perspect. – 1973. – N 6. – P. 335-340.
12. Dictionary of epidemiology / Ed. I. M. Last. – N-Y., Oxford., Toronto.: Oxf. Univ. Press, 1988. – 141 p.
13. Ehling U.H. Development of test systems and assessment of risk genetic toxicology // Симп. по вопросам окружающей среды и здравоохранения. Франция. – 1990 – Т.1. – С. 83-98.
14. Slovic P. Perception of risk // Science. – 1987. – Vol. 236, № 17. – P. 280-285.

**ОЦЕНКА РИСКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ**

О.І. Тимченко, С.С. Карташова, В.В. Елагин (Киев)

Рассмотрено понятие "риск" при его использовании в исследованиях влияния факторов окружающей среды на здоровье, в частности на его генетическую составляющую. Сделан вывод, что в Украине концепцией риска в оценке влияния факторов окружающей среды на здоровье населения практически не пользуются. Исследования, в основном, ограничиваются идентификацией угрозы, которая возникает при действии вредных факторов окружающей среды. Подчеркивается, что принятие управленческих решений для обеспечения эффективной профилактики негативного влияния невозможно без использования методов оценки риска.

**ENVIRONMENTAL FACTORS "RISK-EFFECTS" ASSESSMENT ON POPULATION HEALTH**

О.І. Timchenko, S.S. Kartashova, V.V. Elagin (Kiev)

Application of the "risk conception" in studying causal health-effects of various environmental factors (including genetic damage) on a population level has been considered. This conception seems not to be applicable in Ukraine. Such research activities so far were directed mainly on identification of population-attributable risk without scaling extent of risks by exposition to various harmful factors ( the standardized calculation of Risk's Coefficients). It has been stressed on impossibility to take effective preventive measures without they be based on enviromental factors quantative "risk-effects" assesment.

УДК 614.876:616.36/.37.- 002(477.42)

*В.Й. ШАТИЛО, Б.П. ОЛІЙНИЧЕНКО, В.З. СВИРИДЮК (Житомир, Вінниця)*

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, ПОЄДНАНОГО З ГЕПАТИТОМ, В ЖИТЕЛІВ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ, ПОТЕРПІЛИХ ВІД НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Найхарактернішою рисою сучасного пацієнта є поліморбідність – переважна більшість хворих, що звертаються до лікаря загальної практики, потерпає від кількох хвороб одночасно. На одного дорослого хворого у віці до 20 років припадає в середньому 2,8 одночасно існуючих в нього хвороб, у віці від 21 до 40 років – 2,9, від 41 року до 60 років – 4,5, у віці старше 60 років – 5,8 [1,9].

Це пояснюється впливом екологічних факторів (рукотворні зміни клімату, забруднення довкілля ксенобіотиками), поглибленням соціального розшарування суспільства, безпрецедентною інтенсивністю міграційних процесів, неправильним способом життя (нераціональне і неякісне харчування, зловживання алкоголем), бездуховністю та легковажною поведінкою людей, які полегшили передачу статевим шляхом збудників цілої низки не тільки венеричних, але й соматичних хвороб, низьким рівнем медичної грамотності населення, недостатньою кваліфікацією лікарів – надмірним захопленням медикаментозними засобами лікування, які досить часто провокують виникнення ятрогенних захворювань, набагато тяжчих, ніж ті, з приводу яких було призначене лікування.

В Україні до цього долучилася безпрецедентна за масштабами довгострокових негативних наслідків екологічна катастрофа – радіонуклідне забруднення довкілля внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Прооксидантна дія іонізуючого опромінення інкорпорованих радіонуклідів належить до універсальних ушкоджуючих чинників, які викликають мультиорганну хронічну патологію.

Важливе значення у зв'язку з цим має вивчення проявів синтропії, дистропії та інтерференції хвороб.

Синтропія характеризується наявністю двох або більше патогенетично пов'язаних, закономірно поєднаних захворювань.

Дистропія – закономірно рідкісне або неможливе поєднання деяких хвороб в одному організмі.

Інтерференція – вплив одного захворювання на перебіг іншого. До речі, з явищем інтерференції пов'язане відкриття і запровадження в клінічну практику інтерферону. В XIX сторіччі клініцисти помітили, що під час епідемії інфекційних захворювань деякі особи не хворіють у тому випадку, коли вони нещодавно (кілька днів або тижнів тому назад) перенесли інше гостре інфекційне захворювання. Однак лише в 1957 р. дослідники А. Айзекс і Б. Ліндеман встановили, що клітини крові, заражені вірусами, виділяють захисний білок, і назвали цей білок інтерфероном. Саме інтерферон є причиною перехресного імунітету реконвалесцентів [6].

Особливо актуальною проблема поліморбідності є для гастроентерології, де інфекційні агенти мають тропність до тканин різних органів (віруси гепатиту), а оксиданти, алкоголь, порушення порожнинного, мембранного і клітинного травлення, жовчний рефлюкс, дизліпідемія та дизбактеріоз мають універсальний ушкоджуючий характер. Прикладом слугує хронічний панкреатит, який практично ніколи не перебігає ізольовано.

Хронічний панкреатит – запальне захворювання підшлункової залози, перебіг якого має особливості, зумовлені поєднанням екзокринної і ендокринної функцій залози, анатомічними структурами, що її оточують, та дією етіологічних чинників.

У функціональному плані залоза характеризується високою інтенсивністю діяльності ацинарного апарату. При масі 80 – 100 г вона за добу виробляє приблизно 2 л секрету, що складає 1,5 мл за хвилину, або 20 мл на 1 г маси. За виходом готового продукту на одиницю маси продуктивність ацинарного апарату можна порівняти лише з нирками, які виробляють 1,5 мл дефінітивної сечі на хвилину [5]. Залоза виробляє білковий секрет, основну масу якого складають ферменти, 20 % маси самої залози також припадає на ферменти. Підшлункова залоза ба-



гата також на фосфоліпиди, за вмістом яких вона поступається лише головному мозку. Це робить паренхіму залози дуже вразливою, особливо до біліарного рефлюксу та протокової гіпертензії.

Серед етіологічних чинників виникнення хронічного панкреатиту найважливішими є: жовчнокам'яна хвороба, зловживання алкоголем, інфекція, обтяжена спадковість, надлишок ціаногенів та дефіцит антиоксидантів у продуктах харчування.

В Україні переважає зловживання алкоголем, яке є основною причиною хронічного панкреатиту в чоловіків. На другому місці – жовчнокам'яна хвороба, яка викликає розвиток біліарного рефлюксного панкреатиту переважно у жінок.

Інфекційні агенти (вірус епідемічного паротиту, аденовірус, ентеровіруси, віруси Коксакі, віруси гепатиту та збудники Toxh-інфекції) частіше спричиняють виникнення панкреатиту у дітей [2].

Вміст ціаногенів та антиоксидантів у продуктах харчування пересічного українця не досліджений. Ціаногени маніоку є основною причиною розвитку хронічного панкреатиту в жителів тропічних країн. Можливо, саме надлишок прооксидантів та недостача антиоксидантів є причиною так званого "ідіопатичного хронічного панкреатиту", який перебігає на фоні ліпоматозу підшлункової залози та жирового гепатозу неалкогольної етіології.

При гострому панкреатиті та загостренні хронічного, пусковим механізмом яких, зазвичай, виступає прийом алкоголю в поєднанні з переїданням, на фоні метаболічних розладів поглиблюється ацидоз, відбувається активізація лізосомальних ферментів та різко зростає інтенсивність процесів вільнорадикального окислення. Пероксидне окислення ліпідів, в свою чергу, ініціює спонтанний протеоліз панкреатичних білків з утворенням нерозчинних протеїнокальцієвих асоціатів, що супроводжується надмірною активізацією макрофагів з неадекватною продукцією цитокінів. Це призводить до різкого підвищення проникності клітинних мембран і секвестрації поліморфноядерних нейтрофілів. На зміну апоптозу (програмованій клітинній смерті) приходять хаотичний некроз панкреоцитів, епітелію проток, ендотелію судин та поліморфноядерних нейтрофілів. Останні переважають в клітинному пейзажі запального процесу і від їхньої функціональної активності значною мірою залежить, чим закінчиться загострення панкреатиту: репарацією з наступною клінічною ремісією, формуванням абсцесу з невідступним оперативним втручанням чи генералізованим системним запальним синдромом з розвитком панкреонекрозу та поліорганної недостатності із сумнівним прогнозом [3,8].

Тяжкий перебіг панкреатиту супроводжується системним запальним синдромом із секвестрацією поліморфноядерних нейтрофілів, неадекватною продукцією цитокінів та оксирадикалів. Особливо небезпечною є ушкоджуюча дія оксидантів на фоні ліпоматозу підшлункової залози, жирового гепатозу, стеатогепатиту алкогольної природи та хронічного активного гепатиту вірусної етіології.

**Метою дослідження** стало вивчення особливостей перебігу хронічного панкреатиту, поєданого з гепатитом, в жителів Житомирської області під впливом прооксидантної дії іонізуючого випромінювання інкорпорованих радіонуклідів, що продовжують надходити в організм через травний тракт після радіонуклідного забруднення довкілля внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.

**Матеріали і методи.** Джерелом інформації служили амбулаторні карти 3010 хворих на хронічний панкреатит з тяжким та середньої важкості перебігом, які знаходились на обстеженні в Житомирській обласній клінічній лікарні ім. О.Ф. Гербачевського і були направлені обласною гастрохірургічною лікарською комісією на МСЕК для визначення групи інвалідності. До складу гастрохірургічної лікарської комісії входять: головний позаштатний гастроентеролог області, головний позаштатний інфекціоніст області та завідувач панкреатичного центру обласної лікарні. Такий склад комісії забезпечує найбільшу ймовірність верифікації діагнозу панкреатиту та його ускладнень, супутніх хвороб, а також дозволяє визначитися з подальшою тактикою лікування, у тому числі й хірургічного.

Під час дослідження використано клініко-статистичний метод за допомогою комп'ютерних програм Excel і Statistica [4,7].

**Результати та їх обговорення.** З 1993 по 2003 рр. через обласну гастрохірургічну ЛКК пройшло 6023 пацієнти гастроентерологічного профілю, віком від 16 до 77 років. Серед них хворих на хронічний панкреатит було 3010, що складає 49,9 %, чоловіків було 2342 (77,8±0,76 %), жінок – 668 (22,2±0,76 %). Різниця за гендерною ознакою статистично вірогідна (p<0,001), бо співвідношення чоловіків та жінок в загальній популяції населення Житомирської області зворотне, жінки переважають.

Середній вік хворих становив 47,3±1,67 років. Переважали пацієнти працездатного віку, пенсіонерів було лише 63 (2,1±1,26 %). Найбільшу питому вагу склали інваліди – 970 осіб (32,2±0,85 %). На другому місці особи, що не працюють, – 774 (25,7±0,79 %), серед них є і сільські жителі (281 ос.), хоча, як правило, більшість з них працюють досить інтенсивно, обро-

бляючи присадибні ділянки. Робітників було 668 ( $22,2 \pm 0,76$  %), селян, що працюють (члени колективних господарств, фермери), – 197 ( $6,5 \pm 0,45$  %), службовців – 331 ( $11,0 \pm 0,45$  %), студентів і учнів – 7 ( $0,2 \pm 0,08$  %).

Серед хворих переважали міські жителі – 1786 ( $59,3 \pm 0,90$  %), жителів села було 1224 ( $40,7 \pm 0,90$  %). Різниця між питомою вагою хворих на хронічний панкреатит жителів міста та питомою вагою міських жителів в загальній популяції статистично невірогідна. Серед населення Житомирської області також переважають міські жителі.

Жителів північних, забруднених радіонуклідами, районів, хворих на хронічний панкреатит, було 989 ( $32,9 \pm 0,86$  %). Мешканців південних, екологічно безпечних, районів було 2021 ( $67,1 \pm 0,86$  %). Різниця між питомою вагою хворих на хронічний панкреатит жителів північних районів та питомою вагою мешканців північних районів в загальній популяції населення статистично невірогідна.

Пацієнтів, у яких хронічний панкреатит мав перебіг середньої важкості, було 2463 ( $81,8 \pm 0,70$  %), хворих з тяжким перебігом хвороби – 547 ( $18,2 \pm 0,70$  %).

Серед жителів північних районів тяжкий перебіг захворювання спостерігався у 179 ( $18,1 \pm 1,20$  %) осіб, перебіг середньої важкості – в 810 ( $81,9 \pm 1,20$  %).

У мешканців південних, екологічно безпечних, районів тяжкий перебіг хвороби був у 368 ( $18,2 \pm 0,85$  %) випадках, перебіг середньої важкості – у 1653 ( $81,8 \pm 0,85$  %) пацієнтів. Різниця між питомою вагою пацієнтів з тяжким перебігом захворювання із північних районів і мешканців південних районів з тяжким перебігом захворювання статистично невірогідна.

Серед хворих на хронічний панкреатит неоперованих було 1225 ( $40,7 \pm 0,89$  %), оперованих – 1785 ( $59,3 \pm 0,89$  %).

Серед оперованих пацієнтів з приводу хронічного панкреатиту найбільшу питому вагу склали хворі, яким виконувались оперативні втручання на підшлунковій залозі. Таких пацієнтів було 920 ( $30,6 \pm 0,84$  %).

Серед оперованих хворих значний відсоток склали пацієнти з тяжким перебігом захворювання. Так, тяжкий перебіг спостерігався в 293 хворих ( $31,8 \pm 1,54$  %), перебіг середньої важкості – у 627 ( $68,2 \pm 1,54$  %) випадків. Різниця між оперованими пацієнтами та всіма хворими (оперованими і неоперованими) статистично вірогідна,  $p < 0,001$ . Також вірогідна різниця ( $p < 0,001$ ) між відсотком тяжких хворих серед оперованих ( $31,8$  %) і неоперованих ( $8,6$  %).

Серед оперованих хворих на хронічний пан-

креатит, яким була виконана холецистектомія, переважали жінки з південних, екологічно безпечних, районів Житомирщини. Чоловікам з північних, забруднених радіонуклідами, районів частіше виконувались операції на самій залозі: резекції, некрсеквестрэктомія, дренажування кісти та інші.

Таким чином, значний відсоток серед оперованих пацієнтів з північних районів, постраждалих від радіонуклідного забруднення внаслідок аварії на ЧАЕС, з тяжким перебігом захворювання свідчить про несприятливу прооксидантну дію інкорпорованих радіонуклідів.

Серед 3010 хворих в 1238 ( $41,1 \pm 0,90$  %) випадках хронічний панкреатит поєднувався з хронічним гепатитом. В свою чергу пацієнтів з хронічним вірусним гепатитом було 858 ( $28,5 \pm 0,68$  %), зі стеатогепатитом – 380 ( $12,6 \pm 0,61$  %).

Таким чином, питома вага поєднання хронічного гепатиту з хронічним панкреатитом тяжкого та середньої важкості перебігу значно перевищує питому вагу інфікованих вірусами гепатиту осіб серед загальної популяції. В різних країнах світу питома вага інфікованих вірусами гепатиту В і С коливається в межах від 0,14 до 6 %, в Україні вона становить 1,7 % в загальній популяції, 3,3 % – серед донорів і 3,4 % – серед медичних працівників.

Висока питома вага поєднання хронічного гепатиту з хронічним панкреатитом свідчить на користь патогенетичного зв'язку між цими нозологічними одиницями по типу синтропії.

Серед пацієнтів, у яких хронічний панкреатит поєднувався з хронічним вірусним гепатитом, чоловіків було 619 ( $72,1 \pm 1,53$  %), жінок – 239 ( $27,9 \pm 1,53$  %). Питома вага жінок в групі пацієнтів, в яких хронічний панкреатит поєднувався з хронічним вірусним гепатитом, виявилася більшою, ніж в загальній групі хворих з хронічним панкреатитом ( $p < 0,05$ ).

Міських жителів серед пацієнтів з хронічним активним гепатитом було 626 ( $73,0 \pm 1,52$  %), жителів села – 232 ( $27,0 \pm 1,52$  %). Питома вага міських жителів, у яких хронічний панкреатит поєднувався з хронічним вірусним гепатитом, виявилася більшою, ніж в загальній групі хворих на хронічний гепатит ( $p < 0,05$ ).

Неоперовані пацієнти з хронічним панкреатитом, що поєднувався з хронічним вірусним гепатитом, склали  $75,4 \pm 2,18$  % випадків, або 647 осіб. Оперованих було, відповідно, 211 пацієнтів, або  $24,6 \pm 2,18$  % випадків. Таким чином, питома вага оперованих пацієнтів, у яких хронічний панкреатит поєднувався з хронічним вірусним гепатитом, була значно меншою, ніж питома вага оперованих хворих на хронічний панкреатит в загальній групі,  $p < 0,001$ .

Пацієнти з тяжким перебігом хронічного панкреатиту, що поєднувався з хронічним вірусним гепатитом, склали  $12,2 \pm 1,11$  % випадків, або 105 осіб, перебіг середньої важкості спостерігався у 753 осіб ( $87,8 \pm 1,11$  %). Питома вага тяжко хворих на хронічний панкреатит, що поєднувався з хронічним вірусним гепатитом, була меншою, ніж серед пацієнтів з хронічним панкреатитом основної групи ( $p < 0,05$ ).

Мешканців північних, забруднених радіонуклідами, районів було 288 ( $33,6 \pm 1,62$  %), жителів південних, екологічно безпечних, районів – 570 ( $66,4 \pm 1,62$  %). Таким чином, серед хворих на хронічний панкреатит, поєднаний з хронічним вірусним гепатитом, дещо переважали пацієнти з північних, забруднених радіонуклідами, районів. Різниця між питомою вагою таких хворих з північних районів та питомою вагою хворих на хронічний панкреатит з північних районів у загальній групі статистично невірогідна ( $p > 0,05$ ).

Серед пацієнтів з північних районів питома вага хворих з тяжким перебігом хронічного панкреатиту, що поєднувався з хронічним вірусним гепатитом, склала  $20,0 \pm 3,90$  % випадків, питома вага пацієнтів з аналогічним діагнозом, але із середньою важкістю перебігу хвороби, становила  $80,0 \pm 3,90$  %.

Серед пацієнтів з південних районів питома вага хворих з тяжким перебігом хронічного панкреатиту, що поєднувався з хронічним вірусним гепатитом, склала  $16,1 \pm 1,61$  % випадків, питома вага пацієнтів з аналогічним діагнозом, але з середньою важкістю перебігу хвороби –  $83,9 \pm 1,61$  %.

Таким чином, питома вага жителів північних районів з тяжким перебігом хронічного панкреатиту, що поєднувався з хронічним вірусним гепатитом, була дещо більшою, ніж питома вага пацієнтів з аналогічним діагнозом серед мешканців південних районів –  $20,0 \pm 3,90$  % і  $16,1 \pm 1,61$  % випадків відповідно ( $p > 0,05$ ).

Пацієнтів, у яких хронічний панкреатит поєднувався зі стеатогепатитом, було 380 ( $12,6 \pm 0,61$  %). Серед них чоловіків було 345 ( $90,8 \pm 2,37$  %), жінок – 35 ( $9,2 \pm 2,37$  %). Питома вага чоловіків у цій групі пацієнтів була значно вищою, ніж в загальній групі ( $p < 0,001$ ), і вищою, ніж в групі пацієнтів з хронічним вірусним гепатитом ( $p < 0,001$ ).

Переважали міські жителі – 239 осіб, або  $62,9 \pm 2,48$  % випадків, жителів села було  $37,1 \pm 2,48$  %, або 141 особа. Різниця між питомою вагою міських жителів, хворих на хронічний панкреатит із супутнім стеатогепатитом, і питомою вагою міських жителів загальної групи, хворих на хронічний панкреатит, статистично невірогідна.

Неоперовані пацієнти з хронічним панкреатитом, що поєднувався зі стеатогепатитом, склали  $38,9 \pm 2,50$  %, або 148 осіб. Оперованих було 232, або  $61,1 \pm 2,50$  % випадків. Таким чином, питома вага оперованих пацієнтів, в яких хронічний панкреатит поєднувався зі стеатогепатитом, була значно вищою, ніж питома вага хворих на хронічний панкреатит, що поєднувався з хронічним вірусним гепатитом, ( $p < 0,001$ ).

Пацієнтів з тяжким перебігом хронічного панкреатиту, який поєднувався зі стеатогепатитом, було 56 ( $14,7 \pm 1,83$  %), хворих з аналогічним діагнозом середньої важкості – 324 ( $85,3 \pm 1,83$  %), питома вага пацієнтів з тяжким перебігом була дещо нижчою, ніж в загальній групі пацієнтів з хронічним панкреатитом,  $p > 0,05$ .

Мешканців північних районів зі стеатогепатитом було 99 ( $26,1 \pm 4,90$  %), жителів південних, екологічно безпечних, районів – 281 ( $73,9 \pm 4,90$  %). Таким чином, питома вага пацієнтів з північних районів зі стеатогепатитом була майже рівною питомій вазі хворих з північних районів із хронічним активним гепатитом і дещо нижчою, ніж в загальній групі хворих на хронічний панкреатит з північних районів,  $p > 0,05$ .

Жителів північних районів з тяжким перебігом хронічного панкреатиту, що поєднувався зі стеатогепатитом, було 21 ( $18,8 \pm 3,71$  %), мешканців північних районів з аналогічним діагнозом, але перебігом хвороби середньої важкості, було 91 ( $81,2 \pm 3,71$  %).

Жителів південних районів з тяжким перебігом хронічного панкреатиту, що поєднувався зі стеатогепатитом, було 35 ( $13,1 \pm 2,06$  %), мешканців південних районів з аналогічним діагнозом, але перебігом хвороби середньої важкості, було 232 ( $86,9 \pm 2,06$  %). Таким чином, питома вага жителів північних районів з тяжким перебігом хронічного панкреатиту, що поєднувався зі стеатогепатитом, гепатитом, була дещо більшою, ніж питома вага пацієнтів з аналогічним діагнозом в мешканців південних районів, –  $18,8 \pm 3,71$  % і  $13,1 \pm 2,06$  % випадків відповідно, але статистично невірогідною ( $p > 0,05$ ).

#### **Висновки**

1. Серед хворих на хронічний панкреатит з тяжким перебігом та перебігом середньої важкості переважають особи чоловічої статі працездатного віку.

2. Серед хворих на хронічний панкреатит з тяжким перебігом та перебігом середньої важкості більше половини ( $59,3$  %) складають оперовані пацієнти.

3. Питома вага хворих на хронічний панкреатит з тяжким перебігом та перебігом середньої важкості серед жителів північних, забруднених радіонуклідами, районів Житомирської області була дещо більшою, ніж питома вага мешканців північних ра-

йонів в загальній популяції населення Житомирщини. Однак різниця між питомою вагою хворих на хронічний панкреатит жителів північних районів та питомою вагою мешканців північних районів в загальній популяції статистично невірогідна.

4. Питома вага поєднання хронічного вірусного гепатиту з хронічним панкреатитом з тяжким та середньої важкості перебігом значно перевищує питому вагу осіб, інфікованих вірусами гепатиту В і С, в загальній популяції.

5. Висока питома вага поєднання хронічного гепатиту з хронічним панкреатитом свідчить на користь патогенетичного зв'язку між цими нозологічними одиницями по типу синтропії.

6. Питома вага хворих на хронічний панкреатит, поєднаний з хронічним вірусним гепатитом, була більшою серед міських жителів, ніж серед жителів села.

7. Серед хворих на хронічний панкреатит, поєднаний з хронічним вірусним гепатитом, переважали неоперовані пацієнти.

8. Питома вага хронічного панкреатиту, що поєднувався зі стеатогепатитом, склала 12,6 %, що значно менше, ніж питома вага пацієнтів з

хронічним панкреатитом, який поєднувався з хронічним вірусним гепатитом.

9. Питома вага чоловіків серед хворих на хронічний панкреатит, що поєднувався зі стеатогепатитом, була вищою, ніж в групі пацієнтів з хронічним вірусним гепатитом.

10. Питома вага оперованих пацієнтів, у яких хронічний панкреатит поєднувався зі стеатогепатитом, була значно вищою, ніж питома вага хворих на хронічний панкреатит, що поєднувався з хронічним вірусним гепатитом.

11. Питома вага пацієнтів з північних районів зі стеатогепатитом була майже рівною питомій вазі хворих з північних районів з хронічним активним гепатитом.

12. Значний відсоток серед тяжких, оперованих пацієнтів, осіб з північних, постраждалих від радіонуклідного забруднення, районів є непрямым доказом несприятливої прооксидантної дії інкорпорованих радіонуклідів, а працездатний вік пацієнтів свідчить про вагомі економічні збитки та підкреслює соціально-економічне значення проблеми хронічних захворювань печінки та підшлункової залози у потерпілих від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС.

#### Список літератури

1. *Ивашкин В.Т., Минасян Г.А., Уголев А.М.* Теория функциональных блоков и проблемы клинической медицины. – Л.: Наука, 1990. – 304 с.
2. *Инфекции и их место среди других причин возникновения панкреатита / Ю.И. Решетилов, А.И. Токаренко, С.Н. Дмитриева и др. // Сучасна гастроентерологія. – 2002. – №2(8). – С. 24-28.*
3. *Криворучко І.А.* Поліорганна недостатність при гострому панкреатиті та її роль у виборі лікувальної і хірургічної тактики: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Дніпропетровськ, 1997. – 44 с.
4. *Лалач С.Н., Губенко А.В., Бабич П.Н.* Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – К.: Морион, 2000. – 315 с.
5. *Пермяков Н.К., Подольский А.Е., Титова Г.П.* Ультраструктурный анализ секреторного цикла поджелудочной железы. – М.: Медицина, 1973. – 240 с.
6. *Попов В.Ф.* Лекарственные формы интерферонов. – М.: Триада-Х., 2002. – 136 с.
7. *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных: применение прикладных программ Statistica. – М., 2002. – 312 с.
8. *Синдром полиорганной дисфункции при остром панкреатите: научная концепция биологических механизмов развития деструктивных процессов / Т.В. Зайцев, И.А. Криворучко, В.В. Бойко и др. // Проблемы військової охорони здоров'я. – К., 2000. – Вип.7. – С. 392-398.*
9. *Харченко Н.В.* Гепатология: проблемы и поиски // Доктор. – 2001. – №2. – С. 6-8.

#### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, СОЧЕТАННОГО С ГЕПАТИТОМ, У ЖИТЕЛЕЙ ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

В.И. Шатило, Б.П. Олійниченко, В.З. Свиридюк (Житомир, Винница)

Среди больных хроническим панкреатитом с тяжелым и средней тяжести течением заболевания преобладают пациенты мужского пола. Больше половины из них (59,3 %) – прооперированы. Удельный вес сочетания хронического вирусного гепатита с хроническим панкреатитом значительно превышает удельный вес особей, инфицированных вирусами гепатита В и С, в общей популяции. Высокий удельный вес сочетания хронического гепатита с хроническим панкреатитом свидетельствует в пользу патогенетической связи между этими нозологическими единицами по типу синтропии. Высокий удельный вес среди тяжелых, оперированных пациентов, лиц из северных, загрязненных радионуклидами, районов является опосредствованным доказательством неблагоприятного прооксидантного действия инкорпорированных радионуклидов, а трудоспособный возраст пациентов свидетельствует о больших экономических потерях и подчеркивает социально-экономическое значение проблемы хронических заболеваний печени и поджелудочной железы у пострадавших от последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

**THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC PANCREATITIS WITH CONCURRENT HEPATITIS  
IN INHABITANTS OF ZHITOMIR PROVINCE AFFECTED BY THE CHERNOBYL NPPD**

V.J. Shatylo, B.P. Olynichenko, V.Z. Sviridiuk (*Zhitomir, Vinnitsa*)

Men have been prevailed in cohorts of patients with chronic pancreatitis with severe and moderate disease manifestations. More than half of them (59,3 %) have already undergone surgery. Proportion of those having chronic pancreatitis with concurrent chronic virus hepatitis exceeded considerably hepatitis B- and C-viruses infection prevalence among general population in Zhitomir area. High frequency of concurrent chronic hepatitis and chronic pancreatitis disease in our patients may testify for close interrelations of their pathogenesis or for some type of syntropia. The research can not prove this phenomenon to be the effect of absorbed radionuclides by population of this region in the aftermath of the Chernobyl NPPD.

УДК 614.777:616.31-083

*I.В. БЕЛІКОВА (Полтава)*

**СТАН ПИТНОЇ ВОДИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ВИНИКНЕННЯ  
ЗАХВОРЮВАНЬ ПОРОЖНИНИ РОТА У НАСЕЛЕННЯ  
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Українська медична стоматологічна академія

До найактуальніших проблем сьогодення, що стосуються кожного жителя планети й від вирішення яких залежить майбутнє людства, слід віднести проблеми екологічні, викликані недалекоглядним, нерозумним, необґрунтованим ставленням людини до природи. Вони призвели до виникнення проблеми "Екологія та здоров'я людини". Як людина своєю діяльністю впливає на оточуюче середовище, так воно впливає на людину [3].

Питна вода є, безумовно, одним з факторів впливу навколишнього середовища на організм людини. Велика кількість експериментальних та епідеміологічних даних свідчить про негативний вплив речовин, що входять до складу питної води, на здоров'я населення. Наявність високоякісної питної води в кількості, яка задовольняла б основні потреби людини, є однією з найважливіших умов покращення здоров'я нації, у тому числі і стоматологічного [2].

Актуальність проблеми стоматологічної захворюваності не обмежується лише таким наслідком, як руйнування жувального апарату людини.

Відомо багато загальних захворювань нервової, серцево-судинної систем, травного тракту, станів сенсibiliзації організму, які взаємопов'язані зі стоматологічними хворобами [7].

Стоматологічні захворювання належать до найбільш розповсюджених на земній кулі захворювань людини. Останнім часом спостерігається зростання рівня стоматологічної захворюваності в Україні серед дорослих та дітей, близько 93 % населення потребує стоматологічної допомоги [4].

Велика кількість хімічних елементів періодичної системи Д.І. Менделєєва відіграє важливу роль у життєдіяльності організму. Важливо проаналізувати шкідливий вплив деяких елементів, які входять до складу води, внаслідок діяльності людини чи особливості розташування біогеохімічного регіону. Проблеми, пов'язані з хімічними компонентами питної води, виникають, головним чином, внаслідок їх негативного впливу на здоров'я при тривалому надходженні [2,6].

**Метою** нашого дослідження було з'ясування залежності виникнення стоматологічних захворю-

вань (карієс, пародонтити, захворювання слизової оболонки порожнини рота) у населення від хімічного складу питної води в різних регіонах Полтавської області.

**Матеріал і методи дослідження.** Нами було проаналізовано дані про стан якості води в різних регіонах Полтавської області за звітами районних санстанцій. Аналізувалися такі показники, як жорсткість води, сухий залишок, вміст хлоридів, заліза, фтору, нітратів. Також аналізувалися дані про стоматологічну захворюваність у населення Полтавської області за 2001–2003 рр.

Статистичний аналіз проводили за допомогою комп'ютерної програми.

Дані Полтавської обласної санепідемстанції свідчать про те, що 9 % кількості проб питної води централізованого водопостачання мають відхилення від норми, при нецентралізованому водопостачанні – 43 % проб, при індивідуальному постачанні питної води – 52 % проб. Причинами відхилень є збільшення кількості іонів фтору, підвищення вмісту нітратів, заліза, а також жорсткості води (табл. 1).

Таблиця 1. Кількісні показники питної води в Полтавській області

Показники	Діапазон середніх величин		ГДК
	централізоване водопостачання	нецентралізоване водопостачання	
Жорсткість	1,0	10,5	7
Залізо	2,1	2,04	0,3
Хлориди	705,5	748,5	350
Сухий залишок	2274,3	2195	1000
Фтор	2,0	2,0	1,0
Нітрати	0,18	36,8	45

З таблиці 1 видно, що показники вмісту елементів при централізованому і децентралізованому водопостачанні відрізняються та в обох випадках не відповідають ГДК.

Населення Полтавської області споживає воду ГОСТ 2874-82 "Вода питьевая". Постійний аналіз проб води, як з джерел водопостачання, так і з водогінної мережі, вказує на те, що чимало районів споживають воду, яка має відхилення від стандарту.

Питома вага проб, що не відповідають нормам, питної води децентралізованого водопостачання на вміст хімічних речовин в динаміці складала: за 2001 р. 41,8 %, за 2002 р. – 51,7 %, за 2003 – 42,5 %, а за перший квартал 2004 р. – 54,5 %. Всього на території Полтавської області функціонують 1409 джерел децентралізованого водопостачання (табл. 2).

У 2/3 районів спостерігається збільшення середньої концентрації фтору (від 1,7 до 2,0), в

Таблиця 2. Райони Полтавської області, які мають найбільше відхилень від стандарту при децентралізованому водопостачанні

Райони	Джерела децентралізованого водопостачання	Питома вага проб з джерел децентралізованого водопостачання (колодязі) на хімічні показники, які не відповідають стандарту
м. Полтава	5	60,0
Глобинський	44	68,4
Диканський	40	75,8
Зінківський	39	100,0
Карлівський	46	82,2
Котелевський	27	48,6
Оржицький	80	81,1
Лохвицький	98	37,5
Лубенський	76	54,7

більшості районів підвищена концентрація заліза (від 0,7 до 5,0 мг/л), багато районів мають відхилення від норми за вмістом хлоридів (від 584,3 до 811,1) [1].

Найбільш несприятлива ситуація склалася в Лубенському, Решетилівському, Глобинському, Карлівському, Полтавському, Котелевському, Лохвицькому, Оржицькому районах, де рівень

нітратів у питній воді шахтних колодязів значно перевищує нормативний показник. Питома вага досліджених проб, де встановлено перевищення допустимих норм за вмістом нітратів, становила у 2003 р. 55,1 %.

Особливої уваги потребують ті райони, у воді яких спостерігається підвищений вміст фтору та хлоридів (табл. 3,4).

Таблиця 3. Кількісні показники вмісту фтору у питній воді (мг/дм<sup>3</sup>)

Назва міст районів	Вміст фтору мг/дм <sup>3</sup>
м. Миргород	1,9-2,1
Смт. В.Багачка	1,85-1,92
Смт. Н. Санжари	1,48-1,77
Смт. Машівка	0,9-2,02
м. Карлівка	0,66-3,15
Чутовський р-н	0,2-1,5

Таблиця 4. Кількісні показники вмісту хлоридів у питній воді

Назва міст районів	Вміст хлоридів
м. Миргород	520-580
м. Хорол	308-739
м. Карлівка	300-773
м. Глобіно	418-631,9
Смт. Машівка	213-545
Смт. Н. Санжари	350-398

Аналізуючи наведені дані, неможливо не помітити, що деякі райони мають незначні відхилення за одним з показників, а інші райони мають відхилення за кількома показниками. Такі райони, як Миргородський, Карлівський, Н-Санжарський, Машівський та ін., потребують неабиякої уваги як з боку санепідемстанцій, так і лікувально-профілактичних закладів.

За допомогою математичної моделі кореляційних зв'язків був виявлений зв'язок між захворюваністю органів порожнини рота населення Полтавської області та показниками забруднення питної води:

а) підвищений вміст хлору у питній воді має прямий кореляційний зв'язок із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота (коефіцієнт кореляції 0,3);

б) в регіонах з низькою жорсткістю води підвищена захворюваність на карієс та його ускладнення ( $r = -0,4$ );

в) попри збільшення концентрації фтору, який має протикаріозні властивості, у багатьох районах відмічається велика розповсюдженість карієсу.

Отримані нами дані підтверджуються даними літератури. Так, при збільшенні кількості фтору в питній воді відбуваються зміни, які пов'язані з властивостями фторид-іону. Це утворення фториду кальцію не розчиняється у сироватці крові та твердих тканинах, що призводить до гіпокальціємії та відкладення фтору у кістках та зубах у

вигляді фторапатиту [5]. У випадках підвищеного вмісту фтору у воді доцільно аналізувати жорсткість питної води, оскільки жорсткість обумовлюють солі кальцію та магнію [6]. Питна вода м. Полтави має дуже низьку жорсткість (0,6-1) при централізованому водопостачанні та дуже високу при децентралізованому (8,5-10,5). При аналізі стоматологічної захворюваності та формуванні профілактичних програм не слід нехтувати цим показником.

У цілому результат дослідження показав, що якість питної води є одним з багатьох факторів, які впливають на виникнення захворювань порожнини рота.

#### Висновки

1. Якість питної води в районах Полтавської області за більшістю хімічних показників відповідає санітарно-гігієнічним нормам. Виняток становлять показники жорсткості води, сухого залишку, вмісту нітратів, заліза, фтору.

2. Проведений аналіз впливу якості питної води на захворювання органів порожнини рота населення виявив залежність між якістю води, що не відповідає нормам, та стоматологічною захворюваністю населення Полтавської області.

3. Вочевидь, що хімічний склад питної води коливається в залежності від централізації водопостачання.

4. Проблема є актуальною, важливою і такою, що потребує подальшого наукового дослідження.

#### Список літератури

1. Безвушко Е.В. Флюороз зубів і фізичний рівень розвитку дітей, які проживають у місцевості з підвищеним вмістом фтору та солей важких металів // Укр. стоматолог. альманах. – 2003. – №1. – С. 44-47.
2. Влияние качества воды на заболеваемость населения Ярославля / А.К. Веселова, Т.М. Глазкова, Л.К. Меркулова, Г.П. Федотова // Гигиена и санитария. – 1999. – №4. – С. 11-13.
3. Литвинова О.Н. Поєднаний вплив соціальних та екологічних чинників на захворюваність жителів великого міста (на прикладі м. Тернополя) та управління цими процесами: Автореф... дис. канд.мед.наук. – К., 1998. – С. 3-5.
4. Неспрядько В.П. Стан та шляхи розвитку стоматологічної допомоги населенню України // Новини стоматології. – 1995. – №1-2. – С. 7-9.
5. Николишин А.К., Цебержинский О.И. К патогенезу системного и зубного флюороза // Укр. стоматолог. альманах. – 2003. – №2. – С. 5-8.
6. Руководство по контролю качества питьевой воды. – 2-е изд. / ВОЗ. – Женева, 1994. – Т. 1. – С.24-26.
7. Рыбаков А.И., Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний и пути их профилактики. – М., 1973.

## СОСТОЯНИЕ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА У НАСЕЛЕНИЯ ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ

И.В. Беликова (Полтава)

Исследовано влияние качества питьевой воды на возникновение стоматологических заболеваний (кариес, пародонтиты, заболевания слизистой оболочки полости рта) у населения 25 районов Полтавской области. Содержание таких элементов, как фтор, железо, нитраты, сухой остаток, а также показатели общей жесткости, учитывались при централизованном и децентрализованном водоснабжении. Проведенный анализ показал прямую корреляционную связь между повышенным содержанием хлора в питьевой воде и заболеваниями тканей слизистой оболочки полости рта, обратную корреляционную связь между низкими показателями жесткости воды и распространенностью кариеса.

## QUALITY OF DRINKING-WATER AND ITS EFFECTS ON POPULATION ORAL HEALTH IN POLTAVA PROVINCE

I.V. Belikova (Poltava)

The research has been carried out to assess some quality characteristics of drinking-water and their effects on oral health (prevalence of caries, periodontal, disease, oral cavity mucosa, etc.) among population in 25 districts of Poltava province. Quantative contents of some elements and chemicals as fluorides, iron, nitrates, dry-rest and water-general rigidity were taken into consideration at centralized and decentralized water-supply networks. Analysis of obtained data has revealed direct correlation ties between high concentrations of chlorine in drinking-water and prevalence of diseases of periodont and reversal correlation between low parameters of water-rigidity and prevalence of caries and its complications.

УДК 616.33/34-089.06

*І.В. ПАЛАМАР*

## ЧИННИКИ ДИТЯЧОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВІД ХВОРОБ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ, ЩО ЗУМОВЛЮЮТЬ ЇЇ ХАРАКТЕР

Вінницький національний медичний університет

**Вступ.** Дитяча інвалідність є актуальною глобальною проблемою. Тепер у світі нараховується більше 100 млн дітей-інвалідів; згідно з даними ВООЗ частка дітей-інвалідів серед новонароджених перевищує 10 % (7,8,11). В Україні спостерігаємо ту ж картину. Загальне число дітей-інвалідів в Україні в 2002 р. перевищило 150 тис. осіб (3,12). При вивченні причин дитячої інвалідності від хвороб нервової системи акцентується увага на внутрішній гіпоксії плода, пологових травмах тощо (2,6,9). Однак загалом проблема соціально-медичної зумовленості дитячої інвалідності від хвороб нервової системи вивче-

на слабо. Особливо це стосується окремих захворювань цього класу (4,10).

**Метою** дослідження стало вивчення чинників дитячої інвалідності від хвороб нервової системи, що зумовляють її характер.

**Матеріал і методи.** Було досліджено 1048 випадків дитячої інвалідності від хвороб нервової системи, що зареєстровані у Вінницькій області протягом 2000-2002 рр. Вони були поділені на 2 групи: перша – діти з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) і друга – з іншими причинами (ІП), куди ввійшли порушення нервової системи від пологових травм, вроджених вад



розвитку, запальних хвороб ЦНС тощо. Із медичної документації та шляхом соціологічного опитування на кожного інваліда зібрані дані по 48 параметрах, що дають їм детальну соціальну, демографічну та медичну характеристику. Матеріал піддано статистичному аналізу з використанням варіаційного (t, p) та кореляційного аналізу ( $\chi^2$ ).

#### Результати дослідження.

Спочатку було вивчено вплив сімейного стану на показники дитячої інвалідності від хвороб нервової системи (табл. 1).

Таблиця 1. Статистична значимість відповідності чинників сімейного стану характеру дитячої інвалідності

Чинник	Коефіцієнт відповідності, $\chi^2$	Рівень значимості, p
Наявність матері	1,3	> 0,05
Наявність батька	0,57	> 0,05
Повнота сім'ї	0,31	> 0,05
Багатодітність сім'ї	4,9	> 0,05
Стан здоров'я матері	1,7	> 0,05

Серед дітей з ДЦП не було матерів у  $2,1 \pm 0,5$  % випадків, а серед дітей з ІП – у  $3,2 \pm 1,3$  % випадків; не було батька відповідно у  $21,5 \pm 1,4$  % і  $18,6 \pm 2,8$  % випадків.

Частка неповних сімей була майже однаковою в обох групах: відповідно  $22,0 \pm 1,4$  і  $20,3 \pm 2,9$  %.

Діти з ДЦП дещо відносно частіше були з однодітних сімей –  $38,1 \pm 1,6$  % проти  $29,4 \pm 3,3$  % у дітей з ІП. Водночас частка багатодітних сімей була трішки вищою у дітей з ІП –  $19,3 \pm 2,9$  % проти  $15,7 \pm 1,2$  % у дітей з ДЦП.

Переважає більшість матерів і в одній і в другій групах хвороб не мала, а саме  $68,7 \pm 1,6$  % у дітей з ДЦП і  $74,6 \pm 3,2$  % у дітей з ІП. Серед хвороб, на які найчастіше хворіли матері дітей-інвалідів, були анемія ( $41,4 \pm 1,7$  % з ДЦП і  $36,2$

$\pm 3,5$  % з ІП), нервово-психічні (відповідно  $7,2 \pm 0,9$  і  $8,5 \pm 2$  %) та інфекційні хвороби (відповідно  $26,2 \pm 1,5$  і  $29,7 \pm 3,3$  % матерів).

Що стосується таких чинників, як вагітність та її перебіг, пологи та пов'язані з ними особливості, народження дітей та його результати, то тут в переважному числі випадків маємо тісний зв'язок з характером дитячої інвалідності.

Порядковий номер вагітності, коли народжувалась дитина-інвалід, не мав суттєвого значення для характеру інвалідності. Так, від першої вагітності народилось  $50,3 \pm 1,7$  % дітей з ДЦП і  $43,0 \pm 3,6$  % дітей з ІП, від другої відповідно  $27,0 \pm 1,5$  % і  $31,8 \pm 3,4$  % дітей, від третьої –  $10,1 \pm 1,0$  і  $14,0 \pm 2,5$  % дітей, п'ятої і більше –  $6,0 \pm 0,8$  і  $6,4 \pm 1,7$  % дітей.

Не мало суттєвого значення і т.з. планування сім'ї. Діти з ДЦП народились в  $52,3 \pm 1,7$  % випадків від бажаної вагітності, а діти з ІП – в  $53,8 \pm 3,6$  % випадків. Небажана вагітність була відповідно лише в  $1,6 \pm 0,4$  і  $1,0 \pm 0,7$  % випадків.

Психоемоційний стан матері під час вагітності виявляв зв'язок з характером дитячої інвалідності. У матерів, що народили дітей-інвалідів з ДЦП, був значно нижчий відсоток тих, що мали щасливий, спокійний і урівноважений стан, ніж у матерів, що народили дітей з ІП (відповідно  $62,2 \pm 1,6$  і  $76,2 \pm 3,1$  %), натомість мали тривожний, дратівливий стан і тугу відповідно  $20,5 \pm 1,4$  і  $12,5 \pm 2,4$  % матерів, а також інші несприятливі характеристики.

У матерів, що мали дітей з ДЦП, своєчасні пологи відбулися в  $52,6 \pm 1,7$  % випадків, а в матерів, що мали дітей-інвалідів з ІП, своєчасні пологи мали місце в  $84,9 \pm 2,6$  % випадків, натомість передчасні пологи мали відповідно  $42,8 \pm 1,7$  і  $11,3 \pm 2,3$  % матерів, тобто дітей з ДЦП матері передчасно народжували відносно в 3,8 рази частіше порівняно з дітьми із ІП.

Таблиця 2. Статистична значимість відповідності чинників вагітності, перебігу пологів та народження дітей характеру дитячої інвалідності

Чинники	Коефіцієнт відповідності, $\chi^2$	Рівень значимості, p
Порядковий номер вагітності	6,3	> 0,05
Планування вагітності	3,0	> 0,05
Психоемоційний стан матері під час вагітності	11,3	< 0,01
Перебіг пологів (своєчасні-несвоєчасні)	68,9	< 0,001
Перебіг пологів (фізіологічні-патологічні)	23,6	< 0,001
Наявність у матері екстрагенітальних захворювань	4,0	> 0,05
Перебіг попередніх вагітностей у матері	9,1	> 0,05
Наявність акушерської патології	17,1	< 0,001
Акушерські втручання при пологах	8,1	< 0,01
Маса тіла при народженні	63,4	< 0,001
Стан дитини при народженні	20,7	< 0,001
Ступінь асфіксії при народженні	19,3	< 0,001
Проведення реанімаційних заходів	67,2	< 0,001
Тривалість реанімаційних заходів	17,1	< 0,001

Такі ж контрасти спостерігались у співвідношенні фізіологічних і патологічних пологів. У матерів, що мали дітей з ДЦП, фізіологічні пологи спостерігались лише в третині випадків ( $32,7 \pm 1,6$  %), а у матерів, що мали дітей з ІП – більше, ніж в половині випадків ( $51,9 \pm 3,6$  %). Серед патологічних пологів в обох групах переважала слабкість родової діяльності, яка мала приблизно однакову частку: відповідно  $57,8 \pm 1,7$  і  $53,4 \pm 3,6$  %.

У матерів, що народжували дітей з ДЦП, була вищою частка тих, що мали екстрагенітальні захворювання, порівняно з матерями, що народжували дітей-інвалідів з ІП (відповідно  $26,8 \pm 1,5$  і  $19,9 \pm 2,9$  %).

Встановлено, що в обох групах матерів частка тих, що народжували вперше, була приблизно однаковою (відповідно  $49,9 \pm 1,7$  і  $42,7 \pm 3,6$  %,) а от стосовно викиднів і штучних абортів, то у матерів, що мали дітей з ДЦП, їхня частка була в 1,5 раза відносно вищою порівняно з матерями, що народжували дітей-інвалідів з ІП (відповідно  $45,1 \pm 1,7$  і  $31,1 \pm 3,3$  %).

У матерів, що народжували дітей з ДЦП, в 1,6 раза відносно частіше зустрічалась акушерська патологія порівняно з ІП (відповідно  $46,4 \pm 1,7$  і  $29,7 \pm 3,3$  %). При цьому в обох групах переважну і майже однакову частку складала загроза переривання вагітності (відповідно в  $74,8 \pm 1,4$  і  $75,9 \pm 3,1$  % випадків).

Акушерські втручання при пологах відносно частіше також зустрічались у матерів, що народжували дітей з ДЦП, ніж з ІП (відповідно у  $48,1 \pm 1,7$  і  $36,8 \pm 3,5$  % випадків), а от стосовно характеру втручань, то в обох випадках дві третини їх становила стимуляція пологової діяльності (відповідно  $67,0 \pm 1,6$  і  $63,2 \pm 3,5$  %).

Діти з ДЦП в  $40,0 \pm 1,7$  % випадків народжувались недоношеними, тоді як діти-інваліди з ІП – лише в  $9,2 \pm 2,1$  % випадків або відносно рідше в 4,3 рази; при цьому з вагою до 1000 г народжувались лише діти з ДЦП ( $5,3 \pm 0,8$  %).

Діти з ДЦП майже в половині випадків народжувались в стані асфіксії ( $46,1 \pm 1,7$  %), тоді як діти з ІП трохи більше, ніж в третині випадків ( $36,4 \pm 3,5$  %), причому у дітей з ДЦП асфіксія найтяжчого або третього ступеня спостерігалась в 2,2 рази відносно частіше, ніж у дітей з ІП (відповідно в  $22,2 \pm 1,4$  і  $10,4 \pm 2,2$  % випадків).

У дітей з ДЦП значно рідше проводились реанімаційні заходи при народженні порівняно з дітьми-інвалідами з ІП (відповідно в  $41,7 \pm 1,7$  і  $65,2 \pm 3,5$  % випадків), а тривалість цих заходів у дітей з ДЦП була майже в кожному п'ятому випадку більше 15 хв ( $17,8 \pm 1,3$  % проти  $6,2 \pm 1,7$  % у дітей з ІП). Очевидно, у дітей з ДЦП гірше розпізнавалась необхідність проведення

реанімаційних заходів, а коли розпізнавалась, то в більш тяжких випадках, що потребувало їхньої більшої тривалості.

Із соціальних чинників зв'язок з характером дитячої інвалідності виявляли зловживання тютюном і алкоголем та наявність деяких інших шкідливостей (табл.3)

Таблиця 3. Статистична значимість відповідності соціальних чинників характеру дитячої інвалідності

Чинник	Коефіцієнт значимості, $\chi^2$	Рівень значимості, p
Житлова площа	3,4	> 0,05
Житлові умови	7,3	> 0,05
Освіта матері	6,6	> 0,05
Куріння матері	8,2	< 0,01
Куріння батька	52,0	< 0,001
Зловживання алкоголем матір'ю	7,9	< 0,01
Зловживання алкоголем батьком	21,9	< 0,001
Наявність інших шкідливостей	37,1	< 0,001

Так, до 6 м<sup>2</sup> житлової площі мали  $18,7 \pm 1,3$  % дітей з ДЦП і  $17,7 \pm 2,8$  % з ІП; власний будинок з присадибною ділянкою мали відповідно  $51,7 \pm 1,7$  і  $51,6 \pm 3,7$  % дітей; середню освіту мали відповідно  $44,2 \pm$  і  $42,4 \pm$  % матерів.

Матері дітей з ДЦП значно відносно частіше курили, ніж матері дітей з ІП (в 3,6 рази), а чоловіки-батьки, навпаки, з невеликою перевагою відносно частіше курили у дітей з ІП. Стосовно зловживання алкоголем ситуація була прямо протилежна: матері дітей з ІП відносно частіше в 2,9 рази зловживали алкоголем, ніж матері, що мали дітей з ДЦП, а батьки-чоловіки, що мали дітей з ДЦП відносно частіше (в 1,5 рази) зловживали алкоголем, ніж батьки-чоловіки, що мали дітей-інвалідів з ІП.

Що стосується інших шкідливостей, то тут вони переважали серед батьків, що мали дітей з ДЦП.

У батьків, що мали дітей з ДЦП, відносно частіше мали місце: застосування медикаментів – в 2,7 рази, праця в шкідливих умовах – в 3 рази і наявність стресових ситуацій – в 1,7 рази.

На підставі дослідження можна зробити такі

#### ВИСНОВКИ:

1. Аналіз двох груп дітей-інвалідів (з ДЦП і іншими причинами – ІП) показав наступне: вони суттєво відрізнялись за віком, згідно безпосередніх причин виникнення, за розумовим розвитком, станом мовлення і зору, станом пересування і потребою в сторонній допомозі і не відрізнялись згідно своєчасності взяття вагітних жінок, що народили дітей-інвалідів, на облік та їхнього обстеження на УЗД.

2. Серед чинників, що були пов'язані з характером дитячої інвалідності, провідне місце займали перебіг вагітності, пологів та народження дітей, зокрема психоемоційний стан матері під час вагітності, своєчасність пологів, наявність акушерської патології, застосування акушерських втручань, доношеність плода, наявність асфіксії та її ступінь, проведення реанімаційних заходів відразу після народження дитини,

а також деякі соціальні чинники, як – от поширеність серед батьків вживання тютюну і алкоголю та наявність таких шкідливостей, як зловживання медикаментами, виробничі, стресові ситуації.

3. Не впливали на характер дитячої інвалідності сімейний стан, порядковий номер вагітності та її планування, а також такі соціальні чинники, як житлові умови та освіта матері.

### Список літератури

1. Богатырева Р.В., Горбань Е.Н., Бережной В.В., Корнев М.М. Состояние и перспективы научных исследований по охране здоровья детей школьного возраста и подростков // Актуальні проблеми охорони здоров'я дітей шкільного віку і підлітків. Матеріали науково-практичної конференції. –Харків.1997р. 23-24 жовтня. – С.3-9.
2. Вирясова М.В., Полуниин В.С. Социально-гигиеническая характеристика детей-инвалидов, страдающих детским церебральным параличом.//Российский мед. журнал. – 2001. – №2. – С.11-13.
3. Гойда Н.Г. Державна політика України в охороні материнства і дитинства та зміцненні здоров'я дітей // Актуальні проблеми охорони здоров'я дітей шкільного віку і підлітків. Матеріали науково-практичної конференції. – Харків. – 1997. – 23-24 жовтня. – С.10-12 .
4. Гойда Н.Г., Корнев М.М., Богмат Л.Ф., Сидоренко Т.П., Толмачева С.Р. Медико-соціальні аспекти дитячої інвалідності в Україні // Український медичний часопис. – 1999.- №3(11).-V/VI. – С.112-114.
5. Евтушенко С.К., Москаленко М.А., Евтушенко О.С., Майлян Е.А., Иванов М.Ф. Церебральный паралич у детей, рожденных от матерей с антифосфолипидным синдромом. // Соціальна педіатрія.V Міжнародний Українсько-Баварський симпозиум.– 2001. –С. 289-291.
6. Ермоленко Н.А., Скворцов И.А., Нерезина А.Ф. Клинико-психологический анализ развития двигательных, перцептивных, интеллектуальных и речевых функций у детей с церебральным параличами. // Ж-л неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2000. – Т.100. №12. – С.60-63.
7. Зелинская Д.И. Детская инвалидность. Медико-социальное исследование: Автореф. дисс. канд. мед. Наук.- М., 1998.-22 с.
8. Зелинская Д.И., Кобринський Б.А. Система учета и анализа детской инвалидности.// Российский медицинский журнал. – 2000. – №1 – С.7-9.
9. Курако Ю.Л., Жаров А.И., Стоянов А.Н. Причины поражения нервной системы новорожденных в Одесском регионе. // Труды Международной Научно-практической конференции “Экологические проблемы Одесского региона и их решение”. – Одесса. 1997. – С. 256-258.
10. Мартинюк В.Ю., Зінченко С.М. Соціальна педіатрія як основа реабілітаційного процесу у дітей з органічними ураженнями нервової системи. // Український вісник психоневрології. – 2000. – Т.8, випуск 2 (24). – С. 16-17.
11. Свинцов А.А. Характеристика контингента инвалидов с детства. // Здравоохранение Российской Федерации. – 1998. – № 2. – С. 31-33.
12. Сміян І.С. Здоров'я дітей України. // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1997, – № 1. – С. 6-8.

### ФАКТОРЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, КОТОРЫЕ ОБУСЛОВЛИВАЮТ ЕЕ ХАРАКТЕР

И.В. Паламарь

Изучено сплошным методом 1048 детей-инвалидов в Винницкой области, которые состояли на учёте в 2000-2002 годах.

На характер детской инвалидности от болезней нервной системы влияют состояние беременности и родов, течение послеродового периода, а также социальные факторы, как употребление родителями алкоголя и табака, злоупотребление медикаментами, производственные и стрессовые ситуации.

### THE FACTORS OF CHILDREN'S PHYSICAL DISABILITY FROM NERVOUS SYSTEM DISEASES, WHICH ARE STIPULATED ITS NATURE

I.V. Palamar

1048 children – invalids in Vinnitsa area are studied by a continuous method and which are registered in 2000-2002 years.

The nature of children's physical disability from nervous system diseases is influenced from a state of pregnancy and labors, course of a postpartum period, and also from social factors, as the use by the parents of alcohol and tobacco, abuse by medicines, industrial and stressful situations.

УДК 616.1-036.88(477.84)

І.Ю. АНДРІЄВСЬКИЙ

## ВПЛИВ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ І СМЕРТНІСТЬ ВІД ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Вінницький медичний коледж ім. Д. Заболотного

**Вступ.** Проблеми серцево-судинних захворювань залишаються проблемою № 1 громадської охорони здоров'я (2, 6). Останнє десятиліття в Україні є періодом бурхливого зростання первинної і загальної захворюваності на хвороби системи кровообігу і смертності від них (4, 5).

Дослідники акцентують увагу на способі життя людей і їхній поведінці як основних причинах, що зумовлюють тенденції зростання серцево-судинних захворювань. На селі має значення подальше "старіння" населення. Однак не можна оминати увагою і значення такого соціального чинника, як система медичної допомоги. При належній організації вона здатна значно применшити негативні наслідки хвороб системи кровообігу (1, 2, 3, 6).

**Метою** дослідження є визначення взаємозв'язків і взаємозалежностей між захворюваністю і смертністю від серцево-судинних захворювань між собою та іншими причинами, між захворюваністю і смертністю від серцево-судинних захворювань та показниками медичного забезпечення населення.

**Матеріал і методи.** Використано статистичні дані МОЗ України про захворюваність та смертність від хвороб системи кровообігу за 2003 р. Ці дані піддано кореляційному аналізу.

**Результати дослідження та їхнє обговорення.** В табл. 1 наводяться дані про взаємозв'язки між показниками захворюваності і смертності від хвороб системи кровообігу та питомою часткою сільського люду. Як видно, ця частка виявила зв'язок середньої сили з рівнем первинної захворюваності. Іншими словами, чим меншою була частка сільського люду, тим меншим був рівень первинної захворюваності на хвороби системи кровообігу. Нам вбачається це вагомим аргументом на користь того, що на рівень первинної захворюваності передовсім впливають умови і спосіб життя людей. Ці умови і спосіб життя суттєво різняться між сільським і міським людом.

Таблиця 1. Взаємозв'язки між захворюваністю і смертністю від хвороб системи кровообігу і питомою часткою сільського населення

Показник	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості
Загальна захворюваність	0,01	> 0,05
Первинна захворюваність	0,45	< 0,05
Смертність	-0,04	> 0,05

Із табл. 2 і 3 випливає, що чим вищою є первинна захворюваність на гострий інфаркт міокарда, цереброваскулярні хвороби та інсульти, тим вищою є і смертність від них. Особливо це стосується інсультів, де зв'язок є сильним. Водночас подібної залежності стосовно гіпертонічної хвороби і ішемічної хвороби серця не виявлено.

Таблиця 2. Взаємозв'язки між первинною захворюваністю на хвороби системи кровообігу і смертністю від них серед дорослого населення

Хвороби	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості
Гіпертонічна	0,23	> 0,05
Ішемічна хвороба серця	0,22	> 0,05
Гострий інфаркт міокарда	0,68	< 0,001
Цереброваскулярні	0,52	< 0,01
Інсульти	0,91	< 0,001

Таблиця 3. Взаємозв'язки між первинною захворюваністю на хвороби системи кровообігу і смертністю від них серед працездатного населення

Хвороби	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості
Гіпертонічна	0,23	> 0,05
Ішемічна хвороба серця	0,14	> 0,05
Гострий інфаркт міокарда	0,49	< 0,05
Цереброваскулярні	0,53	< 0,01
Інсульти	0,78	< 0,001

Аналогічні залежності встановлено і стосовно загальної захворюваності на ті ж хвороби (табл. 4, 5). Рівень загальної захворюваності або нако-

пичення хворих передовсім залежить від діяльності медичних закладів. Гіпотетично можна передбачити, що чим вищим є рівень загальної захворюваності, тим ефективніше діє система медичного забезпечення, яка сприяє накопиченню хворих. Однак дані табл. 4 і 5 не підтверджують цієї гіпотези. Чим вищою є загальна захворюваність, тим вищою є і смертність, цебто обсяги реєстрації хворих в медичних закладах не сприяють зниженню смертності, очевидно, через низьку якість і ефективність медичної допомоги.

**Таблиця 4. Взаємозв'язки між загальною захворюваністю на хвороби системи кровообігу і смертністю від них серед дорослого населення**

Хвороби	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості
Гіпертонічна	0,16	> 0,05
Ішемічна хвороба серця	0,55	< 0,01
Цереброваскулярні	0,83	< 0,001
Інсульти	0,79	< 0,001

**Таблиця 6. Взаємозв'язки між показниками захворюваності і смертності від хвороб системи кровообігу та показниками медичного забезпечення населення**

Взаємозв'язок між:	Показники кореляції	Рівень значимості
загальною захворюваністю і забезпеченістю лікарями	0,26	> 0,05
первинною захворюваністю і забезпеченістю лікарями	0,18	> 0,05
смертністю і забезпеченістю лікарями	0,21	> 0,05
загальною захворюваністю і забезпеченістю дільничними терапевтами	0,08	> 0,05
первинною захворюваністю і забезпеченістю дільничнимите-рапевтами	-0,28	> 0,05
смертністю і забезпеченістю дільничними терапевтами	0,27	> 0,05
смертністю і рівнем госпіталізації	-0,47	< 0,05
смертністю і забезпеченістю терапевтичними ліжками	-0,03	> 0,05
пересічними термінами перебування хворих на гострий інфаркт міокарда на ліжку і летальністю від нього	-0,11	> 0,05
пересічними термінами перебування хворих на інсульти на ліжку і летальністю від них	0,56	< 0,05

середньої сили між пересічними термінами лікування інсультів та летальністю від них.

При цьому оцінка термінів перебування хворого на ліжку проводилась таким чином, що чим меншим був цей термін, тим позитивніше він оцінювався. З цих позицій прямий зв'язок свідчить про те, що чим менше хворі перебували на ліжку, тим частіше вони вмирали. Очевидно, це зумовлювалось не якістю і інтенсивністю лікування хворих на інсульти, а тяжкістю перебігу хвороби, яка швидше приводила до летального кінця.

В табл. 7 пов'язано смертність від хвороб системи кровообігу з іншими основними причинами. Як видно із табл. 7, зв'язку не існує, окрім отруєнь та травм, але з чим пов'язаний цей зв'язок, сказати складно.

На підставі вищесказаного можна зробити такі висновки:

**Таблиця 5. Взаємозв'язки між загальною захворюваністю на хвороби системи кровообігу і смертністю від них серед працездатного населення**

Хвороби	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості
Гіпертонічна	0,30	> 0,05
Ішемічна хвороба серця	0,20	> 0,05
Цереброваскулярні	0,62	< 0,01
Інсульти	0,55	< 0,01

Це підтверджують і дані табл. 6. Як видно із цієї таблиці, забезпеченість лікарями, в тому числі дільничними терапевтами, не впливає на показники первинної і загальної захворюваності та смертності від хвороб системи кровообігу. Виявлено лишень зворотний зв'язок середньої сили між рівнями смертності від хвороб системи кровообігу та рівнями госпіталізації. Тобто смертність є тим нижчою, чим вищим є рівень госпіталізації. Виявлено також прямий зв'язок

**Таблиця 7. Взаємозв'язки між смертністю від хвороб системи кровообігу та іншими причинами**

Інші причини	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості
Новоутворення	0,32	> 0,05
Цукровий діабет	0,09	> 0,05
Хвороби органів дихання	0,20	> 0,05
Отруєння та травми	0,43	< 0,05

1. Виявлено прямий зв'язок між рівнями первинної захворюваності на хвороби системи кровообігу і часткою сільського люду, що підтверджує висновок про роль умов і способу життя людей у виникненні цих хвороб.

2. Смертність від гострого інфаркту міокарда та інсульту є тим вищою, чим вищою є первинна і загальна захворюваність на ці хвороби, що свідчить про низьку якість і ефективність медичної допомоги.

3. Підтвердженням цьому є також відсутність зв'язку між забезпеченістю лікарями, в тому числі дільничними терапевтами, і смертністю від хвороб системи кровообігу. Певний позитивний вплив на смертність від цих хвороб справляє рівень госпіталізації хворих.

#### Список література

1. Бобров В.О., Дорогий А.П. Стан кардіологічної служби в Україні та шляхи її подальшого удосконалення // Український кардіологічний журнал. – 1996. – №2. – С. 5-7.
2. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. Тернопіль-Київ-Вінниця: Джура, 1997. – 328с.
3. Дорогий А.П. Сьогодні проблеми кардіологічної служби України //Практична медицина. – 1998. – ч. 5-6. – С.8-14.
4. Коваленко В.М., Криштопа Б.П., Корнацький В.М. Проблеми здоров'я та оптимізація медичної допомоги населенню України: Київ.-2002.-202 с.
5. Чепелевська Л.А., Нагорна А.М., Рудницький О.П. Медико-демографічна ситуація в державі та тенденції її розвитку//Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (щорічна доповідь, 1997 р.) / За ред. А.М. Сердюк. –К.: Преси України, 1998. – С. 7-46.
6. High blood pressure management. – Copenhagen: WHO, Red. off Eur., 1998. – 17 p.

#### ВЛИЯНИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

И.Ю. Андриевский (Винница)

Изучены взаимосвязи между заболеваемостью и смертностью от болезней системы кровообращения и других причин и от показателей деятельности системы медицинской помощи. Выявлено, что система медицинской помощи на заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения практически не влияет.

#### INFLUENCE OF MEDICAL CARE SYSTEM ON MORBIDITY AND MORTALITY FROM ILLNESSES OF BLOOD CIRCULATION SYSTEM

I.Yu. Andrievskiy (Vinnitsa)

The correlation between a morbidity and mortality from illnesses of blood circulation system and other reasons, and from parameters of activity of medical care system is studied. Is confirmed, that the system of medical care does not influence on morbidity and mortality from illnesses of blood circulation system practically.

УДК 614.1(477.51):57.042.048

М.П. ДОНЕЦЬ (Чернігів)

### СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ У СПЕКТРІ ВИЗНАЧАЛЬНИХ ЧИННИКІВ ТА КОМПЛЕКСНІ ЗАХОДИ ЩОДО ЙОГО ПОЛІПШЕННЯ

Вивчення тенденцій та особливостей популяційного здоров'я у взаємозв'язку з чинниками, під впливом яких воно формується, має виняткове значення для обґрунтування програм роз-

витку охорони здоров'я.

Значне ускладнення екологічної ситуації, зумовленої поряд з іншими причинами аварією на Чорнобильській АЕС, у поєднанні з соціально-

економічними труднощами призводять до істотного погіршення здоров'я населення, його демографічних показників. Статистичні дані та результати спеціальних досліджень свідчать про зменшення народжуваності та збільшення смертності населення, зростання частоти та ускладнення перебігу багатьох хвороб не лише в постраждалих від катастрофи регіонах України, Білорусі та Росії, але й на всій території цих країн в цілому [6,1,11]. За вказаний період зросла захворюваність і смертність дитячого населення України, в основному за рахунок онкогематологічної патології, раку щитовидної залози, хвороб нервової системи [7]. Внаслідок складного економічного стану в державі та проблем, пов'язаних з аварією на ЧАЕС, збільшилася частота психогенних реакцій, зокрема, синдрому жертви, синдрому втраченого здоров'я, безнадії, постійного соціального відчуження [5]. Протягом ряду років спостерігаються негативні тенденції медико-демографічних процесів. Зокрема, смертність населення України в період 1990-2003 рр. збільшилася на 32,2 % і досягла 16,0 на 1000, народжуваність зменшилась на 36,1 % і склала 8,5 на 1000. Природний спадок становив у 2003 р. 7,5‰.

Аналогічні негативні тенденції в динаміці демографічних показників та захворюваності населення характерні і для Чернігівської області. Результати їх аналізу приведено в даній статті.

**Метою** нашого дослідження був науковий аналіз демографічної ситуації, стану здоров'я населення Чернігівської області на підставі 20-річного моніторингу. Цей аналіз проводився як на радіоактивно забруднених територіях, так і в районах, які не зазнали радіоактивного забруднення.

**Матеріал і методи досліджень.** З метою вивчення динаміки захворюваності населення та демографічних процесів нами використано звіти медичних закладів Чернігівської області, щорічні статистичні звіти санітарно-епідеміологічної служби районів, міст і області в цілому, інформаційно-аналітичний довідник обласного центру інформаційно-аналітичних технологій та пропаганди здорового способу життя Управління охорони здоров'я Чернігівської облдержадміністрації, матеріали ЗАГСів, довідники Центру медичної статистики МОЗ України [8,3], результати власних досліджень [9,4].

Для обробки матеріалів використовувались сучасні загальнозживані методи медичної варіаційної статистики [10,2].

**Результати досліджень та їх обговорення.** Матеріали, отримані у ході досліджень свідчать, що демографічна ситуація в Чернігівській області є надзвичайно складною. Аналіз демографіч-

них тенденцій останніх десятиріч дає підстави кваліфікувати їх як ознаки демографічної кризи. В області відбувається глибоке порушення процесів відтворення населення, погіршення його кількісних та якісних характеристик, зменшення трудового потенціалу.

Чернігівщина має найвищий в Україні рівень демографічної старості. Це проявляється в постійному зменшенні частки дітей та підлітків у загальній чисельності населення області і збільшенні частки осіб старших вікових груп. В результаті цього у 2003 р. лише шосту частину жителів області (16,7 %) становлять діти, а 35 % - пенсіонери. Природний спадок особливо значним був серед сільського населення і склав у 2002 р. 21,2‰. Інтенсивність природного скорочення сільського населення – втричі вища, ніж міського. Порівняльний аналіз чисельності населення Чернігівської області у 1997 та 2003 рр. свідчить про те, що за 5 років вона скоротилася на 7,9 % і становила 1,2 млн осіб.

В даний час рівень народжуваності в області залишається одним з найнижчих в Україні. У 1985 р. народжуваність в Чернігівській області складала 13,0‰, у 1989 р. – скоротилася до 11,7‰, а в 2003 р. становила лише 7,2‰ при середньому показнику в Україні 8,5‰. Не забезпечується навіть просте відтворення населення. Сумарний коефіцієнт народжуваності у містах становить 1,1, а у сільській місцевості – 0,9, при необхідній його величині не нижче 2,2. За останні 10 років народжуваність в Україні знизилась у 1,5 раза, а на Чернігівщині – у 1,7 раза.

Скорочення населення області обумовлене також зростанням показників смертності. Уже з 60-х років минулого століття смертність стала перевищувати народжуваність. У 1989 р. коефіцієнт смертності становив 13,8 на 1000. При цьому на 56,6 % його визначали хвороби системи кровообігу, на 15,2 % – злоякісні новоутворення, на 8,0 % – нещасні випадки, травми та отруєння, на 7,3 % – хвороби органів дихання.

У 2003 р. смертність досягла значення 20,4 на 1000, що більше, ніж в середньому в Україні на 27,6 %. Рівень смертності в області є найвищим у державі. Смертність сільського населення становила 28,5 на 1000, і перевищувала аналогічний показник у міського населення в 1,9 раза. Рівень смертності чоловічого населення є більшим порівняно з жіночим на 13,5 %.

Основними причинами смерті у 2003 р. були хвороби системи кровообігу (67,8 %), злоякісні новоутворення (10,1 %), нещасні випадки, травми та отруєння (9,1 %). Як видно з наведених даних, у структурі смертності населення Чернігівської області, питома вага хвороб системи кро-

вообігу та нещасних випадків, травм і отруєнь як причин смерті – збільшується, а частка смертності від злоякісних новоутворень – знижується.

Про несприятливу демографічну ситуацію свідчить такий інтегральний показник популяційного здоров'я, як смертність немовлят. У 1985 р. коефіцієнт малюкової смертності в Чернігівській області становив 12,6 на 1000 і був значно нижчим за середньоукраїнський (15,7 на 1000). У 1990 р. рівень його знизився в області до 10,1 на 1000, а в 1995 р. досягнув найвищого значення за усі роки спостереження – 15,1 на 1000. Протягом 2000-2003 рр. показник мав тенденцію до зниження з 13,2 до 10,2 на 1000, проте у 2003 р. він все-таки перевищував загальнодержавний показник (9,6 %) на 6,3 %.

Складну демографічну ситуацію в області погіршують наслідки аварії на Чорнобильській АЕС: сьогодні статус постраждалого від неї має кожний восьмий житель. У 2003 р. найвищі показники смертності були зафіксовані в радіоактивно забруднених районах області: Семенівському (28,4‰), Ріпкинському (27,6‰), Козелецькому (27,3‰), Новгород-Сіверському (26,8‰).

Викликає занепокоєння рівень материнської смертності. З рівня 22,7 на 100 тис. у 2000 р. цей показник збільшився до 45,4 на 100 тис. живонароджених у 2003 р., тобто у 2 рази. При цьому в державі спостерігається зворотна тенденція до поступового скорочення материнської смертності. У 2003 р. в Україні досягнуто показника 17,4 на 100 тис. живонароджених.

Зниження народжуваності населення в Україні в цілому, та в Чернігівській області, зокрема, за даними соціологічних досліджень обумовлюється значним зменшенням економічного потенціалу населення: скороченням заробітної плати, зростанням цін, безробіттям, особливо серед молоді, зниженням матеріальної допомоги при народженні дитини, еміграцією молоді за межі України.

Важливим негативним чинником зниження народжуваності є відсутність або низька матеріальна доступність для молодих сімей житла. Суттєву роль в зниженні показників народжуваності належить захворюванням молоді, у першу чергу жінок, на хвороби, які призводять до безпліддя. На рівнях народжуваності позначається погіршення медичної допомоги. Спостерігаються випадки переходу на платне медичне обслуговування вагітних, медико-гінекологічне обстеження та консультування молодих сімей. Слід врахувати також емоційно-психологічний стан молодого населення, обумовлений перерахованими вище та рядом інших стресогенних факторів. Економічна нестабільність, невпевненість у майбутньому стимулюють розвиток серцево-судинних, неврологічних захворювань, хвороб органів травлення.

У 2003 р. рівень первинної захворюваності населення Чернігівської області становив 71,9 тис. випадків на 100 тис. Порівняно з 1991 р. цей показник зріс на 12,9 %. Темп зростання первинної захворюваності в Україні протягом 1991-2003 рр. складав 1,2 %, тобто був значно нижчим. Захворюваність населення області у 2003 р. стала вищою порівняно з загальнодержавним показником на 5,4 %.

Основу структури первинної захворюваності населення Чернігівської області складають хвороби органів дихання (44,7 %), травми та отруєння (8,3 %), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,2 %), органів травлення (6,2 %), сечостатевої системи (6,1 %). Порівняно із структурою захворюваності населення України у Чернігівській області питома вага хвороб органів дихання, травлення, частка травм і отруєнь є дещо більшою, хвороб системи кровообігу, шкіри і підшкірної клітковини, сечостатевої системи – меншою.

Аналіз поширеності хвороб серед населення Чернігівської області свідчить про її негативну динаміку. В період 1991-2003 рр. цей показник збільшився на 52,8 % і досягнув 179,7 тис. випадків на 100 тис. Темп приросту був значно вищим, ніж в середньому в державі (35,7 %). При цьому поширеність хвороб в області перевищила загальноукраїнський показник на 10,0 %.

В структурі поширеності хвороб населення Чернігівської області переважали хвороби системи кровообігу (23,7 %), органів дихання (22,0 %), органів травлення (11,2 %), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (6,4 %). Серед всього населення України частка хвороб системи кровообігу у структурі поширеності хвороб була більшою, ніж в Чернігівській області, питома вага інших вказаних класів хвороб – меншою.

Шкідливі звички (тютюнокуріння, алкоголь, наркотики), небезпечна сексуальна поведінка доповнюють причини демографічної кризи в Україні, і на Чернігівщині зокрема.

За даними опитування населення в області курить кожний четвертий житель віком від 12 років і старше, у тому числі жінки. В Україні щорічно тютюнокуріння стає причиною смерті 107-123 тис. осіб, у світі за даними ВООЗ – 5 млн. жителів планети. У Чернігівській області протягом 2003 р. було виявлено 4 тис. захворювань на рак, що склало 325,2 випадку на 100 тис. населення. Серед хворих з уперше встановленим діагнозом злоякісного новоутворення трахеї, бронхів, легень, які спричиняє вживання тютюну, 23,8 % становлять хворі з занедбанними випадками (III-IV стадія). Це обумовлює високі рівні смертності від раку.



Важливим фактором ризику є алкоголь. В Україні за експертними даними 1 дорослий житель, включаючи підлітків, в середньому споживає 11,5 л алкогольних напоїв на рік в перерахунку на чистий алкоголь. Це в 5 разів перевищує споживання в країнах ЄС.

В Чернігівській області протягом 2003 р. захворюваність на гострі психічні алкогольні розлади становила 17,4 на 100 тис., а їх поширеність – 24,2 на 100 тис. Хронічні алкогольні синдроми виникали з частотою 94,4 на 100 тис., що більше, ніж в середньому в Україні, на 6,7 %. Значно більшою, ніж в цілому в державі, є поширеність хронічного алкоголізму серед жителів області, яка досягла 1778,6 випадку на 100 тис. Високий рівень захворюваності на алкогольні розлади негативно відбивається на багатьох соціально-економічних показниках, а також спричиняє значні медичні втрати. Зокрема внаслідок випадкових отруєнь алкоголем у 2003 р. померло 427 жителів області, внаслідок алкогольних психозів – 9.

Не менш актуальною є проблема наркотиків. В Україні за останні 10 років вживання наркотиків зросло в 2,3-3,4 рази. Щорічно на облік береться 10 тис. осіб, 90 % з яких у віці до 30 років, 20 % з них – жінки. Соціологічні дослідження свідчать, що 22 % школярів хоча б раз в житті вживали наркотики. Значна частина наркоманів залишається незареєстрованою і систематично поповнюється новим контингентом.

Серед населення Чернігівської області у 2003 р. було виявлено 21,6 випадків захворювань на наркоманію на 100 тис., що перевищило загальнодержавний показник на 19,7 %. Поширеність наркоманій досягла 168,2 випадку на 100 тис.

На якість здоров'я і життя людини значною мірою впливають умови праці. В Чернігівській області діє 2018 промислових та сільськогосподарських підприємств, де зайнято 222 тис. працюючих. У шкідливих умовах трудиться 26,4 % населення, майже третина з них – жінки. Питома вага підприємств із значним ризиком формування у працюючих професійних захворювань у 2003 р. склала 32,7 %. Охорона здоров'я працюючих в шкідливих умовах є незадовільною. Забезпеченість працюючих засобами індивідуального захисту становить 55-60 % у промисловості і 20 % – у сільському господарстві.

Серед важливих чинників, що впливають на збереження і зміцнення здоров'я дитячого населення, є створення необхідних умов дошкільного виховання, забезпечення санітарно-гігієнічних умов побуту і навчання. За останні 10 років практично не оновлювалась матеріальна база освіти. З 309 дошкільних дитячих закладів-191 (62 %) та з 793 загальноосвітніх шкіл області – 321 (40,5 %)

знаходяться у пристосованих приміщеннях. Шкільних меблів недостатньо, вони часто не відповідають зросту учнів, що призводить до порушення постави та викривлення хребта дітей. Центрального опалення не мають 92 школи (11,6 %) та 143 дитячих дошкільних закладів (46,3 %).

Гарячим харчуванням у 2003 р. було охоплено 81 тис. учнів всієї області, що складало 57 %, в 2002 р. – 53,3 %. Фізіологічні норми харчування вихованців дошкільних закладів та учнів загальноосвітніх шкіл в багатьох випадках не виконуються: діти недоотримують рибних, молочних, м'ясних продуктів.

Значний вплив на здоров'я населення мають побутові умови. На кожного жителя області припадає в середньому 23,1 м<sup>2</sup> загальної житлової площі ( у міських поселеннях – 19,8 м<sup>2</sup>, у сільській місцевості – 27,8 м<sup>2</sup>). У 2003 р., порівняно з 1995 р. цей показник збільшився на 3 м<sup>2</sup>, що пояснюється, в основному, зменшенням чисельності населення, а не збільшенням обсягів будівництва житла. Невисокою є якість житла мешканців області.

У 2003 р. в цілому в області рівень обладнання житлового фонду становив: газом (включаючи скрапленій) – 83,3 % (в 2002 р. – 82,5 %), центральним опаленням – 39,8 % (39 %), водопроводом – 34,6 % (34,4 %), каналізацією – 32,5 % (32,4 %), ванними приміщеннями – 31,1 % (31,3 %), гарячим водопостачанням – 27,3 % (27,5 %).

Термін перебування сімей на квартирному обліку з кожним роком збільшується. Якщо у 1995 р. чекали поліпшення своїх житлових умов протягом 10 років і більше – 8 тис. сімей (19 %), то у 2002 р. – 17 тис. сімей (56,9 %).

Одним з визначальних факторів у підтриманні здоров'я людей є стан навколишнього середовища, яке протягом тривалого часу інтенсивно забруднюється. Так, в 2003 р. у водойми області 17-ма комплексами очисних споруд підприємств скинуто понад 34 млн м<sup>3</sup> забруднених вод. Від цього постраждали майже всі без винятку малі та великі річки області, про що свідчить перевищення гранично допустимих концентрацій шкідливих речовин, особливо азоту аміаку, нітритів, нітратів. Значним забруднюючим воду та ґрунт фактором є зберігання 915 тонн пестицидів невідомого складу.

Негативно впливає на стан довкілля велика кількість дозволених і несанкціонованих сміттєзвалищ, 513 з яких ліквідовано у 2003 р.

Близько 70 % загального обсягу шкідливих викидів в атмосферу належить автотранспорту. Серед перевірених автомобілів не відповідали вимогам стандартів 11,3 %.

Негативний вплив на навколишнє середовище пов'язаний з відходами промислових під-

приємств, кількість яких в області перевищує 500. Найбільш потенційно небезпечними з них є Гнідинцівський газопереробний завод, Чернігівська ТЕЦ, "Облтеплокомуненерго". Викиди ВАТ "Чернігівська ТЕЦ" за 2003 р. збільшилися на 74 %, у зв'язку з чим у 3,5 % проб повітря в м. Чернігові виявлено перевищення гранично допустимих концентрацій шкідливих речовин.

Суттєво впливає на здоров'я населення якість питної води. На початок 2004 р. централізованим водопостачанням охоплено 53 % населення Чернігівщини. Водозабезпечення населення області реалізується 317 питними водопроводами та 6146 колодязями суспільного користування. Централізоване водопостачання базується виключно на підземних джерелах-артезіанських свердловинах. Але внаслідок зношеності 15,9 % трубопроводів виникають часті їх прориви, інколи навіть великі аварії, що призводить до вторинного забруднення води та перебоїв у водопостачанні.

Має місце зростання забруднення ґрунтової води в сільських місцевостях внаслідок ненормованого використання в колективних господарствах і в приватному секторі мінеральних та органічних добрив. Як результат, у воді майже 70 % колодязів визначаються значні концентрації нітратів і нітритів, а в колодязях 44-х населених пунктів їх вміст в 16 разів перевищує ГДК, що стало причиною захворювань серед немовлят.

На підставі вивчення демографічної ситуації, стану здоров'я населення Чернігівської області та на виконання постанови КМУ від 14.01.02 №14 Управлінням охорони здоров'я Чернігівської облдержадміністрації та санітарно-епідеміологічною службою розроблено і представлено на затвердження комплекс довгострокових заходів, спрямованих на поліпшення стану здоров'я населення області та покращання демографічної ситуації.

До розробки цих заходів були залучені спеціалісти майже всіх управлінь Чернігівської облдержадміністрації (житлово-комунального господарства, захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи, сільського господарства та продовольства, екології та природних ресурсів, меліорації і водного господарства, у спра-

вах сім'ї та молоді, ветеринарної медицини, охорони здоров'я та ін.).

Запропоновані заходи обговорено на десятій сесії четвертого скликання Чернігівської обласної ради і представлено для затвердження в Обласну державну адміністрацію. Вони передбачають реалізацію розробленої на міжгалузевому рівні довгострокової програми поліпшення демографічної ситуації, стану здоров'я населення на 2004-2010 роки; впровадження додаткових заходів поліпшення умов праці на підприємствах всіх форм власності, зниження ризику формування у працюючих професійних захворювань; забезпечення населення якісною питною водою.

Заплановано спрямування зусиль закладів і установ охорони здоров'я, освіти, фізичної культури і спорту, соціальних служб тощо на впровадження здорового способу життя, профілактичних заходів щодо тютюнокуріння, алкоголю, наркотиків, формування у молоді відповідального ставлення до свого здоров'я.

Передбачається посилення контролю за виконанням на місцях державних програм охорони материнства і дитинства, заохочення народжуваності, забезпечення збільшення державних виплат при народженні дитини, на її виховання, на пільгове кредитування молодіжного житлового будівництва, здешевлення дитячих товарів та продуктів харчування.

Важливими складовими комплексних заходів є підвищення рівня первинної медико-санітарної допомоги шляхом розвитку сімейної медицини; забезпечення сільських медичних закладів санітарним автотранспортом з метою підвищення доступності медичної допомоги сільським жителям.

Поліпшенню якості медичного обслуговування сприяє забезпечення поновлення медичної діагностичної та лікувальної апаратури медичних закладів, особливо сільських та районних.

Важливим напрямом діяльності стане спрямування зусиль органів місцевого самоврядування і виконавчої влади на поліпшення соціальної підтримки сільського населення тощо.

Реалізація комплексних заходів та систематичний контроль за їх виконанням дозволять, з нашої точки зору, поліпшити стан здоров'я населення області та демографічну ситуацію.

#### Список літератури

1. 15 лет после Чернобыльской катастрофы: последствия в республике Беларусь и их преодоление / Национальный доклад / Под ред. В.Е. Шевчука, В.Л. Гурачевского. – Минск, 2001. – 117 с.
2. Дублер Е.В., Генкин А.А. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях. – Л.: Медицина, 1973. – 142 с.
3. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 1990-1999 роках (статистично-аналітичний довідник). – К.: Центр медичної статистики, 2000. – 205 с.
4. Інформаційно-аналітичний довідник обласного Центру інформаційно-аналітичних технологій та пропаганди здорового способу життя // Управління охорони здоров'я Чернігівської облдержадміністрації, архів.
5. Наєнко Ю.І. Чернобыль і соціум.-99 / 15 років після Чернобыльської катастрофи (Бюлетень НКРЗУ). – К., 2001. – №1-4. – С.43-57.

6. Омелянець М.І. Стан та прогноз медико-географічної ситуації на територіях України, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи / 15 років Чорнобильської катастрофи (Бюлетень НКРЗУ). – К., 2001. – № 1-4. – С. 30-42.
7. Петрук Д.А. Стан здоров'я дітей / 15 років після Чорнобильської катастрофи (Бюлетень НКРЗУ). – К., 2001. – №1-4. – С. 26-29.
8. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2002-2003 роки. – К.: Центр медичної статистики, 2004. – 302 с.
9. Статистичні звіти санітарно-епідеміологічної служби за 1976-2004 рр. // Чернігівська обл. СЕС, архів.
10. Стентон Гланц. Медико-біологічна статистика: Пер. з англ. – М.: Практика, 1999. – 460 с.
11. Чернобыльская катастрофа: Итоги и проблемы преодоления ее последствий в России 1986-2001 / Российский национальный доклад. – М., 2001. – 40 с.

### **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕРНИГОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СПЕКТРЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ФАКТОРОВ И КОМПЛЕКСНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ЕГО УЛУЧШЕНИЮ**

*Н.П. Донец (Чернигов)*

На основании мониторинга состояния здоровья населения Черниговской области, данных официальной статистической отчетности и собственных исследований с использованием современных методов медицинской статистики выявлено кризисное состояние демографических показателей и низкое качество здоровья жителей. Черниговская область характеризуется наибольшим в Украине уровнем демографического старения населения, низкой рождаемостью, высокой смертностью, отрицательным естественным приростом. Значительная распространенность нездорового образа жизни в сочетании с неблагоприятной экологической и социально-экономической обстановкой способствовали увеличению заболеваемости, в том числе социально значимыми и социально опасными болезнями. На основании анализа причин сложившейся демографической ситуации и состояния здоровья разработаны комплексные мероприятия по его сохранению и укреплению, реализующиеся на межотраслевом уровне.

### **STATE OF CHERNIGIV REGION POPULATION HEALTH IN THE RANGE OF DETERMINATIVE FACTORS AND COMPLEX MEASURES FOR ITS IMPROVEMENT**

*N.P. Donets (Chernigiv)*

On the basis of Chernigiv region population state of health monitoring, data of official statistical reports and our own studies with usage of contemporary medical statistics methods there have been revealed crisis state of demographic indicators and low quality of inhabitants' health. Chernigiv region is characterized by the highest level of population's demographic ageing, low birth rate, high mortality, negative natural increase of population. Considerable spreading of unhealthy mode of life combined with unfavorable ecologic and socio-economic situation have contributed to morbidity growth, including socially significant and socially dangerous diseases. Complex measure for its preservation and strengthening, being realized at inter-branch level, have been worked out on the basis of the developed demographic situation and state of population health analysis.

В.М. ПОНОМАРЕНКО, А.Б. ЗІМЕНКОВСЬКИЙ (Київ, Львів)

## АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Український інститут громадського здоров'я  
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Серед сучасних проблем охорони здоров'я України найбільш важливими залишаються недостатня якість медичної допомоги, фінансове забезпечення та нераціональність використання ресурсів. Ці проблеми визначають коло питань, які потребують нагального вирішення – підвищення якості медичної допомоги, подальша розбудова нормативно-правової бази, покращання фінансування галузі та оплати праці медичного персоналу, вдосконалення організації медичного та медикаментозного забезпечення, оптимізація та раціональний розподіл існуючих матеріальних, кадрових та інших ресурсів галузі.

Охорона здоров'я України потребує пошуку нових підходів до управління якістю. Це пов'язано з низкою об'єктивних причин. Зі зростанням потреб пацієнтів підвищуються їх вимоги до медичної допомоги. Усе більше з'являється високовартісних медичних технологій і водночас зменшується їх доступність населенню. Продовжує існувати дефіцит фінансування охорони здоров'я. Реструктуризація галузі призвела до децентралізації менеджменту охорони здоров'я, а відтак – до перекладання відповідальності за здоров'я громадян на органи місцевого самоврядування. Зросла роль самих пацієнтів у вирішенні питань власного здоров'я, у лікувальному процесі з'явилося нове поняття – відповідальне самолікування. Нова спеціальність – клінічна фармація – істотно змінила реалії діагностично-лікувального процесу та підходу до раціональної фармакотерапії, дала поштовх розвитку фармацевтичної опіки. Виникла необхідність уніфікації нових термінів та понять, що впевнено увійшли в сучасний лексикон організаторів охорони здоров'я, постало питання опрацювання глосарія якості (тлумачення та трактування спеціальної термінології, пов'язаної з якістю).

Термін "якість медичної допомоги" – не новий, однак частіше трактується на рівні інтуїції [7]. У літературі зустрічаються різноманітні ви-

значення, що дозволяє по-різному трактувати цей термін: якість медичної допомоги, якість надання медичної допомоги, якість медичної послуги, якість медичного обслуговування, медична ефективність, збереження якості медичної допомоги, підтримка якості медичної допомоги. Отже при опрацюванні системи забезпечення якості медичної допомоги виникає необхідність чіткого визначення цих понять.

Поняття "якість" прийшло в систему охорони здоров'я зі сфери промислового виробництва в 50-ті роки ХХ сторіччя. Поштовхом цьому стала поява нових технологій профілактики, діагностики та лікування. Медична допомога з економічної точки зору поступово стала набувати ознаки виробництва медичних послуг. Результатом цього виробництва є послуги, за допомогою яких досягається основна мета системи охорони здоров'я – збереження життя і досягнення можливо високого рівня здоров'я [5]. Реформування системи охорони здоров'я в Європі стимулювало ріст зацікавленості у результатах діяльності служб медичної допомоги, особливо якості та раціональної адекватності співвідношення вартість/ефективність медичних заходів, а також інновацій в організації та управлінні [19].

**Метою дослідження** стало вивчення актуальності і пріоритетності проблеми якості надання медичної допомоги населенню України на сучасному етапі реформування охорони здоров'я.

Вивчення економічних показників діяльності галузі свідчить про недостатнє фінансування останньої навіть на тлі ознак стабілізації і зростання національної економіки після десятирічного економічного спаду, що зафіксовані за результатами діяльності в 2000 році. Обмежені обсяги видатків на охорону здоров'я, фінансова нестабільність, скасування нормативних актів на право застосування платних послуг як додаткового джерела фінансування галузі, впровадження податку на прибуток з оренди тощо негатив-

но впливають на умови і результати діяльності закладів охорони здоров'я. Так, у 1999 р. рівень бюджетного забезпечення потреб охорони здоров'я України становив 3,9 млрд грн, тобто близько 60 % від необхідного і 84,9 % від запланованих показників, включаючи фінансування з державного та місцевого бюджетів. Протягом 1994–1999 рр. ці показники зменшились з 4,75 до 3,4 % ВВП. Таким чином, витрати на охорону здоров'я в Україні є значно нижчими, ніж в економічно розвинутих країнах, оскільки аналогічний показник у відсотках до ВВП становить у США 14 %, Німеччині 9 %, Японії 8,3 %, Великій Британії 5,9 %. Такі ж відмінності спостерігаються і у витратах на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя, які, наприклад, у Великій Британії становлять 700 доларів, а в США – 3750 доларів [11].

За даними Держкомстату, у 2002 р. видатки на медикаменти у середньому на одного жителя України дорівнювали 65,11 грн, при умові, що 51,8 громадяни сплачували з власних доходів. Споживання лікарських засобів залежить від рівня захворюваності населення України, який, за даними звертання населення в лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ), залишився, як і раніше, високим і порівняно з 2001 р. зріс на 2,2 %. У 2002 р. видатки на придбання лікарських засобів, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. №1303 “Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань”, в частині забезпечення пільгових категорій населення при потребі 732 млн грн було заплановано на рівні місцевих бюджетів близько 66 млн грн, але фактично використано понад 51 млн, що задовольнило річну потребу тільки на 7 % [2].

Розвиток вітчизняної охорони здоров'я мав екстенсивний характер, який у попередні роки полягав у постійному збільшенні кількості стаціонарних ліжок і лікарів. Цей шлях розвитку сприяв досягненню одного з найвищих у світі рівнів забезпеченості населення лікарями різних спеціальностей та лікарняними ліжками, дав змогу створити широку мережу ЛПЗ у містах та сільській місцевості і забезпечити доступність кваліфікованої медичної допомоги як дорослим, так і дітям. Проте з часом виявилася недостатня економічна та організаційна обґрунтованість і стратегічна неспроможність такого напрямку. На відміну від більшості країн світу, що надавали пріоритет первинній медико-санітарній допомозі (ПМСД) як найбільш масовій, доступній та економічній, у вітчизняній охороні здоров'я активно

здійснювалась вузька спеціалізація у наданні медичної допомоги. Внаслідок надмірної спеціалізації лікарі загальноотерапевтичного профілю становлять лише 11,4 % від загальної кількості спеціалістів, що забезпечують медичне обслуговування дорослого населення, та 45,7 % лікарів, що обслуговують дитячий контингент міст, і близько 20 % лікарів, що надають медичну допомогу сільському населенню. Лише 40 % первинних звертань припадає на цих лікарів, а решта хворих безпосередньо звертається до “вузьких” спеціалістів. На утримання позалікарняних закладів, де починають і закінчують лікування близько 80 % пацієнтів, витрачається приблизно 20 % асигнувань, а на ПМСД – лише 5 %. Недоліки в організації ПМСД призвели до компенсаторно-непропорційного розвитку більш дорогих видів медичної допомоги – спеціалізованої, стаціонарної, швидкої. Наприклад, забезпеченість населення України стаціонарними ліжками й лікарями та рівень госпіталізації хворих набагато перевищили відповідні показники в більшості економічно розвинутих країн. Саме на ці види, особливо на стаціонарну допомогу, витрачається 80 % коштів, виділених на охорону здоров'я. Таким чином, прорахунки в організації ПМСД спричинили нераціональне використання кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів галузі [11]. Проблема забезпечення лікарськими засобами часто вирішується за рахунок пацієнтів [3].

Серед факторів, що обумовлюють результати лікування хворих, значне місце займає стан здоров'я пацієнтів при поступленні [8]. Він залежить від багатьох причин, що визначаються як характером основної патології і супутніми захворюваннями, так і своєчасністю медико-санітарної допомоги. На фоні соціально-економічної нестабільності в суспільстві і у галузі помітно зростає пізнє звертання хворих по допомогу. Зокрема в невідкладній хірургії запізнений початок хірургічного лікування, як правило, тягне за собою зростання частоти післяопераційних ускладнень, подовження термінів лікування і збільшення летальності [6, 13].

Результати досліджень, проведених у Російській Федерації, показали, що 31,9 % опитаних хворих не знали, що симптом, який у них з'явився, свідчив про початок гострого хірургічного захворювання [8]. Найвища санітарна грамотність спостерігається серед пацієнтів у віці 36–60 років, у той час як найнижча – в похилому і старечому віці. Низька інформативність про початкові прояви хвороби виявлена в осіб з доходами на рівні прожиткового мінімуму і нижче. У цю групу входить основна частина пенсіонерів. Неувага та ігнорування симптомів захворювання частіше

спостерігається у хворих з мінімальним рівнем заробітної платні. У 53,5 % випадків пацієнти не звертаються в першу добу з моменту появи ознак захворювання, очікуючи, поки ці прояви зникнуть. Майже 4,7 % хворих не звертаються своєчасно по медичну допомогу прислухавшись до невірної поради родичів чи знайомих. Це найчастіше громадяни із заробітками вище прожиткового мінімуму. Наприклад, при гострій патології органів черевної порожнини 27,1 % хворих запізно звертається до лікаря з причини самолікування на основі особистих знань чи порад родичів. У 5,6 % пацієнтів самолікування зумовлене рекламою лікарських засобів по телебаченню чи радіо. Цікаво, що більше страждає від реклами медикаментів і пізно госпіталізується в хірургічні стаціонари населення з прибутками вище прожиткового мінімуму. Майже 6,9 % осіб апелює до хірурга через невірні поради самих медиків (фельдшерів, лікарів амбулаторно-поліклінічних установ чи швидкої допомоги). Причини пізньої госпіталізації в хірургічні стаціонари, які пов'язані з діяльністю медичних працівників, виділяються окремим блоком: 1,8 % пацієнтів не бажають звертатись до медичного працівника (фельдшера, лікаря амбулаторії чи швидкої допомоги) через недовіру до його кваліфікації; 2,1 % – через страх перед помилками при діагностиці та призначенні лікування; 1,6 % – через недобррозуміле ставлення до пацієнтів; 2,2 % – через неприємні спогади про перебування в лікарні; 5,3 % – через відсутність в лікарні бажаних побутових і санітарно-гігієнічних умов (конкретно вказують на відсутність окремої палати, туалету, душу 3,7 %, це, здебільшого, службовці з вищою освітою і високими доходами); майже 1,8 % – через незадовільне харчування; 2,4 % – через ймовірність вимоги оплатити діагностику, лікування, харчування і перебування в палаті; 9,1 % – через інформацію про недостатнє забезпечення лікарні медикаментами; 18,9 % – через страх перед болем при медичному обстеженні і лікуванні. Таким чином, основними причинами пізнього звертання хворих по кваліфіковану медичну допомогу, зокрема в хірургічні стаціонари, є низька санітарна грамотність, самовпевненість, легковажність. Певну негативну роль відіграє реклама ліків у засобах масової інформації. Не менш важливим фактором є недоліки у наданні медичної допомоги на догоспітальному етапі і в стаціонарних умовах, недостатня інформованість населення про систему її організації [8]. Аналогічні проблеми існують і в охороні здоров'я України.

Глобальні зміни у сфері економіки, охорони здоров'я, фармації, інформаційних технологій і психології споживача призвели до змін взаємо-

відносин нерозривно пов'язаних елементів у системі "лікар – хворий – провізор" [10]. З'явилися нові складові системи охорони здоров'я та їх взаємозв'язки: "хворий – лікар – клінічний провізор – якість медичної допомоги – якість медикаментозного забезпечення – джерела фінансування медичних послуг".

У 1950–1960-х рр. турбота про здоров'я людини переважно покладалась на лікарів та інший медичний персонал. Споживачі були власне "пацієнтами" (з англійської "patient" – терплячий, або той, що терпить) – вони пасивно очікували допомоги лікаря чи призначення медикаментів. Люди розраховували відновити своє здоров'я завдяки досягненням медицини, а відтак для більшості населення характерним було досить пасивне ставлення до свого здоров'я і повна довіра до незаперечного авторитету лікаря [10]. Тобто роль пацієнта в процесі діагностики та лікування була мінімальною, а питання якості медичної допомоги обговорювалось лише у вузькому колі спеціалістів і зводились, здебільшого, до результатів лікування.

У 70-х рр. ХХ століття почали більше уваги приділяти факторам ризику. При цьому спостерігалась тенденція уникання всього, що може нашкодити здоров'ю, – тютюнокуріння, вживання алкоголю, солі, цукру, жирів тощо [10]. Фактично намітилася тенденція до запобігання захворюванням і підвищення ролі пацієнтів у турботі про своє здоров'я. На цьому етапі роль лікаря залишається практично незмінною, хоча з'являються наукові праці про якість чи ефективність медичної допомоги, зокрема проблеми її контролю, оцінки, експертизи [12,14,16,17].

У 80-х рр. став популярним активний підхід до збереження свого здоров'я. Засобами його зміцнення слугували біг, гімнастичні вправи, дієта тощо [10]. Фактично це час, коли в колишньому Радянському Союзі в умовах переходу на новий господарчий механізм в експериментальних регіонах (м. Ленінград, Кемеровська та Куйбишевська області, Алтайський край) велике значення в системі контролю за якістю медичного обслуговування надавалось системі експертних оцінок. З'являються перші медико-економічні стандарти [1,4,9]. Починає зростати як активність пацієнтів щодо профілактики та покращання власного здоров'я, так і роль якості та її експертизи в процесі надання медичної допомоги. Незаперечна віра в лікаря похитнулася. Держава починає рахувати кошти, витрачені на медичну допомогу.

У 90-ті роки намітилась тенденція до дотримання балансу між впливом несприятливих факторів навколишнього середовища і використанням оздоровчих заходів. У зв'язку з цим зрос-

тає зацікавленість профілактичними лікарськими засобами. Кінець 90-х рр. відображає стійку тенденцію до підвищення уваги до свого здоров'я з боку пацієнтів, захоплення нетрадиційними методами лікування, фітотерапією та гомеопатією, знахарством, окультизмом тощо [10]. Пацієнт уже незадоволений традиційним медичним обслуговуванням, а відтак і його якістю. У відносинах пацієнта з лікарем, хворого – з лікувальною установою з'являються проблеми.

Однак паралельне розширення номенклатури готових лікарських засобів, зменшення частки екстемпоральних ліків, поява категорії безрецептурних препаратів сприяє збільшенню соціальної ролі і суспільного значення провізора, до якого все частіше пацієнти починають звертатись за рекомендаціями. Кінець ХХ – початок ХХІ століття відзначені докорінними змінами взаємовідносин в системі "пацієнт – лікар – провізор". З одного боку, лікар не встигає опанувати величезний обсяг інформації, пов'язаної зі стрімким зростанням номенклатури ліків, виявляє надмірний "вимушений" консерватизм у питаннях фармакотерапії. З іншого – доволі грамотний, вибагливий до свого здоров'я, насичений відомостями про ліки з боку засобів масової інформації, не обтяжений вільним часом пацієнт все частіше звертається до провізора, обминаючи лікаря [10]. З'являється нова спеціальність – "Клінічний провізор". Питання якості надання медичної допомоги стає пріоритетним в охороні здоров'я. Пацієнт як споживач перетворюється на ключову фігуру, експерта якості, вимагає дотримання його прав при організації медичної допомоги, активної участі в діагностично-лікувальному процесі. Якість медичної допомоги трансформується в загальносвітову проблему, що знаходиться в постійному фокусі ВООЗ. Про актуальність питань якості медичної допомоги на міжнародному рівні свідчить зокрема те, що Європейське бюро ВООЗ за підтримки Міністерства охорони здоров'я Німеччини в 2000 р. провело робоче засідання, присвячене питанням результативності медичних послуг, методам визначення результативності, стратегіям щодо підвищення кількості відповідних послуг у сфері діагностики, лікування та профілактики захворювань [15]. У 2001 р. спеціальний симпозиум експертів ВООЗ був присвячений питанню широкомасштабного запровадження оцінки медичних технологій у різних країнах та системах охорони здоров'я [18].

Крім рекомендацій ВООЗ, на території нашої держави діє низка регламентуючих докуме-

нтів, безпосередньо пов'язаних з якістю медичної допомоги. Серед них слід зазначити основні: наказ МОЗ України від 27.07.98 №226 "Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних установах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей"; наказ МОЗ України від 12.01.98 №2 "Про затвердження стандартів державної акредитації закладів охорони здоров'я України"; Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 року №1313/2000; Закон України від 5 жовтня 2000 р. №2017-III "Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії"; постанова Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2001 р. №960 "Про затвердження заходів щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України"; Державна Програма "Забезпечення населення лікарськими засобами на 2004–2010 роки", затверджена постановою Кабінету Міністрів від 25 липня 2003 р. №1162.

#### **Висновки**

1. Проведене дослідження показало, що якість надання медичної допомоги населенню України залишається актуальною і пріоритетною проблемою сьогодення, особливо в період реформування галузі.

2. Серед факторів, що визначають результати лікування, чільне місце займає стан здоров'я пацієнта при поступленні, а відтак пізня госпіталізація, що призводить до несвоєчасного надання медичної допомоги.

3. Однією з причин пізнього звертання хворих по медичну допомогу є їх медична неосвіченість та нехтування своїм здоров'ям.

4. Вирішення проблеми несвоєчасної госпіталізації можливе лише при комплексному підході з урахуванням різноманіття її причин.

5. Основними причинами низької якості надання медичної допомоги є її несвоєчасність, недостатність фінансування галузі, нераціональність використання існуючих кадрових та матеріальних ресурсів, обмеженість сучасної матеріальної бази лікувально-профілактичних закладів, недостатня або хибна інформованість пацієнтів, недостатня кваліфікованість та нерідко недоброчинність медичного персоналу, незадоволеність хворих медичною допомогою, часто через її економічну малодоступність.

## Список літератури

1. *Временное положение о системе контроля качества и порядка оценки деятельности здравоохранения Кемеровской области в условиях эксперимента. Метод. рекомендации.* – Кемерово, 1988. – 27 с.
2. *Державна програма забезпечення населення лікарськими засобами на 2004–2010 роки, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 25 лип. 2003 р. №1162 // Еженедельник АПТЕКА.* – 2003. – №29(400). – С. 80.
3. *Корнацький В.М., Вікторов О.П.* Проблеми медикаментозного забезпечення населення України в сучасних умовах // *Фармацевт. журн.* – 2001. – №3. – С. 11-14.
4. *Кучеренко В.З., Мильникова И.С.* К оценке качества медицинской помощи в новых условиях хозяйствования // *Здравоохран. Рос. Федерации.* – 1991. – №3. – С. 5-8.
5. *Мильникова И.С., Кричагин В.И., Индейкин Е.И.* Стандарты медицинской помощи. – М.: Прицельс, 1993. – 94 с.
6. *Обзорная информация по проблеме “Неотложная хирургия”.* НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. – М., 1999. – Вып. 5.
7. *Рудень В.В.* Страхова медицина і медичне страхування: Навчальний посібник. – Львів: Обл. книжкова друкарня, 1999. – 304 с.
8. *Слепых Н.И., Лебедева И.В.* Причины поздней госпитализации больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости // *Здравоохран. Рос. Федерации.* – 2001. – №1. – С. 27-28.
9. *Степаненко А.В.* Експертні оцінки в системі забезпечення якості медичної допомоги (аналітичний огляд літератури) // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України.* – 1999. – №2. – С. 84-89.
10. *Фармацевтическая опека: Курс лекций / Под ред. В.П. Черных, И.А. Зупанца, В.А. Усенко.* – Харьков: Мегаполис, 2003. – 606 с.
11. *Ціборовський О.* Реформування охорони здоров'я – це вдосконалення системи для збереження і зміцнення здоров'я народу, підвищення доступності, якості і ефективності медичної допомоги в сучасних умовах // *Ліки України.* – 2002. – №2. – С. 10-11.
12. *Шаховский К.П., Воронов А.Я., Юновидов И.М.* Современные тенденции в организации здравоохранения США (Новые организационные формы оказания медицинской помощи на примерах США): Обзор лит. // *МРЖ.* – 1990. – Разд.1, №1. – С. 14-16.
13. *Ширяева А.С.* Медико-социальные проблемы острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в условиях крупного города: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 30 с.
14. *Applying case mix measures // DRG Newsletter, CASPE research.* London, 1985. – 12 p.
15. *Appropriateness in health care services.* – Copenhagen: Reg. Off. Eur., 2000. – 27 p.
16. *Donabedian A.* The Definition of Quality and Approached to its Assessment // *Ann. Arbor,* 1980.
17. *DRG's spark interest abroad for planing // Hospitals.* – 1985. – Vol.59, N 11. – P. 33 – 35.
18. *Institutionalization of health technology assessment.* – Copenhagen: WHO Reg. Off. Eur., 2001. – 24 p.
19. *Reshaping health systems towards health outcomes.* – Copenhagen: WHO Reg. Off. Eur., 1999. – 37 p.

### АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

В.М. Пономаренко, А.Б. Зименковский (Киев, Львов)

Рассмотрены проблемы качества оказания медицинской помощи населению Украины. Освещены основные причины неудовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. Доказана актуальность и приоритетность проблемы на современном этапе реформирования здравоохранения Украины.

### THE ACTUALITY OF PROBLEM OF MEDICAL AID QUALITY IN THE UP TO DATE PERIOD OF THE REFORMING OF NATIONAL HEALTH CARE

V.M. Ponomarenko, A.B. Zimenkovsky (Kiev, Lvov)

The analysis of data in problem of quality of medical aid for the people of Ukraine was produced in the article. The main causes of unsatisfactory quality of medical aid were highlighted. The actuality of the problem of medical aid quality in the up to date period of the reforming of National health care was proved.



ктивності первинної медичної допомоги з наближенням її до кожної сім'ї, посиленням профілактичних засад та розширенням діапазону медичних послуг і окремих видів спеціалізованої медичної допомоги на первинному рівні,

раціоналізувати розподіл функцій, обсягів медичного обслуговування, фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів між різними ланками галузі, оптимізувати витрати на охорону здоров'я.

#### Список літератури

1. *Верхратський С.А., Заблудовський П.Ю.* Історія медицини. – К.: Вища школа, 1991. – 431 с.
2. *Галієнко Л.І.* Характеристика основних особливостей реформи первинної медико-санітарної допомоги в нових незалежних державах // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №1. – С. 95-102.
3. *Голяченко О.М.* Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – К.: ПП "Вігай", 1993. – 198 с.
4. *Заремба Е.Х., Мартинюк І.О., Шняк Г.Д.* Становлення сімейної медицини на Львівщині // *Практ. медицина.* – 1996. – №2. – С. 118-120.
5. *Концепція розвитку охорони здоров'я населення України.* Затверджено Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. №13132000. – К.: Орієнтир, 2000. – С. 5-8.
6. *Матеріали 2-го съезда соціальних гігієністів и організаторов здравоохранения Украины:* В 2-х част. – К., 1990. – Ч. 1. – 179 с.; Ч. 2. – 177 с.
7. *Матеріали 3-го з'їзду соціальних гігієністів і організаторів охорони здоров'я України:* У 3-х част. – К., УІГЗ, 1997. – Ч. 1. – 253 с.; Ч. 2. – 248 с.; Ч. 3. – 151 с.
8. *Матеріали першого Українського з'їзду сімейних лікарів.* – Київ – Львів: Факт, 2001. – 243 с.
9. *Наказ МОЗ України від 11.09.2000 р. №21 "Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини" // Організація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні: Сучасний стан та нормативно-правові документи, що регламентують роботу сімейних лікарів: Дов.-посібн. для лікарів загальної практики-сімейної медицини / Висоцька О.І., Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г. та ін. – К., 2001. – С. 34-37.*
10. *Наказ МОЗ України від 23.02.2001 №7 "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини" // Там само. – С. 46-71.*
11. *Наказ МОЗ України від 23.07.2001 №303 "Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики/сімейної медицини" // 36. нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2001. – Серпень. – С. 89-100.*
12. *Нормативно-правова база сімейної медицини України / Н.Г. Гойда, В.М. Михальчук, В.В. Коцюбський, Н.П. Ярош // Матеріали. перш. Укр. з'їзду сімейних лікарів. – Київ-Львів: Факт, 2001. – С. 8.*
13. *Організація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні: Сучасний стан та нормативно-правові документи, що регламентують роботу сімейних лікарів: Дов.-посібн. для лікарів загальної практики-сімейної медицини / Висоцька О.І., Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г. та ін. – К., 2001. – 112 с.*
14. *Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / В.М. Лехан, А.В. Іпатов, Є.В. Борвінко та ін. // Під ред. В.М. Лехан. – Д.: АРТ-ПРЕС, 2002. – 370 с.*
15. *Організація та управління охороною здоров'я, її правове і фінансове забезпечення на сучасному етапі реформування галузі // Матеріали. наук.-практ. конф. – Житомир, 1999. – 107 с.*
16. *Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За заг. ред. проф. В.М. Пономаренка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 310 с.*
17. *Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України // Матеріали. наук.-практ. конф. – Житомир: Льонок, 1992. – 143 с.*
18. *Пономаренко В.М., Ціборовський О.М.* Наукове обґрунтування реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини // *Матеріали перш. Укр. з'їзду сімейних лікарів. – Київ – Львів: Факт, 2001. – С. 14-16.*
19. *Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Галієнко Л.І.* Розвиток сімейної медицини в Україні: стан, здобутки, перспективи (дані дворічного моніторингу впровадження сімейної медицини у систему охорони здоров'я України) // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. – №4. – С. 40-44.*
20. *Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.02 №14 "Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки". – К.: МОЗ України, 2002. – 93 с.*
21. *Постанова Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 №989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я" // Офіц. вісн. України. – 2000. – №25. – С. 130-135.*
22. *Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я / За ред. В.О. Колоденка. – Одеса: ОФ АУДУ, 2001. – 304 с.*
23. *Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики/ сімейної медицини: інструктивно-методичні матеріали для сімейних лікарів // В.М. Пономаренко, О.М. Ціборовський, Л.І. Галієнко та ін. / За заг. ред. проф. В.М. Пономаренка. – Київ, 2001. – 186 с.*
24. *Статистичні матеріали Центру медичної статистики МОЗ України. – К., 2000-2003 рр.*
25. *Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В.М. Лехан, Н.М. Лакіза-Сачук, В.М. Войцеховський та ін. / Під заг. ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.*
26. *Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я // Матер. наук.-практ. конф. – Одеса: ОРІДУ ЧАДУ, 2002. – 352 с.*

27. Хартия по общей практике/семейной медицине в странах Европы // Медицина. – 1997. – №3. – С. 13-16.  
 28. Циборовський О.М., Галиєнко Л.І. Основні тенденції реформування системи медичної допомоги в економічно розвинених зарубіжних країнах // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – №1. – С. 40-44.  
 29. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region – Copenhagen: Reg. Off Eur., 1999. – 224 p.

### СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА В УКРАИНЕ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

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

Проанализированы основные исторические предпосылки становления семейной медицины в Украине. Сделан вывод о поступательном развитии института семейной медицины в отечественном здравоохранении на современном этапе, перспективности перехода к семейной медицине, освещены современные проблемы ее развития.

### CONCEPTION OF FAMILY MEDICINE IN UKRAINE: YESTERDAY, TODAY AND TOMORROW

V.M. Ponomarenko, O.M. Tsiborovsky, L.I. Haliyenko (Kiev)

The main historical preconditions and stages of Family Medicine (FM) establishment in Ukraine have been analyzed. A step-by-step introduction of FM principles in the National Public Health System now has become reality. This transition process will go ever-faster in the near perspective. Some existing problems of such transfer have been also outlined.

УДК 614.2-616-082(1-21).003.12

*Г.О. СЛАБКИЙ, В.Л. ПОДОЛЯКА (Київ)*

## ДО ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Питання соціальної ефективності стаціонарної медичної допомоги вивчали багато науковців [2,7,8]. Так, А.М. Нагорна зі співавторами вказує на те, що формування ставлення пацієнтів до якості медичної допомоги залежить від багатьох чинників, у тому числі й задоволеності соціально-побутовими умовами в стаціонарних відділеннях [4]. Авторами вивчались такі фактори, як харчування, водопостачання, опалення, кількість хворих в палаті тощо. Позитивно цей аспект оцінювали 36,4 % пацієнтів. За даними дослідників, найбільшу питому вагу серед всіх факторів, що формували соціально-побутову проблему, становила незадоволеність пацієнтів

харчуванням. Особливо це турбувало пацієнтів хірургічного відділення в післяопераційному періоді. Вказана проблема існувала для 55,4 % пацієнтів закладів охорони здоров'я.

Комплексні наукові дослідження з цього напрямку проводили й інші дослідники [3,9]. Було встановлено, що повністю забезпечені ліками тільки 9,3 % пацієнтів стаціонарних відділень, частково – 77,5 %. Повністю їх купували за власні кошти 13,2 % пацієнтів стаціонарних відділень. Як правило, це пацієнти, що були госпіталізовані в плановому порядку. З госпіталізованих в ургентному стані повністю забезпечені ліками та засобами медичного призначення для надання невід-

кладної допомоги 82,5 %. Автори відмічають, що з усієї кількості опитаних, що мали придбати собі ліки самостійно, тільки 6,7 % вважали ціни на них доступними [6]. В іншому дослідженні відмічається, що найбільшу питому вагу у незадоволеності пацієнтів стаціонарних відділень соціально-побутовими умовами складають неможливість виконання правил особистої гігієни (88,8 %), відсутність гарячого водопостачання (81,4 %), незадовільна якість постільної білизни (57,5 %), велика кількість хворих в палатах (48,3 %) [5].

Покращання існуючого стану в системі надання стаціонарної медичної допомоги більшість пацієнтів вбачає в проведенні її реформування [1].

**Мета роботи** полягає у вивченні задоволеності пацієнтів стаціонарних відділень закладів охорони здоров'я великого промислового міста наданою медичною допомогою та умовами перебування на госпітальному ліжку, встановленні факторів, що викликають незадоволеність, та розробці шляхів підвищення соціальної ефективності стаціонарної медичної допомоги.

Під час виконання роботи використовувалися наступні методи наукового дослідження: соціологічних досліджень, статистичний, системного підходу та аналізу.

Методом соціологічного дослідження за спеціально розробленою анкетною було охоплено 495 пацієнтів стаціонарних відділень 7 закладів охорони здоров'я м. Донецька. Анкетування проводилося після одержання респондентами виписних документів по закінченню курсу лікування. Дослідження проводилося на базі закладів охорони здоров'я комунальної (міської та обласної) власності.

В цих же закладах були проаналізовані дані про забезпеченість госпітальної бази постільною білизною, меблями, предметами медичного призначення тощо. Було проведено санітарно-гігієнічне обстеження закладів охорони здоров'я з метою встановлення наявності умов для виконання гігієнічних вимог (подача холодної та гарячої води в палати, забезпеченість туалетами та душовими кімнатами), а також фактичної кількості хворих в палатах та умов для відвідування хворих родичами.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На першому етапі дослідження проводилося вивчення задоволеності пацієнтів стаціонарних відділень закладів охорони здоров'я одержаною медичною допомогою та стосунками із медичним персоналом. Одержані дані наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Задоволеність пацієнтів одержаною медичною допомогою та стосунками з медичним персоналом (%)

Показник	Задоволені	Не задоволені	Не визначилися
1. Якість медичної допомоги	62,7	26,4	10,9
2. Доступність сучасних видів діагностичних обстежень	53,8	31,5	14,7
3. Доступність сучасних методів лікування	52,6	37,9	9,5
4. Наявність інформації про методи діагностики та лікування, що використовуються в лікарні	34,7	57,1	8,2
5. Стосунки з лікарями	72,4	19,3	8,3
6. Стосунки з середніми медичними працівниками	77,2	18,7	4,1
7. Стосунки з молодшими медичними працівниками	55,1	42,8	2,1

З наведених в таблиці 1 даних видно, що більшість пацієнтів в цілому задоволені одержаною медичною допомогою та ставленням до них медичного персоналу. Так, якістю медичної допомоги задоволені 62,7 % пацієнтів, доступністю сучасних методів діагностики – 53,8 %, лікування – 52,6 %. Найбільше задоволені пацієнти ставленням середніх медичних працівників (77,2 %) та лікарів (72,4 %). При цьому пацієнти відмічають низький рівень поінформованості їх з питань можливості одержати в конкретному закладі сучасні види діагностики та лікування. Рівень поінформованості не задовольняє 57,1 % пацієнтів стаціонарних відділень. Велика частка респондентів відмічає недоступність сучасних методів діагностики захворювань та їх лікування: 31,5 % та 37,9 % відповідно. Важливим недоліком роботи медичного персоналу є незадово-

леність ставленням молодших медичних сестер до пацієнтів (42,85 %).

Далі, згідно з програмою дослідження, вивчалось питання задоволеності пацієнтів умовами перебування в стаціонарі. В цьому ракурсі вперше вивчалось ставлення пацієнтів до такого аспекту, як рівність в одержанні медичної допомоги пацієнтами, чому буде присвячена спеціальна публікація. Результати даного розділу дослідження наведені в таблиці 2.

Наведені в таблиці 2 дані вказують на те, що з позицій, які були запропоновані в анкеті респондентам, більше половини з них позитивно оцінили санітарно-гігієнічні умови у відділеннях, холодне водопостачання та харчування. Не задоволені гарячим водопостачанням 35,7 %, якістю постільної білизни – 66,5 %. На відсутність умов для відвідування хворих родичами указали

Таблиця 2. Задоволеність пацієнтів умовами перебування в стаціонарі (%)

Показник	Задоволені	Не задоволені	Не визначилися
1. Санітарно-гігієнічні умови відділення	61,3	29,6	9,1
2. Гаряче водопостачання	59,7	35,7	4,6
3. Холодне водопостачання	62,4	33,9	3,7
4. Якість постільної білизни	27,8	66,5	5,7
5. Рівність ставлення медичного персоналу до пацієнтів	24,3	70,8	4,9
6. Харчування	54,6	26,5	18,9
7. Умови відвідування родичами	31,8	51,7	16,5
8. Наявність та повнота інформації про діяльність закладу охорони здоров'я	22,8	64,5	12,7

51,7 % опитаних. Найбільша питома вага незадоволення (70,8 %) була обумовлена не-однаковим ставленням медичних працівників до різних категорій пацієнтів. 64,5 % респондентів відмітили відсутність необхідної для пацієнтів інформації.

Після вивчення оцінки пацієнтами якості одержаної ними медичної допомоги і задоволеності умовами перебування в стаціонарі та ставленням до них медичного персоналу нами було

проведене дослідження з вивчення деяких можливостей закладів охорони здоров'я щодо створення кращих умов перебування хворих в стаціонарах. Ми розуміємо, що це повинно бути комплексне дослідження і плануємо його провести в майбутньому, а в даній статті приводимо тільки деякі фактори, що впливають на задоволеність пацієнтів умовами лікування на госпітальному етапі надання медичної допомоги (табл. 3).

Таблиця 3. Деякі можливості стаціонарного сектора в наданні медичної допомоги та готельних послуг

Показник	Абсолютні числа	%
1. Наявність палат. Всього	356	100
1.1. Одномісних	39	10,9
1.2. Двомісних	67	18,8
1.3. Тримісних	93	26,1
1.4. Чотиримісних	85	23,9
1.5. На 5 та більше ліжок	72	20,3
2. Забезпеченість палат		
2.1. Холодним водопостачанням	174	48,9
2.2. Гарячим водопостачанням	92	25,8
3. Туалет на кількість ліжок	23	-
4. Душ з гарячою водою на кількість ліжок	85	-
5. Кількість стільців в палатах на одне ліжко	0,33	-
6. Кількість холодильників на одну палату	0,2	-
7. Кількість спеціальних кімнат для відвідування пацієнтів (на одне відділення)	0,2	-
8. Кількість телефонів на одне відділення, до яких пацієнти мають вільний доступ	0,1	-

Наведені в таблиці 3 дані про технічний стан та матеріальне забезпечення з одного боку вказують на неможливість закладів охорони здоров'я в певній мірі надати рівні умови перебування пацієнтам в під час стаціонарного лікування та створити комфортні готельні умови, з другого – на те, що керівниками закладів не проводиться цілеспрямована робота зі створення відповідних умов перебування в стаціонарі для всіх пацієнтів. Це і призводить до незадоволеності пацієнтів умовами перебування в стаціонарі.

Останнім етапом дослідження було встановлення ставлення респондентів до можливих шляхів підвищення соціальної ефективності стаціонарної медичної допомоги, яку надають закла-

ди охорони здоров'я великого промислового міста (табл. 4).

Таким чином, серед шляхів підвищення соціальної ефективності значна кількість респондентів вказала на необхідність інформування пацієнтів закладів охорони здоров'я і населення в цілому про можливості стаціонарного сектора системи охорони здоров'я міста в наданні стаціонарної безоплатної медичної допомоги. Крім того, більше половини респондентів позитивно ставиться до скорочення термінів лікування в стаціонарі, розширення в системі надання стаціонарної медичної допомоги таких стаціонарозамінних форм, як стаціонари на дому та денні стаціонари, а також розвитку закладів для надання медико-соціальної допомоги.

### Список літератури

1. Капитонов В.Ф. Заболеваемость на территории сельского врачебного участка // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2004. – №2. – С. 64-65.
2. Капитонов В.Ф., Новиков О.М. Медико-демографические процессы и сельская семья // *Проблемы социологии, гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2001. – №5. – С. 8-10.
3. Кацмир В.Ф., Береговий Д.В. Стан та перспективи розвитку охорони здоров'я сільського району // *Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2001. – №2. – С. 64-65.
4. Лакунин К.Ю. Социально-экономические аспекты функционирования системы оказания медицинской помощи в сельских муниципальных образованиях // *Проблемы социологии, гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2001. – №5. – С. 44-46.
5. Литвинова О., Мисула І., Тиханська Т. Економічні аспекти управління охороною здоров'я на базовому рівні // *Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2001. – №2. – С. 77-79.
6. Максимова Т.М., Гаенко О.Н. Здоровье населения и социально-экономические проблемы общества // *Проблемы социологии, гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2003. – №1. – С. 3-7.
7. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М., Грузева Т.С. Відмінності в здоров'ї населення та стратегії досягнення рівності в охороні здоров'я // *Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2004. – №1. – С.5-9.
8. Підаєв А.В. Пріоритетні напрями охорони здоров'я сільського району // *Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2003. – №1. – С. 5-12.
9. Процек О.Г., Очерedyкo О.М. "Стратегічні напрямки відродження населених пунктів в аспекті збереження здоров'я сільських мешканців України" // *Матеріали наук.-практ. конф. "Управління охороною здоров'я"*. – Львів, 2003. – С.26-27.
10. Хунов Ю.А. Актуальні проблеми вдосконалення медичного обслуговування сільських жителів // *Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2003. – №1. – С.17-21.

### **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ И УСЛОВИЯ ЕЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СОГЛАСНО РЕЗУЛЬТАТОВ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ)**

С.Е. Головчанская, Г.В. Бесполудина, А.В. Жила (Луганск)

Освещены современные проблемы здравоохранения в сельской местности, представлено мнение сельских жителей об организации медицинской помощи, социально-правовой защите и отношении населения к добровольному медицинскому страхованию, на основании чего обоснована необходимость внедрения гибкой маркетинговой политики на медико-страховом пространстве сельской местности.

### **ORGANIZATION OF MEDICAL CARE PROVISION TO RURAL POPULATION AND NEEDS FOR ITS PERFECTIONY ASSESSING THE DATE OBTAINED FROM A SOCIOLOGICAL SURVEY IN LUGANSK REGION**

S.E. Golovchanska, H.V. Bespoludina, A.V. Zhila (Lugansk)

This article deals with the existing problems of medical care provision to rural population. Respondents' views on health care organization, patients social rights protection issues and population attitude towards voluntary medical insurance are presented. The necessity of more flexible marketing policy for our rural population to obtain its high medical insurance coverage is substantiated based on results of the survey.

УДК 614.2:696.145.005

*Р.Х. КАМАЛОВ, Ю.О. БУРТОВА, В.А. БУТКОВСЬКИЙ (Київ)*

## НАУКОВЕ ОБРУНТУВАННЯ СТВОРЕННЯ ТА ПРИНЦИПОВОГО ОСНАЩЕННЯ ПЕРЕСУВНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО КАБІНЕТУ

Центральна стоматологічна поліклініка Міністерства оборони України

Відомо, що одним із головних показників розвитку системи охорони здоров'я, а також індикатором рівня і якості життя населення як в країні загалом, так в Збройних Силах (ЗС) зокрема, є доступність та рівень розвитку стоматологічної допомоги. Проте дослідження ряду авторів переконливо засвідчують той факт, що в певних гарнізонах Оперативних Командувань (ОК) існує проблема щодо складності, а інколи і неможливості надання кваліфікованої стоматологічної допомоги військовослужбовцям ЗС (у віддалених та "закритих" гарнізонах, а також внаслідок неукомплектованості медичної служби військових частин лікарями-стоматологами) [2,3,5]. Головним шляхом вирішення даної проблеми (на думку ряду науковців, у тому числі і зарубіжних) є створення в медичній службі ОК ЗС пересувного стоматологічного кабінету для надання кваліфікованої стоматологічної допомоги військовослужбовцям [1,4].

Поряд з цим в силу об'єктивних причин даному питанню (створенню та оснащенню пересувного стоматологічного кабінету) приділялося надзвичайно мало уваги. В доступних нам публікаціях інформація щодо особливостей оснащення пересувного стоматологічного кабінету носила фрагментарний, а інколи суперечливий характер, що і зумовило наш інтерес до цієї проблеми.

Об'єктом нашого дослідження став пересувний стоматологічний кабінет. Предметом дослідження – матеріально-технічне оснащення та його компонування в пересувному стоматологічному кабінеті. При дослідженні нами були використані статистичний метод та теорії ігор (мозкового штурму).

Керівництвом медичної служби ЗС України було поставлено завдання щодо опрацювання вимог та принципів переліку матеріально-технічного оснащення пересувного стоматологічного кабінету, на виконання якого в Центральній стоматологічній поліклініці Міністерства оборони України було сформовано робочу групу із залученням фахівців Київського виробничого об'єднання "Медапаратура".

Головною метою створення та функціонування пересувного стоматологічного кабінету є гарантоване надання кваліфікованої стоматологічної допомоги військовослужбовцям ЗС (у віддалених та "закритих" військових гарнізонах). При опрацюванні організаційної структури і матеріально-технічного оснащення даного кабінету ми передбачали низку моментів: висока мобільність; надійність обладнання; можливість функціонування в умовах часткової/повної автономності (тобто забезпеченість джерелами електроживлення, наявність певного запасу води, можливість здійснення рентгенологічного обстеження та виконання амбулаторних хірургічних втручань та ін.); висока кваліфікація лікарсько-сестринського персоналу та навички роботи в складних умовах (передбачається надання стоматологічної, в тому числі хірургічної, допомоги при надзвичайних ситуаціях природного, техногенного та соціального характеру).

Весь період планування та проектування можна умовно розподілити на три етапи: перший етап полягав у з'ясуванні марки автомобіля, на базі якого буде розташований пересувний стоматологічний кабінет; другий – у визначенні достатнього мінімуму стоматологічного обладнання; третій етап полягав у з'ясуванні необхідного обладнання для забезпечення часткової/повної його автономності.

На першому етапі спеціально підбраною групою експертів було встановлено, що даний кабінет необхідно розташовувати на базі автомобіля ЗІЛ 5301 ЕО "Бичок", який має ряд переваг перед іншими автомобілями: достатня прохідність і економічність, надійність та невибагливість щодо технічного обслуговування. Поряд з цим потрібно зауважити, що на базі даного автомобіля розташовується "стоматологічний кабінет" довжиною 5,5 м, шириною 2,4 м та висотою 2,2 м.

На другому етапі за допомогою методу експертного опитування встановлено, що пересувний стоматологічний кабінет необхідно комплектувати наступним обладнанням: дентальним рентгенівським апаратом, кріслом пацієнта, блоком

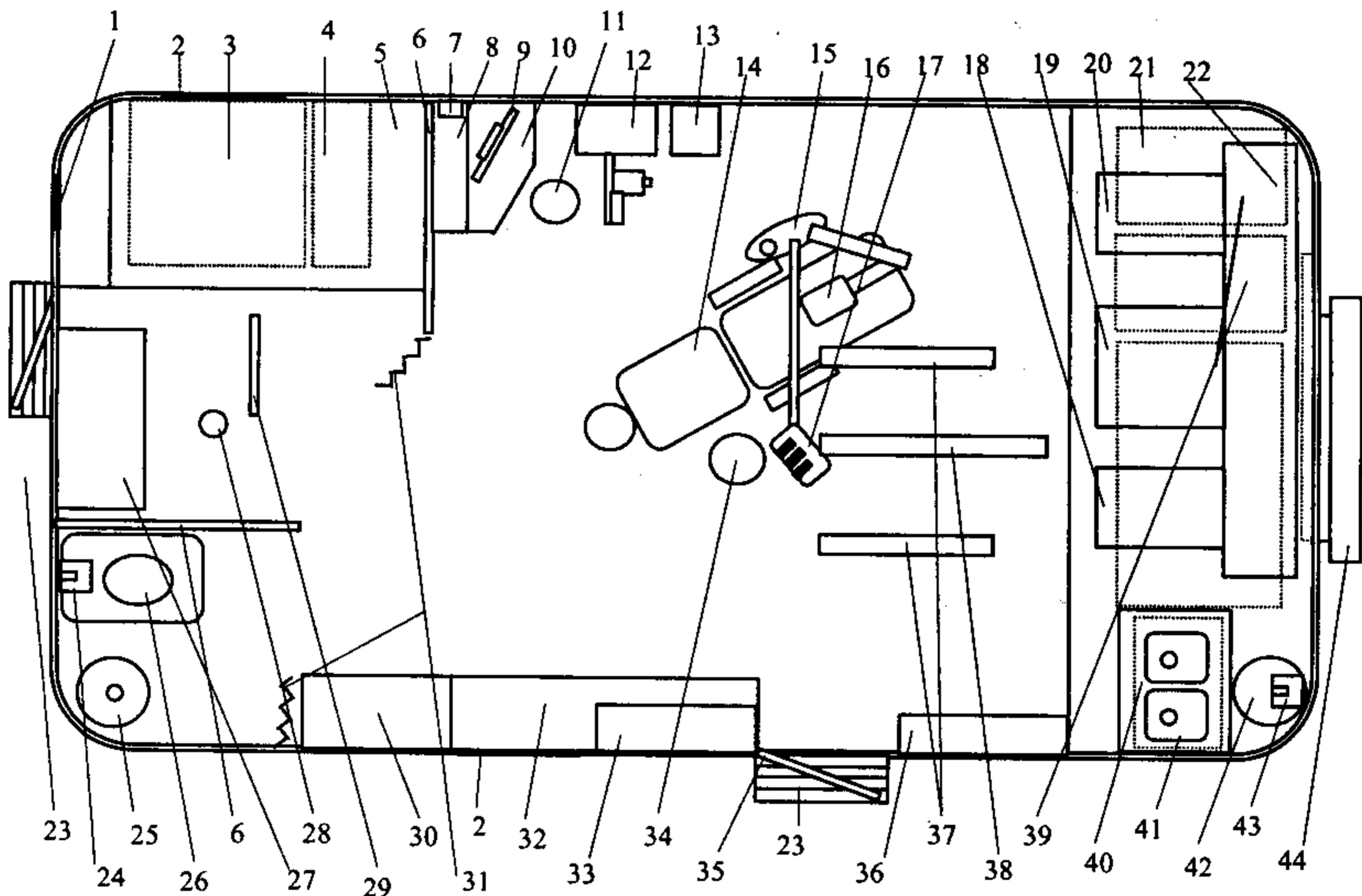
асистента (слиновідсмоктувачем, системою чистої води), компресором стоматологічним, освітлювальною апаратурою (рис.).

Враховуючи той факт, що пересувний стоматологічний кабінет призначений для надання кваліфікованої допомоги військовослужбовцям у віддалених гарнізонах (а також постраждалому населенню при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного, соціального та технологічного характеру), до нього висувуються вимоги щодо ефективного функціонування при відсутності джерел електроенергії та водопостачання. Відповідно до цього, головна мета третього етапу полягала у з'ясуванні розумного мінімуму необхідного обладнання для забезпечення часткової/повної автономності пересувного кабінету.

В пересувному стоматологічному кабінеті на базі автомобіля ЗИЛ 5301 ЕО "Бичок" умовно

можна виділити кілька зон: перша – очікувальна; друга – гігієнічна (в якій розташовується туалет та мийка для рук відвідувачів та медичного персоналу); третя – "лікувально-діагностична" (в межах якої розташовані дентальний рентгенівський апарат, крісло пацієнта, блок асистента, стоматологічний компресор та ін.); четверта – "інструментальна" (в межах якої розташовані ультразвукова мийка УЗМ-003; стерилізатор паровий ГК-10; сухожаровий стерилізатор (повітряний) ГП-20; бак-збирач відходів; мийка підвісна; дистиллятор).

Окремо потрібно відмітити той факт, що в даному стоматологічному кабінеті успішно реалізовані на практиці системи подачі, підігріву, очистки і знезараження води та системи знезараження (під кузовом) відходів надання стоматологічної допомоги (серветки, тампони тощо).



**Рис. Принципова схема оснащення пересувного стоматологічного кабінету на базі автомобіля ЗИЛ 5301 ЕО "Бичок":** 1. Вішалка для одягу. 2. Вікно. 3. Генератор автономного живлення. 4. Шланги для наповнення баків водою. 5. Кушетка. 6. Перегородка. 7. Світильник боковий (4 шт.). 8. Шафа з УФ стерилізацією для змінного зберігання інструментарію. 9. Комп'ютер. 10. Стіл для комп'ютера. 11. Стілець асистента. 12. Дентальний рентгенівський апарат. 13. Полімеризатор. 14. Крісло пацієнта. 15. Блок асистента (слиновідсмоктувач, система чистої води, плювальниця зі змивом, дозатор води). 16. Світильник безтіньовий. 17. Столик для інструментів. 18. Ультразвукова мийка УЗМ-003. 19. Стерилізатор паровий ГК-10. 20. Сухожаровий стерилізатор (повітряний) ГП-20. 21. Компресор стоматологічний. 22. Стіл-тумба. 23. Сходи. 24. Загальнообмінна вентиляція. 25. Мийка для рук. 26. Біотуалет. 27. Теплова завіса. 28. Світильник аварійного освітлення. 29. Світильник стельовий. 30. Шафа для спеціального одягу. 31. Двері розсувні. 32. Стіл-тумба для інструментів та матеріалів. 33. Щит управління. 34. Стілець лікаря. 35. Вхідні двері. 36. Внутрішній блок кондиціонера. 37. Світильник стельовий (3 шт.). 38. Бактерицидна лампа стельова. 39. Система подачі, підігріву, очистки та знезараження води. 40. Бак-збирач відходів із системою знезараження (під кузовом). 41. Мийка підвісна. 42. Дистиллятор. 43. Загальнообмінна вентиляція. 44. Зовнішній блок кондиціонера.

**Висновки.** Проведене нами дослідження дало змогу визначити один із шляхів надання стоматологічної допомоги у віддалених та "закритих" гарнізонах ЗС України і запропонувати та в подальшому реалізувати в пересувному стоматологічному кабінеті на базі автомобіля ЗІЛ 5301 ЕО "Бичок" принципний перелік матеріально-технічного оснащення.

#### Список літератури

1. Балин В.Н., Черныш В.Ф. Современные мобильные стоматологические комплексы // Новые технологии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – С.Пб.: Рирьера, 1996. – С. 51-52.
2. Буртова Ю.О. Вивчення задоволеності військовослужбовцями Збройних Сил України стоматологічною допомогою // Тези наук.-практ. конф. "Менеджмент охорони здоров'я в Україні" (Національний університет "Кієво-Могилянська академія", 13-14 лют. 2004 р.). – 2003. – С. 15-18.
3. Буртова Ю.О. Проблеми реформування стоматологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. – 2003. – №6. – С. 52-56.
4. Иорданишвили А.К., Поленс А.А. Военная стоматология в России. – С.Пб.: Нормед-Издат, 1998. – 53 с.
5. Сучасні аспекти військової стоматології: збірник наукових праць / Під ред. Р.Х. Камалова. – К.: Науковий світ, 1999. – 143 с.

#### НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОЗДАНИЯ И ПРИНЦИПИАЛЬНОГО ОСНАЩЕНИЯ ПЕРЕДВИЖНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

Р.Х. Камалов, Ю.А. Буртовая, В.А. Бутковский (Киев)

Определен один из возможных путей оказания стоматологической помощи в отдаленных и "закрытых" гарнизонах военнослужащим Вооруженных Сил Украины (а также населению, пострадавшему при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного, социального и технологического характера). С этой целью предложено использование передвижного стоматологического кабинета на базе автомобиля ЗІЛ 5301 ЭО "Бычок" и перечень материально-технического оснащения.

#### A MOBILE STOMATHOLOGICAL AMBULANCE AND ITS EQUIPMENT

R.Chr. Kamalov, Yu.A. Burtova, V.A. Butkovsky (Kiev)

A mobile stomathological aid-provider ambulance has been made on a basis of the ZIL 5301 (EO "Bitchok") vehicle version. The list of its specialized equipment is also added. The rapidly-deployed ambulance is primary designed for providing stomathological aid and care to military servicemen (within Ukrainian Armedforces) placed in remote garrisons and for affected populations in the aftermath of some emergency situations (eg. ones of natural origin, social crisis or technological disasters).



В.Ф. МОСКАЛЕНКО, В.С. ШВЕЦОВ, Р.П. ФЕСЕНКО (Київ)

## МЕТОДОЛОГІЯ СИСТЕМНОСТІ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРОЕКТУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА З ПИТАНЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ГАРМОНІЗАЦІЇ З МІЖНАРОДНИМ МЕДИЧНИМ ПРАВОМ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
Український інститут громадського здоров'я

Процеси реформування галузі охорони здоров'я, започатковані становленням України як незалежної держави, потребують синхронного правового регулювання. Основні напрями реформування були визначені у "Концепції розвитку охорони здоров'я населення України", затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313/2000 [7]. Побудова системи охорони здоров'я на принципах дотримання прав і свобод людини, гуманістичної спрямованості та визнання її пріоритетним напрямом розвитку суспільства і держави стали методологічною основою формування правового поля [5,6].

З 1991 по 2003 р. з питань охорони здоров'я прийнято пакет із 1089 державних нормативно-правових актів, які узгоджені з укладеними і ратифікованими Україною міжнародними договорами, що проголошують загальні людські цінності і визначають принципи правової політики з питань охорони здоров'я (рис 1).

В системі охорони здоров'я зв'язки між суб'єктами правовідносин складні і носять адміністративний, цивільно-правовий, трудовий, господарський, фінансовий, митний та правоохоронний характер. Водночас опрацювання нових нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я передбачає, відповідно до стратегії інтеграції України до Європейського Союзу (Указ Президента України від 11 червня 1998 р. №615/98), їх гармонізацію із сучасною європейською системою медичного права, із стандартами ЄС [1,2,9]

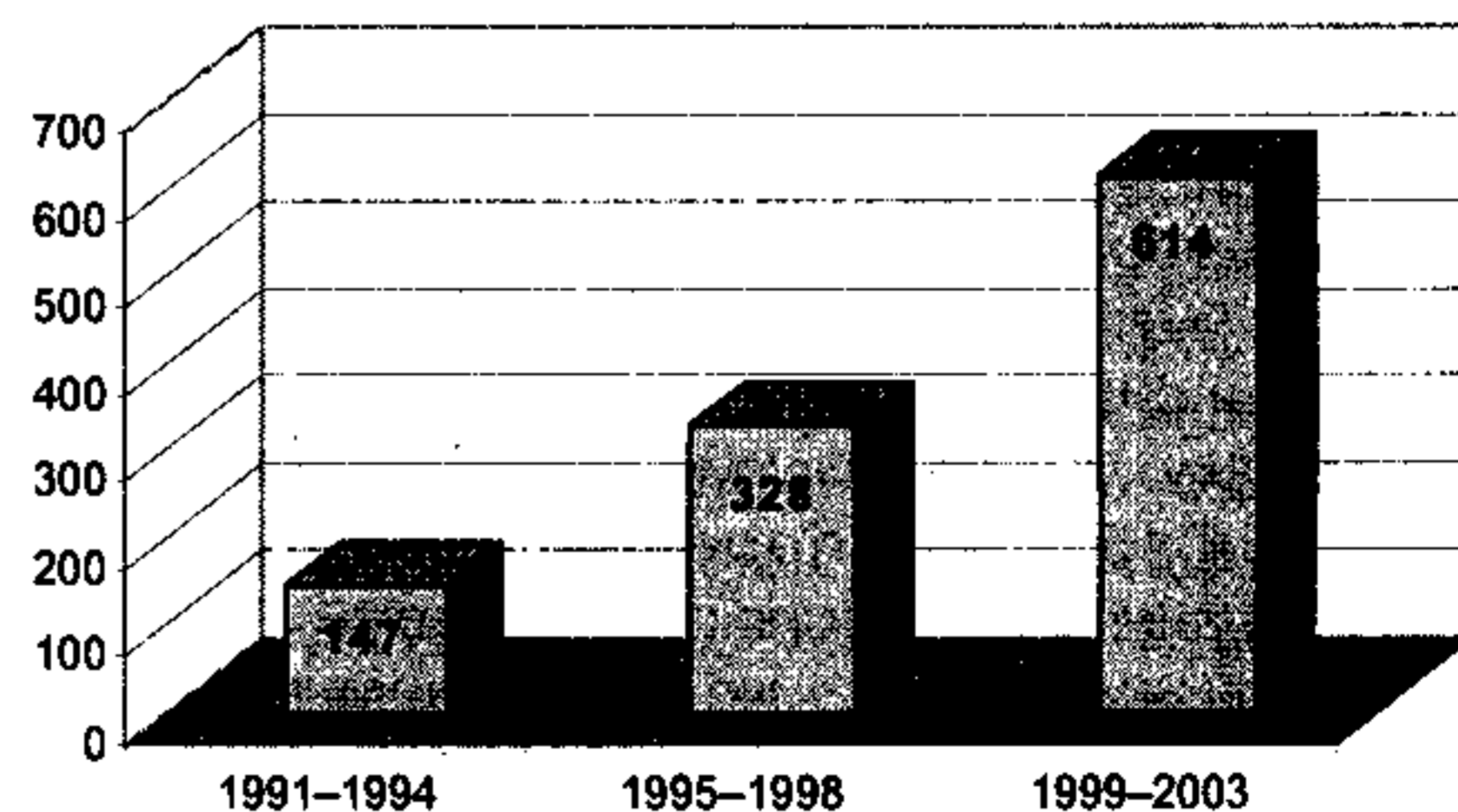
Все це обумовлює високі вимоги до законопроектної роботи, науковим підґрунтям яких є методологія системного підходу.

Згідно з цією методологією, нормативно-правовий акт розглядається як система, що являє собою комплекс взаємопов'язаних елементів об'єднаних єдиною метою. В основі цієї систе-

ми є регулювання суспільних відносин, що виникають на терені процесів реформування медичної галузі.

Розробці нормативно-правового акту повинен передувати етап вивчення проблеми шляхом її реструктуризації, тобто визначення складових, які потребують правового регулювання. Так, наприклад, з виходом постанови Кабінету Міністрів України стосовно впровадження засад сімейної медицини в первинну медико-санітарну допомогу (2000) виникло значне коло правових питань, зокрема щодо правового статусу закладів сімейної медицини та їх взаємовідносини з органами місцевого самоврядування, особливо в сільській місцевості, засад фінансування та "керованості медичної допомоги", визначення правових засад стосунків сімейного лікаря із сім'єю тощо.

Як відомо, кожна система при аналізі, проектуванні розглядається різнобічно за елементним, функціональним, структурним, комунікаційним, інтегративним та історичним підходами [3,4].



— загальна кількість прийнятих законів України, Указів Президента України, постанов Кабінету Міністрів України, які стосуються охорони здоров'я

Рис. 1. Формування нормативно-правової бази з питань охорони здоров'я за роки незалежності України (1991-2003 рр.)

При системному розгляді кожна стаття законопроекту або прийнятого закону виступає як елемент системи (елементний підхід), який за своїм функціональними (функціональний підхід) змістом містить конкретні правові приписи. Так, Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" (1992) містить 80 статей, якими передбачено регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я, що були характерні на період його прийняття та на прогнозоване майбутнє розвитку галузі. Однак за 12 років після його прийняття Верховною Радою України сформувався нові особливості функціонування галузі в умовах становлення в державі ринкової економіки, у зв'язку з чим виникло значне коло невирішених правових проблем. Наприклад, гостро постало питання щодо визначення правового змісту понять "медична допомога", "медична послуга", повноважень у сфері охорони здоров'я різних гілок державної влади, сутності державної, комунальної та приватної форм власності закладів охорони здоров'я, системи стандартизації тощо. Таким чином, в процесі проектування надзвичайно важливо визначити, чи є в законопроекті, відповідно до існуючої проблеми, необхідний набір статей та внесених в них правових норм, які забезпечать регулювання суспільних відносин на даному етапі розвитку галузі. Водночас слід користуватися при проектуванні приписів нормативно-правового акту, за нашими дослідженнями, методом зворотного прогнозування, за яким визначається дія правового припису в просторовому та часовому вимірах в залежності від кінцевої мети кожного напрямку реформування галузі за принципом від прогнозованого майбутнього до сучасного стану. За цією методологією при досягненні кінцевої мети визначається потреба у подальшій дії конкретної правової норми чи в перегляді або припиненні її.

Характерною ознакою структури законопроекту має бути взаємозв'язок між статтями – елементами системи, сутністю якого є встановлення зв'язку між правовими нормами (структурний підхід), які передбачають правове регулювання різних аспектів проблеми (економічних, фінансових, медико-організаційних, соціальних, управлінських та ін.). Водночас перед розробником постає питання узгодженості проєктованих приписів у законопроекті із діючим законодавством (комунікаційний підхід). Неузгодженість між ними може стати перешкодою для правообґрунтованих взаємовідносин в охороні здоров'я. Так, на різних етапах аналізу проєктів нормативно-правових актів, зокрема проєкту Закону України "Про внесення змін та доповнень до основ законодавства України про охорону

здоров'я", проєктанти виписали норму, згідно з якою "...державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково-обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків валового внутрішнього продукту...". Однак зазначена у проєкті закону норма суперечить статті 95 Конституції України, де встановлено: "Виключно законом про Державний бюджет України визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні потреби, розмір і цільове спрямування цих видатків", тобто Конституцією України передбачено, що кожного року обсяги видатків на охорону здоров'я визначаються з урахуванням конкретної економічної ситуації. Слід зазначити, що якщо ця норма була б прийнята, то для її забезпечення з бюджету (в умовах 2004 р.) на видатки з охорони здоров'я необхідно виділити 28 млрд грн, тобто більше ніж 50 % обсягу зведеного бюджету України, що є абсолютно нереальним, оскільки при наявних бюджетних ресурсах це означатиме необхідність скорочення або взагалі відмови від бюджетного фінансування інших соціально вагомих програм (соціальний захист, освіта, наука тощо), а також забезпечення виконання загальнодержавних функцій (державне управління, оборона). Наведений приклад свідчить про те, що автори запропонованої норми не використовували методики комунікаційного підходу.

В методології системного підходу чільне місце займає інтегративна оцінка системи, сутністю якої є визначення самодостатності, стабільності, цілісності системи, що обумовлюється внутрішньою організацією, при якій зовнішні чинники не можуть її розбалансувати. Щодо нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я, то в багатьох з них зустрічаються приписи декларативного характеру, за якими регулювання суспільних відносин стає проблематичним, а стабільність системи в такому випадку має певний ступінь невизначеності. Яскравим прикладом недостатнього надання нормативно-правовому акту (проєкту або прийнятому акту) інтегративних властивостей є внесення доповнень та змін, які за своїм змістом не обумовлені виникненням нових суспільних відносин в системі.

Так, в проєкт нової редакції Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" внесено 53 % доповнень та змін, серед них значна частина таких, які не були враховані при прийнятті діючого закону. Це зокрема статті стосовно прав пацієнтів, неповнолітніх, громадян похилого віку, інвалідів, військовослужбовців, медичної допомоги сільському населенню, про клонування людини, про проведення патологоанатомічних розтинів та інші.

Принциповим інструментом для законодавця при проектуванні нормативно-правового акту є використання історичного підходу. Тобто треба чітко визначитися в генезисі становлення тієї чи іншої норми та перспективах її життєздатності. Якщо законодавець не буде враховувати такого підходу, то визначені законами норми можуть стати гальмом для подальшого розвитку системи. Загальновідомо, що діюча в Україні система медичного обслуговування формувалась як складова планової соціалістичної економіки, економічний механізм якої зводився до прямого бюджетного фінансування. Щодо інших джерел фінансування, то вони навіть не розглядались, оскільки при соціалізмі декларувалося безоплатне надання медичної допомоги всім громадянам. Рецидив такого підходу, на жаль, став основою для внесення у 49 статтю Конституції України норми, що в державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога повинна надаватися безоплатно, незалежно від фінансових можливостей як державних, так і місцевих органів самоврядування. Водночас слід зазначити, що така норма суперечить статті 95 Конституції, в якій встановлено: "Виключно законом про Державний бюджет визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні потреби, розмір і цільове спрямування цих видатків...".

Варто також зауважити, що тенденція до постійного зростання вартості медичного обслуговування робить проблематичним надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги навіть населенню країн зі значно вищим рівнем економічного потенціалу, ніж Україна. Спроби органів виконавчої влади внести зміни в діючу систему фінансування були скасовані рішеннями Конституційного Суду України. Так, в 1998 р. скасована постанова уряду про впровадження деяких видів надання медичної допомоги на платній основі, а у 2002 р. визнані такими, що суперечать конституційному положенню, спроби деяких державних і комунальних установ охорони здоров'я створити при них різні цільові фонди добровільної фінансової допомоги – Конституційний Суд сприйняв це як завуальовані спроби ввести часткову оплату за надання медичної допомоги. Таким чином, є підстави стверджувати, що головною перешкодою на шляху удосконалення економічного механізму системи охорони здоров'я в Україні є конституційна норма, зафіксована в статті 49, і, отже, кардинальним способом усунення цієї перешкоди може стати внесення змін до Конституції України. Наведений приклад свідчить про те, що врахування історичного підходу при опрацюванні нормативно-правового акту забезпечує його реальність і наукову обґрунтованість.

На засадах системності опрацьована і прийнята Верховною Радою України переважна більшість законодавчих актів з питань охорони здоров'я, таких як закони про психіатричну допомогу, про захист населення від інфекційних хвороб, про боротьбу із захворюванням на туберкульоз та інші.

Розширення зв'язків між Україною та Європейським Союзом і західним світом загалом обумовлює на сучасному етапі законопроектної роботи забезпечення **гармонізації** національного законодавства з європейським та міжнародним медичним правом [9]. Процес гармонізації включає такі складові:

– **імплементацию** – введення в національний правовий акт в незмінному вигляді нормативного акту Європейського Союзу;

– **апроксимацию** – максимальне наближення певних положень національного правового акту до аналогічних положень, директив Європейського Союзу;

– **адаптацію** – пристосування національного законодавства до європейського із застосуванням національних правових і лінгвістичних елементів нормотворення при врахуванні національних можливостей (економічних, правових, соціальних та ін.).

На виконання доручення Кабінету Міністрів України з метою створення ефективнішої правової бази в сфері охорони здоров'я для подальшого вдосконалення медико-санітарної допомоги населенню в 2004 р. робочою групою Міністерства охорони здоров'я опрацьовано проект Закону України "Про внесення змін та доповнень до Основ законодавства України про охорону здоров'я". При опрацюванні законопроекту розробниками було вивчено досвід країн Центральної та Східної Європи та наукові розробки щодо підходів та технології гармонізації національної нормативно-правової бази охорони здоров'я до законодавства ЄС. Так, було проаналізовано 40 документів Організації Об'єднаних Націй, 21 Ради Європи, 37 Всесвітньої медичної асоціації. В основу технології розробки правових норм, які б відповідали міжнародному медичному праву, була покладена методологія системності, за якою проводилась реструктуризація правових документів на складові (статті та правові приписи в них) і побудови "дерев статей" та зіставлення їх кронами. При цьому визначалось, які "гілки дерева" збігаються або лишаються відокремленими (рис. 2). Використання цього методу дозволило оперативно визначати коло приписів, які за своєю правовою сутністю треба узгодити із нормами міжнародного медичного права, за умови, що таке узгодження відповідатиме проблемам правового регулювання та матиме не-

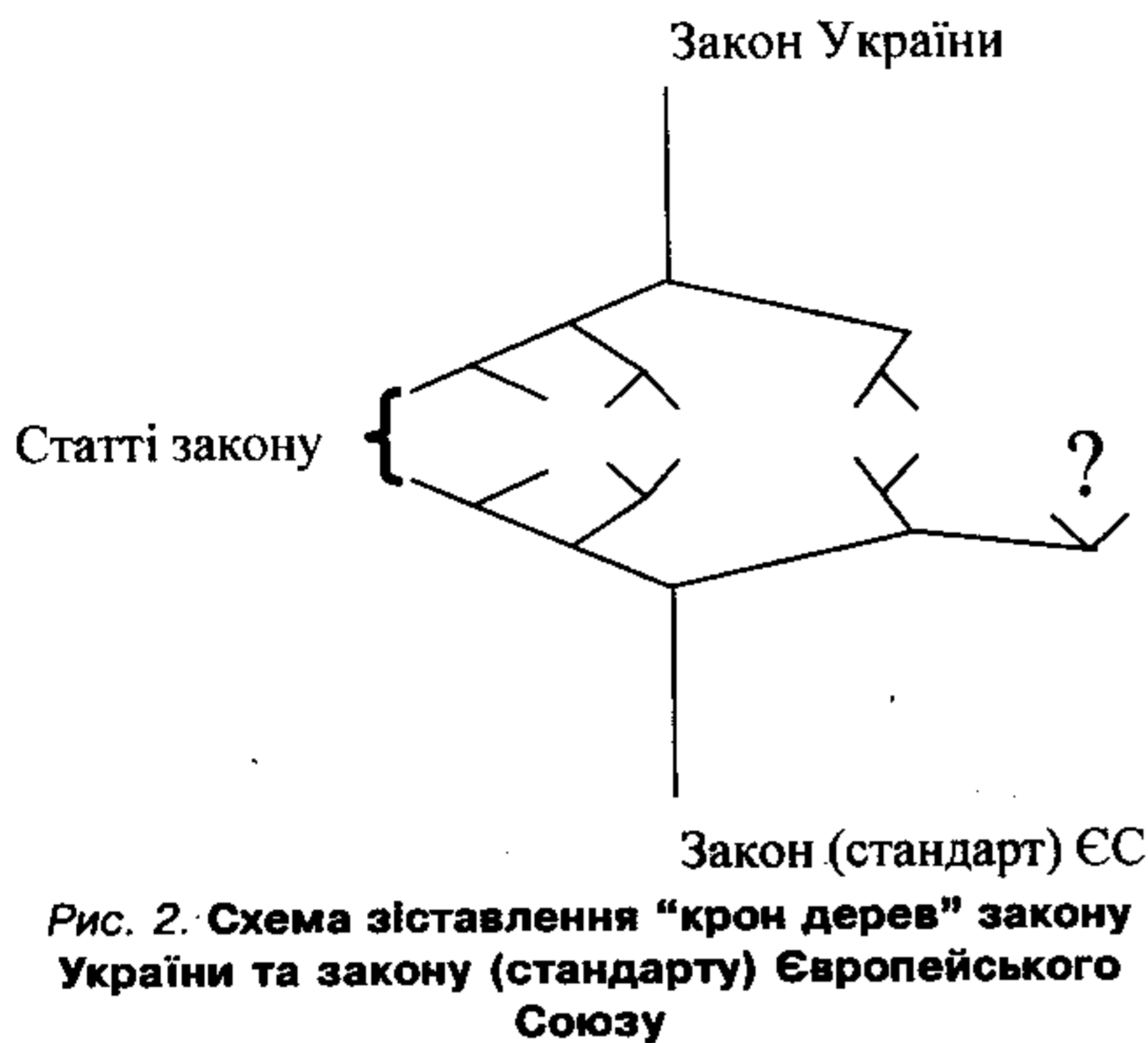


Рис. 2. Схема зіставлення "крон дерев" закону України та закону (стандарту) Європейського Союзу

обхідні соціально-економічні передумови для його реалізації.

Так, наприклад, стаття законопроекту про повноваження органів місцевого самоврядування

в сфері охорони здоров'я була узгоджена з приписами Європейської соціальної хартії місцевого самоврядування, рекомендаціями Ради Європи щодо розподілу медичної допомоги в лікарнях і поза лікарнями; стаття стосовно права громадян на медичну допомогу гармонізована з Європейською соціальною хартією, Загальною декларацією прав людини, Конвенціями про мінімальні норми соціального забезпечення, про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби. Для реалізації методології зіставлення "крон дерев" була змодельована порівняльна таблиця (рис. 3).

Наведені результати досліджень та їх практична реалізація при опрацюванні проекту Закону України "Про внесення змін та доповнень до Основ законодавства України про охорону здоров'я" дають підстави зробити висновок, що використання методології системного підходу та його складових є ефективним інструментом проектування нормативно-правових актів та їх гармонізації з міжнародним медичним правом та законодавством Європейського Союзу.

Зміст припису (норми) у чинному законодавстві	Припис (норма) у законопроекті	Припис (норма) у актах міжнародного медичного права та законодавства ЄС	Висновок щодо відповідності приписів у порівнювальних актах	Пропозиції щодо напряму гармонізації
1	2	3	4	5

Рис. 3. Зразок порівняльної таблиці до проекту Закону України "Про внесення змін та доповнень до Основ законодавства України про охорону здоров'я"

#### Список літератури

1. Баштанник В. Європейський вибір: побудова громадського суспільства та правової держави // Грані. – 2003. – №2(28). – С. 118-125.
2. Забігало В. Право України в контексті його апроксимації до права Європейського Союзу. – К.: UEPLAC, 2001. – 4 с.
3. Ковальова О. Зближення законодавства ЄС з правовими системами держав-кандидатів на вступ до ЄС // Право України. – 2003. – №9. – С. 138-141.
4. Коломієць Т. Щодо доцільності системного підходу при дослідженні потенціалу адміністративного примусу в публічному праві України. – 2003. – №5. – С. 120-123.
5. Конституція України. – К.: Юрінком, 1996. – 80 с.
6. Концепція адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу. Схвалено Постановою Кабінету Міністрів України від 16 серпня 1999 р. №1496.
7. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Зб. офіційних матеріалів. – К., 2001. – 30 с.
8. Муравйов В. Правові засади гармонізації законодавства в Європейському Союзі // Право України. – 2001. – №10. – С. 114-119.
9. Програма інтеграції України до Європейського союзу: Указ Президента України від 14 вересня 2000 р. // Офіц. вісн. України. – 2000. – №39. – С. 164.

#### МЕТОДОЛОГІЯ СИСТЕМНОСТІ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРОЕКТИВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ЗДРАВООХРАНЕННІ І ГАРМОНІЗАЦІЇ ЕГО С МЕЖДУНАРОДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПРАВОМ

В.Ф. Москаленко, В.С. Швецов, Р.П. Фесенко (Київ)

Автори статті розглядають законодавчий акт як систему. В основу методології проектування закону і його відповідності міжнародному медичному праву пропонується використання елементарної, функціональної, структурної, комунікаційної, інтегративної і історичної складових системного підходу.

**METHODOLOGICAL APPROACH TO SYSTEMATIZATION AS AN INSTRUMENT TO PROJECT LEGISLATION IN UKRAINIAN PHS AND TO HARMONIZE IT WITH THE INTERNATIONAL MEDICAL RIGHT**

V.F. Moskalenko, V.S. Shvetsov, R.P. Fesenko (*Kiev*)

The authors consider a legislation act as a system. An integral approach has been laid down in drawing up methodology to project legislation in the National PHS. It is to be in full consistency with the standards of the international medical right. Such methodological approach includes into projecting process a whole complex of components of different origins (e.g. elementary, functional, structural, communicational, integrative, historical and others).

УДК 614.2.000.34

*О.В. ЛЮБІНЕЦЬ, І.Я. СЕНЮТА (Львів)*

**МЕДИЧНЕ ПРАВО ТА ЗАКОНОДАВСТВО ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я – БАЗИС ПРОГРАМНО-ЦІЛЬОВОГО ПЛАНУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Стан здоров'я населення визначається комплексом чинників соціально-економічного, екологічного та медичного характеру. Результати діяльності галузі охорони здоров'я на сьогоднішній день свідчать про наявність багатьох невирішених проблем, у тому числі нормативно-правового регулювання та фінансування [13,16].

Одним із шляхів вирішення проблем в охороні здоров'я України є використання програмно-цільового методу планування. Орієнтація органів управління охороною здоров'я на цільові програми є необхідною умовою для досягнення конкретно визначених, значущих для діяльності галузі цілей при наявності і використанні обмежених ресурсів.

Цільові комплексні програми в охороні здоров'я – це директивні, чітко визначені документи, у яких розглядається комплекс взаємозалежних науково-технічних, економічних і організаційних заходів, узгоджених за виконавцями, ресурсами та термінами і спрямованих на збереження та покращення здоров'я населення, а також на більш ефективне використання ресур-

сів охорони здоров'я. Успішність наступної реалізації програм безпосередньо залежить від вдалого формування організаційно-виконавчої структури та створення нормативно-правового підґрунтя [8].

Національна система охорони здоров'я повинна бути побудована на основі прогресивного та ефективного законодавства, яке має акумулювати в собі вітчизняні традиції і реалії, позитивний досвід української та світової науки і практики у сфері охорони здоров'я і права та враховувати інтереси як суспільства в цілому, так і кожної людини зокрема. При реалізації концепції розвитку законодавства про охорону здоров'я потрібно проводити комплексну роботу, спрямовану на прогнозування необхідності прийняття актів у даний час, на проведення громадських обговорень через засоби масової інформації, круглі столи, конференції і семінари, на здійснення наукових досліджень для теоретико-правових напрацювань з регламентування проблем охорони здоров'я. Згідно з цим при підготовці проектів цільових програм наводиться обґрун-

тування необхідності прийняття нормативно-правового акту про їх затвердження, відображаються цілі і завдання, загальна характеристика і основні положення, стан нормативно-правової бази у даній сфері правового регулювання та фінансово-економічні розрахунки, прогноз наслідків прийняття акту.

**Метою** даної роботи було дати оцінку ролі права охорони здоров'я в забезпеченні функціонування системи охорони здоров'я, у тому числі застосування програмно-цільового планування.

У попередні роки в Україні закладено основи правової діяльності галузі. Сформовано нормативно-правову базу, яка нараховує близько 720 актів державного та 3 тисячі – відомчого рівнів. У даний час створено нормативно-правову базу, яка визначає механізми розгляду, затвердження і фінансування цільових програм. Парламентом прийнято Закон України "Про державне прогнозування і розроблення програм економічного і соціального розвитку" (2000) [12]. Міністерством економіки України видано наказ „Про реєстрацію державних цільових програм” (2001), який дозволяє забезпечити прозорість використання коштів Державного бюджету, що спрямовуються на реалізацію програм та проведення моніторингу їх виконання.

Законодавству України з питань охорони здоров'я притаманний досить високий рівень систематизації, що є придатним для визначення та реалізації багатосекторальної комплексної державної політики. Однак детальний аналіз законодавства про охорону здоров'я, виявлення його слабких і сильних сторін, а також пропозиції з удосконалення чинної нормативної бази у підсумку вказують на прогалини і недоліки нашого законодавства у цій сфері. Дані обставини обумовлюють необхідність комплексного підходу до удосконалення законодавчої бази охорони здоров'я [18].

Як відзначає Н. Болотіна, у даний час назріла об'єктивна необхідність для підготовки єдиного законодавчого акта, який би комплексно врегулював усю сферу відносин, що складають предмет медичного права. Таким законом міг би бути Медичний кодекс України, який би став формою (джерелом) для наступних правових інститутів: медико-санітарна допомога, медична допомога матері і дитині та планування сім'ї, правовий статус пацієнта, етико-правовий статус медичного працівника, медична експертиза, забезпечення громадян лікарськими і протезними засобами, медико-дослідницьке право, програмно-цільове планування в охороні здоров'я. Всі інші відносини у галузі охорони здоров'я, зокрема щодо промислової санітарії, санітарного на-

гляду, медичного страхування, організації медичних закладів тощо, не входять до медичного права, вдосконалення їх правового регулювання має відбутись в актах відповідних галузей права [4].

В Україні проблема формування медичного права і прийняття Медичного кодексу України набуває все більшого резонансу. Належно розроблений і прийнятий, ефективний і дійовий Медичний кодекс, який чітко регламентує суспільні відносини у сфері надання медичної допомоги, повинен стати надійною основою медичного права – реальності і вимоги нового часу.

Узагальнюючи наукові думки з приводу медичного права та кола відносин, яке воно повинно врегулювати, виділяємо три основні позиції щодо цього. *Перша позиція* полягає у тому, що норми медичного права є складовою однієї з галузей права (цивільного; права соціального забезпечення). Для прикладу наведемо позицію професора В. Андрєєва, який зазначав, що норми права, які регулюють відносини з приводу надання медичної допомоги і лікування, як відносини, що мають "медичну" специфіку, належать до предмета "медичного права", а норми, що їх регулюють, складають предмет "медичного права" як підгалузі права соціального забезпечення [2]. Хоча в іншому науковому джерелі зустрічаємо таку точку зору професора В. Андрєєва, який говорив, що йде формування галузі медичного права, є самостійний предмет її регулювання, хоча частина вчених-юристів висловила протидію надання методу різних галузей права класифікуючої ознаки, що відмежовує цю галузь права від іншої. Професор відзначав, що для самостійної галузі медичного права важливі і принципи даної галузі. В. Андрєєв виділяв дві частини галузі медичного права – загальну, що сформувалась повністю, і особливу, яка повинна складатись мінімум з одинадцяти інститутів, зокрема професійний обов'язок лікаря, діагностика і хірургічне втручання, карантин, охорона материнства і дитинства, трансплантація тощо [3]. *Друга позиція* полягає у тому, що медичне право розуміється як галузь законодавства. Звертаємо увагу на розуміння медичного права, що викладене М. Малєєною. Як зазначає професор, лікарське (медичне, охороннооздоровче) право, або право про охорону здоров'я, – це система нормативних актів (норм), що регулюють організаційні, майнові, особисті відносини, які виникають у зв'язку з проведенням санітарно-епідеміологічних заходів і наданням лікувально-профілактичної допомоги громадянам [10]. Хочемо не погодитись з М. Малєєною, оскільки бачимо, що вона ототожнює терміни "лікарське", "медичне", "охорона здоров'я", які поглинають одне

одного (лікарське є складовою медичного, а медичне, відповідно, – охорони здоров'я) і не можуть розглядатись як синоніми. Крім цього, з даного визначення не зрозуміло, чи медичне право є галуззю права, чи галуззю законодавства, оскільки професор не розмежує поняття “законодавство” і “право”.

На думку В. Аكوпова, медичне право – це сукупність нормативних актів, що регулюють відносини між громадянами і лікувально-профілактичним закладом, між пацієнтом і медичним працівником у сфері організації, а також їхніх прав, обов'язків і відповідальності у зв'язку з проведенням діагностичних лікувальних, санітарно-гігієнічних заходів [1].

Прихильники *третьої позиції* розглядають медичне право як окрему галузь права [4,5,6,7,9,14,17,19,21]. Зокрема Н. Болотіна підкреслює, що у даний час є всі підстави визнати існування медичного права як самостійної галузі права. У теорії ознаками галузі права вважаються предмет правового регулювання, метод, принципи, наявність системи законодавства, зацікавленість держави у виділенні конкретної системи правових норм у самостійну галузь права та у її розвитку. Медичне право, на думку вченого, відповідає усім вказаним ознакам [4].

Деякі вчені характеризували медичне право як комплексну, граничну галузь права, що регулює відносини у сфері охорони здоров'я й інші тісно пов'язані з ними відносини [9]. С. Стеценко зазначав, що передбачається вирішення всіх юридичних проблем, які виникають при наданні медичної допомоги, здійснювати у межах медичного права – окремої галузі права, що має власний предмет і метод правового регулювання [19]. На його думку, медичне право – це комплексна галузь права, що включає сукупність правових норм, які регулюють суспільні відносини у сфері медичної діяльності [20]. Російські вчені І. Поляков та А. Максимов визначають медичне право як комплексну спеціалізовану інтегровану галузь права, яка є системою правових норм, пов'язаних внутрішньою єдністю, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. Медичне право як галузь права є сукупністю норм, що регулюють відносини, які виникають у процесі надання медичних послуг, з метою забезпечення інтересів громадян і держави...[14]. Як підкреслюють В. Волков та Л. Дешко, медичне право – це комплексна галузь українського права, яка являє собою пов'язану внутрішньою єдністю систему правових норм, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я (майнові, організаційно-управлінські, трудові та інші) [5]. На нашу думку, з цією позицією погодитись не можна, оскільки автори во-

чевидь не розмежовують поняття “охорона здоров'я” та “медична допомога”. Хоча це спостерігається як при аналізі наукових джерел, так і законодавчих визначень. Охорона здоров'я є родовим поняттям щодо медичної допомоги як видового поняття, вона включає в себе медичну допомогу. Наголошуємо на тому, що медичне право повинне регулювати лише суспільні відносини у сфері надання медичної допомоги, а не у сфері охорони здоров'я загалом.

Привертає увагу ще один погляд на проблему. Термін “медичне право” поступово входить у наше життя, що свідчить про виділення особливої галузі права, яка регулює правові основи охорони здоров'я і медицини. Називаючи цю галузь медичним правом, забуваємо про те, що не лише медицина забезпечує право громадян на здоров'я, а комплекс різноманітних заходів охорони здоров'я, практично усе наше життя пронизане ідеєю охорони здоров'я. І нова галузь права не повинна бути осторонь від цього процесу. Назвавши її медичним правом, ми різко звузили її предмет. Так що правильніше було б змінити її назву на “Право охорони здоров'я” [11].

Резюмуючи вищенаведені погляди на медичне право, які іноді істотно різняться, необхідно зробити деякі висновки:

По-перше, до уваги беремо і розглядаємо два терміни – “медичне право” і “право охорони здоров'я” як два різні поняття.

По-друге, це розмежування обумовлене насамперед існуванням двох понять – “медична допомога” і “охорона здоров'я”. Медична допомога є складовою охорони здоров'я, тому розглядати ці поняття як синоніми, що інколи зустрічаємо у наукових джерелах, не можна. Розмежування охорони здоров'я і медичної допомоги є і законодавчою позицією (ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я), і науковою.

По-третьє, на нашу думку, медичне право є комплексною галуззю права, яке наділене ознаками, що дозволяють виділити його як окрему галузь права. У літературі дискутується питання про те, які критерії дозволяють виділити окрему галузь права, а також обговорюється питання про особливості предмета і методу медичного права.

Предметом медичного права будуть суспільні відносини, що виникають у процесі надання медичної допомоги, а саме медичної допомоги, що спрямована на запобігання втраті здоров'я (профілактика), допомоги, яка перешкоджає втраті здоров'я (лікувальна), а також допомоги, що мінімізує втрату здоров'я (реабілітаційно-відновна). Суб'єктами цих відносин, на думку Н.

Болотіної, є пацієнт і лікар [4], а А. Тихомиров виділяє три суб'єкти – медичний заклад, медичного працівника і пацієнта [21]. Ми вважаємо, що суб'єктами відносин з надання медичної допомоги виступають: заклад охорони здоров'я, лікар та інші медичні працівники, пацієнт, його родичі та законні представники. У процесі надання медичної допомоги відносини виникатимуть між різними суб'єктами, але ключовим є між лікарем і пацієнтом. Відносини, що виникають з приводу надання медичної допомоги між закладом охорони здоров'я і пацієнтом, є необхідною умовою надання кваліфікованої допомоги, оскільки заклад забезпечує потрібним обладнанням, апаратами, приміщенням, видатковим матеріалом тощо. Відносини між лікарем і родичами пацієнта виникають, наприклад, коли пацієнт не досяг віку 15 років або визнаний у встановленому законом порядку недієздатним і згода на медичне втручання здійснюється законним представником (ч. 1 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я) тощо. Що ж до методу медичного права, то йому властиві загальні методи правового регулювання, тобто і диспозитивний (який переважає), й імперативний, а також методи дозволу, зобов'язання і заборони. Крім загальних методів, це право має свої особливі методи, зокрема метод пріоритету думки пацієнта, відмова пацієнта від виконання приписів лікаря, вільний вибір лікаря, право лікаря на мотивовану відмову від пацієнта тощо. Крім цього, специфікою методу медичного права є його біоетична забарвленість.

По-четверте, право охорони здоров'я – це комплексна галузь законодавства, яка включає всі акти, які регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, у тому числі і при використанні програмно-цільового планування. Так, ефективність контролю за ходом робіт цільової програми залежить від нормативів для оцінки результатів, порядку збору звітних даних щодо

виконання програми й оцінки відповідності стану робіт нормативній документації, методів аналізу звітних даних про стан об'єкта (процесу) дослідження. До складу нормативної бази системи контролю за ходом робіт щодо програм в галузі медицини й охорони здоров'я входять державні і галузеві нормативні акти, керівні науково-технічні матеріали, вказівки, нормативи, державні і галузеві стандарти, технічні умови і правила.

#### Висновки

1. Право охорони здоров'я – це комплексна галузь законодавства, система нормативно-правових актів, які регулюють комплекс суспільних відносин, що виникають у процесі проведення соціально-економічних, медичних та екологічних заходів, які мають за мету збереження і підвищення рівня здоров'я кожної людини. Прикладом реалізації права охорони здоров'я є Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки. Метою цієї програми є збереження і зміцнення здоров'я населення, підвищення народжуваності, зниження смертності, подовження активного довголіття і тривалості життя, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я [15].

2. Формування галузі права охорони здоров'я та медичного права, які безпосередньо звернені до людини і призначені для реалізації конституційного права на охорону здоров'я (ст. 49 Конституції України), є важливим етапом як для суспільства в цілому, так і для медичних працівників та пацієнтів зокрема. В цей же час комплексні цільові програми, базуючись на праві охорони здоров'я, повинні стати основою, яка у ринкових умовах дозволить зберегти системну цілісність галузі. Вони дадуть змогу дотримуватися традиційних принципів роботи медичної сфери, у тому числі профілактичної спрямованості, етапності, наступності, доступності, якості тощо.

#### Список літератури

1. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. – М.: "Издательство ПРИОР", 2001. – 208 с.
2. Андреев В. Деонтология, "медицинское право", право социального обеспечения в СССР // Советская юстиция. – 1980. – №24. – С. 19-20.
3. Андреев В. Право социального обеспечения в СССР. – М.: Юридическая литература. – 1987. – 352 с.
4. Болотіна Н. Медичне право у системі права України // Право України. – 1999. – №7. – С. 116-121.
5. Волков В., Дешко Л. Медичне право як галузь права, наука і навчальна дисципліна // Правничий часопис Донецького університету. – 2003. – №2(10). – С. 51-56.
6. Гладун З.С. Законодавство України про охорону здоров'я: поняття, зміст, проблеми і перспективи // Законодавство України про охорону здоров'я: Зб. нормативних актів. – К., 2000. – С.8-16.
7. Журавель В.И., Козулина С.А., Домусчи С.Д. Медицинское право как самостоятельная отрасль права // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. "Сучасний стан та перспективи розвитку соціальної медицини та організації охорони здоров'я: напрямки та шляхи реформування системи охорони здоров'я", 18-19 вер. 2003 р. – Одеса, 2003. – С. 183-187.



8. Комплексне програмно-цільове планування в охороні здоров'я на державному та регіональному рівнях / В.М. Пономаренко, Т.С. Грузєва, Ю.А. Хунов, Н.О. Кульчицька. – Київ – Луганськ: ВАТ "ЛОД", 2003. – 241 с.
9. Литовка А., Литовка П. Медицинское право – комплексная отрасль национального права России: становление, перспективы развития // Правоведение. – 2000. – №1. – С. 80-83.
10. Малеєна М. Человек и медицина в современном праве. – М.: Изд-во БЕК, 1995. – 272с.
11. Медицинское право или право охраны здоровья // Мед. право и этика. – 2002. – №2. – С. 3-4.
12. Нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я (2002 рік). – К., 2003. – 90с.
13. Підаєв А.В. Пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я України // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – №4. – С. 5-8.
14. Поляков И.В., Максимов А.В. Об особенностях медицинского права // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2001. – № 1. – С. 25 - 28.
15. Пономаренко В.М. Основні напрями реалізації державної політики України у сфері охорони здоров'я в Міжгалузевій комплексній програмі "Здоров'я нації" // Матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участі "Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я", 25-26 кв. 2002 р. – Одеса, 2002. – С.10-17.
16. Постанова Верховної Ради України від 28 листоп. 2002 р. №276-IV "Про інформацію Кабінету Міністрів України про стан справ у вітчизняній системі охорони здоров'я" // ВВР. – 2002. – №52. – С. 1124-1125.
17. Сенюта І.Я. Медичне право і Медичний кодекс України: проблеми і перспективи // Зб. наук. праць "Держава і право": Інститут держави і права ім. В.М. Корецького НАН України. – К., 2004. – Вип. 23. – С.159-165.
18. Сивченко В.В. Нужен ли Украине Кодекс об охране жизни и здоровья? // Новости медицины и фармации в Украине. – 2004. – №10-11. – С. 23.
19. Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. – М.: Международный университет (в Москве), 2002. – 250 с.
20. Стеценко С.Г. Медицинское право. – СПб: Изд-во "Юридический центр Пресс", 2004. – 572 с.
21. Тихомиров А. Медицинское право: практическое пособие. – М.: Статут, 1998. – 442с.

### **МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО И ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О ЗДРАВООХРАНЕНИИ – БАЗИС ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

О.В. Любінець, І.Я. Сенюта (Львов)

Проведена оцінка ролі законодавства в сфері здравоохранения и медицинского права в обеспечении функционирования системы здравоохранения. Показана необходимость принятия Медицинского кодекса Украины. Сделан вывод, что комплексные целевые программы, базируясь на праве здравоохранения, должны стать основанием, которое в рыночных условиях позволит сохранить целостность отрасли и даст возможность придерживаться традиционных принципов работы медицинской сферы.

### **THE MEDICAL LAW AND LEGISLATION ACTS PACKAGE CONCERNING THE NATIONAL PUBLIC HEALTH SYSTEM AS A BASIS FOR THE DEPARTMENTAL TARGET-PROGRAMMES' PLANNING**

O.V. Lyubinets, I.Ya. Senyuta (Lvov)

Estimation of the Departmental PHS legislation acts consistency with the Medical Law for promotion of Ukrainian Public Health System functioning has been assessed. The authors have come to conclusion that the intradepartmental comprehensive targeted-programmes planning based on the PHS existing law-acts must become the only basis which allow the system to retain its integrity under market conditions and to give it opportunity to follow its traditional principles: disease preventive direction, staged-structure in health care provision, consistency, accessibility to all needed, high quality, etc.

В.А. ОГНЕВ (Харків)

## МЕНЕДЖМЕНТ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Харківський державний медичний університет

Алергічні захворювання відомі з давніх часів. На сьогодні вони є всесвітньою глобальною проблемою, хоча частота поширеності алергічних захворювань в країнах різна. Особливо ці захворювання поширені в дитячому віці, але необхідно пам'ятати, що саме діти мають більше перспектив, ніж дорослі, у плані видужання. Тому при правильному поводженні і догляді за дітьми можна звести до мінімуму частоту загострення алергічних захворювань. Але, на жаль, сьогодні ще не приділяється належної уваги питанням керування цими захворюваннями. Особливе місце серед алергічних захворювань займає бронхіальна астма [2-4].

**Основною метою менеджменту** щодо бронхіальної астми є досягнення повного й ефективного керування захворюванням, що передбачає, з одного боку, зменшення кількості госпіталізацій, викликів швидкої і невідкладної допомоги, збільшення планових відвідувань сімейного лікаря, пульмонолога та алерголога, і як наслідок – зниження в подальшому витрат у зв'язку з хворобою. З іншого боку, мета керування повинна бути спрямована на підвищення якості життя: поліпшення загального стану здоров'я, можливості хворого брати участь у заходах, що є звичайними для здорового населення, зниження тимчасової непрацездатності батьків у зв'язку з доглядом за хворою дитиною, зменшення пропусків у школі і збільшення задоволеності лікуванням як пацієнта, так і його родини.

Отже, основними задачами системи керування цим захворюванням можуть бути:

1. Поліпшення якості життя дітей із бронхіальною астмою і досягнення тривалого контролю за хворобою.

2. Забезпечення оптимального співвідношення між витратами ресурсів охорони здоров'я і родини дитини на надання медико-санітарної допомоги цим дітям і якістю кваліфікованої медичної допомоги.

Таким чином, керування захворюванням – це комплексний медико-соціальний процес, який включає організацію, координацію і забезпечен-

ня надання медико-санітарної допомоги населенню, а також оцінку якості й ефективності проведених лікувально-профілактичних заходів.

Для бронхіальної астми процес керування містить у собі ієрархію наступних функціональних рівнів: керування першим випадком прояву хвороби; керування діагностичними процедурами; керування лікувально-профілактичними заходами і керування ресурсами охорони здоров'я.

**Керування першим випадком прояву хвороби** здійснюється на рівні первинної лікувально-профілактичної допомоги: дільничними педіатрами, сімейними лікарями (лікарями загальної практики) або лікарями швидкої і невідкладної допомоги. У випадку виявлення хвороби моніторинговими заходами (опитування населення, звертання по медичну допомогу, одержання інформації з інших джерел) лікуючий лікар повинен поставити попередній діагноз і при необхідності надати першу лікарську допомогу, оцінити стан здоров'я пацієнта, а також визначити рівень і обсяг втручання для постановки остаточного діагнозу. При цьому повинні бути вивчені можливі ресурси родини хворої дитини й адекватно обрані засоби лікування з метою забезпечення поліпшення суб'єктивних показників, а також якості життя пацієнта. Бронхіальна астма має широкий діапазон тяжкості захворювання (легка інтермітуюча або персистуюча, середня і важка форми). Більшість дітей з астмою не мають потреби в інтенсивному втручанні. За нашими даними, у 85,0 % випадків вона має легкий інтермітуючий перебіг. У той же час пацієнтів з легким персистуючим, середнім і важким перебігом необхідно проконсультувати в алерголога і пульмонолога, а стан пацієнтів із середнім і важким перебігом – всебічно оцінити, при цьому адекватно і раціонально використовуючи ресурси охорони здоров'я в кожному конкретному випадку.

Рівень втручання залежить від ступеня тяжкості захворювання. Обсяг терапевтичної допомоги повинен надаватися відповідно до передових національних і світових досягнень у лікуванні алергічних захворювань [1,5,6,8].

**Керування діагностичними процедурами.**

Точний і ранній діагноз бронхіальної астми у дітей є основною умовою ефективного керування цим захворюванням з найменшими витратами як для родини хворого, так і для держави.

Бронхіальна астма діагностується, насамперед, шляхом аналізу даних, що повідомляються самими пацієнтами. Вони і є основою для розробки плану лікування, але використання їх для постановки діагнозу має ряд труднощів у зв'язку з відсутністю універсальних критеріїв для її діагностики. На сьогодні існує багато вихідних визначень для діагностики бронхіальної астми, тому сімейні лікарі і лікарі спеціалізованої допомоги не завжди можуть вчасно поставити правильний діагноз.

Важливим елементом діагностичних процедур є встановлення ступеня тяжкості захворювання. Тяжкість хвороби може бути ідентифікована за кількістю звернень до дільничного (сімейного) лікаря, до лікаря швидкої і невідкладної допомоги, надходжень дитини в стаціонар. У такий спосіб формуються групи спостереження за ступенями тяжкості. Більш специфічна клінічна ідентифікація включає вивчення функції зовнішнього дихання.

Найбільш прийнятним і широко використовуваним варіантом можливих критеріїв встановлення діагнозу і ступеня тяжкості хвороби є:

- ретроспективний збір даних, здійснюваний на підставі опитування дитини або її батьків;
- фармакологічні дані (якщо вони доступні) – включають застосування пацієнтами в-антагоністів і протизапальних препаратів або кількість виписаних їм рецептів протягом місяця. Ці дані корисні тільки в тих випадках, коли організований облік виписки рецептів, а також видачі лікарських препаратів. Ці дані можна одержувати також при опитуванні пацієнтів;
- клінічна інформація може бути отримана від лікуючих лікарів або шляхом аналізу індивідуальної медичної документації хворої дитини (історій розвитку дитини, медичної карти дитини, контрольних карт диспансерного спостереження, статистичних карт хворого, що вибув зі стаціонару, медичної карти стаціонарного хворого та інших).

Важливі відомості одержують на підставі проспективного збору даних і їх аналізу: алергологічний анамнез, об'єктивні дані, результати алергологічного тестування, провокаційні інгаляційні тести, що найбільш точно підтверджують або відхиляють етіологічну роль алергенів, лабораторно-інструментальні методи дослідження. Найважливішим критерієм є комп'ютерна спірографія.

Після встановлення остаточного діагнозу визначається рівень втручання з метою забезпечення повного керування хворобою.

**Керування лікувально-профілактичними заходами.** Після визначення рівня втручання необхідно розробити "План лікувально-оздоровчих заходів дитини" або "Маршрутну карту дитини" для кожного пацієнта. Ці документи розробляє сімейний лікар за участю фахівців вузького профілю (пульмонолога, отоларинголога, дерматолога, алерголога, психолога, психотерапевта, соціального працівника та ін.). План повинен відображати етапи спостереження за хворими. При розробці "Маршрутної карти дитини" потрібно використовувати критичний підхід, заснований на об'єктивних і суб'єктивних показниках пацієнтів. Лікувально-профілактичні заходи розробляються на підставі ретроспективного аналізу перебігу хвороби. Вони повинні бути ефективними, індивідуальними, специфічними і проводитися на індивідуальному, сімейному і популяційному рівнях, що у підсумку дозволить зменшити число хворих у популяції або перерозподілити їх за ступенями тяжкості – з більш важкої в більш легку, що забезпечить ефективність керування астмою.

Надалі, у ході виконання плану лікувально-оздоровчих заходів, повинен проводитися регулярний контроль ефективності цих дій. Враховуючи це, необхідно коригувати проведені заходи.

**Розподіл ресурсів охорони здоров'я в залежності від рівня втручання.** Після того, як пацієнти розподілені по групах у залежності від тяжкості перебігу хвороби, визначається рівень втручання для проведення цілеспрямованих лікувально-профілактичних заходів. Усього пропонується виділити 7 рівнів втручання: А, У, З, Д, Е, F і G (табл.). В залежності від параметрів тяжкості перебігу хвороби або більш складних комбінацій ступенів тяжкості між собою, кількість рівнів втручання і ступенів тяжкості може бути більшою або меншою, ніж представлено в таблиці.

**Рівень А** – на першому рівні втручання повинен працювати могутній освітній компонент лікувально-профілактичних заходів. Усі хворі з бронхіальною астмою, незалежно від ступеня тяжкості хвороби, і їхні родини повинні бути включені в цю програму, тому що вони потребують знань щодо цього захворювання. При цьому доцільно використовувати термін "спільна турбота" замість терміна "самопоміччя", для того щоб уникнути враження, начебто освітні програми дозволяють хворим справлятися зі своєю хворобою самостійно. Загальна мета освіти полягає в тому, щоб включити даного пацієнта, членів його родини, сімейного лікаря, шкільного лікаря, медичну сестру, викладацький склад шкіл у цілісну програму боротьби з бронхіальною астмою. Їх задача – навчити пацієнтів і членів їхніх родин виявляти симптоми астми, зменшувати контакт із

тригерами, правильно і вчасно контролювати хворобу і використовувати протиалергічні засоби. Необхідно дати можливість пацієнтам і членам їхніх родин навчитися відповідально ставитися до своєї хвороби. Освітні програми можуть бути представлені у формі освітніх брошур, відео, електронної інформації через інтернет і групи під-

тримки. Освітні програми повинні проводитися з урахуванням віку, освіти, матеріального стану родин. Передбачається допомога соціальної служби в придбанні лікарських засобів, приладів контролю обсягів легеневого дихання, одягу і продуктів харчування, а також в оздоровленні хворих.

Таблиця. Модель розподілу фізичних і матеріальних ресурсів охорони здоров'я для забезпечення керування бронхіальною астмою

	Рівень втручання	Ступені перебігу хвороби					
		Легкий		Середній		Тяжкий	
		Інтермітуючий	Персистуючий	Рівний перебіг	Ускладнений перебіг	Рівний перебіг	Загрозливий для життя перебіг
1	Освітній рівень "А"	+	+	+	+	+	+
2	Рівень сімейного лікаря "В"	С	С	С	С	С	С
3	Рівень вузьких фахівців "С"	К	К	С	С	С	С
4	Рівень міського алерго-кабінету "Д"		К	К	С	С	С
5	Рівень обласного алергоцентру "Е"				К	С	С
6	Індивідуальний рівень "F"						
7	Рівень Українського дитячого алергологічного центру "G"						С
		Керування хворобою					

К – консультація

С – спостереження

+ – освітня програма

Важливе місце в освітніх програмах для хворих на бронхіальну астму повинне займати забезпечення контролю за станом свого здоров'я (об'єктивна оцінка функціонування легень) за допомогою найпростішого приладу – пікфлоуметра. Оскільки багато хворих часто недооцінюють або переоцінюють стан своєї дихальної системи, щоденне зняття показників дозволяє пацієнтові дати собі об'єктивну оцінку, а лікуючому лікарю вирішити питання, чи ведеться вдома контроль за астмою.

**Рівень В** – первинна лікувально-профілактична допомога (сімейний лікар, дільничний педіатр). Кожен пацієнт із бронхіальною астмою повинен контактувати з лікарем первинної лікувально-профілактичної допомоги, який є провідником усього комплексу лікувальних і профілактичних заходів. Жодне загострення не повинне проходити поза контролем сімейного або дільничного лікаря. Усі діти з цим захворюванням повинні знаходитися під спостереженням у лікарів первинної ланки. Залежно від тяжкості перебігу вони повинні бути проконсультовані у суміжних фахівців амбулаторно-поліклінічних закладів і лікаря-алерголога, особливо якщо у пацієн-

та був незапланований візит у відділення швидкої і невідкладної допомоги або в стаціонарний заклад. Надалі, при легкому інтермітуючому перебігу, пацієнт може обмежитися лікувально-профілактичною допомогою сімейного лікаря, але при необхідності повинен також проконсультуватися у фахівця.

**Рівень С** передбачає консультування і надання вторинної спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги дітям з бронхіальною астмою в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів. Пацієнти даного рівня повинні знаходитися під пильною увагою лікарів-фахівців. Але спостерігати і проводити вторинну лікувально-профілактичну (спеціалізовану) допомогу усім дітям на даному етапі не завжди практично і навіть не завжди необхідно для кожного хворого, тим більше знаходитися під безпосереднім спостереженням фахівця з даного захворювання. Пацієнти з легким перебігом після відповідної консультації у лікарів-фахівців можуть бути повернуті на рівень "В", але пацієнти із середньою і важкою формами перебігу хвороби повинні знаходитися під спостереженням вузьких фахівців амбулаторно-поліклінічних закладів.

**Рівень Д.** Спостереження і лікування на рівні "Д" проводиться в умовах міського дитячого алергологічного кабінету. При цьому пацієнти з легким персистуючим і середнім "рівним" перебігом захворювання після консультації і проведення діагностичних заходів повертаються під спостереження вузьких фахівців амбулаторно-поліклінічних закладів, а хворі із середнім ускладненим перебігом знаходяться під спостереженням у лікаря-алерголога, сімейного лікаря, вузьких спеціалістів.

У зв'язку з великою поширеністю бронхіальної астми, високою інвалідністю і смертністю на зріла необхідність підготовки для алергологічної допомоги вузькоспеціалізованих лікарів. Це знаходить широке обговорення в літературі. Якби хворих із бронхіальною астмою спостерігав лікар-астмолог, він міг би забезпечити спеціалізовану, висококваліфіковану лікувально-профілактичну допомогу таким хворим.

**Рівень Е** – на цьому рівні надається вузькоспеціалізована лікувально-профілактична допомога дітям із бронхіальною астмою в умовах обласного дитячого алергологічного центру. В ньому одержують консультативно-діагностичну допомогу діти із середнім "рівним" перебігом захворювання і знаходяться під спостереженням з важкою формою астми. Ці пацієнти в силу тяжкості перебігу їхньої хвороби найбільш часто змушені звертатися у відділення швидкої і невідкладної допомоги, а також у стаціонарні спеціалізовані заклади.

Діти з важким, загрозливим життям перебігом захворювання повинні бути передані на індивідуальний рівень втручання обласного дитячого алергологічного центру.

**Рівень F** – у випадку відсутності ефекту у пацієнтів із бронхіальною астмою на попередніх рівнях забезпечується лікувально-профілактична допомога на рівні "F". Цей рівень передбачає закріплення персонального фахівця за пацієнтами з важким, загрозливим для життя, перебігом бронхіальної астми. Це означає призначення відповідального фахівця за лікування даної дитини, який встановлює контакт з родиною, погоджує відвідування пацієнта вдома, надає допомогу у взаємодії пацієнта із системою охорони здоров'я. Часті телефонні контакти з дити-

ною, його родиною є інтегральною частиною керування лікуванням даного хворого. Він повинен забезпечити дитину консультативною допомогою в бригаді медичних працівників.

Бронхіальна астма є багатофакторним захворюванням, але найбільш значимі серед них – фактори навколишнього середовища: сира квартира, запиленість квартири, недотримання санітарно-гігієнічного режиму, пасивне паління, наявність у квартирі алергенів, погана вентиляція та інше. Якщо швидкий візуальний огляд будинку (квартири) свідчить про вплив алергенів, повинен бути проведений повний аналіз навколишнього середовища. Це може включати визначення кількості алергенів, включаючи кліщів, що живуть у домашньому пилу, собак, кішок, тарганів, мишачих і щурячих випорожнень і грибків. Для ідентифікації наявності біочасток проводиться відбір проб повітря. Інженерне обстеження може виявити дефекти у водопостачанні (опаленні) і стінах. Один раз встановлені пускові фактори навколишнього середовища повинні бути викоренені або модифіковані. Керування лікуванням пацієнтів на даному етапі може також включати знищення комах, чищення або видалення килимів, заміну покриття матраців на спеціальне, непроникливе для кліщів, зниження вологості приміщень або НЕРА повітряна фільтрація, очищення зігрівальних і повітря-провідних шляхів і ремонт водопостачання (опалення). Ціна виправлень може бути значно меншою, ніж ціна повторних госпіталізацій або візитів у відділення невідкладної допомоги.

**Рівень G** – у випадку відсутності ефекту або прогресування захворювання при лікуванні в обласному алергологічному центрі діти направляються на лікування в Український центр дитячої алергології або за показаннями в алергологічну лікарню МОЗ України (сел. Солотвино) [7].

**Основна мета втручання** на всіх рівнях – зробити все необхідне для запобігання позаплановим відвідуванням пацієнтами медичних працівників, а наявність їх необхідно розглядати як дефекти своєї роботи, тому що незаплановані візити є показником некерованості хвороби, а також найбільшими споживачами ресурсів системи охорони здоров'я через часту госпіталізацію, звернення у відділення швидкої і невідкладної допомоги.

#### Список літератури

1. Інструкція про діагностику, клінічну класифікацію та лікування бронхіальної астми. Затверджено наказом МОЗ України від 30.12.99 №311.
2. Ласиця О.Л. Стан і перспективи розвитку дитячої алергології в Україні // Медичний всесвіт. – 2000. – №1. – С. 104-108.
3. Ласиця О.Л., Охотнікова О.М. Бронхіальна астма у дітей: Проблеми і перспективи діагностики та лікування / Нова медицина. – 2003. – №1(6). – С. 44-49.

4. Лусс Л.В., Богова А.В., Ильина Н.И. Новые промышленные технологии и астма // Научные труды европейского конгресса по астме: тезисы докладов, Москва, 9-12 сент. – 2001. – Том 2, №1. – С. 44-46.
5. Наказ МОЗ України від 02.05.02 №127 "Про організаційні заходи по впровадженню сучасних технологій діагностики та лікування алергічних захворювань".
6. Наказ МОЗ України від 03.05.01 №168 "Про оптимізацію диспансеризації населення на етапі реформування системи охорони здоров'я в Україні".
7. Наказ МОЗ України від 20.02.95 №33 "Про розвиток та удосконалення лікувально-профілактичної допомоги дітям з алергічними захворюваннями".
8. Рекомендації щодо діагностики і терапії бронхіальної астми / О.І. Ласиця, А.Ф. Мозолевський, І.С. Сміян та ін. – Київ, 1998. – 4 с.

### **МЕНЕДЖМЕНТ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

В.А. Огнев (Харьков)

На примере бронхиальной астмы предлагается система менеджмента аллергических заболеваний у детей на основе рационального использования людских, материальных и технических ресурсов системы здравоохранения.

### **MANAGEMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN**

V.A. Ognev (Kharkiv)

The system of management of children allergic diseases on the example of bronchial asthma has been suggested based on rational using of manpower, material and technical resources of the Public Health System.

## ДО ВІДОМА АВТОРІВ!

**Редакція журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України” за-  
прошує Вас до активної співпраці!**

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

**Тематична спрямованість журналу:** питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здо-ров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу жит-тя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охоро-ни здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти; організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововве-день; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медич-ної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я; міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: Київ 01601, вул. Димитрова, 5, корп. 10-а, 7 поверх) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 60 у.о. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата здійсню-ється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, **прізвище, ім'я та по-батькові (повністю)**, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким реда-кція буде спілкуватися.

- Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецен-зій – не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50), **літературні джерела, узяті з Internet, не зараховуються;**

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- **рефератів російською та англійською мовами з обов'язковим зазначенням прізвищ та ініціалів авторів цими мовами**, обсягом не більше 1/3–1/2 с.

- **Статті набираються на комп'ютері в програмі Word, зберігаються у форматі .rtf і подаються роздруковані з дискетою. Текст реферату слід друкувати шрифтом 12 пунктів з міжрядковим інтерва-лом – 1,5, додержуючись таких розмірів берегів (полів): верхній і нижній – 20 мм, лівий – 25 мм, правий – 10 мм. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаються на дискеті.**

- На першій сторінці зазначаються: **індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.**

- Список літератури подається зразу ж за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність.

Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. В бібліографічному описі книги потрібно зазначити прізвища та ініціали авторів, її назву (якщо чотири і більше авторів – назву книги, а потім за похилою лінією ініціали і прізвища всіх авторів або, якщо більше чотирьох, трьох авторів і слова "та ін."), місто, видавництво, рік видання, загальну кількість сторінок; статті – прізвище та ініціали авторів, назву періодичного видання (журналу, збірника наукових праць), рік, номер (том, випуск) і сторінки (початкова й остання); автореферату дисертації – прізвище та ініціали автора, назву автореферату, далі із заголовної літери після двох крапок вказують, на здобуття якого ступеня захищається дисертація і в якій галузі науки, коли і де захищалась (в якій науковій установі), місто та рік видання, загальну кількість сторінок. Скорочення слів і їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582-97 "Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила".

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х,ХІ). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті.

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважається негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 12 грн 50 коп. Бажаючим його придбати потрібно звертатися за тел. (0352) 22-80-09.

**Редакційна Рада**



З 1999 р. Українським інститутом громадського здоров'я спільно з Тернопільським державним медичним університетом видається журнал "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України".

Тематика журналу:

- питання державної політики охорони здоров'я;
- концептуальні основи реформування галузі;
- дослідження та прогнозування здоров'я населення;
- питання управління, економіки та інформатизації системи охорони здоров'я;
- проблеми підготовки медичних кадрів;
- правове та інформаційне забезпечення галузі тощо.

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

Слід зазначити, що журнал розрахований на керівників закладів охорони здоров'я всіх рівнів (головні лікарі районних, міських, обласних лікарень і санепідемстанцій), співробітників 20 кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, 18 кафедр і циклів медичної інформатики медичних закладів освіти, науковців-медиків та лікарів різних спеціальностей, студентів вищих медичних закладів освіти та курсантів закладів післядипломної освіти.

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 ум. од., одностороння – 170 ум. од.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 ум. од.

рекламні статті – 150 ум. од. за 1 авт. арк (40 000 знаків).

При необхідності розміщення Вашої реклами в журналі, звертайтеся за телефоном 216-81-51.

З надією на плідну співпрацю.

Головний редактор,  
директор Українського інституту  
громадського здоров'я,  
доктор медичних наук, професор

*В.М. Пономаренко*

## ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.93 №326 "Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики", рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.98 №297 "Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду", у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного співставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи), вартість якого становить 120 грн.

Довідки та замовлення за телефонами: (044)216-6662, 216-0775.

Директор Українського інституту  
громадського здоров'я,  
д.мед.н., проф.

*В.М. Пономаренко*