
Український інститут громадського здоров'я
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

2

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

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE AND
HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ–Тернопіль
“Укрмедкнига”
2006

УДК 312.6:616-053.2:001.8

В.Л. ВЕСЕЛЬСЬКИЙ, Н.В. МЕДВЕДОВСЬКА, Т.К. КУЛЬЧИЦЬКА, І.М. МАТВІЄНКО (Київ, Донецьк)

МОНІТОРИНГОВА ОЦІНКА ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ТА ЗАХОДИ ЩОДО ЙОГО ЗБЕРЕЖЕННЯ

Міністерство охорони здоров'я
Український інститут громадського здоров'я
Центральна міська клінічна лікарня №3

Охорона здоров'я дітей, забезпечення умов для їхнього всебічного розвитку визначені в Україні загальнонаціональним пріоритетом, що закріплено законодавчими актами, Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України [3]. Президентом В.А. Ющенком підписано Указ про оголошення 2006 р. Роком захисту дитини під час Всеукраїнської наради "З любов'ю та турботою про дітей". Для належних умов розвитку спеціалізованих видів педіатричної допомоги та удосконалення медичного обслуговування дітей усіх регіонів України серед короткострокових заходів розробленої МОЗ України Дорожньої карти стратегії і тактики структурних змін галузі передбачається утворення Національного дитячого медичного центру [7].

Здоров'я дітей можна охарактеризувати як стан їхньої життєдіяльності, що відповідає біологічному віку, гармонійній єдності фізичних та інтелектуальних характеристик, а також адекватному формуванню адаптаційних та компенсаторних можливостей дитячого організму в процесі його росту [1;2;4;6].

Забезпечення умов для належного формування і розвитку дитячого організму передбачає постійний моніторинг показників здоров'я дітей з метою визначення пріоритетних проблем, виявлення особливостей і тенденцій ста-

ну здоров'я, без знання про які неможливе здійснення відповідних заходів щодо його поліпшення.

Метою роботи стало визначення епідеміологічних характеристик перебігу хвороб дитячого населення і підлітків та пріоритетних заходів щодо збереження здоров'я цих контингентів.

Об'єкт і методи дослідження. У роботі використано дані офіційної статистичної звітності Центру медичної статистики МОЗ України [5]. Проведено аналіз структури і рівня захворюваності та поширеності хвороб за 19 класами, групами захворювань та окремими нозологічними формами. Надано динаміку змін показників здоров'я за п'ятирічний період спостереження (1999–2004 рр.).

Об'єктом дослідження були: діти (0–14 років), підлітки (15–17 років), населення України в цілому.

Статистичний аналіз ґрунтувався на отриманні відносних і середніх величин та їх помилок з оцінкою достовірності розходжень за величиною коефіцієнта *t* (Ст'юдента).

Результати дослідження. При аналізі захворюваності та поширеності хвороб у дитячого населення України за останні п'ять років нами виявлено сучасні тенденції їх рівня, структури та динаміки (табл. 1).

Таблиця 1. Рівні захворюваності та поширеності хвороб серед населення України у період 1999–2004 рр.

Група населення	Назва показника	Рік		Динаміка змін	
		2004 (абс.)	2004 (на 100 тис.)	2004/2003	2004/1999
Все населення	П	79783415	168170,1	102,99	119,11
	З	32573428	68659,4	100,69	103,85
Діти	П	12977478	179091,0	102,58	113,25
	З	9473732	130739,0	102,36	111,37
Підлітки	П	3565960	157995,0	103,44	110,37
	З	1950493	86419,0	102,45	105,12

* П – поширеність хвороб; З – захворюваність.

Захворюваність на всі хвороби є найвищою серед дітей (130,7 тис. на 100 тис.) і нижчою, ніж серед підлітків, на 34,0%. Поширеність хвороб є найвищою у населення літнього віку (249,3 тис. на 100 тис.) і у дітей (179,1 тис. на 100 тис.). Рідше по медичну допомогу з приводу всіх зареєстрованих хвороб зверталися підлітки і особи працездатного віку.

Моніторинг показників стану здоров'я дітей свідчить, що за останні п'ять років зберігається тенденція до зростання захворюваності (на 11,4%) та поширеності хвороб (на 13,2%). Найбільше підвищилася захворюваність на новоутворення (+28,0%), хвороби сечостатевої системи (+26,0%), нервової системи (+23,0%).

До хвороб, які зустрічаються серед дітей достовірно частіше, ніж у інших вікових групах, належать: інфекційна та паразитарна патологія ($t = 65,5$; $p < 0,001$); хвороби крові й кровотворних органів ($t = 51,8$; $p < 0,001$); вуха та соскоподібного відростка ($t = 9,2$; $p < 0,001$); органів дихання ($t = 90,8$; $p < 0,001$); шкіри та підшкірної клітковини ($t = 10,4$; $p < 0,001$); при-

роджені вади розвитку ($t = 12,4$; $p < 0,001$).

Рівень захворюваності міських дітей вищий на 56,0%, ніж сільських. Водночас, хвороби ендокринної системи, крові й кровотворних органів, системи кровообігу зустрічаються частіше у дітей сільської місцевості.

Серед окремих видів патології у дитячому віці особливої уваги потребують інфекційні захворювання. Вони мають велику питому вагу в структурі захворюваності і можуть бути причиною значних ускладнень здоров'я. У 2004 р. рівень інфекційної захворюваності дітей становив 61,2 випадку на 1000, що на 4,4% вище, ніж у 2003 р., і на 6,8% нижче, ніж у 1999 р.

Соціально небезпечні інфекційні хвороби мають тенденцію до поширення і суттєво впливають на рівень здоров'я дітей. У 2004 р. було зафіксовано 1,2 тис. звертань з приводу туберкульозу у дітей. Порівняно з 2003 р. рівень захворюваності дітей зріс на 2,2%. У період 1999–2004 рр. захворюваність дітей на туберкульоз збільшилася на 5,7% і досягла 9,3 випадку на 100 тис. (рис. 1).

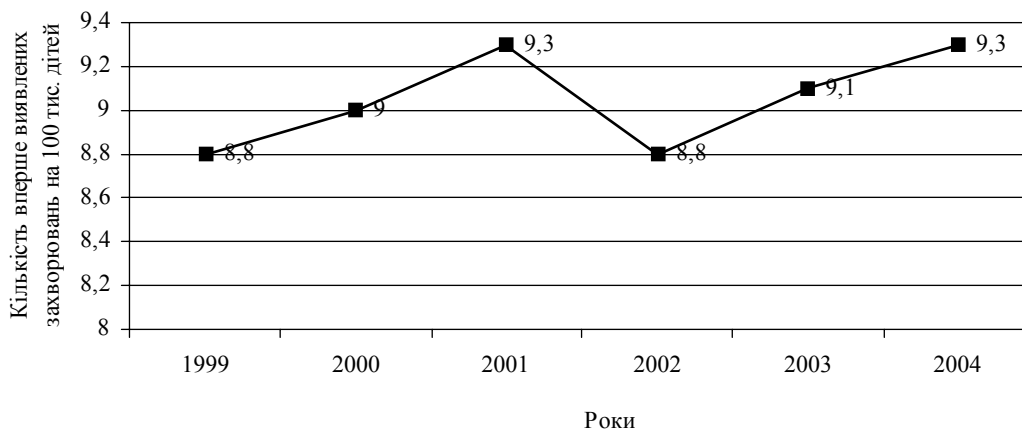


Рис. 1. Динаміка захворюваності дітей України на туберкульоз у період 1999–2004 рр. (на 100 тис. дитячого населення)

У 2004 р. найбільшою захворюваність дітей на активний туберкульоз була в Донецькій (17,7), Кіровоградській (16,3), Чернівецькій (15,6), Херсонській (15,5) областях, Луганській області та Автономній Республіці Крим (12,9), м. Києві (11,6 випадку на 100 тис.), де показники в 1,2–1,9 разу перевищували середній по державі.

Здоров'я дитячого населення характеризується високими рівнями захворюваності на хвороби крові й кровотворних органів. У 2004 р. показник захворюваності становив 20,65 випадку на 1000, а поширеності – 52,33. Протягом п'ятирічного періоду захворюваність та поширеність хвороб крові серед дитячого населення України збільшувалися.

Ендокринна патологія займає 1,8% у структурі захворюваності дітей і 5,4% у структурі поширеності хвороб серед дитячого населення. Протягом 2004 р. в заклади охорони здоров'я зафіксовано 172,8 тис. звернень з приводу ендокринної патології, що становить 23,9 первинного випадку захворювань на 1000 дітей. Рівень захворюваності за цим класом формується тиреоїдною патологією, цукровим діабетом та порушеннями обміну речовин.

Цукровий діабет є провідним ендокринним захворюванням. У 2004 р. рівень захворюваності на цю патологію становив 0,11 випадку на 1000 дітей. Поширеність діабету за останні п'ять років має тенденцію до зростання, з 1999 р. цей показник зріс на 22,2%, за останній рік – на 4,8% і досягнув 0,66 випадку на 1000 дітей (рис. 2).

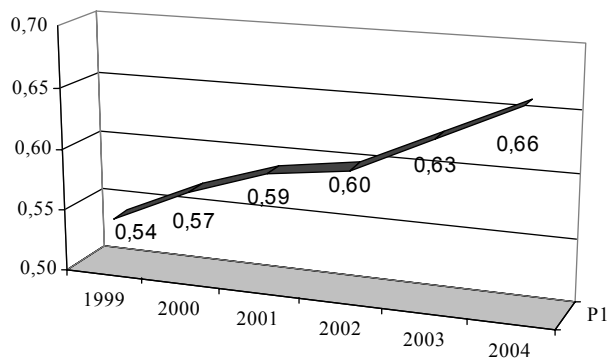


Рис. 2. Динаміка поширеності цукрового діабету серед дітей (на 1000 дитячого населення)

Поширеність хронічної патології органів дихання серед дитячого населення України має негативну динаміку. Так, рівень поширеності хронічних хвороб мигдаликів і аденоїдів зріс протягом 2004 р. на 1,6%, а за п'ятирічний період – на 19,0%. Кількість випадків хронічного риніту, фарингіту, назофарингіту за 2004 р. збільшилась на 5,1%, за п'ять років – на 25,2%. Водночас, рівень поширеності хронічного бронхіту у період 1999–2004 рр. знизився в 2 рази. Темп приросту рівня поширеності бронхіальної астми за п'ятирічний період становив 29,4%.

Рівень шкірної патології серед дитячого населення є стабільно високим. Має місце зростання усіх видів патології шкіри у дітей на 6,4%, контактного дерматиту – на 31,7%, atopічного дерматиту – на 24,0%, що поряд з іншими причинами є наслідком змін у навколишньому середовищі.

Серед дітей України продовжує зростати рівень вродженої патології. Темп приросту захворюваності за п'ятирічний період становить 12,8%. Вроджені аномалії серця і системи кровообігу почастишали на 17,7%.

Важливою проблемою в збереженні здоров'я дітей є зниження рівня травматизму. Незважаючи на певні успіхи у зменшенні його частоти в період 1999–2001 рр., протягом 2002–2003 рр. цей показник знову збільшився на 2,4% і перевищив рівень 1999 р. на 0,4%. У 2004 р. намітилася тенденція до зниження його рівня. Він досяг 45,2 випадку на 1000 дітей.

Значне поширення хронічних хвороб серед дитячого населення України визначає рівень дитячої інвалідності. Протягом 1999–2004 рр. показник інвалідизації дитячого населення збільшився на 13,8% і досягнув 170,4 випадку на 10 тис. Загальний контингент дітей-інвалідів становив 135,7 тис. Вперше стали інвалідами

у 2004 р. 15,9 тис. дітей, що складає 20,0 випадку на 10 тис. дитячого населення.

У структурі захворюваності і поширеності хвороб серед підлітків переважають хвороби органів дихання, шкіри та підшкірної клітковини, травми та отруєння, хвороби сечостатевої системи, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, органів травлення, ендокринної системи, ока та його придаткового апарата, нервової системи, частка яких у структурі захворюваності становить 78,0%, у структурі поширеності – 72,0%.

Порівняно з іншими віковими групами у підлітків реєструються достовірно найвищі рівні поширеності хвороб ендокринної системи, ($t = 5,4$; $p < 0,001$); нервової системи ($t = 63,1$; $p < 0,001$); кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($t = 95,3$; $p < 0,001$); травм, отруєнь ($t = 3,1$; $p < 0,001$).

За останні п'ять років найбільш значно зросли рівні захворюваності на новоутворення, хвороби системи кровообігу, природжені вади розвитку, крові й кровотворних органів та їх поширеність, захворюваність на хвороби сечостатевої системи, поширеність хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (у 1,3–1,6 разу).

Хвороби ендокринної системи є найчастішою патологією у підлітків порівняно з іншими віковими групами. Вони посідають четверте місце у структурі поширеності хвороб серед підлітків. Рівень поширеності ендокринної патології склав у 2004 р. 1345 на 10 тис. підлітків, тобто кожний 13-й підліток зі ста страждає на цю недугу. На зазначену патологію сільські підлітки хворіють значно частіше, ніж їхні міські однолітки. Більш поширеними серед підлітків є хвороби щитовидної залози, зокрема дифузний зоб I, II, III ступенів, на які хворіє відповідно 68585 міських і 9360 сільських підлітків. Ця патологія найчастіше зустрічається на територіях з йододефіцитом, до яких належать передусім області західного регіону – Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Рівненська, а також області, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, зокрема Чернігівська і Київська.

Однією з провідних причин інвалідизації підлітків є захворювання нервової системи та розлади психіки і поведінки. Причинами цього є стресові ситуації, підвищення інформаційного навантаження, участь у сімейних конфліктах, невміння справлятися з проблемами тощо, які призводять до постійної емоційної напруги і викликають порушення регуляції основних фізіологічних функцій, в тому числі пси-

хоемоційної сфери підлітків і молоді. Так, поширеність хвороб нервової системи зросла серед підлітків лише за останні п'ять років на 10,6% і складає 953,3 на 10 тис. підлітків.

До хвороб, на які найчастіше захворюють підлітки, належать і хвороби кістково-м'язової системи, захворюваність на які та їх поширеність за останні п'ять років почастишали відповідно на 5,0 і 26,8% і становлять 476,7 і 1429,0 на 10 тис. підлітків.

Тривожним є стрімке зростання споживання підлітками міцних спиртних напоїв і наркотичних речовин. Згідно з Європейським опитуванням учнівської молоді, здійсненим Державним інститутом проблем сім'ї та молоді, Українським інститутом соціальних досліджень у 1995, 1999, 2003 роках, більшість опитаних представників молодого покоління України має досвід "знайомства" з алкогольними напоями. У 2003 р. у свої 15–16 років кожна п'ята дівчина та кожний четвертий юнак вживали алкогольні напої 40 разів і більше. Частка хлопців і дівчат віком 13–15 років, які за ос-

танні 12 місяці вживали алкоголь 20 разів і більше, у 2003 р. порівняно з 1999 р. зросла відповідно на 6 і 3%, хлопців і дівчат 15–16 років – відповідно на 6% і 1%. Вживають пиво частіше ніж щотижня 15% підлітків 13–15 років, 20% – 15–16-річних і 25% – 16–17-річних. Вживають вино частіше ніж щотижня 6% підлітків 13–15 років, 7% – 15–16-річних, 8% – 16–17-річних. Отримані дані виявили, що майже 3% хлопців та 1% дівчат вже можна віднести до залежних від алкоголю, оскільки вони практикують практично щоденне його вживання.

Надмірне вживання алкоголю підлітками є причиною розвитку у них розладів психіки, які реєструвалися у 2004 р. з частотою 4,2 на 100 тис., вперше виявлені хронічні алкогольні синдроми – з частотою 2,5 випадку на 100 тис., гострі психотичні алкогольні розлади – з частотою 0,09 на 100 тис. Найвищі рівні розладів психіки та поведінки у 2004 р. зареєстровано у м. Севастополі, Донецькій та Луганській областях (рис. 3).

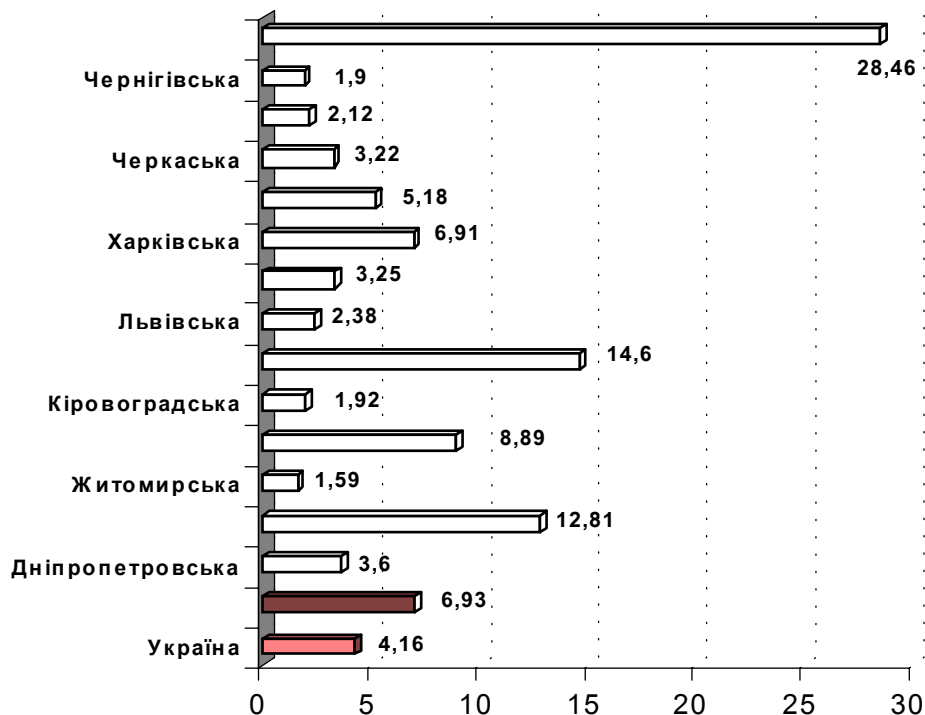


Рис. 3. Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин серед підлітків України у 2004 р. (на 100 тис.)

Питома вага підлітків, які вживали протягом життя будь-які наркотики, зросла серед хлопців з 20% у 1995 р. до 27% у 1999 р. та до 29% у 2003 р., серед дівчат – відповідно з 9% до 14% та 12%. Відсоток підлітків, які протягом життя вживали марихуану або гашиш, збільшився з 29% у 1995 р. до 39% у 1999 р. та до 41% у 2003 р.

Частими серед підлітків є розлади психіки та поведінки від вживання наркотичних речовин. У 2003 р. вперше звернулися по допомогу з цієї причини 211 підлітків (або 9,1 на 100 тис.), у 2004 р. – 133 (або 5,9 на 100 тис.) всього їх налічувалося 357 (або 15,5 на 100 тис.) у 2003 р. і 270 (або 12,0 на 100 тис.) у

2004 р. З метою лікування та реабілітації у 2004 р. всього зафіксовано 938 звертань до ЛПЗ (або 41,6 на 100 тис.). У 2003 р. їхня кількість становила 1024 (або 44,4 на 100 тис.).

В умовах складної екологічної ситуації підвищується рівень мутагенних навантажень на населення. Це значною мірою є причиною виникнення природжених вад розвитку. За останні п'ять років поширеність цієї патології серед підлітків зросла на 32,6%, за останній рік – на 10,3%.

Важливу роль у формуванні здоров'я підлітків відіграють травми, отруєння та інші наслідки дії зовнішніх чинників. Вони є частотою причиною розладів здоров'я, інвалідизації та смертності і займають у структурі захворюваності третє місце. Позитивним моментом є зниження рівня травм і отруєнь серед підлітків за останні п'ять років з 605,2 до 584,2 на 10 тис. підлітків. Водночас, за останній рік поширеність травм і отруєнь зросла на 2,1%. Травми та отруєння серед юнаків зустрічаються у 1,9 рази частіше, ніж у дівчат.

Аналіз здоров'я дітей і підлітків свідчить про необхідність постійної підвищеної уваги до проблем дитячого і підліткового населення. Пріоритетами в охороні здоров'я дітей і підлітків є: забезпечення належних умов для зміцнення фізичного, духовного та соціального благополуччя; створення моніторингової діагностично-оздоровчої інформаційно-аналітичної системи "Здоров'я дітей та підлітків"; забезпечення санітарно-епідеміологічного нагляду довкілля; якісного харчування дітей та матерів; дотримання санітарно-гігієнічних норм у закладах освіти; запровадження профілактичних програм боротьби з наркоманією, туберкульозом; здійснення профілактичних оглядів, диспансерного нагляду, системи медико-соціальної, правової допомоги дітям.

Поліпшенню стану здоров'я дітей і підлітків сприятимуть: підготовка проекту Державної комплексної програми "Діти-інваліди"; організація центрів медико-соціальної реабілітації неповнолітніх і інвалідів; створення умов для ефективного функціонування медико-генетичної служби; розробка критеріїв якості медичного забезпечення дитячого і підліткового населення в ЛПЗ; забезпечення доступною і якісною медичною допомогою дітей і підлітків, які проживають в екологічно несприятливих регіонах, сільській місцевості; удосконалення діяльності та атестація "клінік, дружніх до молоді" та "лікарень, доброзичливих до дитини" та ряд інших.

Висновки

Моніторинг стану здоров'я населення є невід'ємною складовою управління у сфері охо-

рони здоров'я, дає змогу виявляти проблемні ситуації і є основою для обґрунтування шляхів їх вирішення. Дані про характер та інтенсивність ураження дітей і підлітків тими чи іншими видами патології можуть розглядатися як відповідні популяційні характеристики.

До пріоритетних проблем у дітей належать інфекційна та паразитарна патологія, хвороби крові й кровотворних органів, вуха та соскоподібного відростка, органів дихання, шкіри та підшкірної клітковини, природжені вади розвитку, які у них реєструються частіше, ніж у інших вікових групах. Серед окремих видів патології у дітей за останні п'ять років найбільше зросла захворюваність на новоутворення (+28,0%), хвороби сечостатевої системи (+26,0%), нервової системи (+23,0%).

У підлітків порівняно з іншими віковими групами є достовірно найвищою частота випадків хвороб ендокринної, нервової систем, кістково-м'язової системи і сполучної тканини, травм та отруєнь. У період 1999–2004 рр. у підлітків найбільш значно підвищилися захворюваність на новоутворення, хвороби системи кровообігу, природжені вади розвитку, хвороби крові й кровотворних органів, сечостатевої системи (у 1,3–1,6 разу).

Незважаючи на меншу кількість звертань у лікувально-профілактичні заклади сільських дітей та підлітків, у сільській місцевості значно частіше, ніж у міській, реєструються хвороби ендокринної системи, крові й кровотворних органів, системи кровообігу (у дітей), хвороби крові й кровотворних органів, ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду, розлади психіки та поведінки, хвороби ендокринної системи (у підлітків), що потребує подальших наукових досліджень для з'ясування причин цих відмінностей.

Аналіз здоров'я дитячого населення свідчить про необхідність застосування комплексного міжсекторального підходу, спрямованого на поліпшення умов життя, стану довкілля, забезпечення якісною і доступною медичною допомогою. Актуальним завданням формування відповідального ставлення кожної сім'ї до власного здоров'я і здоров'я своїх дітей. Основними заходами державних цільових програм в охороні здоров'я, спрямованих на поліпшення здоров'я дитячого населення, є вдосконалення системи збереження і зміцнення здоров'я дітей, управління здоров'ям дітей у навчальних закладах, створення умов для підвищення якості харчування дітей і матерів, розвиток нових технологій щодо зміцнення здоров'я, удосконалення матеріально-технічної бази лікувальних закладів та нормативно-правової бази з питань охорони здоров'я дітей.

Список літератури

1. Антипкін Ю.Г. Стан здоров'я дітей в умовах дії різних екологічних чинників// Мистецтво лікування. – 2005. – №2. – С. 17–23.
2. Гойда Н.В. Проблеми інвалідизації дитячого населення та шляхи їх вирішення// Охорона здоров'я України. – 2003. – №1. – С. 36–39.
3. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. – К., 2001. – 30 с.
4. Лук'янова О.М. Проблеми здоров'я здорової дитини та наукові аспекти профілактики його порушень// Мистецтво лікування. – 2005. – №2. – С. 6–15.
5. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2003–2004 роки / Центр медичної статистики МОЗ України. – К., 2005. – 315 с.
6. Пономаренко В.М. Вивчення стану здоров'я дітей – складова частина формування програм розвитку охорони здоров'я// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – №2. – С. 5–7.
7. Україна медична// Здоров'я України. – 2005. – №20. – С. 8.

МОНИТОРИНГОВАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ЕГО СОХРАНЕНИЮ

В.Л. Весельский, Н.В. Медведовская, Т.К. Кульчицкая, И.Н. Матвиенко (Киев, Донецк)

В работе проанализированы структура и уровень заболеваемости болезнями по классам, отдельным группам и нозологическим формам и их распространенности у детей и подростков Украины за пятилетний период наблюдения (1999–2004 гг.). Осуществлен статистический анализ относительно выявления болезней, которые у детского населения встречаются чаще, чем в других возрастных группах. Выявлены особенности заболеваемости в сельской и городской местностях. Определены приоритетные мероприятия, направленные на улучшение состояния здоровья детей и подростков.

MONITORING ESTIMATION OF CHILDREN'S HEALTH AND ACTIVITIES ON ITS PRESERVE

V.L. Veselsky, N.V. Medvedovska, T.K. Kulchitska, I.N. Matvienko (Kiev, Donetsk)

The structure, level of morbidity and prevalence of diseases among classes, separate groups and nosological forms of Ukrainian children and adolescent for the period of 5 years (1999–2004) are analyzed in the article. Statistical analyze of diseases diagnose that are occurred more often in childhood then in other age groups is realized. The peculiarities of diseases in rural and urban areas are discovered. The priority actions are directed to the improvement of children and adolescent health are determined.

УДК 314.4(477)

В.М. ПОНОМАРЕНКО, В.Л. ВЕСЕЛЬСЬКИЙ, Л.А. ЧЕПЕЛЕВСЬКА, Г.І. БАТОРШИНА (Київ)

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

Український інститут громадського здоров'я
Міністерство охорони здоров'я України

Актуальність дослідження зумовлена кризовою медико-демографічною ситуацією в Україні протягом останніх 15 років. Криза проявляється в значному перевищенні рівня смертності населення (16,0‰) над коефіцієнтом народжуваності (9,5‰), що призводить до від'ємного природного приросту та депопуляції. Щорічно за рахунок високої смертності та низької на-

роджуваності країна втрачає майже 350 тис. осіб у загальній чисельності населення [1–5].

Метою даного дослідження було виявлення особливостей рівнів смертності серед населення України в регіонах залежно від статі та місця проживання.

Матеріали та методи. Вивчено дані Держкомстату за період 1995–2004 рр. за показ-

никами смертності. У дослідженні використано методи демографічної, медичної та математичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. За медичною типологією території України, запропонованою П.П. Грабовським (1967), країна поділяється на 5 регіонів: Південно-Східний, Південний, Північно-Східний, Центральний, Західний. Найвищий

рівень смертності серед регіонів спостерігається в Північно-Східному – 19,3‰, досить високий – у Південно-Східному (17,1‰), середні значення – в Центральному (16,4‰) та Південному (15,5‰), найнижчі – в Західному (13,4‰) регіонах.

За минуле десятиріччя коефіцієнт загальної смертності зріс від 3,6% в Південно-Східному до 9,0% у Північно-Східному регіонах (рис. 1).

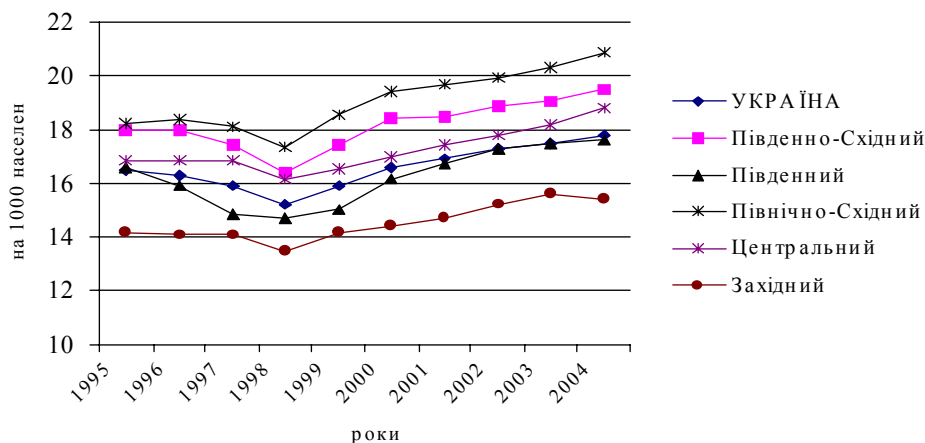


Рис. 1. Динаміка смертності серед усього населення по регіонах України за 1995–2004 рр.

Спостерігається така особливість, притаманна всім регіонам, – зниження смертності від 1995 р. до 1998 р. і повторний підйом з 1999 р. до 2004 р. Темпи зниження смертності в 1995–1998 рр. були найвищими в Південному (на 8,7%), Південно-Східному (на 7,8%), помірними в Центральному (на 5,1%), найнижчими в Західному (на 4,7%) та Північно-Східному (на 3,4%) регіонах.

Темпи зростання рівня смертності в 1999–2004 рр. зафіксовано вдвічі більші, ніж зниження: в Південному регіоні – на 14,0%, далі в Центральному – на 12,8%, Південно-Східному – на 11,8%, Північно-Східному – на 10,7% і в Західному регіоні – 10,1%.

Але на окремих адміністративних територіях темпи зростання рівня смертності протягом 1998–

2004 рр. досягали більш значних величин: в Автономній Республіці Крим – 18,9%, в Житомирській – 16,6%, у Полтавській – 14,8%, у Луганській – 14,7%, у Донецькій – 14,4%, у Дніпропетровській областях – 14,1% і в м. Севастополі – 21,8%.

Смертність чоловіків в Україні на 23,0% вища за жіночу і темпи зростання її рівня за минуле десятиліття спостерігаються значно вищі: лідирує Північно-Східний (14,8%), далі Центральний (11,2%), Західний (9,2%), Південно-Східний (8,3%) регіони.

До 1998 р. темпи зниження рівня смертності серед чоловіків зафіксовано найвищі в Південному (11,4%), досить високі – в Південно-Східному (8,9%), в інших регіонах – на рівні 4,1–5,0% (рис. 2).

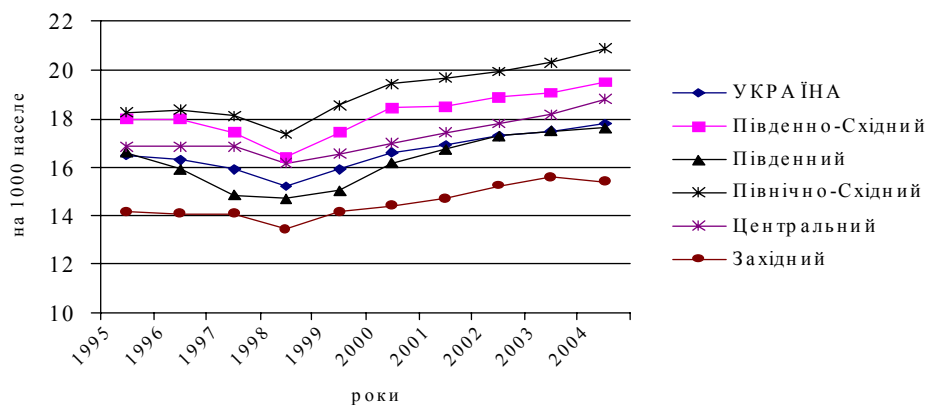


Рис. 2. Динаміка смертності серед чоловіків по регіонах України за 1995–2004 рр.

У період 1998–2004 рр. темпи підйому рівня смертності серед чоловіків були найвищими в Північно-Східному (20,8%), далі – у Південному (19,7%), Південно-Східному (18,9%) регіонах. Дещо нижчими – в Центральному (16,0%) та Західному (14,9%) регіонах.

На окремих адміністративних територіях темп зростання рівня смертності серед чоловіків у період 1998–2004 рр. сягав 27,0% в Автономній Республіці Крим, 25,2% у м. Севастополі, 20,1% у Житомирській, 15,0–15,6%

у Київській, Донецькій, Черкаській областях.

В Україні рівень смертності серед жінок нижчий, ніж серед чоловіків, і становив у 2004 р. 14,5‰ проти 17,8‰ серед чоловіків. У регіональному аспекті проявляються особливості смертності жінок. Найвищий її рівень спостерігається також в Північно-Східному регіоні (17,9‰), на другому місці – Центральний з показником 16,2‰, на третьому – Південно-Східний (15,2‰), далі Південний (13,7‰) і Західний (12,3‰) регіони (рис. 3).

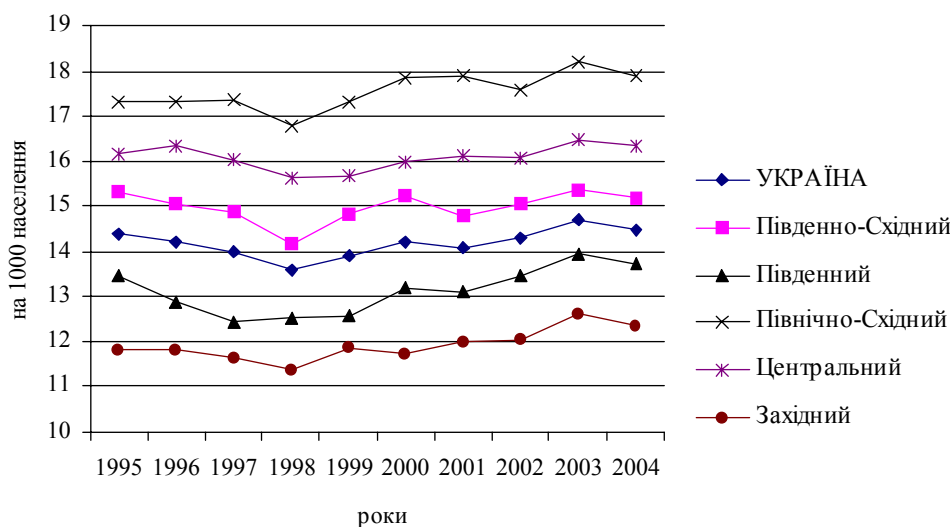


Рис. 3. Динаміка смертності серед жінок по регіонах України у 1995–2004 рр.

Темпи зниження рівня смертності серед жінок з 1996 р. по 1998 р. зафіксовано менші, ніж у чоловіків, і становили 5,5% проти 7,8%. По регіонах найвищі темпи як серед жінок, так і серед чоловіків були в Південно-Східному (9,1%) та Південному (7,4%) регіонах. В інших регіонах темпи зниження її рівня дорівнювали 2,9–3,7%. Особливістю смертності серед жінок за минуле 10-річчя є повторне зниження її рівня у 2001 р. В цілому по Україні воно було незначне і становило лише 0,7%, але в Південно-Східному регіоні – 2,6%, в Південному – 0,76%. В Північно-Східному регіоні рівень смертності в 2001 р. був таким же, як і в 2000 р., а зниження на 1,7% відбулося в 2002 р. В Центральному й Західному регіонах її рівень підвищився відповідно на 0,6 та 2,6%.

Кількість смертей серед жінок збільшилась у 2002–2003 рр., а в 2004 р. почала зменшуватись на 1,4% по Україні в цілому й від 1,2% в Центральному до 2,4% в Західному регіонах.

Зниження рівня смертності серед жінок у 2004 р. порівняно з 2003 р. зафіксовано майже в усіх адміністративно-територіальних одиницях: найбільше у Чернівецькій (на 4,6%), Херсонській (на 4,2%) та Полтавській (на 3,4%)

областях. Однак він збільшився в Закарпатській області на 3,7% та в м. Севастополі на 3,2%.

Аналіз смертності серед міського населення свідчить про такі особливості: в 2004 р. порівняно з 1995 р. її рівень зріс на 5,9% по Україні в цілому, в Північно-Східному регіоні – на 12,8%, в Західному – на 11,1%, в Центральному – на 9,6% (рис. 4). Серед міського населення у період 1996–1998 рр. також спостерігалось його зниження (на 8,1%): найвищі темпи – в Південному (на 10,4%), Південно-Східному (на 7,2%) та Західному (на 5,0%) регіонах, найнижчі – в Північно-Східному та Центральному регіонах (відповідно 3,7 та 3,5%).

Серед міського населення зростання рівня смертності відбувалось в 1999 р. та 2000 р., а з 2001 р. він дещо знизився – на 0,72% по Україні в цілому та на 1,9% в Південно-Східному регіоні.

Однак, починаючи з 2002 р., до 2004 р., смертність серед міського населення в цілому по Україні та в окремих її регіонах неухильно збільшувалась і в 2004 р. найвищий її рівень спостерігався в Південно-Східному (16,0‰), Північно-Східному (15,0‰) та Південному (14,8‰) регіонах. У Центральному та Західно-

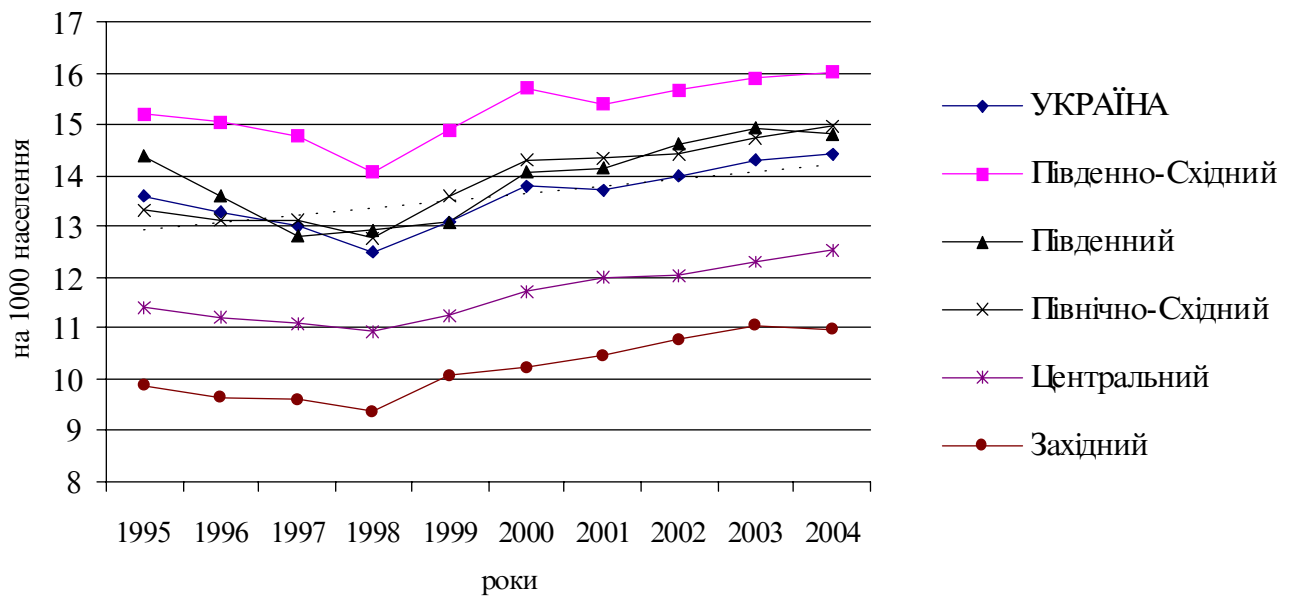


Рис. 4. Динаміка смертності серед міського населення по регіонах України за 1995–2004 рр.

му регіонах цей показник був нижчим – відповідно 12,5 та 11,0‰. В окремих областях найбільш високі коефіцієнти смертності зафіксовано в Луганській (17,2‰), Донецькій (17,1‰), Дніпропетровській (16,1‰), Харківській (15,2‰) областях. У динаміці за 10 років найвищі темпи її приросту спостерігались в Житомирській (на 21,2%), Івано-Франківській (на 15,3%), Сумській (на 15,3%), Тернопільській (на 14,8%), Закарпатській (на 13,9%), Волинській (на 13,7%), Черкаській (на 13,1%)

областях. І лише в м. Києві за цей час показник знизився на 7,0%.

Рівень смертності серед сільського населення в Україні вищий, ніж серед міського (рис. 5). У 2004 р. по Україні в цілому він становив 19,6‰ і був на 36,1% вищим за міський рівень: у Північно-Східному – 26,2‰ (на 74,7% вищий за міський рівень), у Центральному – 22,9‰ (на 83,2%), у Південно-Східному – 21,1‰ (на 31,8%), у Південному – 16,7‰ (на 12,8%), у Західному – 15,6‰ (на 41,8%).

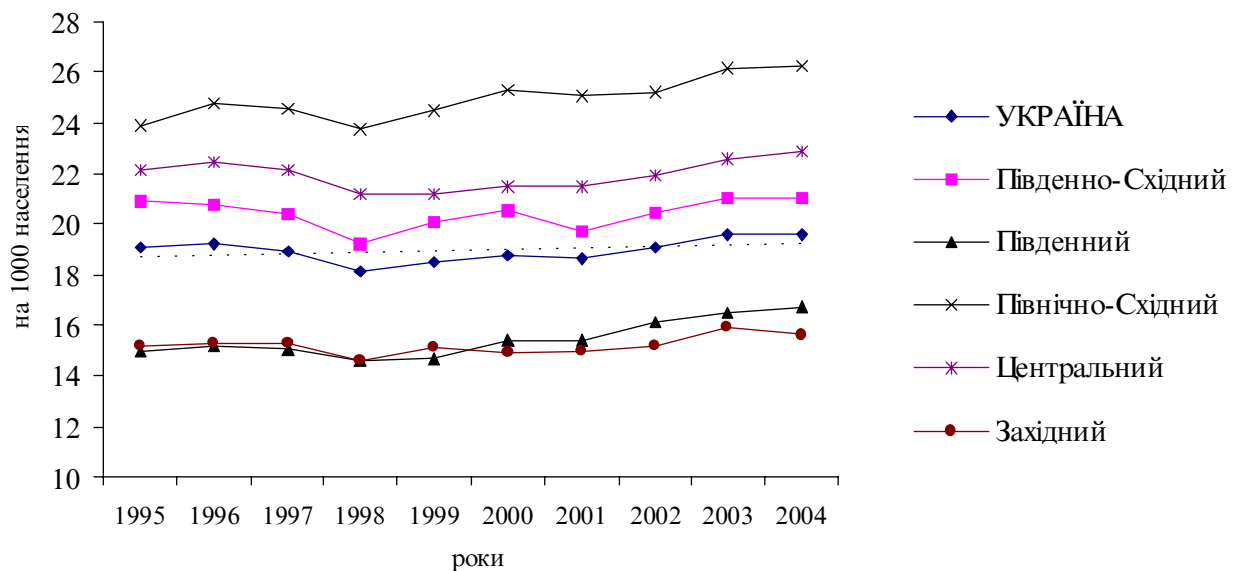


Рис. 5. Динаміка смертності серед сільського населення по регіонах України за 1995–2004 рр.

У 1996–1998 рр. в Україні також спостерігалось серед сільського населення зниження рівня смертності, однак воно було менш значним і не зачепило 1996 р., за винятком Південно-Східного регіону, де відбувався цей процес

протягом трьох років (7,6%). В інших регіонах у 1996 р., навпаки, рівень смертності зріс: у Північно-Східному – на 3,8%, у Південному – на 2,0%, у Центральному – на 1,3%, у Західному – на 0,6% та по Україні в цілому – на 0,5%.

У наступні два роки (1997–1998) смертність сільського населення знизилась по Україні на 5,7%, у Південно-Східному – на 7,6%, у Центральному – на 5,4%, у Західному – на 4,6%, у Північно-Східному – на 4,4%, у Південному регіонах – на 4,0%.

У 2001 р. відбулося ще одне незначне зниження рівня смертності сільського населення. В цілому по Україні це становило 1,1%, в Північно-Східному регіоні – 0,8%, в Південно-Східному – 3,9%.

У цілому за досліджений 10-річний період рівень смертності серед сільського населення, попри коливання, збільшився на 2,6% по Україні, на 12,1% в Південному регіоні, на 9,6% в Північно-Східному і від 3,6 до 1,0% в інших регіонах.

По областях у 2004 р. зазначені рівні сягають таких значень: у Чернігівській – 29,2%, у Сумській – 25,7%, у Полтавській – 23,8%, у Київській – 23,7%, у Житомирській – 23,4%, у Черкаській областях – 23,2%.

У динаміці за період 1995–2004 рр. більш значне зростання рівня смертності спостерігалось в Автономній Республіці Крим (на 12,8%), у Чернігівській області (на 12,3%), у Житомирській (на 11,4%) та в м. Севастополі (на 72,3%).

Висновки

1. Регіональні особливості смертності населення проявлялися в тому, що у період 1995–2004 рр. рівень смертності зріс в усіх регіонах, найбільше в Північно-Східному (9,0%) та в Житомирській області (на 15,1%). У 1996–1998 рр. зафіксовано зниження показників смертності, найвідчутніше в Південному (на 8,7%) та Південно-Східному (на 7,8%) регіонах. В наступні роки спостерігався зріст коефіцієнта смертності, особливо в Південному (на 14%) та Центральному (на 12,8%) регіонах, а в м. Севастополі – на 21,8%, Автономній Республіці Крим – на 18,9%, Житомирській області – на 16,6%.

2. Рівень смертності серед чоловіків на 23,0% перевищував такий серед жінок, і найбільше його зростання в 1995–2004 рр. спостерігалось в Північно-Східному (на 14,8%) та Центральному (на 11,2%) регіонах. Після короткотривалого зниження в 1996–1998 рр. найбільший підйом зафіксовано в Північно-Східному (на 20,8%) та Південному (на 19,7%) регіонах, а також в АРК (на 27%), м. Севастополі (на 25,2%), Житомирській області (на 20,1%). Коефіцієнт смертності серед жінок був найвищим у Північно-Східному (17,9%), та Центральному (16,2%) регіонах, динамічні відхилення були незначними.

3. Рівень смертності сільського населення на 36,1% вищий за міський. Темпи збільшення протягом 10 років спостерігались найвищі в Північно-Східному (на 12,8%) і Західному (на 11,1%) регіонах серед міського населення та в Південному (на 12,1%) і Північно-Східному (на 9,6%) серед сільського населення, а також у м. Севастополі (на 72,3%), Автономній Республіці Крим (на 12,8%), Чернігівській (на 12,3%) області.

4. За показником загальної смертності найгірша ситуація склалася в Північно-Східному регіоні, який лідирує за темпами збільшення у 10-річний період рівня смертності серед усього населення, чоловіків, міського та сільського населення. На другому місці – Південний регіон, де зафіксовано найвищі значення серед сільських жителів протягом 10 років та усього населення і чоловіків на відрізьку 1998–2004 рр. Найбільші темпи приросту рівня смертності мали Автономна Республіка Крим та м. Севастополь серед сільського населення протягом 10 років, усього населення та чоловіків у 1998–2004 рр.

Таким чином, коефіцієнт смертності має свої особливості в рівнях і темпах змін у різних регіонах та адміністративно-територіальних одиницях, він чутливо реагує на зміни, які відбуваються в суспільстві і може бути орієнтиром для управлінських впливів.

Список літератури

1. Агарков В.И., Пovyшева О.А., Грищенко С.В. Смертность населения и её детерминанты в условиях Донбасса. – Донецк: Донецкий гос. мед. ун-т, 1999. – 146 с.
2. Демографічна криза в Україні: Проблеми дослідження, витоки, складові, напрямки протидії / За ред. В. Стешенко. – К.: Ін-т економіки НАН України, 2001. – 560 с.
3. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України в 2004 році: Стат. бюлетень. – К.: Держкомстат України, 2005. – 81 с.
4. Статистичний щорічник України за 2003 рік. – К.: Консультант, 2004. – 632 с.
5. Шевчук Л.Т. Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу: регіональний аналіз і прогноз. – Львів: Ін-т регіональних досліджень НАН України, 2003. – 489 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

В.М. Пономаренко, В.Л. Весельский, Л.А. Чепелевская, А.И. Баторшина (*Київ*)

Представлены тенденции смертности населения Украины за 10 лет (1995–2004) в зависимости от региона или административно-территориальной единицы, пола, места жительства.

MODERN TENDENCIES OF MORTALITY OF UKRAINIAN POPULATION

V.M. Ponomarenko, V.L. Veselsky, L.A. Chepelevskaya, A.I. Batorshina (*Kiev*)

Tendencies of mortality of Ukrainian population for 10 years (1995–2004) in dependence of region or administrative and territorial division, sex, place of residence are represented.

УДК 613.84:616-006(477)

Д.В. ВАРИВОНЧИК, А.М. НАГОРНА, Л.М. ГРУЗОВА, І.П. ЛУБЯНОВА, А.М. ХАРЖЕВСЬКА (Київ)

РОЛЬ ТЮТЮНОКУРІННЯ У ФОРМУВАННІ РИЗИКУ ПРОФЕСІЙНОЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ДИХАННЯ В УКРАЇНІ

Інститут медицини праці АМН України

Тютюновий дим містить понад 50 канцерогенних речовин. Доведено, що ці речовини здійснюють прямий канцерогенний вплив на клітини системи дихання, а також є модифікаторами канцерогенезу, за синергічним принципом, у разі дії на людину радону, азбесту, миш'яку, іонізуючого випромінювання тощо [2].

Рак бронхів та легень є одним з найпоширеніших зл�акісних захворювань у всьому світі. Вважається, що 90,0% раку цієї локалізації обумовлено тютюнокурінням. Так, лише у 2000 р. від нього померло більш ніж 0,33 млн осіб, що курили [10]. Епідеміологічними дослідженнями доведено, що ризик виникнення раку бронхів й легень у курців залежить від дози та тривалості куріння і перевищує загальнопопуляційний ризик у 10–25 разів [11]. Раніше нами встановлено, що на розвиток онкологічної патології як серед чоловіків, так і жінок Європи вірогідно впливає тютюнокуріння (за показником кількості викурених цигарок протягом року після 15 років життя) ($r=0,31-0,69$, $p<0,05$) [1]. В основі патогенезу раку органів дихання, який викликається тютюновим димом лежить пошкодження генів TP53, і попереджають неопластичну трансформацію епітеліальних клітин системи дихання [8].

В Україні онкологічна патологія органів дихання (трахеї, бронхів, легень) посідає перше

місце у структурі онкологічної захворюваності (21,0%) та смертності (26,8%) серед чоловічого населення віком від 30 років. Лише у 2003 р. на рак цієї локалізації захворіло 20 078 осіб, з них чоловіки становили 83,1% [6]. Така висока статева диспропорція захворюваності на онкологічну патологію органів дихання пов'язується із меншою зайнятістю жінок на роботах з шкідливими і небезпечними умовами, визначеними трудовим законодавством України, а також більшим впливом на чоловіків канцерогенних факторів, які надходять в органи дихання інгаляційним шляхом під час тютюнокуріння та праці в шкідливих умовах виробництва (пил двоокису кремнію, азбесту, сажі, пари бензолу, ароматичних вуглеводнів, вініл хлориду, аерозолі важких металів – нікелю, хрому тощо) [3;5]. Низкою досліджень доведено значне збільшення ризику онкологічної патології органів дихання під впливом тютюнокуріння серед працюючих у шкідливих виробничих умовах [7;9;11–13]. За даними деяких авторів встановлено, що ризик канцерогенного впливу тютюнового диму може помножити негативну дію шкідливих виробничих факторів – азбесту, миш'яку, органічних речовин, зварювального аерозолу, іонізуючого випромінювання [4].

В Україні майже не проводились визначення впливу тютюнокуріння на ризик виникнен-

ня виробничо обумовленої онкологічної патології органів дихання, що визначило актуальність даного дослідження.

Метою дослідження стало визначення ризику виникнення онкологічної патології серед працездатного населення залежно від наявності серед них тютюнокуріння.

Матеріали та методи. Проведено п'ятирічне епідеміологічне спостереження (2000–2004 рр.) за працюючим населенням у різних галузях народного господарства м. Києва (генеральна сукупність – 1 008 852 чол.).

Дослідження зв'язку між захворюваністю на онкологічну патологію органів дихання (трахеї, бронхів, легень) і впливом тютюнокуріння та шкідливих виробничих факторів проводилось на базі Київських спеціалізованих медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) (онкологічного та пульмо-фтизіатричного) (955 осіб) методами поглибленого вивчення професійного анамнезу та способу життя (наявність шкідливих звичок).

Визначення епідеміологічних особливостей виникнення онкологічної патології серед чоловіків працездатного віку проводилось шляхом порівняння трьох груп дослідження (по 200 осіб), які різнилися між собою за наявністю факторів ризику – тютюнокуріння (ТК) та праця в канцерогенонебезпечних умовах (КР). I група – відсутній канцерогенний ризик (КР-), наявне тютюнокуріння (при стажі паління понад 20 років та середньодобовою кількістю інгальованих смол, більшою ніж 200 мг) (ТК+); II група – наявний канцерогенний ризик (КР+) і тютюнокуріння (ТК+); III група – наявний канцерогенний ризик (КР+), відсутнє тютюнокуріння (ТК-). Проводився повіковий аналіз стандартизованих рівнів онкологічної захворюваності та їх порівняння із загальнопопуляційними рівнями та між собою (за даними Українського канцер-реєстру за 2003 р.).

Отримані дані оброблялись статистичними методами (параметричний аналіз). Розраховувались стандартизовані за віком та статтю рівні захворюваності. Проводилась оцінка відносного ризику (RR). Вірогідність даних оцінювалась за показниками Стьюдента (p).

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідженням встановлено, що за період п'ятирічного спостереження в м. Києві на онкологічну патологію органів дихання захворіло 780 чоловіків та 175 жінок працездатного віку. Середні рівні захворюваності для осіб працездатного віку становлять (на 100 тис. населення): чоловіки – $30,6 \pm 1,8$, жінки – $7,0 \pm 1,2$ ($p < 0,01$). Рівні захворюваності як серед чоловіків, так і жінок на онкологічну патологію

органів дихання є неоднаковим і залежать від галузі народного господарства, де працювали хворі. Найбільші її рівні спостерігаються в галузях народного господарства, де працівники зазнають тривалого впливу канцерогенних виробничих факторів (на 100 тис. відповідного населення): обробна промисловість (чол. – 73,9, жін. – 21,0), будівництво (чол. – 64,0, жін. – 13,4), енергетика (чол. – 51,8), добувна (чол. – 48,2). При цьому рівні захворюваності серед чоловіків у 3,5–4,8 разу перевищують такі серед жінок.

Серед хворих на онкологічну патологію органів дихання на виробництвах із багаторічним впливом канцерогенних факторів низької інтенсивності працювало 434 чоловіки (55,6% усіх хворих на онкологічну патологію даної локалізації) та 37 жінок (21,1%). Середній стаж роботи становив: для чоловіків – $28,2 \pm 5,6$ року, для жінок – $26,4 \pm 3,4$ року. Встановлено, що показники відносного ризику (RR) виникнення онкологічної патології органів дихання найвищі серед працівників таких галузей народного господарства: будівництво (чол. – 3,2; жін. – 14,4), транспорт (чол. – 1,8), обробна промисловість (чол. – 1,4; жін. – 1,5), де працівники м. Києва зазнають найбільшого впливу на систему дихання канцерогенних факторів (перевищення ГДК у 1,1–2,5 разу):

- на будівництві та в обробній промисловості – лакофарбні матеріали, пили двоокису кремнію, азбесту, зварювальні аерозолі важких металів (хрому, нікелю), органічних речовин (бензолу, ароматичних вуглеводнів тощо);
- на транспорті – продукти переробки нафти (паливно-мастильні матеріали) та кінцеві продукти їх згорання, пил двоокису кремнію.

При аналізі рівнів захворюваності на рак трахеї, бронхів та легень серед чоловіків працездатного віку залежно від умов праці та наявності шкідливої звички тютюнокуріння встановлено:

- у I групі досліджених онкологічних хворих, які не працюють на канцерогенонебезпечних виробництвах, але курять, рівні онкологічної захворюваності перевищують середньопопуляційні рівні серед осіб віком 45–50 років і при перерахунку в інтенсивний показник збільшуються у віці 55–60 років до 203,5 на 100 тис. населення, займаючи проміжну позицію між рівнями інших груп ($p < 0,01$);

- у II групі досліджених, які працюють на канцерогенонебезпечних виробництвах і курять, рівні онкологічної захворюваності перевищують популяційні серед хворих віком 40–55 років, тобто ризик розвитку патології реалізується на 5–7 років раніше, ніж у загальній

популяції, і стрімко зростає, досягаючи рівнів захворюваності у віці 55–60 років – до 352,1 на 100 тис. населення (в 1,7 разу більший, ніж серед тих, які не працюють у таких умовах) ($p < 0,01$);

- у III групі пацієнтів, які працюють на канцерогенонебезпечних виробництвах, але не курять, рівні онкологічної патології є найнижчими. Вони перевищують середньопопуляційні лише серед осіб у віці 50–54 роки і до 55–59 років досягають рівня захворюваності в 107,2 на 100 тис. населення (у 3,3 разу нижчого, ніж серед людей, які працюють в аналогічних умовах, але курять) ($p < 0,01$).

Нами встановлено, що найбільші відносні ризику (RR) виникнення онкологічної патології, пов'язані з тютюнокурінням, спостерігаються серед чоловіків, які працюють в обробній промисловості (RR=41,7), енергетиці (RR= 33,4), на транспорті (RR=21,7), будівництві (RR=11,0).

Висновки

Таким чином, встановлено, що захворюваність населення працездатного віку на онкологічну патологію органів дихання є результатом комплексного негативного впливу на них як умов праці, так і наявності шкідливої звички – тютюнокуріння. Це пояснюється єдністю он-

когенетичних механізмів патогенезу – морфологічною перебудовою слизової оболонки системи дихання та виникненням множинних мутацій в її клітинах.

З метою зменшення ризику виникнення онкологічної патології серед осіб працездатного віку необхідно:

1) підсилити роботу з попередження та позбавлення шкідливої звички – тютюнокуріння серед працівників усіх галузей народного господарства, але звернути найбільшу увагу на осіб, які працюють в умовах виробничого впливу канцерогенних факторів (будівництво, переробна промисловість, транспорт, енергетика);

2) розробити програми диспансеризації працездатного населення, в яких передбачити раннє виявлення онкологічної патології з урахуванням контакту на виробництві з канцерогенними факторами та тютюнокуріння;

3) при створенні системи страхування передбачити наявність значного ризику виникнення онкологічної патології серед працівників канцерогенонебезпечних підприємств;

4) розробити нові методичні підходи в експертизі професійного характеру онкологічної патології працівників канцерогенонебезпечних підприємств.

Список літератури

1. Варивончик Д.В. Етіологія онкологічної патології серед населення Європи// Укр. наук.-мед. молодіжний журнал. – 2004. – №3. – С. 35–36.
2. Левшин В.Ф., Заридзе Д.Г. Табак и злокачественные новообразования// Вопросы онкологии. – 2003. – Т. 49. – №4. – С. 391–399.
3. Мир К.С., Демарш Э.С. Рак профессиональный, статистика и регистрация// Энциклопедия по безопасности и гигиене труда. – М.: Профиздат, 1986. – Т. 3. – С. 2046–2054.
4. Рудник Дж. Борьба с курением на рабочем месте// Энциклопедия по безопасности и охране труда. – МОТ, 1999. – На сайте: <http://base.safework.ru/iloenc>.
5. Смулевич В.Б. Профессия и рак. – М.: Медицина, 2000. – 384 с.
6. Федоренко З.П., Гулак Л.О., Горох Є.Л. та ін. Рак в Україні, 2003–2004: Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби// Бюлетень Національного Канцер-реєстру України. – 2005. – №6. – 97 с.
7. Baysson H., Tirmarche M., Tyumen G. et al. Indoor radon exposure and lung cancer risk. Results of an epidemiological study carried out in France// Rev. Mal. Respir. – 2005. – Vol. 22, №4. – P. 587–594.
8. Calvez F.Le, Mukeria A., Hunt J.D. et al. TP53 and KRAS mutation load and types in lung cancers in relation to tobacco smoke: distinct patterns in never, former, and current smokers// Cancer. Res. – 2005. – Vol. 65, №12. – P. 5076–5083.
9. Ekberg-Aronsson M., Nilsson P.M., Nilsson J.A. et al. Socio-economic status and lung cancer risk including histologic subtyping – a longitudinal study// Lung Cancer. – 2006. – Vol. 51, №1. – P. 21–29.
10. Ezzati M, Lopez A.D. Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000// Tob. Control. – 2004. – Vol. 13, №4. – P. 388–395.
11. Knoke J.D., Shanks T.G., Vaughn J.W., Thun M.J et al. Lung cancer mortality is related to age in addition to duration and intensity of cigarette smoking: an analysis of CPS-I data// Cancer. Epidemiol. Biomarkers. Prev. – 2004. – Vol. 13, №6. – P. 949–957.
12. Mortality among Paris sewage workers/ P. Wild, D. Ambroise, E. Benbrik, A. Tiberguent// Occup. Environ. Med. – 2006. – Vol. 63, №3. – P. 168–172.
13. Mulcahy M., Evans D.S., Hammond S.K. et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars// Tob. Control. – 2005. – Vol. 14, №6. – P. 384–388.

РОЛЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ РИСКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УКРАИНЕ

Д.В. Варивончик., А.М. Нагорная, Л.М. Грузова, И.П. Лубянова, А.Н. Харжевская (Киев)

Проведенным исследованием установлено, что заболеваемость населения онкологической патологией органов дыхания возникает вследствие комплексного негативного воздействия на работающих вредных производственных факторов на фоне табакокурения. У мужчин, работающих на производствах с канцерогенными факторами и курящих табак, уровни онкологической заболеваемости системы дыхания начинают превышать общепопуляционные в возрасте 40–55 лет (на 5–7 лет раньше) и стремительно увеличиваются в возрасте 55–60 лет до 352,1 на 100 тыс. населения ($p < 0,01$). Уровни онкологической заболеваемости работающих в канцерогеноопасных условиях и курящих табак превышают в 3,3 раза уровни онкозаболеваемости лиц, не работающих в канцерогенных условиях и не курящих, и в 1,3 раза – уровни онкопатологии работающих в канцерогеноопасных условиях, но не курящих ($p < 0,01$). Установлено, что наибольшие относительные риски возникновения онкологической патологии органов дыхания, связанной с вредными условиями труда и табакокурением, наблюдаются среди мужчин, работающих в перерабатывающей промышленности ($RR=41,7$), энергетике ($RR=33,4$), на транспорте ($RR=21,7$) и на строительстве ($RR=11,0$). Разработаны рекомендации по снижению риска производственно обусловленной онкологической патологии с учетом гигиенических и медико-социальных факторов путем реализации на рабочих местах программ “борьбы с курением”, учета факторов риска при создании системы страхования.

ROLE OF TOBACCO SMOKING IN THE RISK FORMATION OF OCCUPATIONAL CANCER PATHOLOGY OF RESPIRATORY ORGANS IN UKRAINE

D.V. Varyvonchuk, A.M. Nahorna, L.M. Hrusova, I.P. Lubyanova, A.N. Kharzhevskaya (Kiev)

The studies reveal that the population morbidity in cancer pathology of respiratory organs occurs due to the combined negative exposure of harmful occupational factors on workers on the background of tobacco smoking. Tobacco smoking men, working in the conditions of carcinogenic factors exposure, the levels of cancer morbidity of respiratory organs begin to exceed general populations level at the age of 40–55 years (5–7 years earlier) and greatly increase at the age of 55–60 years up to 352,1 per 100 000 population ($p < 0,01$). Cancer morbidity rates of tobacco smoking people, working in carcinogenic dangerous conditions, 3,3 times exceed rates of people who do not work in such conditions and don't smoke workers, and 1,3 times exceed levels of those who work in carcinogenic dangerous conditions but don't smoke ($p < 0,01$). It's established that the highest risks of cancer morbidity pathology of respiratory organs connected with carcinogenic occupational factors and tobacco smoking are recorded among men working in the processing industry ($RR=41,7$), power engineering ($RR=33,4$), transport ($RR=21,7$) and building ($RR=11,0$). Recommendations have been developed in decreasing the risk of work-related cancer pathology with due account of hygienic, medical and social factors, for realization of programs of tobacco control at work places, taking into account risk factors in developing an insurance system.

УДК [616-057.75:355.292]:572.025:613.6

В.М. ЯКИМЕЦЬ, Г.О. СЛАБКИЙ, В.В. ЯКИМЕЦЬ (Київ, Рівне)

ВETERАНИ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ ТА ІНШІ ОСОБИ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП: ТРУДОВА АКТИВНІСТЬ ДО ВИХОДУ НА ПЕНСІЮ ТА ПІСЛЯ, ПРОФЕСІЙНІ ШКІДЛИВОСТІ

Лікарня відновного лікування МВС України
Український інститут громадського здоров'я
Відділ охорони здоров'я УМВС України в Рівненській області

Суттєвим етапом у житті кожної людини похилого віку є вихід на пенсію, що повною мірою стосується усіх ветеранів Великої Вітчизняної

війни (ВВВ). Цей етап у житті співпадає з припиненням виробничої діяльності. Вихід на пенсію пов'язаний з такими серйозними перело-

мами, як зниження рівня матеріального забезпечення, звуження рамок соціальних і дружніх контактів, зміною інтересів, втратою старих і одержанням нових ролей у сім'ї [3].

Тут відкривається широка гама питань, пов'язаних з попередньою роботою, професійною переорієнтацією, колишніми і наявними професійними шкідливостями, працевлаштуванням і оплатою праці, розміром пенсії. Всі ці проблеми впливають, як правило, на фоні погіршення здоров'я, що зумовлено поєднанням вікових і патологічних порушень у різних органах та системах і підвищенням потреби в медико-соціальної допомозі.

Коли припиняється трудова діяльність, то різко порушуються життєві стереотипи, звичайний ритм життя і його зміст. Вихід на пенсію є вимушеним внаслідок погіршення здоров'я, і якщо це не компенсується іншими важливими для пенсіонера видами діяльності чи інтересами, може наступити той чи інший ступінь дезадаптації, крайнім вираженням якого являється, так звана "пенсійна хвороба" [2].

Ставлення до виходу на пенсію і основні фактори, які впливають на рішення припинити роботу після досягнення пенсійного віку, знаходять відображення у такій поведінці пенсіонера: бажання відпочити, поганий стан здоров'я, сімейно-побутові обставини.

Припинення виробничої діяльності несе за собою вивільнення додаткового вільного часу і перерозподіл сімейного бюджету, змінюється структура видів діяльності, знижується рівень одних і з'являються нові потреби.

Усі перераховані вище проблеми пов'язані з виходом на пенсію осіб похилого віку, з характером і тривалістю їхньої трудової діяльності, з особливостями впливу останньої на стан їхнього здоров'я та вимагають від них

суттєвої психічно-емоційної перебудови в процесі адаптації до нового способу життя [1].

Метою дослідження є вивчення соціально-демографічної структури пенсіонерів як учасників ВВВ, так і осіб контрольної групи, а також аналіз особливостей їхньої трудової діяльності, професійних шкідливостей до виходу на пенсію та в даний час.

У своєму дослідженні ми користувалися анкетою з вивчення соціально-гігієнічних умов життя осіб пенсійного віку, розробленою інститутом геронтології.

Методи та матеріали. За вищеописаною методикою опитано 400 осіб. З них учасники війни становили 300 чоловік, а контрольна група – 100 чоловік. Серед учасників війни 91 жінка (30,3%) і 209 чоловіків (69,7%). У контрольній групі було 45 чоловіків (45,0%) і 55 жінок (55,0%). Учасники війни за віком розподілились таким чином: старечий вік – 171 (57,0%); похилий вік 123 (41,0%); довгожителі – 2,0%. Відсотковий розподіл контрольної групи за віком відповідав розподілу в основній групі.

При опитуванні розглядалися такі питання: особливості виходу на пенсію; робота після виходу на пенсію; особливі фактори, з якими пов'язана робота після виходу на пенсію; наявність професійних шкідливостей до виходу на пенсію; особливості трудової діяльності після виходу на пенсію; наявність професійних шкідливостей в денний час; режим роботи після виходу на пенсію; загальний трудовий стаж; причини, які спонукали припинити роботу; наявність бажання працювати, можливості, які дає пенсія, наявність допомоги з боку дітей, внуків, інших родичів.

На першому етапі дослідження вивчалися особливості виходу на пенсію ветеранів війни та осіб старших вікових груп. Одержані дані наведені в табл. 1 та на рис. 1.

Таблиця 1. Вихід на пенсію ветеранів війни та осіб старших вікових груп

Вихід на пенсію	Вік, стать									Контрольна група
	похилий			старечий			довгожителі			
	Чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	
Чи оформили пенсію:										
а) так	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	99 (99,0%)
б) ні	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (1,0%)
Всього	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	100 (100%)
Вік, в якому досягнуто право на пенсію:										
а) чоловіки 60 років, жінки 55 років	77 (87,5%)	31 (88,6%)	108 (87,8%)	94 (79,0%)	46 (88,5%)	140 (81,9%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	79 (79,0%)
б) вихід на пенсію раніше зазначеного віку	11 (12,5%)	4 (11,4%)	15 (12,2%)	25 (21,0%)	6 (11,5%)	31 (10,1%)	0	0	0	21 (21,0%)
Всього	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	100

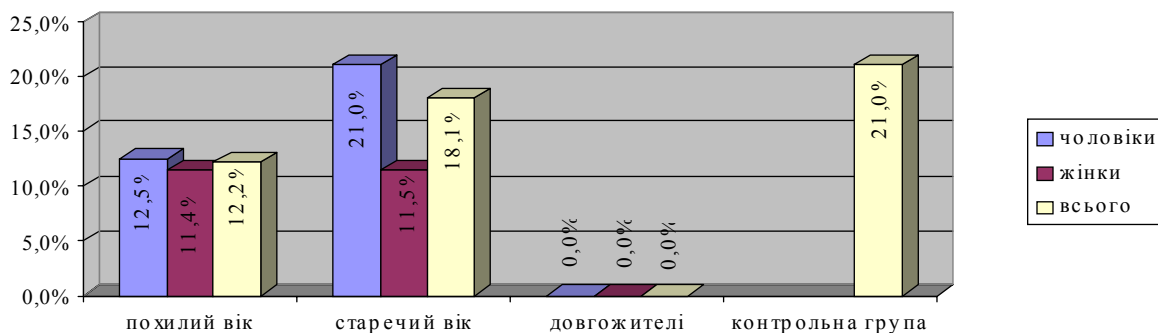


Рис. 1. Вихід на пенсію раніше звичайного пенсійного віку

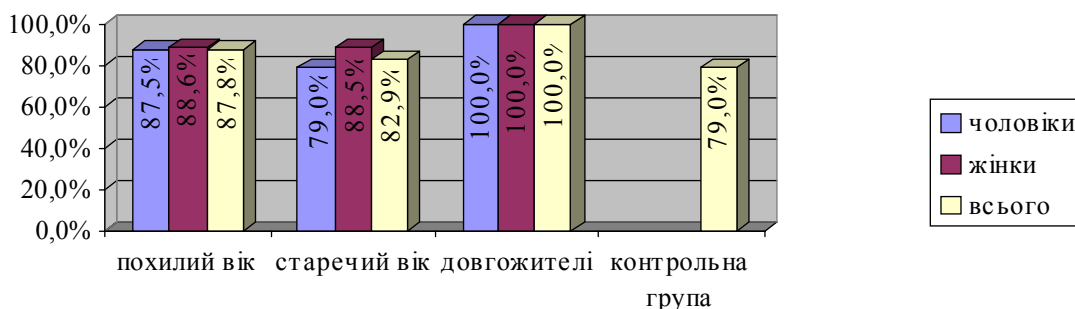


Рис. 2. Вихід на пенсію у звичайному пенсійному віці (чоловіки – 60 років, жінки – 55 років)

Як бачимо з наведених даних у таблиці 1, всі ветерани війни, які охоплені нашим дослідженням, у всіх вікових групах (однаково чоловіки і жінки) на даний час оформили пенсію. Більшість респондентів контрольної групи також на день дослідження оформили пенсію. Не оформив тільки один представник контрольної групи. Аналізуючи дані, представлені на рис. 1, ми бачимо, що вийшли на пенсію у звичайному пенсійному віці чоловіки віком 60 років, жінки 55 років у похилому віці 87,9% респондентів, в старечому – 87,9%, серед довгожителів – 100%, контрольна група – 79,0%. У всіх вікових групах і в контрольній групі різниця невелика. Виняток становлять лише довгожителі. Порівнюючи цей показник серед жінок і

чоловіків, видно, що у всіх вікових групах кількість жінок, які виходять на пенсію "вчасно", значно більша, ніж чоловіків, за винятком групи довгожителів, тут цей показник рівний серед чоловіків і жінок. Це можна пояснити тим, що трудова діяльність жінок менше пов'язана з факторами, які зумовлюють передчасний вихід на пенсію. З умовами воєнного часу цей показник не пов'язаний.

Досліджуючи трудову діяльність ветеранів війни та осіб контрольної групи після виходу на пенсію, ми аналізували такі параметри: тривалість трудової діяльності після виходу на пенсію до 10 років; від 11 до 15 років; 16 років і більше; та кількість осіб, котрі взагалі не працювали після виходу на пенсію (табл. 2).

Таблиця 2. Робота після виходу на пенсію

Тривалість роботи після виходу на пенсію	Вік, стать									Контрольна група
	похилий			старечий			довгожителі			
	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	
До 10 років	40 (45,5%)	17 (48,6%)	57 (46,3%)	75 (63,0%)	21 (40,4%)	96 (56,1%)	0	2 (50,0%)	2 (33,3%)	-
Від 11 до 15 років	3 (3,4%)	2 (5,7%)	5 (4,1%)	5 (4,2%)	4 (7,7%)	9 (5,3%)	1 (50,0%)	0	1 (16,7%)	-
16 років і більше	3 (3,4%)	0	3 (2,4%)	7 (5,9%)	1 (1,9%)	8 (4,7%)	0	0	0	-
Працювали	46 (52,3%)	19 (54,3%)	65 (52,8%)	89 (74,8%)	26 (50,0%)	115 (67,3%)	1 (50,0%)	2 (50,0%)	3 (50,0%)	41 (41,0%)
Не відповіли	0	0	0	2 (1,7%)	0	2 (1,2%)	0	0	0	-
Не працювали	42 (47,7%)	16 (45,7%)	58 (47,2%)	30 (25,2%)	26 (50,0%)	56 (32,7%)	1 (50,0%)	2 (50,0%)	3 (50,0%)	59 (59,0%)
Всього	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	-

З наведених даних у таблиці 2 ми бачимо, що кількість осіб, які не працювали, найбільша в контрольній групі, а серед учасників війни – серед довгожителів і найменш – серед респондентів у старечому віці. Співвідношення за статтю приблизно рівне в похилому віці та серед довгожителів. У старечому віці непрацюючих жінок у 2 рази більше за чоловіків. Аналізуючи показники працюючих ветеранів війни, ми бачимо, що у всіх вікових групах більшість як чоловіків, так і жінок працювала до 10 років після виходу на пенсію. Співвідношення чоловіків і жінок у цій групі має такий вигляд: у похилому віці дещо більше жінок відповідно 45,5 і 48,6%; в старечому, навпаки, – 63,0% чоловіків і 40,4% жінок; серед довгожителів знову показник міняється навпаки. В групі респондентів з 11 до 15 років тривалості трудової діяльності після виходу на пенсію в похилому і старечому віці стабільно переважають жінки, а серед довгожителів – чоловіки. В групі від

16 років і більше у всіх вікових групах стабільно переважають чоловіки. З наведених даних можна зробити висновок, що участь у війні на трудову активність пенсіонерів значного впливу не має. В перші роки після виходу на пенсію жінки проявляють більшу трудову активність, ніж чоловіки, але її тривалість значно нижча, ніж у чоловіків. Тривалість трудової активності учасників війни та інших осіб похилого віку насамперед залежить від темпів старіння, стереотипу старості, формування “пенсійної хвороби”, а не від участі у війні.

За тією ж методикою вивчались особливі фактори, з якими була пов’язана трудова діяльність ветеранів війни та осіб контрольної групи. Вивчення проводилось за такими параметрами: наявність хімічних речовин, пилу, шуму, вібрації, ультразвуку, високих і низьких температур повітря, іонізуючого випромінювання, біологічних факторів, тяжкої фізичної праці, напруження зору, нервово-емоційного навантаження (табл. 3).

Таблиця 3. **Особливі фактори, з якими була пов’язана робота учасників війни та інших осіб похилого віку**

Особливі фактори, пов’язані з роботою	Вік, стать									Контрольна група
	похилий			старечий			довгожителі			
	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	
Хімічні речовини	7 (8,0%)	4 (11,4%)	11 (8,9%)	8 (6,7%)	3 (5,8%)	11 (6,4%)	1 (50,0%)	0	1 (16,7%)	10 (10,0%)
Пил	12 (13,6%)	1 (2,9%)	13 (10,6%)	12 (10,1%)	4 (7,7%)	16 (9,4%)	1 (50,0%)	0	1 (16,7%)	4 (4,0%)
Шум	10 (11,4%)	0	10 (8,1%)	7 (5,9%)	3 (5,8%)	10 (5,8%)	0	0	0	6 (6,0%)
Вібрація	4 (4,5%)	0	4 (3,3%)	2 (1,7%)	0	2 (1,2%)	0	0	0	0
Ультразвук	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Висока та низька температура повітря	3 (3,4%)	0	3 (2,4%)	12 (10,1%)	3 (5,8%)	15 (8,8%)	0	1 (25,0%)	1 (16,7%)	2 (2,0%)
Іонізуюче випромінювання	0	0	0	0	1 (1,9%)	1 (0,6%)	0	0	0	1 (1,0%)
Біологічні фактори	2 (2,3%)	3 (8,6%)	5 (4,1%)	1 (0,8%)	5 (9,6%)	6 (3,5%)	0	0	0	19 (19,0%)
Тяжка фізична праця	13 (14,8%)	6 (17,1%)	19 (15,4%)	34 (28,6%)	7 (13,5%)	41 (24,0%)	1 (50,0%)	3 (75,0%)	4 (66,7%)	18 (18,0%)
Напруження зору	16 (18,2%)	9 (25,7%)	25 (20,3%)	28 (23,5%)	7 (13,5%)	35 (20,5%)	0	0	0	10 (10,0%)
Нервово-емоційне навантаження	14 (15,9%)	8 (22,9%)	22 (17,9%)	19 (16,0%)	7 (13,5%)	26 (15,2%)	0	1 (25,0%)	1 (16,7%)	11 (11,0%)
Не відмічають	16 (18,2%)	6 (17,1%)	22 (17,9%)	38 (31,9%)	7 (13,5%)	55 (32,2%)	0	0	0	0

З наведених даних ми бачимо, що серед особливих факторів у всіх вікових групах ветеранів війни, а також серед респондентів контрольної групи домінують: тяжка фізична праця, напруження зору, нервово-емоційні напруження.

Причому вищезазвані фактори однаково переважають серед жінок і чоловіків. Звертає на себе увагу та обставина, що для чоловіків характерний більш частий вплив такого фактору, як шум та пил, а для жінок – вплив біо-

логічних факторів. Слід зазначити, що значна частина респондентів у похилому віці – 17,9%; в старечому – 32,2% взагалі не відмічають наявність особливих факторів, з якими була пов'язана їхня трудова діяльність. Причому в похилому віці їх серед жінок та чоловіків однакова кількість; у старечому – значно переважають чоловіки, а серед довгожителів та респондентів контрольної групи таких взагалі не було. З усіх вікових груп учасників війни та інших осіб старших вікових груп найбільше відмічають або взагалі не відмічають наявність таких факторів, як іонізуюче випромінювання та ультразвук.

Наявність особливих факторів під час трудової діяльності респондентів нічим не пов'язана з участю у війні та обставинами воєнного часу – це більш пов'язано з однаковими умовами трудової діяльності респондентів повоєнного періоду. Деяка різниця в присутності особливих факторів під час праці чоловіків та жінок свідчить про різний характер трудової діяльності чоловіків та жінок.

Вивчаючи наявність професійних шкідливостей у наших респондентів, ми розглядали такі показники: були професійні шкідливості; не було професійних шкідливостей (табл. 4).

Таблиця 4. **Наявність професійних шкідливостей під час трудової діяльності у ветеранів війни та інших осіб старших вікових груп**

Наявність професійних шкідливостей	Вік, стать									Контрольна група
	похилий			старечий			довгожителі			
	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	
Не було	76 (86,4%)	31 (88,6%)	107 (87,0%)	106 (89,1%)	46 (88,5%)	152 (88,8%)	1 (50,0%)	4 (100%)	5 (83,3%)	89 (89,0%)
Були	12 (13,6%)	4 (11,4%)	16 (13,0%)	13 (10,9%)	6 (11,5%)	19 (11,7%)	1 (50,0%)	0	1 (16,7%)	11 (11,0%)
Всього	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	100 (100%)

З наведених даних видно, що не відмічає професійних шкідливостей більшість респондентів у всіх вікових і контрольній групах. Має місце суттєва різниця між чоловіками і жінками серед довгожителів – тут домінують жінки. У всіх останніх вікових групах за статевою ознакою ці показники приблизно однакові.

На наявність професійних шкідливостей вказують дещо частіше довгожителі. Суттєвого впливу на цей показник обставин воєнного часу прослідкувати не вдалось.

Досліджуючи проблеми трудової активності ветеранів війни, ми вивчали проблему трудової діяльності ветеранів війни та осіб контрольної групи в даний час і наявність професійних шкідливостей в їхній діяльності сьогодні. Вивчення проводились за такими критеріями: не працюють в даний час, працюють за тим же фахом, працюють за іншим фахом; мають професійні шкідливості, не мають професійних шкідливостей (табл. 5; 6).

Таблиця 5. **Трудова активність у даний час ветеранів війни та осіб похилого віку**

Трудова активність	Вік, стать									Контрольна група
	похилий			старечий			довгожителі			
	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	
Не працюють	83 (94,3%)	35 (100%)	118 (95,9%)	117 (98,3%)	51 (98,1%)	168 (98,2%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	59 (59,0%)
Працюють за тим же фахом	5 (5,7%)	0	5 (4,1%)	1 (0,85%)	0	1 (0,6%)	0	0	0	41 (41,0%)
Працюють за іншим фахом	0	0	0	1 (0,85%)	1 (1,9%)	2 (1,2%)	0	0	0	0
Всього	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	100 (100%)

З наведених даних видно, що непрацюючих у похилому віці 95,9%; в старечому – 98,2%;

довгожителів – 100%; в контрольній групі – 59,0%. Порівнюючи трудову активність жінок і

чоловіків спостерігається така закономірність: у похилому віці переважають працюючі чоловіки, в старечому цей показник вирівнюється, а серед довгожителів немає взагалі. Звертає на себе увагу те, що в контрольній групі непрацюючих значно менше, ніж серед учасників війни.

Серед працюючих учасників війни в похилому віці домінують ті, що продовжують працювати за тим же фахом. У цій віковій групі основний свій фах респонденти не міняли.

В групі “старечий вік” спостерігається дещо інша картина – кількість працюючих за попе-

реднім фахом незначна – це передусім жінки. Звертає на себе увагу картина в контрольній групі. Тут досить високий рівень працюючих (41,0%), і всі вони продовжують працювати за попереднім фахом. Аналізуючи ситуацію за статевою, ознакою видно, що для продовження трудової діяльності міняли фах переважно жінки; при чому кількість працюючих жінок значно менша, ніж чоловіків, у всіх вікових групах.

Наявність професійних шкідливостей у досліджуваних контингентів у даний час наведена в таблиці 6.

Таблиця 6. **Наявність професійних шкідливостей у досліджуваного контингенту в даний час**

Наявність професійних шкідливостей	Вік, стать									Контрольна група
	похилий			старечий			довгожителі			
	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	
Не мають професійні шкідливості	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	100 (100%)
Мають професійні шкідливості	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Всього	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	100 (100%)

З наведених даних видно, що на виробництвах, котрі мають професійні шкідливості, сьогодні з наших респондентів ніхто не працює.

При вивченні питань трудової активності досліджуваних нами контингентів у даний час

ми прослідкували режим їхньої роботи за такими ознаками: працюють неповний робочий день, працюють вдома; робота за вільним розкладом (табл. 7).

Таблиця 7. **Режим роботи в даний час**

Режим роботи	Вік, стать									Контрольна група
	похилий			старечий			довгожителі			
	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	
Повний робочий день	2 (2,3%)	0	2 (1,6%)	0	0	0	0	0	0	41 (41,0%)
Неповний робочий день	1 (1,1%)	0	1 (0,8%)	1 (0,8%)	1 (1,9%)	2 (1,2%)	0	0	0	0
Вдома	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Вільний розклад	2 (2,3%)	0	2 (1,6%)	1 (0,8%)	0	1 (0,6%)	0	0	0	0

З наведених даних видно, що повний робочий день працюють тільки чоловіки в похилому віці і в контрольній групі. Неповний робочий день – переважно респонденти в старечому віці, як чоловіки, так і жінки. Вдома не працює ніхто. За вільним розкладом працюють тільки чоловіки в похилому та старечому віці, причому з віком трудова активність змен-

шується. Це можна пояснити такими обставинами: на трудову активність осіб похилого віку вкрай негативно впливають обставини воєнного часу, особливо на жінок; трудова активність чоловіків учасників війни зберігається значно довше за жіночу, останні частіше потребують полегшених умов праці, особливо з віком.

Вивчення тривалості загального трудового стажу нами проводились за такими критеріями: тривалість до 30 років, 31–40 років, 41–50 років, 51 рік і більше (табл. 8).

Таблиця 8. **Загальний трудовий стаж**

Загальний трудовий стаж	Вік, стать									Контрольна група
	похилий			старечий			довгожителі			
	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	
30 років і менше	11 (12,5%)	9 (25,7%)	20 (16,3%)	14 (11,8%)	9 (17,3%)	23 (13,5%)	1 (50,0%)	1 (25,0%)	2 (33,3%)	5 (5,0%)
31–40 років	20 (22,5%)	15 (42,9%)	35 (28,5%)	49 (41,2%)	21 (40,4%)	70 (40,9%)	1 (50,0%)	1 (25,0%)	2 (33,3%)	58 (58,0%)
41–50 років	46 (52,3%)	9 (25,7%)	55 (44,7%)	39 (32,8%)	14 (27,0%)	53 (31,0%)	0	2 (50,0%)	2 (33,3%)	31 (31,0%)
51 рік і більше	11 (12,5%)	0	11 (8,9%)	11 (9,2%)	6 (11,5%)	17 (9,0%)	0	0	0	0
Не відповіли	0	2 (5,7%)	2 (1,6%)	6 (5,0%)	2 (3,8%)	8 (4,7%)	0	0	0	6 (6,0%)
Всього	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	0	0	0	(100%)

З наведених даних видно, що тривалість загального трудового стажу найбільша у вікових групах 31–40 та 41–50 років. При чому в різних вікових групах картина різна. Так, у похилому віці переважає тривалість 41–50 років, в старечому – 31–40 років, серед довгожителів вона однакова, в контрольній групі – 31–40 років.

Цю обставину можна пояснити тим, що участь у війні та тривалий трудовий стаж негативно впливають на трудову активність та тривалість життя. Аналізуючи ці показники за статевою ознакою, ми бачимо, що трудова активність жінок у перші роки після виходу на пенсію значно вища, але трудова активність чоловіків триває довше. Негативний вплив на трудову активність справляє участь у війні,

особливо на тривалість трудової активності жінок. Звертає на себе увагу те, що респонденти з надзвичайно високою трудовою активністю 51 рік і старші здебільшого сконцентровані в групах похилий і старечий вік, їх кількість приблизно рівна. Серед довгожителів таких взагалі немає. І навпаки, особи з низькою трудовою активністю 30 років і менше переважають в групі довгожителів. Це ще раз підкреслює те, що тривала трудова активність не сприяє збільшенню тривалості життя.

Вивчення причин, через які наші респонденти припинили роботу, ми проводили за такими критеріями: стан здоров'я, вік, інвалідність, скорочення штату, відсутність роботи, народження внука, ніколи не працював, працюють у даний час (табл. 9).

Таблиця 9. **Причини, через які припинено роботу**

Причини, через які припинили роботу	Вік, стать									Контрольна група
	похилий			старечий			довгожителі			
	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	
Вік	46 (52,3%)	19 (54,3%)	65 (52,8%)	71 (59,7%)	30 (57,7%)	101 (59,1%)	1 (50,0%)	4 (100%)	5 (83,3%)	39 (39,0%)
Стан здоров'я	36 (40,9%)	21 (60,0%)	57 (46,3%)	68 (57,1%)	23 (44,2%)	91 (53,2%)	1 (50,0%)	0	1 (16,7%)	22 (22,0%)
Скорочення штату	0	0	0	2 (1,7%)	0	2 (1,2%)	0	0	0	2 (2,0%)
Відсутність роботи	1 (1,1%)	0	1 (0,8%)	2 (1,7%)	0	2 (1,2%)	0	0	0	1 (1,0%)
Ніколи не працював	0	0	0	0	1 (1,9%)	1 (0,6%)	0	0	0	0
Народження внука	1 (1,1%)	1 (2,9%)	2 (1,6%)	0	0	0	0	0	0	0
Працюють	5 (5,7%)	0	5 (4,1%)	2 (1,7%)	1 (1,9%)	3 (1,8%)	0	0	0	8 (8,0%)
Інвалідність	13 (14,8%)	1 (2,9%)	14 (11,4%)	13 (10,9%)	3 (5,8%)	16 (9,4%)	0	0	0	0

Аналіз працюючих у даний час наведений у попередніх розділах даної роботи. Серед причин, через які припинено трудову діяльність, домінують у всіх категоріях досліджуваних, вік, стан здоров'я.

На третьому місці серед причин припинення роботи – вихід на інвалідність. На першому місці серед причин – вік. І цей показник однаково високий у всіх вікових групах, у тому числі і контрольній, і з віком має сталу тенденцію до зростання. Звертає на себе увагу те, що в похилому і старечому віці цей показник віку приблизно однаковий як серед чоловіків, так і жінок. Виняток становлять довгожителі, де значно домінують жінки. Аналізуючи стан здоров'я респондентів як причину припинення роботи, ми одержали дещо іншу картину. В похилому віці припинили роботу через цю причину 46,3% респондентів, причому домінують жінки (60,0%), у старечому віці – 53,2%, але домінують чоловіки, серед довгожителів (16,7%) також домінують чоловіки. Через інвалідність припинили роботу в похилому віці 11,4%, в старечому – 9,3%, при чому в обох групах значно переважають чоловіки. Серед

довгожителів таких, що припинили роботу внаслідок інвалідності, немає взагалі. Це можна пояснити тим, що інваліди до глибокої старості доживають рідко. Чітко прослідковується та обставина, що серед причин, які привели до припинення роботи, домінують пов'язані з віком та станом здоров'я. Соціально-побутові відходять на другий план, особливо з віком, і участь у війні тут особливо значення немає.

На такі причини, як народження внука, вказують всього 1,6% респондентів і то в похилому віці, в більш старших вікових групах та в контрольній ця причина не фігурує. Серед тих, що ніколи не працювали, тільки жінки, і цей показник становить 0,6% серед опитаних у старечому віці. На відсутність роботи вказують тільки чоловіки, цей показник приблизно однаковий у всіх групах досліджуваних і коливається близько 1,0%.

У вивченні трудової активності досліджуваного контингенту велике значення має опрацювання такої проблеми, як бажання працювати осіб старших вікових груп.

Дослідження цього питання ми проводили за такими критеріями: є бажання працювати, немає бажання працювати (табл. 10).

Таблиця 10. **Наявність бажання працювати**

Наявність бажання працювати	Вік, стать									Контрольна група
	похилий			старечий			довгожителі			
	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	
Є бажання	10 (11,4%)	1 (2,9%)	11 (8,9%)	10 (8,4%)	2 (3,8%)	12 (7,0%)	0	0	0	38 (38,0%)
Немає бажання	78 (88,6%)	34 (97,1%)	112 (91,1%)	109 (91,6%)	50 (96,2%)	159 (93,0%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	62 (62,0%)
Всього	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	100 (100%)

З наведених даних видно, що прослідковується переважна тенденція у всіх вікових групах – небажання працювати. При чому з віком кількість бажаючих працювати прогресивно зменшується. Виняток становлять респонденти контрольної групи, тобто люди, минуле яких необтяжене війною.

При аналізі цього показника в статевому аспекті видно, що у всіх вікових групах серед бажаючих працювати значно переважають чоловіки, з віком ця різниця має тенденцію до зменшення, а в групі довгожителів взагалі зводиться до нуля.

Досліджуючи можливості, які дає пенсія особам старших вікових груп, ми аналізували такі критерії: пенсії не вистачає навіть на продукти і ліки; вистачає на щоденні витрати; вистачає, навіть заощаджують (табл. 11).

З наведених даних видно, що у всіх вікових групах учасників війни, а також в контрольній групі домінує та категорія опитаних, яким вистачає пенсії на щоденні витрати. Ця тенденція зберігається і при аналізі цих показників за статевою ознакою. Виняток становить тільки група довгожителів. У цій групі чоловіки сконцентрувались серед тих, кому не вистачає на ліки та харчування, а жінки в групі, де вистачає пенсії на щоденні витрати. У тій категорії, яким вистачає пенсії і які навіть заощаджують, значно переважають чоловіки у всіх вікових групах. При аналізі цього показника в розрізі віку бачимо, що таких осіб найбільше серед опитаних у старечому віці і зовсім немає серед довгожителів. Також звертає на себе увагу та обставина, що жінки проблему матеріальної забезпеченості сприймають більш гостро, ніж чоловіки, майже у всіх вікових групах.

Таблиця 11. Можливості, які дає пенсія

Можливості, які дає пенсія	Вік, стать									Контрольна група
	похилий			старечий			довгожителі			
	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	
Обмежують себе навіть у продуктах, ліках	34 (38,6%)	17 (48,6%)	51 (41,5%)	41 (34,5%)	20 (38,5%)	61 (35,7%)	2 (100%)	0	2 (33,3%)	46 (46,0%)
Вистачає лише на щоденні витрати	53 (60,3%)	18 (51,4%)	71 (57,7%)	75 (63,0%)	31 (59,6%)	106 (62,0%)	0	4 (100%)	4 (66,7%)	53 (53,0%)
Вистачає, навіть заощаджую	1 (1,1%)	0	1 (0,8%)	3 (2,5%)	1 (1,9%)	4 (2,3%)	0	0	0	1 (1,0%)
Всього	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	100 (100%)

Даючи оцінку рівню матеріального забезпечення ветеранів війни та осіб контрольної групи, крім пенсійного забезпечення, ми вивчали рівень допомоги досліджуваному

контингенту з боку родичів, дітей, внуків. Вивчення проводили за критеріями: одержують допомогу, не одержують допомогу (табл. 12).

Таблиця 12. Наявність допомоги з боку родичів, дітей, внуків

Наявність допомоги	Вік, стать									Контрольна група
	похилий			старечий			довгожителі			
	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	
Одержують	26 (29,5%)	8 (51,4%)	44 (35,8%)	42 (35,3%)	17 (32,7%)	59 (34,5%)	1 (50,0%)	4 (100%)	5 (83,3%)	47 (47,0%)
Не одержують	62 (70,5%)	17 (48,6%)	76 (64,2%)	77 (64,7%)	35 (67,3%)	112 (65,5%)	1 (50,0%)	0	1 (16,7%)	53 (53,0%)
Всього	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	100 (100%)

З наведених даних видно, що більшість респондентів у всіх групах, за винятком довгожителів, таку допомогу не одержує. У похилому віці серед тих, що одержують матеріальну допомогу від родичів, значно переважають жінки – 51,4%, чоловіки – 29,5%. У старечому віці, навпаки, переважають чоловіки – відповідно 35,3 і 32,7%, а серед довгожителів домінують жінки (100%) і усього 50% чоловіків. У контрольній групі цей показник рівний 47,0% – дещо вищий, ніж у групі похилого і старечого віку, але нижчий, ніж серед довгожителів. В цілому цей показник не залежить від участі у війні і свідчить про матеріальний стан близьких родичів та визначає їх наявність та рівень взаємних стосунків між ними.

Висновки

1. Участь у війні значного впливу не має на трудову активність пенсіонерів.
2. У перші роки виходу на пенсію жінки про-

являють трудову активність більше за чоловіків, але її тривалість значно менша, ніж у чоловіків.

3. Тривалість трудової активності учасників війни та інших осіб похилого віку передусім залежить від темпів старіння, стереотипу старості, формування “пенсійної хвороби”, а не участь у війні.

4. Серед тих, які приводять до припинення трудової діяльності, домінують причини, пов'язані з віком та станом здоров'я. Соціально-побутові причини відходять на другий план, особливо з віком.

5. У всіх вікових групах серед бажаючих продовжувати трудову активність переважають чоловіки, з віком ця різниця має тенденцію до зниження.

6. Пенсії у всіх вікових групах ветеранів війни та іншим особам старших вікових груп вистачає тільки на задоволення своїх щоденних потреб

Список літератури

1. Нагорна А.М., Якимець В.М., Пономаренко В.М. Ветерани Великої Вітчизняної війни: медико-соціальні проблеми. – Рівне: Ліста, 1998. – С. 176.

2. Роль семьи и общества в реабилитации инвалидов/ Е.А. Карпова, З.Д. Ближенская, З.М. Неклеса, А.Ф. Каропузова// Седьмая областная научная конференция "Современные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации". – Днепропетровск, 1992. – С. 94–96.
3. Чеботарёв Д.Ф., Маньковский Н.В., Фролькис В.В. Руководство по геронтологии. – М., 1978. – 503 с.

ВETERАНЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И ДРУГИЕ ЛИЦА СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП: ТРУДОВАЯ АКТИВНОСТЬ ДО И ПОСЛЕ ВЫХОДА НА ПЕНСИЮ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВРЕДНОСТИ

В.Н. Якимец, Г.А. Слабкий, В.В. Якимец (Киев, Ровно)

В статье освещены вопросы трудовой активности ветеранов Великой Отечественной войны, особенности их труда до выхода на пенсию и после достижения пенсионного возраста. Приведены данные о наличии профессиональных вредностей во время трудовой деятельности. Представлено субъективное мнение опрошенных об уровне пенсионного обеспечения и удовлетворенности пенсией лиц старших возрастных групп.

VETERANS OF THE GREAT PATRIOTIC WAR AND OTHER PERSONS OF ELDER AGE GROUPS: WORKING ACTIVITY BEFORE AND AFTER RETIRING ON A PENSION, OCCUPATIONAL HARMFUL

V.N. Yakimetz, G.A.Slabkiy, V.V. Yakimetz (Kiev, Rovno)

Problems of working activity of veterans of the Great Patriotic War, peculiarities of their labour before retire on a pension and on reaching pension age are submitted for consideration in the article. The data about professional harmful during their working activity are given. Subjective opinion of surveyed persons about the level of pension provision and satisfaction with pension by persons of elder age groups is given.

Р.Ю. ПОГОРІЛЯК, О.П. ГУЛЬЧІЙ (Ужгород, Київ)

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ АБОРТІВ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Ужгородський Національний університет, кафедра соціальної медицини, гігієни з курсом історії медицини

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Формування здоров'я майбутніх поколінь є однією з найбільш значущих і водночас найбільш складних медико-соціальних проблем сьогодення [2].

Репродуктивне здоров'я матері формується під впливом чинників різного походження (зниження середнього віку першого статевого контакту, підвищення сексуальної активності і кількості статевих партнерів, зростання рівнів захворюваності на хвороби, що передаються статевим шляхом та інш.), але навіть сумарно інтенсивність їх впливу є менш значущою, ніж такий потужний фактор ризику як штучне переривання вагітності. Воно наносить непоправну шкоду здоров'ю і в першу чергу репродуктивному. Саме аборти значною мірою визначають фертильність жінок, перебіг наступних вагітностей та пологів. Протягом останніх десятиріч проблема зниження рівнів абортів за-

лишається актуальною для системи охорони здоров'я і суспільства[4].

Оскільки частота абортів в Україні ще досить висока і це впливає на погіршення репродуктивного здоров'я, то важливим є питання запобігання небажаних вагітностей і мінімізації їх наслідків.

Вивчення сучасних факторів ризику абортів і їх проявів у різних ландшафтних клімато-географічних зонах Закарпаття потребувало подальшого вивчення, що й обумовило актуальність даного дослідження і його мету.

Об'єкт і методи дослідження.

Спостереження здійснювалося як популяційне й охоплювало період від 1998 р. до 2003 р. Об'єктом дослідження були вагітні жінки, які проживають в трьох ландшафтних зонах Закарпатської області, а саме, гірській, передгірській та низинній [5].

Гірська зона об'єднує міста Воловець, Міжгір'я, Рахів, В. Березний та їх райони. До складу передгірської зони входять міста Тячів, Перечин, Свалява, Іршава, Хуст та райони. Нарешті низинна зона об'єднує міста Виноградове, Мукачево, Ужгород, Берегово та відповідні райони.

Усього проаналізовано дані 42 звітів про аборти ф. №13 по всіх трьох зонах області за 5 років - від 1998 до 2003 року. При проведенні аналізу враховували вік жінки, зону мешкання, місце проживання (місто, село) та інш.

Використовуючи спеціальний пакет прикладних статистичних програм SPSS, сформовано базу даних та проведено її обробку на професійно-персональному комп'ютері IBM-586 із застосуванням методів варіаційної статистики.

Результати та їх обговорення.

Виконання заходів Національної програми планування сім'ї суттєво знизило кількість абортів в Україні. Але, на жаль, вони продовжують залишатись основним методом регулювання народжуваності [2].

У країнах, де стан репродуктивного здоров'я високий, частота абортів дуже незначна. В Нідерландах показник абортів на 1000 жінок фертильного віку становить 5,6, в Англії -10,2, у Франції -13, у США - 19,3. В Україні цей показник становить 39, причому кожна четверта із десяти вагітностей закінчується абортим [1].

З проблемою штучного переривання вагітності тісно пов'язані питання регуляції народжуваності, збереження здоров'я жінки та її потомства.

В Закарпатській області протягом останніх 5 років щорічно з приводу вагітності спостерігається в середньому 20532 жінок. Майже у 69,4% вагітних жінок вагітність закінчується пологоми, а у 30,6% - абортами. Позитивною є тенденція до зниження частоти абортів від 33,7% в 1998 році до 25,3% в 2003 році. Але, незважаючи на це, показники залишаються не дуже втішними: кожна третя вагітність у жінок Закарпатської області закінчується абортим.

Окрім динаміки, важливим є вивчення розподілу абортів за причинами. Вони були поділені на дві великі групи - до першої були віднесені штучні легальні аборти, штучні за соціальними показаннями, штучні кримінальні, неуточнені та міні-аборти тобто ті, що залежать від бажання жінки. До другої групи були віднесені аборти, причини яких не пов'язані із бажанням жінки і стосуються мимовільних абортів, абортів у зв'язку із замерлою вагітністю, штучних абортів за медичними показаннями. Виявилось, що частота штучних легальних, міні-абортів, кримінальних, неуточнених та абортів за соціальними показаннями складає від 70% до 78,5% на 100 вагітних в залежності від зони мешкання, а саме: в низинній зоні - 70%, в передгірській - 78%, а в

гірській - 78,5%. Частота мимовільних абортів, штучних абортів за медичними показаннями та абортів пов'язаних із замерлою вагітністю розподілилася таким чином: найменша кількість таких жінок проживають в гірській зоні - 21,5%, більше в передгірській зоні - 22%, і найбільше - 30%- в низинній зоні.

Тобто можна робити висновок про незначні, у цілому, відмінності. Проте привертає увагу та особливість, що жінки, які мешкають у низинних районах мають більший доступ лікувально-профілактичних закладів взагалі, до контрацептивних технологій і ширше використовують засоби контрацепції.

В структурі абортів перше місце займають штучні легальні аборти. Частота їх в різних зонах різна, але найвища в гірській зоні - 56,7%. Друге місце займають мимовільні аборти. Частота мимовільних абортів коливається в межах від 31,4% до 33,9%. Третє місце в структурі абортів займає замерла вагітність. У діапазоні рівнів замерлої вагітності як причини абортів на 8,8% переважає гірська зона, що може бути пов'язано з менш досконалим прогнозуванням і спостереженням та більш складними соціально-побутовими умовами. На четвертому місці в структурі абортів - переривання вагітності за медичними показаннями. Найбільша їх частота спостерігається в низинній зоні 5,7% і значно рідше в передгірській (1,5%) та гірській зонах (1,2%), що може слугувати підтвердженням думки про те, що у жінок низинної місцевості є більший доступ до лікувально-профілактичних закладів тощо. Аборти за соціальними показаннями знаходяться на останньому місці. В гірській зоні вони є відсутні, а в передгірській їх практично немає - 0,5% , що може бути пов'язане з самооцінкою і ставленням жінки до своїх побутових і соціальних умов, а також, ймовірно, більш сильних релігійних і етнічних мотивів.

Оскільки аборти і регуляція менструального циклу (РМЦ) у першовагітних є потужним фактором ризику подальших ускладнень, то важливим було вивчення частоти абортів саме у цієї категорії вагітних. З 1998 року по 2003 рік частота абортів у Закарпатському регіоні серед першовагітних зросла більш як на 58,3% - з 6% до 9,5%

Причому 0,4% жінок переривають свою першу вагітність у віці до 14 років, 15,1% - у віці від 15 до 17 років, найбільше - 59,2% - у віці від 18 до 19 років і 24,1% - у віці від 20 до 34 років.

Хочеться відмітити, що частота абортів у першовагітних у віці 18-19 років зросла в 2 рази в 2003 році у порівнянні з 1998 роком (з 25,5% до 59,2%), а частота абортів у першовагітних у віці 20-34 роки знизилася в 2,4 рази також за цей період з 58,5% до 24,1%. Таке значне збільшення абортів у юних першовагітних вказує на те, що вони психологічно не є

готовими до виховування дитини, а також не усвідомлюють ту шкоду, яку завдають аборти репродуктивному здоров'ю жінки (табл.1).

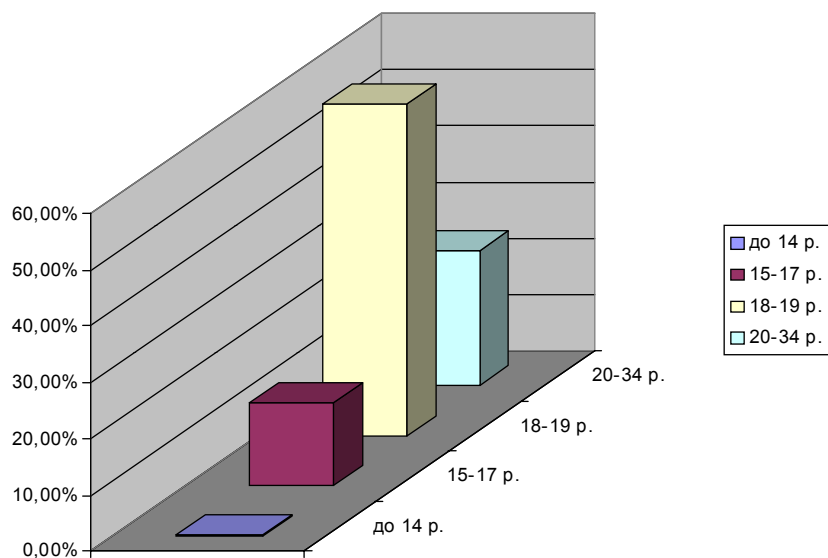
У цілому, в Закарпатській області майже 40% першовагітних жінок є мешканками

сільської місцевості, а 60% - відповідно мешканками міст. Отже, частіше до цього методу регулювання народжуваності вдаються першовагітні, що мешкають в міській місцевості.

Таблиця 1. Структура абортів за віком у першовагітних жінок в Закарпатській області, 1998-2003 роки.

Роки	Всього	Вікові групи (років)								Частка	
		до 14 р.		15-17 р.		18-19 р.		20-34 р.		жінок, що проживають в селі	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1998	443	1	0,2	64	14,4	113	25,5	259	58,5	н/д	н/д
2000	445	2	0,4	76	17,1	155	34,8	194	43,6	157	35,3
2003	456	2	0,4	69	15,1	270	59,2	110	24,1	181	39,7

Вікова структура абортів у першовагітних жінок Закарпатської області за 2003 рік.



Вивчаючи динаміку вікової структури абортів за 5 років можна відзначити, що у віковій групі до 14 років, незважаючи на коливання спостерігається тенденція до зростання від 0,04% до 0,07%. У віковій групі 20 - 34 роки відмічаються коливання з тенденцією до зниження (75,4%- 71,8%). У молодших вікових групах зберігається загальна тенденція до зростання, яка найбільше виражена у віці 18-19 років (майже у 2 рази). Мешканки сіл складають майже 45%.

Аналіз абортів в цілому, незалежно від паритету вагітності, підтверджує закономірності, виявлені для першовагітних жінок, а саме: зростання частоти абортів у молодших вікових групах, а також переважання представниць міських територій.

Окрім динаміки абортів, важливим є аналіз їх закономірностей і залежність від місця проживання, а також віку. Розділивши Закарпатську область на низинну, передгірську та гірську зони і вивчаючи вікову структуру абортів, можна відмітити, що в основній масі жінок закінчується вагітність абортів у віці від 20 до 34 років незалежно від регіону проживання і становить в низинному - 70,5%, в передгірському - 71,3%, гірському регіоні - 80,7%. На другому місці у віковій структурі знаходяться вагітні віком до 20 років. В низинній зоні їх показник становить найбільше - 18,8%, в передгірській - 15,9% і в гірській зоні найменше - 10,5%, що підтверджує раніше виявлені закономірності.

Щодо термінів переривання вагітності, то основна маса жінок Закарпатської області перериває

ває вагітність в терміні до 12 тижнів, причому динаміка показує, що в 1998 році цей показник склав 88.9 на 100 вагітностей, а в 2003 році - 87.1 на 100 вагітностей. Проте зросла частота переривання вагітності в більш пізніх термінах від 22 до 27 тижнів. Якщо у 1998 році вона становили 1.6 на 100 вагітностей, то у 2003 році зросла в 2 рази і складала 3.6 на 100 вагітностей.

Розподіл за трьома зонами характерний тим, що майже однакова частка жінок з терміном переривання вагітності до 12 тижнів проживає в низинній і передгірській зоні -85,0% і 85,2% і найбільше в гірській - 90,7%. По відношенню до жінок гірських районів приймаються більш радикальні рішення щодо переривання вагітності, що ймовірно пов'язано з певною лімітованістю спостереження за вагітними жінками більш складної ландшафтної зони. Зворотня тенденція спостерігається з вагітними жінками, котрі переривають вагітність в терміні від 22 до 27 тижнів вагітності. Найбільша їх кількість -4,3% проживають в низинній зоні, 2,6% - в передгірській і тільки 0,9% - в гірській зоні.

Дані вітчизняної літератури свідчать про те, що з кожним роком частота переривання вагітностей в Україні суттєво знижується [3], що є характерним і для Закарпатської області. В динаміці за 5 років частота абортів та міні-абортів знизилася від 33.7 до 25.3 на 100 вагітностей.

Але не можна залишити поза увагою частоту проведення міні-абортів. Їх кількість з кожним роком зростає. Так, за 5 років їх кількість зросла на (з 2282 до 2954 випадків). Змінюється також співвідношення між частотою абортів і міні-абортів. Якщо в 1998 році міні аборти становили 30,9% від загальної кількості абортів, то в 2002 році - 40,0%, а в 2003-41,2%.

Аналіз структури регуляції менструального циклу за віком показує, що найчастіше її проводять у віці від 20 до 34 років (77,6%), у віці до 20 років цей показник становить 11,9%. З них сільські мешканки складають 51,2%. В динаміці за 5 років помітно збільшувалася частота проведення РМЦ як у віці від 18 до 19 років, так і у віці від 20 до 34 років. Зменшилася частота проведення їх у віці від 15 до 17 років з 1,6% до 1%. Менша частота використання цього методу переривання вагітності у віці до 20 років може бути пов'язана з більш пізнім звертанням до лікувально-профілактичних закладів через меншу обізнаність з первинними симптомами вагітності.

Частота проведення регуляції менструального циклу коливається в межах від 35,7% в низинній до 52,8% в передгірській ландшафтній зоні.

Висновки:

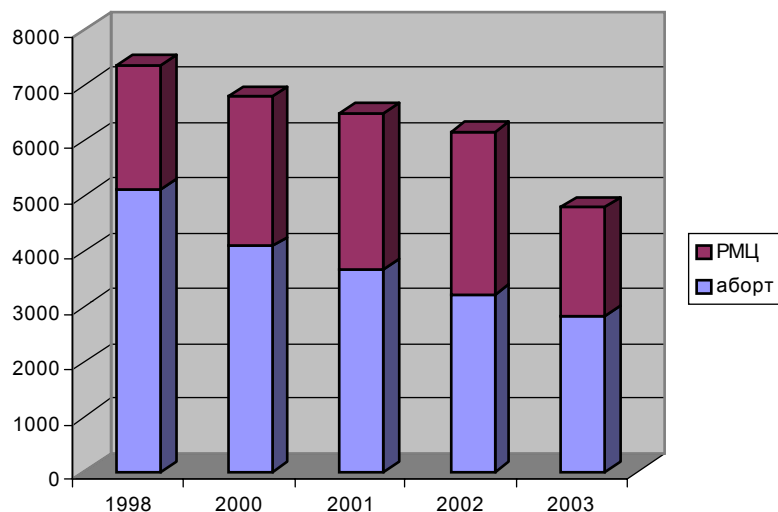
1. Встановлено, що за період з 1998 по 2003 рр. майже кожна третя вагітність жінок Закарпатського регіону завершувалася абортom.

2. Визначено, що 70% - 78,5% у структурі абортів складають ті, які пов'язані з вибором жінки і включають штучні легальні аборти, аборти за соціальними показаннями, кримінальні та міні-аборти. Найбільш виражений цей показник у гірській зоні.

3. Виявлено тенденції до зниження рівнів абортів, за винятком першовагітних у віці до 20 років та зростання частоти проведення РМЦ

4. Виявлені медико-соціальні та медико-демографічні особливості репродуктивної поведінки жінок мають бути використані при обґрунтуванні медико-організаційних заходів профілактичного спрямування, які дозволять зберегти репродуктивне здоров'я матері і сприяти народженню здорової дитини.

Співвідношення між абортами та регуляцією менструального циклу в динаміці за 5 років



Література

1. Венцківський Б. М., Веропотвелян П. М., Лунгол В. М., Веропотвелян М. П. Медико-демографічні та соціально-гігієнічні аспекти штучного аборту // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України.- №2(7) - 2000 . - С. 11-14
2. Гойда Н. Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть // Журнал практичного лікаря. - 2000.- №5. - С. 2-6
3. Жабченко І. А. Стан здоров'я вагітних, як показник здоров'я суспільства і держави // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. - 2000. - №1(6). - С.9-15
4. Сердюк А. М., Тимченко О. І. Тягар розладів репродуктивного здоров'я у населення України // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1997.- №3. - С. 5-7
5. Фера О. В., Лучкевич В. С., Захарченко М. П. Окружающая среда и здоровье населения.- Ужгород.: Закарпаття, 2002.- 285 с

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ АБОРТОВ В ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Р.Ю. Погорилляк, О.П. Гульчий

Проведен анализ абортів по трьох регіонах Закарпатської області за последние 5 лет (1998 - 2003 гг). Установлено, что абортотом заканчивается каждая третья беременность в этой области. Преобладают среди них аборты обусловленные выбором женщины. Выявлена тенденция увеличения частоты проведенный РМЦ. Изученные медико-социальные и медико-демографические особенности репродуктивного поведения женщины могут быть использованы для обоснования мероприятий профилактического характера.

EPIDEMIOLOGY OF ABORTIONS OF ZAKARPATYA

R.Y. Pogorilyak, O.P. Gulchyi

Epidemiology of abortions in three regions of Zakarpattia during last 5 years (1998-2003) presents this paper. Every third pregnancy was terminated in this region mostly because of women's choice. Was detected trend of increasing mini-abortions rates. Medical, social, demographical aspects of women's reproductive behavior has been investigated.

They could be use as a basis for preventive programme development.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2:006.44

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

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ІНДИКАТОРІВ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

Питання оцінки якості медичної допомоги (ЯМД), діяльності системи охорони здоров'я загалом та вибору певних індикаторів для цього процесу впродовж тривалого часу турбує управлінців-медиків різних країн світу [1;3-7]. З цією метою за активної підтримки ВООЗ створюються спеціальні бази інформації, що постійно поновлюються, зокрема, найпоширеніші сьогодні: бази національних статистичних даних з охорони здоров'я в європейських країнах; європейська база даних "Здоров'я для всіх" (містить дані за 600 показниками здоро-

в'я, включно з основними демографічними і соціально-економічними індикаторами, летальністю, захворюваністю та інвалідністю тощо); база показників летальності, розподілених за 67 причинами смерті, віком та статтю (містить близько 2500 показників летальності); комп'ютерна система інформації з інфекційних хвороб (CISID); статистична інформаційна система ВООЗ (WHOSIS) тощо [8;9]. Серед цих показників нерідко зустрічаються доволі екзотичні для України, наприклад: імовірність смерті на 1000 населення віком 15-60 років; індекс Гіні (ступінь відхилення розподілу прибутків чи споживання серед окремих людей або сімей в

країні від ідеально рівномірного розподілу); здоров'я порожнини рота (кількість каріозних, пломбованих і видалених зубів у віці 12 років; частка 15-річних, які належать до категорії осіб із надлишковою вагою; діти з сімей, прибутки яких становлять менше 50% середньонаціональних; очікувані роки навчання в школі; вплив тютюнового диму на дітей в їхніх домівках (частка дітей віком 0–4 роки з сімей, в яких є хоча б одна особа, що курить) тощо [9–11]. Визначення кількісних та інших параметрів відіграє центральну роль у концепції підвищення якості діяльності галузі, оскільки дає змогу оцінити фактичні результати, порівняти їх з вихідними цілями та завданнями з метою виявлення можливості для подальшого удосконалення. Отже, пошук, аналіз, уніфікація та оцінка незалежних, реальних для обробки, обчислення і порівняння індикаторів, все ще залишаються актуальною проблемою сучасної світової системи охорони здоров'я.

Мета дослідження – вивчення, уніфікація та класифікація індикаторів оцінки якості діяльності галузі на прикладі різних країн світу.

Методи та матеріали. Проаналізовано досвід 33 країн світу різного ступеня розвитку (Австралія, Сполучене Королівство, Нова Зеландія, Швеція, Норвегія, Ізраїль, Італія, Іспанія, Ісландія, Фінляндія, Франція, Данія, Турція, Чехія, Словенія, Угорщина, Польща, Румунія, Македонія, Боснія і Герцеговина, Болгарія, Албанія, Андорра, Латвія, Естонія, Російська Федерація, Грузія, Азербайджан, Киргизстан, Казахстан, Узбекистан, Вірменія та Україна) на предмет критеріїв, що найчастіше застосовуються для оцінки діяльності галузі. Вибрані індикатори були стандартизовані: за їх скеруваннями та найхарактернішими ознаками; щодо їх відношення до якості надання медичної допомоги; щодо їх скерування стосовно оцінки ресурсу, процесу (структури), результату.

Результати та їх обговорення. На основі проведеного дослідження виділено 205 найпоширеніших індикаторів, що найчастіше застосовуються для оцінки діяльності системи охорони здоров'я тієї чи іншої країни. Хоча ці показники не є уніфікованими для всіх країн, що увійшли в аналіз, їх вивчення дає змогу певним чином наблизитись до основної мети дослідження. Стандартизація вибраних індикаторів за їх основними скеруваннями та найхарактернішими ознаками дала змогу сформулювати 18 груп показників із присвоєнням їм назв, які, на нашу думку, найкраще відображають напрямок оцінки системи охорони здоров'я: економічні індикатори (31 показник);

соціальні (19); структурні (17); фармацевтичні (17); демографічні (15); кадрові (14); індикатори здоров'я (13); медико-соціальні (12); гуманітарні (11); соціологічні (10); нормативні (10); шпитальні (8); медико-технологічні (7); адміністративно-територіальні (7); страхові (5); епідеміологічні (4); специфічні (нозологічні) індикатори (3); медико-громадські (2).

Наступним етапом нашого дослідження була стандартизація індикаторів оцінки систем охорони здоров'я аналізованих країн щодо їхнього ставлення до ЯМД. При відборі індикаторів виходили з трактування ЯМД, як: 1) системи критеріїв, що дають змогу визначити якість надання медичної допомоги як на конкретній території, в певній медичній установі, у певного лікаря, так і окремому хворому; 2) діяльності, скерованої на створення таких умов медичної допомоги населенню, що дозволяють виконати заявлені державою (медичним закладом) гарантії в одержанні населенням медичної допомоги; 3) інтегрального показника, що відображає відповідність медичної допомоги сучасному рівню розвитку науки, встановленим вимогам, стандартам, оптимальному (ефективному) використанню ресурсів, задоволенню потреб пацієнтів; 4) характеристики, що відображає ступінь адекватності технологій, вибраних для досягнення поставленої мети та дотримання професійних стандартів [2].

Отож, були сформовані 2 когорти груп показників: перша – ті, що безпосередньо пов'язані з ЯМД (58 показників), друга – ті, що тим чи іншим чином дотичні до неї (87). Виявилось, що із 205 відібраних нами поширених індикаторів більшість (70,7%) так чи інакше пов'язана з проблемою ЯМД. При цьому в різних кількостях виявлено представників усіх груп показників. Однак слід зазначити, що проведена категоризація показників все ж досить умовна через те, що за певних обставин вони можуть мігрувати з однієї когорти в іншу – безпосередньо пов'язані з ЯМД індикатори ставати непрямими і навпаки. З іншого боку, кількість показників у вищезазначених когортах зовсім не визначає високий рейтинг цих індикаторів серед споріднених за метою, поставленою дослідженням. Прикметно, що всі без винятку вибрані критерії оцінки можуть бути виражені в об'єктивному цифровому еквіваленті, тобто в характеристиках, що піддаються математичній обробці, а відтак – можуть бути певним чином уніфікованими. Однак це зовсім не означає повної незалежності показника, тобто можливості впливу на його характеристики з того чи іншого боку.

Аналіз вибраних 58 індикаторів, що безпосередньо пов'язані з ЯМД, в ракурсі напрямку оцінки, з яким пов'язаний показник, не виявив особливих кількісних відмінностей (табл. 1).

Таблиця 1. Стандартизація індикаторів, безпосередньо пов'язаних з ЯМД, на їх скерування щодо оцінки ресурсу, процесу (структури) чи результату

Напрямок оцінки, з яким пов'язаний індикатор	Група індикаторів	Кількість (%)	Питома вага групи індикаторів у напрямку оцінки (%)
Ресурс	Нормативні	7	31,8
	Економічні	3	13,6
	Кадрові	2	9,1
	Гуманітарні	2	9,1
	Показники здоров'я	1	4,5
	Структурні	1	4,5
	Фармацевтичні	2	9,1
	Соціологічні	2	9,1
	Соціальні	2	9,1
<i>Всього</i>	<i>9 груп</i>	<i>22 (37,9)</i>	
Процес	Медико-технологічні	3	15,8
	Економічні	4	21,1
	Шпитальні	3	15,8
	Фармацевтичні	5	26,3
	Епідеміологічні	1	5,3
	Показники здоров'я	1	5,3
	Соціологічні	2	10,5
	<i>Всього</i>	<i>7 груп</i>	<i>19 (32,8)</i>
Результат	Демографічні	1	5,9
	Показники здоров'я	7	41,2
	Шпитальні	1	5,9
	Епідеміологічні	1	5,9
	Спеціальні	3	17,6
	Соціологічні	3	17,6
	Медико-соціальні	1	5,9
<i>Всього</i>	<i>7 груп</i>	<i>17 (29,3)</i>	
Разом		58 (100,0)	

Однак якісне насичення напрямків оцінки щодо ресурсу, процесу та результату за групами, виділеними за опрацьованою нами класифікацією, виявило низку прикметних, на наш погляд, особливостей. Отож, для оцінки ресурсу визначено групи, що характеризують лише цей напрямок, – нормативні, кадрові, гуманітарні, структурні та соціальні показники. Для оцінки процесу – медико-технологічні. Для оцінки результату – демографічні, спеціальні та медико-соціальні. Показники здоров'я та соціологічні зустрічаються в оцінці як ресурсу, так і процесу та результату. Фармацевтичні та економічні – ресурсу та процесу. Шпитальні і епідеміологічні – процесу та результату.

Таким чином, на основі проведеного дослідження, можна стверджувати, що застосування того чи іншого індикатора оцінки будь-якої системи організації охорони здоров'я потребує усвідомлення чіткої мети оцінювання, а точніше його напрямку – ресурсу, процесу чи результату. Таку організаційну модель можна вважати першочерговим етапом стандартизо-

ваного підходу до пошуку незалежних уніфікованих індикаторів оцінки якості діяльності систем охорони здоров'я. Наступні перспективні етапи цього пошуку вимагають подальшого опрацювання в Україні.

Висновки

1. Індикатори оцінки діяльності галузі різних країн світу переважно не є уніфікованими.

2. Виявлення найбільш ефективних, незалежних, реально обчислюваних, інтегральних показників оцінки системи охорони здоров'я, особливо в контексті якості надання медичної допомоги, є вкрай актуальною, однак не вирішеною як в Україні, так і за кордоном проблемою.

3. Застосування того чи іншого індикатора оцінки системи організації охорони здоров'я вимагає усвідомлення чіткої мети оцінювання та його напрямку – ресурсу, процесу чи результату. Від цього залежить вибір індикатора, а відтак – його прогностична цінність чи об'єктивність.

4. Стандартизація груп індикаторів за напрямками оцінки якості (ресурс, процес, результат) дає змогу оптимізувати порівняння та

оцінити діяльність систем охорони здоров'я. а ресурси – з ресурсами. Лише в цьому разі
 При цьому результат слід порівнювати лише з порівняння певним чином наблизатиметься до
 результатом, процес – відповідно з процесом, уніфікації.

Список літератури

1. Андреева О.В. Показатели эффективности и качества медицинского обслуживания населения// Здравоохранение Рос. Федерации. – 2002. – №5. – С. 24–25.
2. Зіменковський А.Б., Пономаренко В.М., Піняжко О.Р. та ін. Базовий термінологічний глосарій за програмою з клінічної фармації: Науково-довідкове видання/ За наук. ред. В.М. Пономаренка. – Львів; Київ: Ліга-Прес, 2004. – 446 с.
3. Зимин В.П. Мониторинг качества медицинской помощи: связь с управлением, экономикой стационара и страховыми медицинскими организациями// Здравоохранение Рос. Федерации. – 1999. – №8. – С. 145–153.
4. Конгстведт П.Р. Управление медицинской помощью: Практическое руководство. В 2 т.: Пер. с англ./ Под общей ред. акад. РАМН О.П. Щепина. – М.: Гэотар Медицина, 2000. – 743 с.
5. Кучеренко В.З., Мыльникова И.С. К оценке качества медицинской помощи в условиях хозяйствования// Здравоохранение Рос. Федерации. – 1991. – №3. – С. 5–8.
6. Линденбратен А.Л. Об оценке качества и эффективности медицинской помощи// Сов. здравоохранение. – 1990. – №3. – С. 20–22.
7. Лисицин Ю.П., Отдельнова К.А. К вопросу о показателях качества медицинской помощи // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1990. – №11. – С. 3.
8. <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
9. <http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/obs/Publications>.
10. World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005.
11. UNICEF Innocenti Research Centre. Child poverty in rich countries 2005. Florence, United Nations Children's Fund (Report Card No.6).

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ИНДИКАТОРОВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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

Изучены современные наиболее применяемые индикаторы оценки систем здравоохранения 33 стран с различной степенью развития. На основании стандартизированного подхода предложена их классификация по основным направлениям и характеристикам, определено отношение к качеству медицинской помощи, в частности, направлению её оценки – ресурсу, процессу, результату. Методология предложена как первоочередный этап на пути поиска унифицированных и независимых показателей оценки деятельности отрасли.

METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE DEFINITION OF QUALITY INDICATORS OF PUBLIC HEALTH SYSTEM ACTIVITY

A.B. Zimencovsky, V.M. Ponomarenko (Kiev, Lviv)

Modern and the most using indicators of public health system estimation of 33 countries with different stages of development are studied. Their classification by fundamental tendencies and characteristics is proposed on the ground of standardize approach. The attitude to the quality of medical care, direction of its estimation such as recourses, process, result, is determined. Methodology is proposed as priority phase on the way in search of uniform and independent data of estimati

УДК 616.36-002-022.1-084

В.Й. ШАТИЛО (Житомир)

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В УМОВАХ ЛІКАРНЯНИХ ЗАКЛАДІВ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Сьогодні проблема вірусних гепатитів (ВГ) з парентеральним механізмом передачі збудників, насамперед гепатитів В і С (ГВ і ГС), є надзвичайно актуальною, що не викликає сумнівів у жодного з представників медичної громадськості [1;5].

Актуальність проблеми пов'язана з тим, що серед медичних працівників HBsAg виявляється у 5,4%, анти-HCV – у 26,6% [2].

Встановлено можливість професійного інфікування вірусом ГС медичних працівників. Показники виявлення антитіл у цій групі обстеження (3,3%) були у 2,5 разу вищими, ніж в індикаторній групі. Серед персоналу відділень хірургічного профілю анти-ВГС виявлені в 5,3% обстежених, гематології – в 6,1%, клініко-діагностичної лабораторії – в 3,2% [1].

За результатами багаторічних досліджень Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України розроблено схему парентерального механізму передачі вірусу гепатиту В [4] в закладах охорони здоров'я:

I. Інфікування медичних працівників:

- контакт з рідинами та тканинами пацієнтів;
- контакт з апаратурою.

II. Інфікування пацієнтів:

- медичні маніпуляції з пошкодженням шкіри та слизових оболонок;
- переливання крові та її продуктів;
- пересадка органів та їх тканин.

Дослідження, проведені членами Комітету з профілактики вірусних гепатитів P. Van Damme і G. Tormans, встановили, що в медичних закладах Західної Європи щорічно інфікуються вірусом гепатиту В близько 18 тис. співробітників. Майже щоденно один медичний працівник помирає через віддалені наслідки гепатиту В – цирозу або первинного раку печінки.

Метою даної роботи стала розробка методичних підходів до профілактики інфікування вірусом ГВ і ГС медичних працівників закладів охорони здоров'я і профілактики внутрішньолікарняної інфекції (ВЛІ) пацієнтів.

Матеріали і методи. Джерелом інформації служили: результати вивчення рівня інфікування контингенту пацієнтів стаціонарів багатопрофільних лікарень області; матеріали випадків захворювань медичних працівників на ВГВ і ВГС; дослідження рівня знань медичних працівників з проблеми ВГВ і ВГС.

Результати дослідження та їх обговорення. Вивчення контингенту пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні за період 1999–2004 рр. в обласній клінічній лікарні, I і II міських багатопрофільних лікарнях виявило:

- питома вага пацієнтів, які до госпіталізації перенесли парентеральний вірусний гепатит В і С (у структурі всіх хворих), становила 4,6%;

- у межах профільних відділень найбільша питома вага пацієнтів гастроентерологічного профілю дорівнювала 8,4–9,3%, хірургічного профілю – 5,4–7,5%.

По окремих лікарнях отримані результати мали певні відмінності:

Обласна лікарня. Усього обстежено 139379 пацієнтів, з них 8757 (6,35%) пацієнтів стаціонару, які раніше перенесли ГВ і ГС.

У межах профільних відділень:

- гастроентерологія, пульмонологія, центр ендоскопічної хірургії – 7,5–8,0%;

- гематологія, нефрологія, кістково-гнійна хірургія, неврологія, судинна хірургія – 6,2–6,6%;

- хірургія, урологія, ортопедія, травматологія, нейрохірургія, ревматологічний центр – 5,1–5,7%.

Перша міська лікарня м. Житомира. Усього пацієнтів – 95481. Перенесли раніше гепатит В і С (3704 чол.) – 3,88%.

По відділеннях:

- обсервація – 9,5%;

- терапія – 8,8%;

- патологія вагітності – 4,6%;

- хірургія – 3,9%.

Друга міська лікарня м. Житомира. Усього пацієнтів – 82859 чол. Перенесли раніше гепатит В і С 4700 осіб – 5,67%.

По відділеннях:

- хірургія, проктологія, обсервація, лор-центр – 9,2–10,0%;
- гінекологія – 8,4%;
- травматологія – 7,5%;
- нефрологія – 6,3%.

По дитячій обласній лікарні за період 2001–2004 рр. зареєстровано 35 пацієнтів, які перенесли гепатит В, і 14 – гепатит С (усього 49), з них 40 пацієнтів онкогематологічного центру.

Отримані дані підтверджують досить високу питому вагу осіб, які хворі на ХВГВ і ХВГС, і можуть служити джерелом внутрішньолікарняного інфікування.

Нами проведено аналіз 104 випадків захворювань на парентеральний вірусний гепатит В і С серед медичних працівників багатопрофільних лікарень області (2000–2005 рр.)

За рівнем освіти хворі на ВГВ і ВГС розподілились таким чином:

- лікарі – 34,0%;
- молодші медичні працівники – 50,0%;
- лаборанти – 12,0%;
- інші – 4,0%.

Гепатит В перенесли 53 чол. (51,0%), гепатит С – 47 чол. (45,2%), гепатит В+С – 4 чол. (3,8%).

За місцем роботи (по профілю відділень) медичні працівники розподілились таким чином:

- терапевтичний профіль – 35 (33,7%);
- хірургічний профіль – 30 (28,9%);
- лабораторія – 17 (16,4%);
- онкогематологія – 15 (14,4%);
- інші – 7 (6,6%).

Враховуючи, що знання шляхів можливого інфікування парентеральними вірусними гепатитами дають можливість запобігти ризику захворювання. Нами проведено тестування 732 медичних працівників.

Отримані результати тестового контролю наведено нижче.

На запитання про можливі шляхи інфікування гепатитом В і С вірно відповіла така кількість респондентів:

- при виконанні стоматологічних процедур – 47,7±1,85% (349 чол.);
- при виконанні ін'єкцій та інших медичних маніпуляцій – 53,7±1,84% (393 чол.);
- при оперативному втручанні вибрали правильну відповідь – 47,5±1,85% (348 чол.);
- при переливанні препаратів крові – 52,9±1,84% (387 чол.);
- внутрішньоутробне зараження плоду від матері – 30,3±1,69% (222 чол.).

Тестовий контроль рівня знань профілактики внутрішньолікарняної інфекції виявив:

- достатній рівень знань правил індивідуального захисту мають 88,0±1,2%;
- знання директивних документів з профілактики ВЛІ – 80,0±1,48%;
- знання сучасних дезінфектантів – 63,0±1,52%;
- вірно вміють діяти при виникненні медичної аварії – 91,0±1,06%.

З огляду на результати тестового контролю можна зробити висновок про необхідність удосконалення системи освіти у даному розділі медицини.

Нами розроблена система організації профілактики внутрішньолікарняної інфекції і насамперед парентеральних вірусних гепатитів, яка містить усі складові цього процесу, починаючи з підбору кадрів, навчання, матеріально-технічного забезпечення, ступенями контролю, раціональним працевлаштуванням і визначенням функцій кожної посадової особи в цьому процесі (схема 1).

Одночасно слід зауважити, що для кожної лікарні, відділення, структурного підрозділу, згідно із запропонованою схемою, має розроблятися окрема стратегія профілактики ВЛІ залежно від виконуваних функцій, бактеріальної флори, вірусоносіїв, специфіки контингенту хворих і необхідних дезінфектантів тощо.

Одним з істотних засобів профілактики є вакцинація. Але нині з відомих парентеральних вірусних гепатитів тільки гепатит В може бути попереджений засобами специфічної профілактики.

Великий ризик інфікування вірусом гепатиту В медиків (які мають "кров'яні контакти") підтверджує великою частотою виявлення у них маркерів НВ-вірусної інфекції.

Сьогодні встановлено, що найбільш інтенсивне зараження вірусом гепатиту В має місце серед співробітників медичних закладів у перші роки їхньої професійної діяльності. Це зумовлює необхідність проведення вакцинації медиків ще під час навчання в медичному вузі, медичному коледжі, медичному училищі і передусім серед випускників.

Для вакцинації використовують рекомбінантні генно-інженерні вакцини вітчизняного виробництва, що містять НВs-антиген, а також аналогічні вакцини, виробником яких є закордонні фірми.

Є дані, що в 25–40% імунізованих медиків через 5–7 років відмічається зниження концентрації анти-НВs і їх зникнення в крові. Вважається доцільним повторне однократне введення вакцини для тих, хто у сфері професійної діяльності має контакти з кров'ю пацієнтів.

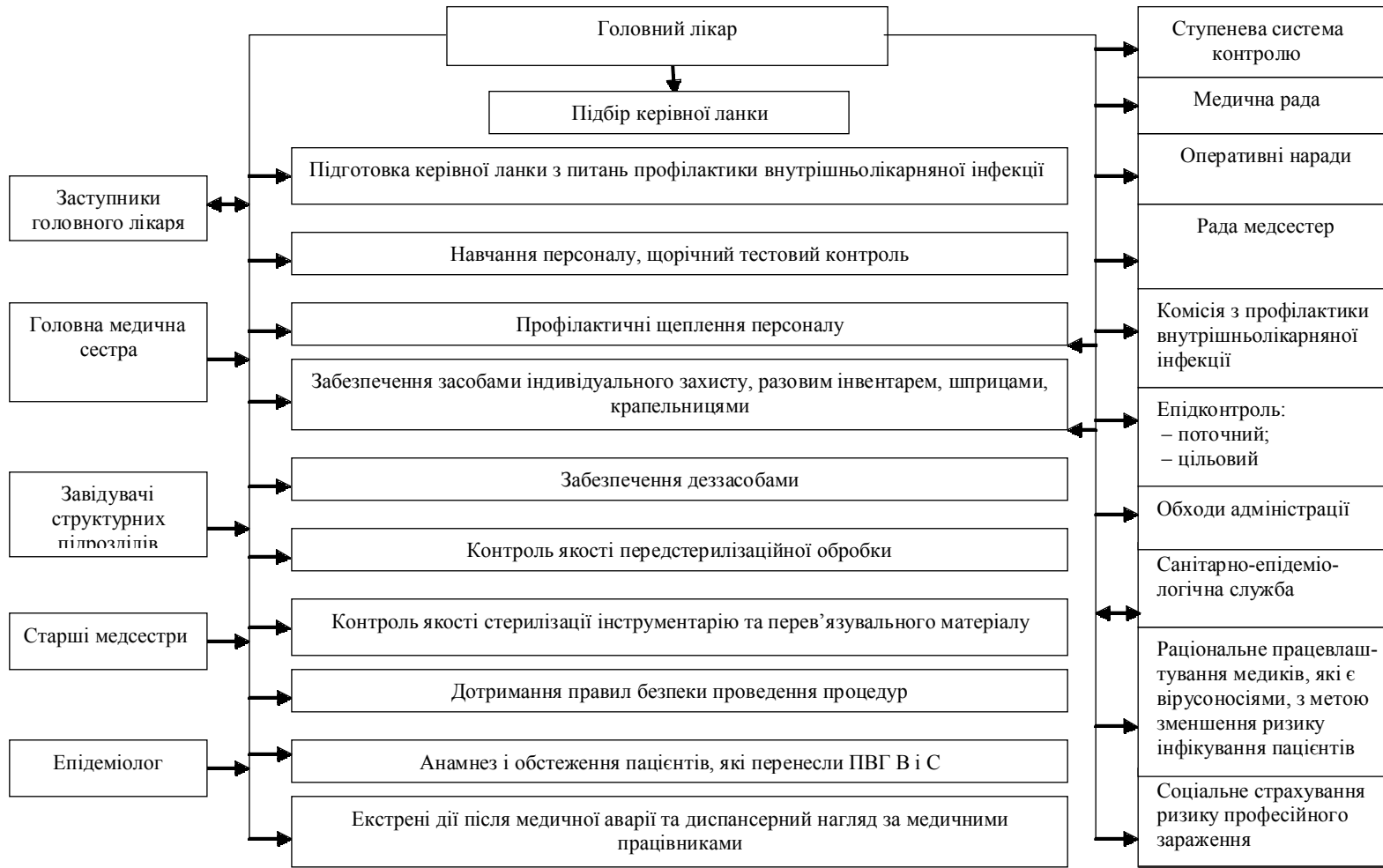


Схема 1. Організація роботи з профілактики внутрішньолікарняної інфекції в лікарні

Також передбачені засоби екстреної профілактики проти можливого зараження гепатитом В – після обробки рани необхідно визначити у медпрацівника титр антитіл не пізніше ніж 48 годин після нещасного випадку. Це дасть змогу почати виконання необхідних заходів у максимально ранні терміни. Якщо медичний працівник раніше не був вакцинований і титри антитіл у нього нижче 10 МЄ/л, то рекомендується, крім вакцинації, введення вже в першу добу специфічного імуноглобуліну, який містить анти-HBs високої концентрації. Для профілактики вірусних гепатитів В і С може бути використана противірусна терапія (аміксин, роферон, інтерферон та інші за схемою).

Першочергову роль у профілактиці медичного персоналу збудниками із парентеральним механізмом передачі (вірусні гепатити, ВІЛ-інфекція) відіграє також суворе дотримання засобів індивідуального захисту.

Медичні працівники, які мають гемоконтакти за родом своєї професійної діяльності, повинні розглядати всіх хворих як джерела вірусних парентеральних гепатитів. У зв'язку з цим особиста профілактика медичного персоналу полягає у використанні спецодягу, рукавичок, окулярів, одноразового інструментарію, системи безпечного забору крові, ретельної дезінфекції, передстерилізаційної обробки, стерилізації відповідно до діючих стандартів (нормативів).

Проведення дезінфікуючих і стерилізаційних заходів у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) покладається переважно на середній медичний персонал, від добросовісності якого певною мірою залежить рівень захворювання на внутрішньолікарняні інфекції, в тому числі на парентеральні вірусні гепатити.

Для забезпечення надійності профілактичних заходів рекомендується використовувати деззасоби, що мають віруліцидні якості вітчизняного і зарубіжного виробництва, дозволені до використання.

Для виробів медичного призначення, предметів догляду за хворими рекомендується використовувати дезінфікуючі засоби на основі четвертинно-амонієвих сполук (ЧАС) і катіонних поверхньо-активних речовин (КПАР).

Можливість інфікування окремих пацієнтів ЗОЗ вірусами гепатитів В, С, Д, яка зберігається, може бути пов'язана з порушеннями персоналом санітарно-протиепідемічного режиму, серйозними недоліками в режимах стерилізації, а також старінням і зношеністю стерилізаційної апаратури, що багато в чому, зви-

чайно, понижує якість стерилізації.

Отже, особливе значення у профілактиці зараження вірусними гепатитами пацієнтів і медперсоналу має дотримання санітарно-гігієнічного режиму в ЗОЗ.

Відходи, що утворюються в ЗОЗ, мають різноманітний ступінь епідеміологічної і екологічної небезпеки. А тому повинні суворо дотримуватись вимог протиепідеміологічного режиму:

- забезпечення одноразової тари (паке-ти, баки) для упаковки медичних відходів;
- герметичне упакування відходів ЗОЗ, контамінованих патогенною флорою і збудниками госпітальних інфекцій;
- маркіровані за групами відходів контейнери і приміщення (майданчики) для тимчасового зберігання відходів;
- забезпечення транспортного ланцюжка в середині ЗОЗ, що виключає можливість контамінації інфікованими медичними відходами персоналу і пацієнтів;
- виділення спеціального транспорту для перевезення відходів із території стаціонару до місця захоронення і його дезінфекції.

Таким чином, на поширення парентеральних вірусних гепатитів впливають ступінь безпеки проведення парентеральних маніпуляцій, стан стерилізаційного обладнання, забезпечення одноразовим інструментарієм і білизною, якість передстерилізаційного очищення багаторазового інструментарію, дотримання дезінфекційно-стерилізованого режиму.

Повинна бути чітко розмежована функція керівної ланки і виконавців та відповідна цільова підготовка.

Необхідно забезпечити підготовку з питань профілактики ВЛІ, парентеральних вірусних гепатитів В, С та інших гепатитів, викладачів вищих медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації.

Є необхідність у підготовці клінічних епідеміологів.

У кожному відділенні, структурному підрозділі необхідно розмістити керівництво до екстреної дії в разі виникнення аварійної ситуації – "Алгоритми дій при виникненні медичної аварії" (схема 2).

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку полягають в удосконаленні навчальних і тестуючих програм профілактики ВЛІ, вивченні віддалених наслідків і уточнення джерел інфікування пацієнтів лікарень, медичних працівників і наукове обґрунтування системи профілактики ВЛІ.

<p align="center">Ушкодження шкіри голкою, гострим інструментом:</p> <ul style="list-style-type: none"> – зняти рукавички і покласти їх у дезінфікуючий розчин; – вичавити кров із ранки; – стічною водою з милом промити руки; – обробити руки 70-процентним спиртом; – змастити ранку 5-процентним розчином йоду; – закрити пластиром, напальчиком; – вакцинація; – імуноглобулін; – противірусна терапія
<p align="center">Слизові оболонки очей (при попаданні крові, слизу):</p> <ul style="list-style-type: none"> – промити 1-процентним розчином борної кислоти; – прополоскати водою
<p align="center">Слизова оболонка носа:</p> <ul style="list-style-type: none"> – промити водою або 1-процентним розчином протарголу
<p align="center">Слизова оболонка роту:</p> <ul style="list-style-type: none"> – прополоскати розчином $KMnO_4$ (1:1000); – прополоскати водою (сплюнути)
<p align="center">Забруднення шкіри кров'ю, іншими рідинами:</p> <ul style="list-style-type: none"> – негайно обробити шкіру антисептиком (70-процентний спирт, 3-процентний розчин хлораміну, йодопірін, октонісепт, хлориксидін тощо); – промити двічі теплою стічною водою, витерти насухо

* Реєстрація: травма медичного персоналу реєструється в спеціальному журналі даного ЗОЗ не пізніше 12 годин з моменту медичної аварії:

- спостереження за працівником протягом 6–12 місяців;
- обстеження на маркери HBV і HCV, ВІЛ-інфекцію, з проведенням медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції.

Схема 2. Алгоритми дій при виникненні медичної аварії

Список літератури

1. Гураль А.Л., Марієвський В.Ф., Сергеева Т.А. та ін. Гепатит С: сероепідеміологічне вивчення розповсюдження / Клінічні проблеми боротьби з інфекційними хворобами. – Тернопіль, 2002. – С. 400–401.
2. Гураль А.Л., Марієвський В.Ф., Сергеева Т.А. та ін. Епідеміологічна характеристика гепатиту В в Україні і шляхи підвищення ефективності його профілактики// Матеріали наук. практ. конф. “Керовані інфекції”. – Тернопіль: Укрмедичина, 2003. – С. 315.
3. Гураль А.Л., Марієвський В.Ф. и др. Эпидемиологические параллели между гепатитами В, С и ВИЧ-инфекцией// Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи возбудителей и их исходы. – К., 2001. – С. 25–28.
4. Марієвський В.Ф. Гепатит В: проблеми та перспективи// Проблеми епідеміології, діагностики, клініки, лікування та профілактики інфекційних хвороб. – К., 2002. – С. 81–86.
5. Сергеева Т.А. Розповсюдження маркерів гепатитів В і С в групах підвищеного ризику// Проблеми епідеміології, діагностики, клініки, лікування та профілактики інфекційних хвороб. – К., 2002. – С. 132–137.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В.И. Шатило (Житомир)

В работе отражены организационные подходы к профилактике инфицирования вирусами гепатитов В и С медицинских работников в условиях больницы.

METHODICAL APPROACHES TO PREVENTION OF PARENTERAL VIRUS HEPATITIS AMONG MEDICAL STUFF

V.Y. Shatylo (Zytomyr)

Organizational approaches to prevention of medical stuff affection with virus hepatitis B and C in hospitals are given in the article.

УДК 614.23:618.2:616-082

І.О. МОГІЛЕВКІНА, Т.Г. ПЕТРЕНКО (Донецьк)

НОВІ ПІДХОДИ В НАВЧАННІ СПЕЦІАЛІСТІВ: МЕДИЦИНА, ЯКА БАЗУЄТЬСЯ НА ДОКАЗАХ ПРИ ВИБОРІ ТАКТИКИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Доказова медицина (ДМ) – це використання кращих доступних доказів при ухваленні рішення щодо надання медичної допомоги в різних сферах охорони здоров'я. Важливе значення має використання методів ДМ в акушерстві.

Мета роботи – вивчити стан науково-доказових підходів у виборі тактики надання допомоги в акушерській практиці.

Слід зазначити, сам термін “доказова медицина” найчастіше сприймається негативно і не приймається спеціалістами. Супротивники ДМ вважають, що вона не нова. Новим є тільки назва: клініцисти завжди користувалися даними літератури для прийняття рішень.

Водночас, сучасний підхід до ДМ “формалізує” цей процес і фільтрує літературні дані таким чином, щоб рішення приймалися на основі “вагомих” доказів.

Спеціалісти, які не підтримують принципів ДМ, називають її “медициною куховарської книги”, заявляючи, що вона базується тільки на доказах і принижує значення власного судження клініциста.

Насправді ДМ – це тільки частина процесу. Приймаючи рішення, клініцисти повинні враховувати й індивідуальний клінічний досвід, і переваги пацієнта, і доступні докази.

Фахівці, що не сприймають положень ДМ, вважають, що вона – це бездумний додаток даних популяційних досліджень для лікування індивідуума. Така медицина використовує результати досліджень на великих групах людей і намагається застосувати їх щодо окремих пацієнтів, які можуть мати унікальні характеристики/обставини, не враховані в цих дослідженнях.

Насправді останнім етапом процесу ДМ є вирішення питання про те, чи застосовується інформація, отримана в ході популяційних досліджень, до конкретного Вашого пацієнта, а також обговорення можливих результатів лікування із самим пацієнтом.

Супротивники ДМ зазначають, що в літературі часто відсутні дані рандомізованих клінічних досліджень, або “золотий стандарт”, необхідні для рішення конкретного клінічного питання.

І це дійсно так, однак клініцистам слід пам'ятати про “піраміду доказів” (рис. 1) і шукати наступний в ієрархії доказів рівень обґрунтування. Дуже важливо розуміти, що думка експертів, навіть найдосвідченіших, має набагато нижчий рівень доказовості, ніж навіть прості описові дослідження. Одночасно слід розуміти, що вагомні докази в підтримку клінічного рішення можуть бути не завжди.

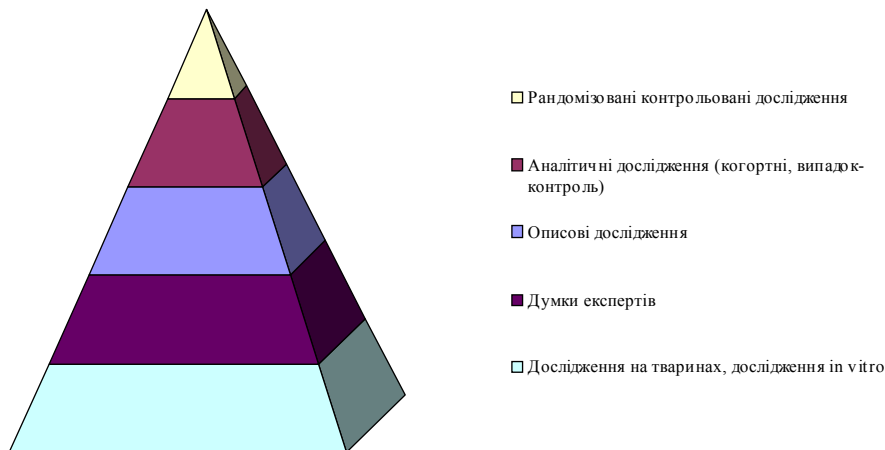


Рис. 1. Піраміда доказів

Таким чином, ДМ дає змогу на підставі попередніх епідеміологічних досліджень приймати клінічні рішення щодо конкретного пацієнта. Вона заснована на наукових доказах, що дозволяють аналізувати і прогнозувати захворюваність, проводити оцінку теоретичних і практичних результатів. В основі науково-доказової медицини лежить метод клінічної епідеміології.

Завжди, приймаючи рішення щодо використання тих чи інших підходів, запропонованих у літературі для лікування або обстеження пацієнтів з певною патологією, ми повинні зважати на рівень доказовості запропонованої публікації і раціональності використання результатів публікації в конкретного пацієнта (рис. 2).

У світі щорічно більш ніж у 40 тис. журналів публікується понад 2 млн статей. На жаль, інформація, подана в них, не завжди отримана в результаті правильно організованих досліджень. Так, наприклад, у 1993 р. з 6 млн статей, опублікованих у хірургічних журналах, тільки 350 відповідали методологічним критеріям. Слід пам'ятати, що різні публікації роблять різноманітний внесок у рішення клінічних проблем (табл. 1). При цьому тільки дослідження на людях і контрольовані клінічні дослідження є джерелами прямої інформації. Причому рівень доказовості даних джерел інформації різноманітний.

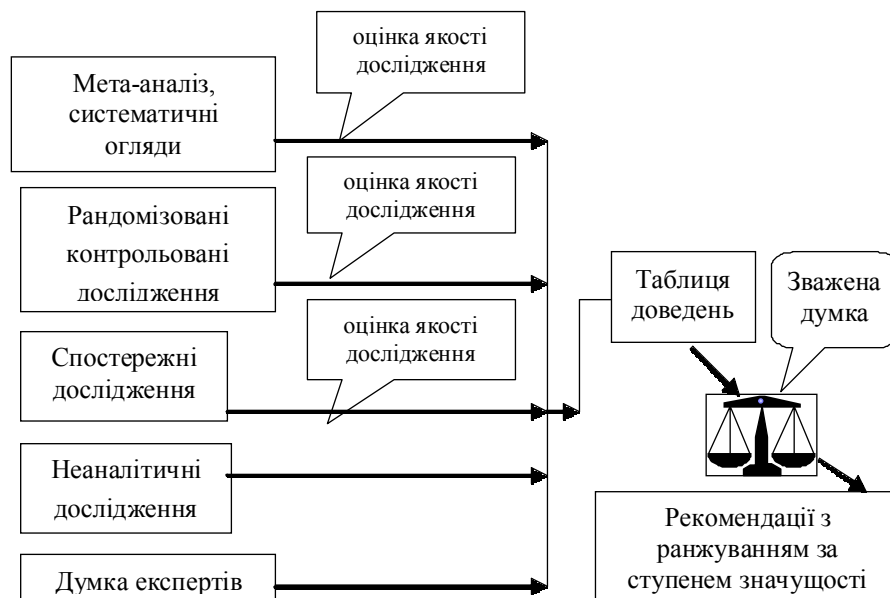


Рис. 2. Ухвалення рішення про ступінь значущості рекомендацій

Таблиця 1. Внесок у вирішення клінічних проблем

Оглядів, навчальні, редакційні статті	Повторні дані		
Лабораторні (“фундаментальні”) дослідження	Первинні дані	Непряма інформація	
Дослідження на людях		Пряма інформація	Низький рівень доказовості
Рандомізовані контрольовані клінічні дослідження			Високий рівень доказовості

Отже, чому медицина має базуватися на доказах? Насамперед, щоб бути упевненим, що запропонована допомога ефективна, крім того, даний підхід дає змогу відповідно використовувати наявні ресурси.

Медицина, яка базується на доказах, необхідна для розробки нових керівництв, надання нових методів, припинення використання неефективних методів, визначення якості допомоги і навчання.

Використання ДМ припускає такі кроки:

- Формулювання клінічної проблеми у формі питання, на яке можна відповісти.
- Ефективний пошук кращих доступних джерел інформації.
- Критична оцінка літератури з погляду валідності інформації та її клінічної придатності.
- Впровадження результатів пошуку в клінічну практику.

– Оцінка результатів впровадження.

Давайте розглянемо, як підходи доказової медицини можуть допомогти у вирішенні практичних завдань. В Україні проблема невиношування вагітності займає чільне місце серед акушерських проблем. Відповідно до даних офіційної статистики, у 2004 р. 2,8% пологів були передчасними [1]. Невиношування вагітності супроводжується значним зростанням рівня перинатальної захворюваності і смертності. Так, якщо у 2004 р. показник перинатальної захворюваності серед доношених дітей становив 220,41/1000, то серед недоношених – 824,14/1000. Показник перинатальної смертності серед дітей вагою понад 1000 г склав у 2004 р. 7,8/1000, тоді як у перерахунку даного показника, починаючи з 500 г, – 17,9/1000. Проблема передчасних пологів стає особливо актуальною у світлі зміни підходів до реєстрації, враховуючи, що всі родорозрішення після 22 тижнів тепер віднесені до пологів, а не до пізніх викиднів.

З огляду на це важливо враховувати і коректувати всі чинники, що можуть стати причиною передчасних пологів.

З позицій доказової медицини безсимптомна бактеріурія є одним із чинників, які необхідно враховувати при розробці стратегій зниження ризику передчасних родів [4].

Відповідно до протоколу надання допомоги під час вагітності в Україні передбачається, що вагітна має здавати загальний аналіз сечі перед кожною явкою в жіночу консультації протягом вагітності. Ідея полягає в тому, що при виявленні патологічних змін у сечі стан може своєчасно коригуватися за допомогою терапевтичних заходів. Водночас, у протоколі відсутнє обстеження сечі на безсимптомну бактеріурію, що є обов'язковим компонентом протоколу надання допомоги при вагітності в багатьох країнах світу. Крім того, відповідно до підходів доказової медицини, своєчасне виявлення і лікування безсимптомної бактеріурії дає змогу знизити ризик передчасних пологів і розвиток пієлонефриту. За даними офіційної статистики, частота захворювань сечостатевої системи при вагітності в Україні у 2004 р. була досить високою і становила 16,5%.

Відмова від своєчасного виявлення і лікування безсимптомної бактеріурії призводить до збільшення частоти передчасних пологів. Як зазначалося вище, проблема передчасних пологів є однією з серйозних проблем акушерської практики в Україні. Якщо до цього додати, що перинатальна смертність серед передчасно народжених немовлят робить ва-

гомий внесок у структуру дитячої смертності, то стає актуальною задача пошуку простих і надійних засобів попередження невиношування вагітності.

Таким чином, своєчасне виявлення і лікування безсимптомної бактеріурії є важливим резервом зниження кількості передчасних пологів. При цьому методи діагностики і лікування даного стану доступні в Україні.

Першим кроком на шляху використання будь-якого методу діагностики або лікування є поінформованість про нього спеціалістів. Отже, закономірно виникає питання: що знають спеціалісти про цю патологію і вплив її на перебіг вагітності. На жаль, для спеціалістів в Україні багато міжнародних джерел інформації найчастіше є недоступними, насамперед через незнання англійської мови. І хоча сьогодні вже з'явилася переведена російською мовою література з доказової медицини, вона часто залишається недоступною через вартість або відсутність в Україні. Водночас, російськомовна медична література не завжди відповідає міжнародним стандартам доказової медицини, хоча часто розглядається українськими спеціалістами як джерело сучасної інформації.

З метою визначення думки спеціалістів про дану патологію нами організовано дослідження серед лікарів акушерів-гінекологів. Їм запропонували відповісти на 7 запитань, що стосуються безсимптомної бактеріурії. Запитання вибору мали по 4 відповіді. При цьому тільки одна з них відповідала підходам доказової медицини. Усього в анкеті взяли участь 136 лікарів. Опитування проводилося під час засідання ради по родопомочі.

На запитання про частоту асимптомної бактеріурії правильну відповідь дали 72 чол. (53%) – 3–10%. При цьому 22% провайдерів вважали, що ця патологія зустрічається дуже рідко – у 0,5–1,0% випадків, тоді як 21% лікарів вважали, що вона зустрічається в кожній 3–4-ї жінки (у 25–30% вагітних).

Визначення бессимптомної бактеріурії з 136 лікарів дали правильно тільки 56 чол. (41%) – >105 бактерій при бактеріологічному дослідженні сечі за відсутності клінічних симптомів інфекції сечового тракту. Визначили безсимптомну бактеріурію як >103 бактерій при бактеріологічному дослідженні сечі за відсутності клінічних симптомів інфекції сечового тракту 56% спеціалістів (76 чол.). Тобто більшість лікарів акушерів-гінекологів не знайомі з поняттям безсимптомної бактеріурії.

Практично всі респонденти зазначили, що асимптомна бактеріурія має безсимптомний перебіг (127 чол., 93%). Тоді як 7% спеціалістів

вказали на наявність різноманітних симптомів при даному стані (лихоманка, ніктурія, біль внизу живота).

Правильно зазначили, що лікувати пацієнтку з асимптомною бактеріурією під час вагітності необхідно, 71% респондентів (96 чол.), тому що в 30% випадків асимптомна бактеріурія може ускладнитися гострим пієлонефритом під час вагітності.

При цьому трохи більше половини провайдерів (54%, 73 чол.) знали, що для встановлення діагнозу безсимптомної бактеріурії проводиться бактеріологічне дослідження середньої порції сечі. Вважали, що бактеріоскопія сечі дає змогу встановити діагноз безсимптомної бактеріурії, 26% спеціалістів.

Вірно вказали, що для лікування безсимптомної бактеріурії призначається антибіотикотерапія протягом 3-х днів на тлі значного вживання рідини і зниження рН, 78% провайдерів (106 чол.). При цьому близько 17% респондентів вважали, що ефекту можна досягти за таких самих умов, однак без антибіотикотерапії.

Беручи до уваги роль безсимптомної бактеріурії в невиношуванні, одне із питань стосувалося ускладнень, до яких може призводити ця патологія. Відповіли на дане запитання вірно 89 респондентів (65%), вказавши, що передчасні пологи є ускладненням вагітності,

до якого призводить безсимптомна бактеріурія. Водночас, близько 24% провайдерів вважають, що дана хвороба призводить до розвитку прееклампсії.

Таким чином, проведене нами дослідження показало низьку поінформованість спеціалістів про бессимптомну бактеріурію. Це означає, що даний стан, швидше за все, не враховується як фактор високого ризику передчасних пологів, а отже, не вживаються заходи, що дають змогу уникнути цього серйозного ускладнення вагітності.

Давайте простежимо хід міркувань спеціаліста, що володіє підходами доказової медицини в жінки, у якої при постановці на облік по вагітності виявлено безсимптомну бактеріурію.

Клінічний сценарій:

– Пацієнт: вперше вагітна жінка, 12 тижнів гестації.

– Дані обстеження: понад 10^5 КУО в середній пробі сечі.

– Вагітність: здорова; немає скарг.

– Втручання:???

– Запитання: чи потрібно проводити антибіотикотерапію для зниження ризику передчасних пологів?

Підходи доказової медицини припускають розробку так званої моделі ПІКО з метою постановки завдання для пошуку літературних джерел.

Таблиця 2. **Модель PICO (ПІКО)**

<i>P</i> Пацієнт	Вагітність 12 тижнів, понад 10^5 КУО в середній пробі сечі
<i>I</i> Інтервенція	Проведення антибіотикотерапії
<i>C</i> Контрольне порівняння	Відмова від проведення антибіотикотерапії
<i>O</i> Очікуваний результат	Зниження ризику передчасних пологів

Пошук літератури припускає аналіз усіх доступних баз даних, пошук за ключовими словами, визначення тимчасових рамок, а також інші обмеження, наприклад, пошук РКД або систематичних оглядів.

Далі нам слід з'ясувати таке. Чи є результати пошуку надійними? Які результати? Чи можуть отримані авторами результати використовуватися в нашому випадку?

Доказова медицина адвокатирує *вихід, орієнтований на пацієнта* перед узагальненими показниками, *абсолютний ризик* перед відносним ризиком, *систематичні огляди* перед несистематичними оглядами, враховує *клінічну прийнятність* поряд зі статистичною значущістю.

Давайте розглянемо, яка інформація доступна в літературі щодо безсимптомної бактеріурії.

Безсимптомна бактеріурія визначається як стійка бактеріальна колонізація сечового тракту за відсутності будь-яких дизуричних/сечових симптомів.

Визначення:

– Відсутність клінічних симптомів і ознак інфекції.

– Значна колонізація сечового тракту бактеріями ($>10^5$ КУО/мл) при повторному обстеженні сечі [6].

Поширеність. Частота безсимптомної бактеріурії в різноманітних популяціях коливається від 3 до 10%.

Етіологія. У 90% випадків виділяється *Escherichia Coli* [2].

Важливість проблеми. При безсимптомній бактеріурії збільшується ризик:

- передчасних пологів;
- народження дітей з низькою вагою тіла;
- гестаційної анемії;
- розвитку захворювань сечового тракту.

У 20–40% випадків, якщо не лікувати безсимптомну бактеріурію, у вагітних може розвинути гострий пієлонефрит, а серед пацієнток із пієлонефритом у 0,03% випадків – захворювання нирок, яке приводить до летального наслідку. У 35% – повторна безсимптомна бактеріурія після терапії.

Діагностика. Рекомендується скринінг на безсимптомну бактеріурію під час вагітності [5]. Рутинне бактеріологічне дослідження середньої порції сечі проводять при першому візиті в жіночу консультацію. Визначається кількість колоній утворюючих одиниць (КУО). Якщо КУО дорівнює 10^5 або більше бажано визначити антибіотикограму.

Тактика ведення:

· Значне вживання рідини, збільшення кислотності сечі.

· Антибіотикотерапія (1–3 дні) – бажано визначити чутливість до антибіотиків [3;8]:

- монурал – 3 г (однократно) – у другому триместрі;
- амоксицилін – 1 г (однократно);
- аугментин – 625 мг, по 2 табл. 2 рази на день (1 доба);
- ампіцилін – 0,5 г, 4 рази на день (3 дні).

Збільшення тривалості терапії призводить до збільшення частоти побічних ефектів.

· У випадку безсимптомної бактеріурії при скринінговому обстеженні – контроль на наявність безсимптомної бактеріурії 1 раз на місяць під час вагітності, після пологів (у 35% жінок спостерігається повторна безсимптомна бактеріурія після проведеної терапії), особливо в жінок із передчасними пологамі і пізніми викиднями в анамнезі.

· При зберіганні безсимптомної бактеріурії на момент пологів – профілактичне призначення антибіотиків під час пологів.

· При негативному результаті ($<10^5$) повторне бактеріологічне дослідження середньої порції сечі проводиться в 20–22 тижні серед

жінок групи ризику (анемія середнього і важкого ступеня, діабет, інфекція сечового тракту в анамнезі, передчасні пологи в анамнезі).

Ефективність терапії. **Терапія безсимптомної бактеріурії забезпечує:**

- санацію сечових шляхів;
- зниження частоти пієлонефриту;
- зниження частоти передчасних пологів [7].

З огляду на недостатній рівень знань щодо безсимптомної бактеріурії нами проведено лекцію для спеціалістів. Передбачалося, що через актуальність теми лікарі зацікавляться інформацією і почнуть використовувати її у своїй практиці. Водночас, слід пам'ятати, що навіть знання деяких питань зовсім не гарантує, що ці знання будуть використані на практиці, бо відомо, що навіть методики, які прекрасно себе зарекомендували, не завжди легко впроваджуються в повсякденну практику.

Таким чином, впровадження в практичну роботу нових підходів потребує не просто подання протоколу, знайомства спеціалістів з проблемою – проведення лекції з проблеми, але обов'язкове проведення тренінгів серед спеціалістів. Дуже важливо мати друкарські матеріали і літературу, яку спеціалісти можуть прочитати, і до якої можуть повернутися через певний час після лекції. Актуальним є підготування матеріалів мовою, доступною для спеціалістів. Навіть наявність значної кількості міжнародних публікацій стосовно проблеми не гарантує, що цей матеріал може використовуватися, частіше за все в результаті недостатнього знання англійської мови.

Впровадження нових практик припускає високу зацікавленість фахової асоціації в просуванні ефективних підходів, що базуються на даних доказової медицини, у надання допомоги матерям і дітям. На наш погляд, саме асоціація акушерів-гінекологів є тієї структурою, що може послідовно брати на себе відповідальність за просування нових сучасних технологій і організувати процес безупинної підготовки спеціалістів. Не менш важливою є підготовка спеціалістів безпосередньо в питаннях доказової медицини. Розуміння її концепції дасть змогу ширше впроваджувати підходи доказової медицини в повсякденну практичну діяльність акушерів-гінекологів, допомагаючи вирішувати насущні практичні завдання.

Список літератури

1. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2004 рік. – К., 2005. – С. 232.
2. *Bacteriology in UTI (bakteriologisk diagnostikk ved urinveisinfeksjon)*/ Consensus Report No.7, 1994 (in Norwegian).
3. *Chow A.W., Jewesson P.J.* Use and Safety of Antimicrobial Agents During Pregnancy// *West J Med.* – 1987. – June, No. 146. – P. 761–764.
4. *Enkin M, Keirse JNC, Chalmers I.* Effective Care in Pregnancy and Childbirth. – Oxford University Press, 1989. – P. 90–91.

5. *Evidence-Based Obstetrics/* Edited by James D.K., Mahomed K., Stone P., Van Wijngaarden W. et al. – Elsevier Science Limited: SAUNDERS, 2003. – P. 408.
6. *Knut Dalaker, Einar J Berle: Clinical Guidelines in Obstetrics 1999/* The Norwegian Medical Association. – Oslo, 1999. – P. 68–70.
7. *Smaill F.* Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Cochrane review), In Cochrane database of systematic reviews, issue 2. – Oxford: Update Software, 2001.
8. *Villar J., Lydon-Rochelle M.T., Gulmezoglu A.M. et al.* Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy// Cochrane database of systematic reviews, issue 2. – Oxford: Update Software, 2000.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОБУЧЕНИИ СПЕЦИАЛИСТОВ: МЕДИЦИНА, ОСНОВАННАЯ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

И.А. Могилевкина, Т.Г. Петренко (*Донецк*)

Освещена философия научно-доказательной медицины. Обговорено научно-доказательные подходы к улучшению качества помощи в акушерской практике на примере современной диагностики, соответствующей терапии бессимптомной бактериурии. Представлены результаты анализа знаний врачей в отношении роли бессимптомной бактериурии в перинатологии. Указана важность наличия соответствующих источников информации и форм подачи материала.

NEW APPROACHES IN SPECIALISTS TRAINING: MEDICINE IS GROUNDED ON EVIDENCES IN SELECTING TACTICS FOR RENDERING MEDICAL CARE IN OBSTETRIC PRACTICE

I.A. Mogilevkina, T.G. Petrenko (*Donetsk*)

Philosophy of scientifically evidenced medicine is elucidated. Scientifically evidenced approaches to the improvement of medical care quality in obstetric practice are discussed on the example of timely diagnostic, corresponding therapy of asymptomatic bacteriuria. The results of analysis of physician's knowledge concerning of asymptomatic bacteriuria in perinatology are presented. The importance of presenting appropriate information and forms of giving material are in

УДК 314.33:618.17

О.В. ГОРБЕНКО (Київ)

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ НАСЕЛЕННЯ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ СУЧАСНИМИ ЗАСОБАМИ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Асоціація сімейних лікарів м. Києва

За останні роки ринок контрацепції в Україні поповнився сучасними засобами та має тенденцію до збільшення. Це зумовлено зростанням кількості споживачів серед населення [2]. Сьогодні в Україні представлено фактично всі види/методи запобігання небажаній вагітності та інфекціям, що передаються статевим шляхом: різні види презервативів, засоби гормональної контрацепції – комбіновані та суто прогестинові оральні контрацептиви на основі низьких доз естрогенів і нових генерацій прогестинів, ін'єкційні засоби, вагінальні

кільця, пластирі на основі технології тривалого вивільнення (резорбції) активної речовини; таблетки екстреної контрацепції, внутрішньоматкові засоби (ВМЗ), сперміциди тощо. При цьому більшість сучасних контрацептивних засобів купує населення за власні кошти через роздрібну мережу аптек або торговельних закладів. Зокрема, шляхом купівлі в торговельній мережі придбано 87,5% комбінованих оральних контрацептивів (КОК) і 78,5% презервативів [3]. Подібна ситуація характерна і для інших засобів контрацепції, коли аптека є чи

не єдиним джерелом забезпечення населення цими засобами. Виключенням можуть бути тільки внутрішньоматкові засоби, встановлення яких потребує участі лікаря; тому для них високою є частка закладів охорони здоров'я, де лікарі водночас рекомендують і встановлюють пацієнткам ВМЗ. Частка безоплатного отримання контрацептивних засобів в Україні є малою: для КОК вона становить 11,8%, для ВМЗ – 23,1%, для презервативів – 8,8% [3]. Шляхи отримання безкоштовних контрацептивів представлені передовсім гуманітарною допомогою, яка протягом останніх років надходила в Україну від організацій-донорів за сприяння соціальних і благодійних фондів та установ. Протягом останніх двох років надходження контрацептивних засобів в Україну шляхом гуманітарної допомоги значно зменшилося, що призвело до виснаження їх наявних запасів у медичних закладах [1;4;7]. Незначною мірою контрацептивні засоби закупалися деякими відомчими установами і безкоштовно надавалися пацієнтам, але така практика була в Україні обмеженою [1;7]. Державних закупівель контрацептивних засобів в Україні не проводилося [4]. Єдиним документом, що регламентує безоплатний та пільговий відпуск контрацептивів жінкам з протипоказаннями до вагітності, жінкам, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, та підліткам, є Постанова Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 р. №1303 “Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення.” Наразі система такого забезпечення не розроблена. Єдиної системи прогнозування кількості та асортименту контрацептивів в Україні не існує [1;4]. Слід зазначити, що вказана проблема поставала і постає в інших країнах світу; досвід деяких з них є показовим і може застосовуватися в Україні [5;6;7].

У міру швидкого збільшення глобального попиту на послуги у сфері планування сім'ї та недостатніх ресурсів, необхідних для задоволення цього попиту, виникає реальна занепокоєність, що країни не зможуть задовольнити своє населення у сучасних засобах контрацепції. Це особливо стосується країн, що розвиваються, і країн з перехідною економікою. Слід зазначити, що, за даними Фонду народонаселення ООН (2004), понад 200 млн жінок у цих країнах мають незадоволену потребу в контрацептивах, оскільки вони не користуються жодним з методів (137 млн) або застосовують традиційні та ненадійні методи (близько 64 млн), навіть якщо і бажають спланувати

або обмежити кількість дітей у родині. Для поліпшення ситуації у цьому плані урядами країн та міжнародними організаціями виділено близько 4 млрд доларів США, у тому числі 700 млн – на поставки контрацептивів. У 2002 р. донорська допомога забезпечила лише 30% потреб населення у контрацептивних засобах [5]. Вищенаведене спонукало нас до проведення даного наукового дослідження.

Метою даної роботи є пошук принципових моделей забезпечення населення України в цілому та окремих його категорій сучасними засобами контрацепції. Відсутність таких моделей може розцінюватися як вид процесуально-технічних перешкод у доступі населення до сучасних засобів попередження небажаної вагітності. Надання безкоштовних або субсидованих контрацептивів поряд з інформаційною діяльністю можуть сприяти збільшенню попиту на сучасні засоби контрацепції та обсягу їх використання населенням.

Результати та обговорення. У 1995 р. в Україні під егідою Національної програми створено службу планування сім'ї (ПС), лікарські амбулаторії та сімейні амбулаторії. Вона була і залишається організованою на різних рівнях системою надання послуг з контрацепції населенню:

Рівень I – фельдшерсько-акушерські пункти, сільські лікарські амбулаторії та сімейні амбулаторії.

Рівень II – ЗОЗ міського та районного рівня (центри та кабінети планування сім'ї).

Рівень III – ЗОЗ республіканського, обласного значення (республіканські, обласні центри планування сім'ї).

Рівень IV – Український центр планування сім'ї.

Заклади ПС на різних рівнях повинні забезпечувати не тільки інформаційні послуги і консультації для населення, але і гнучке постачання/надання різних засобів/методів контрацепції. Певні заходи у цьому напрямку в деяких регіонах України вже розпочаті. У Львівській, Дніпропетровській, Кіровоградській та Вінницькій областях на базах закладів ПС впроваджено електронні менеджмент-інформаційні системи (МІС) для визначення потреб конкретного регіону в контрацептивах і, відповідно, розподілу їх відповідно до цих потреб [4].

Нами визначено напрямки постачання населення контрацептивними засобами:

1. Закупівля контрацептивів за державні кошти (державний сектор).

2. Закупівля контрацептивів коштом недержавних організацій (недержавний сектор).

3. Програми соціального маркетингу, у тому числі гуманітарна допомога.

4. Закупівля контрацептивних засобів населенням за власні кошти у роздрібній аптечній та торгівельній мережі (приватний сектор).

Як зазначалося вище, останній напрямок в Україні сьогодні є визначальним. Відповідно, тільки по цьому напрямку сьогодні можна отримувати достовірну інформацію (маркетингові дані щодо об'ємів реалізації в гуртовому і роздрібному секторах, ринкових часток і пріоритетів фахівців щодо того чи іншого засобу/методу), оскільки він є визначальним у формуванні контрацептивного ринку в державі. Наприклад, кожен з представників приватного сектора (операторів фармацевтичного ринку) може проаналізувати контрацептивний ринок за даними власної реалізації та маркетингових досліджень. За цими показниками можна розрахувати середнє споживання певних видів контрацептивних товарів на одиницю часу по Україні в цілому і конкретних регіонах зокрема. Водночас, коли йдеться про закупівлі контрацептивів або соціальні маркетингові програми, досвід з яких мінімальний, необхідна більш оперативна інформація, що базується не на принципі "від досягнутого", а на принципах прогнозування на такі періоди.

На основі міжнародних підходів до логістичного прогнозування потреб у контрацепції [8] нами розроблено підходи, прийнятні для України:

Демографічні дані дають змогу розрахувати потреби у контрацептивах на основі таких показників:

1. Кількість жінок репродуктивного віку (15–48 років).
2. Кількість одружених жінок репродуктивного віку.
3. Кількість жінок репродуктивного віку, які не мають дітей, мають одну, дві та більше дітей.
4. Показники кількості населення обох статей віком 15–35 років (молодь).
5. Показники платоспроможності населення за прийнятим Світовим Банком квантильним розподілом залежно від рівня середньорічного доходу.

Слід зазначити, що демографічні дані є незамінними для вихідного аналізу, але водночас вони є статичними, тому не можуть використовуватися періодично для висвітлення динаміки. Також вони більше відображають потенціал, ніж реальну ситуацію із застосуванням контрацепції.

Дані соціологічних досліджень можуть відігравати дуже важливу роль і суттєво доповнювати демографічну картину. Їх отримують

шляхом технологій збору інформації від респондентів (усне опитування, анонімне письмове анкетування, Інтернет-опитування, електронна технологія touch-pull тощо). До уваги можуть братися такі дані:

1. Рівень використання будь-яких методів контрацепції.
2. Рівень використання традиційних/ненадійних методів контрацепції.
3. Рівень використання сучасних методів контрацепції.
4. Ставлення до контрацепції.
5. Поінформованість з питань контрацепції.
6. Джерело отримання контрацептивів.
7. Регулярність застосування контрацептивів.
8. Частка середньорічного доходу, яку респондент здатен витратити на контрацептивні товари.

Важко окреслити коло кількісних та якісних показників, які можна отримати за допомогою соціологічного дослідження. Його можна проводити періодично, а також простежувати тенденції та динаміку на перспективу. У будь-якому соціологічному дослідженні використовується екстраполяція, тому в ході аналізу на рівні регіону або області можуть бути похибки в отриманні даних. Також для соціологічних даних характерний певний суб'єктивізм, що може бути пов'язаний з недостатньою базовою поінформованістю споживачів.

Дані медичної статистики та показники роботи ПС та акушерсько-гінекологічної служби загалом:

1. Рівень абортів (на 1000 жінок фертильного віку та на 100 дітей, народжених живими).
2. Кількість візитів з приводу контрацептивного вибору.
3. Облік призначення контрацептивних засобів фахівцями.
4. Розподіл призначень різних методів/засобів контрацепції.
5. Облік призначення контрацепції після абортів/пологів.

Дані медичної статистики здебільшого можуть бути вихідними для прогнозування потреб у контрацепції. Також вони мають бути покладені в основу програм соціального маркетингу, коли за умов адекватної інформаційної підтримки ПС буде виступати провідною у розподілі засобів/методів контрацепції серед всього населення. Водночас, вони базуються виключно на ретроспективному принципі "за зверненням по допомогу" і не відображають ситуації, коли споживачі не контактують з фа-

хівцем. Наприклад, обсяги використання такого розповсюдженого методу контрацепції, як презерватив, не можуть бути висвітлені повною мірою тільки за рахунок медико-статистичних даних, оскільки досить велика частка споживачів купує презервативи без рекомендації фахівця. Іншим прикладом неточності вказаної інформації може бути показник використання жінками КОК, коли фіксується факт застосування КОК, але не фіксується тривалість застосування за цикловим фактором (застосовувала КОК 1 цикл чи протягом всього року; застосовувала один і той самий КОК. Комбінувала застосування КОК із застосуванням інших методів/засобів). В результаті відсоток жінок фертильного віку, що використовує КОК, за офіційними статистичними звітами, значно відрізняється від ринкових даних роздрібною реалізації (відповідно 13,4% проти 5,6%). Слід також враховувати аспект застосування КОК з не контрацептивною (лікувальною) метою.

Ринкові (або маркетингові) дані, як вже зазначалося, сьогодні є найбільш наочними для характеристики українського контрацептивного ринку. Вони можуть включати:

1. Показники роздрібною реалізації контрацептивів з аптек.

2. Показники реалізації контрацептивів зі складів гуртових фармацевтичних компаній-дистриб'юторів.

3. Митні показники ввозу контрацептивів в Україну.

4. Власні показники реалізації компаній-виробників та постачальників (донорів).

5. Дані медичних/торгівельних представників щодо замовлень на контрацептивні засоби у регіонах.

6. Показники ринкових часток конкурентів на контрацептивному ринку та їх динаміки.

Таким чином, для найбільш реальної оцінки потреб у забезпеченні контрацептивами доцільно використовувати системний підхід.

Список літератури

1. Арманд Ф., Кьюллар К., О'Ханлон Б. Оценка перспектив частного сектора по предложению продуктов и услуг для репродуктивного здоровья и планирования семьи в Украине// Отчет экспертов PSP-One для USAID. – 2004, декабрь. – 41 с.
2. Горбенко О.В. Контрацепція як проблема репродуктивного здоров'я: ситуаційний аналіз // Здоров'я жінки. – 2005. – №2 (22). – С. 174–180.
3. Горбенко О.В. До питання забезпечення населення України засобами контрацепції// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – №4. – С. 27–30.
4. Жилка Н.Я. Ситуаційний аналіз доступності засобів контрацепції для населення України, – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 56 с.
5. Матеріали семінара по моделям забезпечення населення засобами контрацепції СПАРКС. – К., 2005, февраль.
6. Отчет о стратегической оценке: Аборты и контрацепция в Румынии/ ВООЗ. Специальная программа исследований. Развитие и исследовательская подготовка в вопросах репродукции человека. – Бухарест, 2004, март – 72 с.
7. Хаджинс Т., Райт К. Оценка доступности контрацепции в Украине// Выборочное социологическое исследование. – 2004, ноябрь. – 28 с.
8. John Snow Inc. The logistics handbook. A practical guide for Supply Chain Managers in Family Planning and Health Programs. – Arlington, Va.: John Snow Inc./ Deliver for the U.S. Agency for International Development (USAID). – Deliver, 2004.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ СОВРЕМЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ КОНТРАЦЕПЦИИ

А.В. Горбенко (Киев)

В статье представлены методические подходы к определению потребности населения Украины в современных средствах контрацепции. При определении потребности в контрацептивных средствах основой для расчетов должны быть демографические и статистические данные по интересующему направлению, результаты социологического опроса относительно фактического использования средств контрацепции и результаты маркетингового исследования.

METHODICAL APPROACHES TO THE DETERMINATION OF POPULATION WITH MODERN CONTRACEPTION, REQUIREMENT AND SUPPLYING

A.V. Gorbenko (Kiev)

Methodical approaches to the determination of Ukrainian population with modern contraception requirement are given in the article. Demographic and statistic data, results of sociological survey about contraception using and results of marketing research have to take in account for determination of contraception requirement.

В.М. ПОНОМАРЕНКО, Н.В. МЕДВЕДОВСЬКА, Г.В. КУРЧАТОВ (Київ)

РЕЗУЛЬТАТИ ОПЕРАТИВНОГО МОНІТОРИНГУ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИКИ ОНКОПАТОЛОГІЇ В РОЗРІЗІ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

Український інститут громадського здоров'я

Стан здоров'я населення є індикатором рівня соціально-економічного розвитку країни. Населення України внаслідок природної депопуляції швидко скорочується, з 1995 р. до 01.01.2005 р. ці втрати становили 4 млн 447,6 тис. чоловік, що еквівалентно зникненню з карти країни 15 середніх обласних центрів, рівних містам Вінниці, Кіровограду або Донецьку, Дніпропетровську, Одесі, Харкову, взятих разом [1].

Найбільшою демографічною проблемою України залишається високий рівень смертності населення. Показники загальної смертності перевищують показники країн Євросоюзу у 2 рази. Показники смертності населення в працездатному віці в 2–4 рази вищі за відповідні показники у розвинутих країнах. Рівень смертності серед чоловіків віком 25–44 роки майже в чотири рази перевищує такий серед жінок того ж віку.

Структура смертності дорослого населення за причинами смерті за останні роки (з 1997 р.) в цілому залишається незмінною: на першому місці за кількістю знаходяться хвороби системи кровообігу, на другому – новоутворення, на третьому – зовнішні причини смерті.

Новоутворення входять до складу захворювань, поширеність яких зростає з віком. Смертність від онкозахворювань має свої особливості, пов'язані з місцем проживання населення та його статтю. Так, у структурі смертності міського населення новоутворення відіграють дещо більшу роль, ніж серед сільських жителів, а частка померлих від цієї патології серед інших причин у чоловіків вища, ніж серед жінок.

Серед локалізацій онкопатології у чоловіків перші місця належать новоутворенням легенів та бронхів. У структурі смертності жінок від новоутворень на перший план виходить рак органів травлення і статеві сфери.

Успішна боротьба з злоякісними новоутво-

реннями багато в чому залежить від раннього виявлення цієї патології, що особливо актуально для жителів сільської місцевості.

Мета дослідження – визначити сучасні особливості надання медичної допомоги, в т.ч. сільським мешканцям, її доступність, ефективність профілактичної роботи щодо виявлення онкологічної патології.

Матеріали і методи дослідження. В Українському інституті громадського здоров'я за підтримки МОЗ України (наказ МОЗ України від 10.12.2001 №491 “Про додаткові показники щодо забезпечення моніторингу стану охорони здоров'я в сільській місцевості” та наказ МОЗ України від 31.05.2002 “Про рейтингову оцінку стану здоров'я населення, діяльність та ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я”) проводиться моніторинг окремих інтегральних показників діяльності охорони здоров'я, в т.ч. у сільській місцевості.

Про якість профілактичної роботи щодо раннього виявлення онкологічної патології свідчать інтегральні показники питомої ваги злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III та IV стадії захворювання, в т.ч. серед сільського населення, та показник дорічної летальності онкологічних хворих.

Результати та їх обговорення. За оперативними даними моніторингу 2005 р., показник дорічної летальності серед вперше виявлених хворих з онкологічною патологією коливався в межах 17,8% у Чернівецькій до 38,0% у Херсонській областях. Значне зменшення цього показника (за період 2003–2005 рр.) виявлено у Чернівецькій (у 2003 р. – 37,8%; у 2004 р. – 37,7%; у 2005 р. – 17,8%), Житомирській (у 2003 р. – 38,3%; у 2004 р. – 28,6%; у 2005 р. – 25,8%), Донецькій (у 2003 р. – 40,8%; у 2004 р. – 31,2%; у 2005 р. – 30,2%), Харківській (у 2003 р. – 29,4%; у 2004 р. – 29,4%; у 2005 р. – 24,3%), Черкаській (у 2003 р. – 32,0%; у 2004 р. – 30,0%; у 2005 р. – 27,0%), Кіровоградській (у 2003 р. – 32,8%; у 2004 р. – 28,8%; у 2005 р. – 28,6%) та

Полтавській (у 2003 р. – 37,7%; у 2004 р. – 37,1%; у 2005 р. – 33,9%) областях.

Майже на всій території України показник дорічної летальності серед вперше виявлених онкологічних хворих має тенденцію до зниження, крім Івано-Франківської області, де він залишається на тому ж рівні (у 2003 р. – 37,2%;

у 2004 р. – 37,3%; у 2005 р. – 37,2%), а також м. Севастополя (у 2003 р. – 33,1%; у 2004 р. – 30,61%; у 2005 р. – 33,5%), Запорізької (у 2003 р. – 33,6%; у 2004 р. – 32,1%; у 2005 р. – 34,0%), Херсонської областей (у 2003 р. – 37,2%; у 2004 р. – 37,3%; у 2005 р. – 38,0%), де він має тенденцію до зростання (табл. 1).

Таблиця 1. **Дорічна летальність серед вперше виявлених онкологічних хворих у період 2003–2005 рр. (у %)**

Рангове місце	Адміністративна територія	2003	2004	2005
1.	Чернівецька	37,8	37,7	17,8
2.	Харківська	29,4	29,4	24,2
3.	Одеська	28,7	27,3	24,4
4.	м. Київ	26,3	25,8	24,7
5.	Житомирська	38,3	28,6	25,8
6.	Черкаська	32,0	30,0	27,0
7.	Миколаївська	30,7	29,9	27,3
8.	АР Крим	30,6	29,8	28,1
9–10.	Вінницька	31,2	31,2	28,6
9–10.	Кіровоградська	32,8	28,8	28,6
11.	Київська	33,4	30,6	29,7
12.	Донецька	40,8	31,2	30,2
13.	Сумська	33,6	30,9	31,0
14.	Львівська	33,1	33,3	31,5
15.	Волинська	34,6	34,6	33,4
16.	м. Севастополь	33,1	30,6	33,5
17–18.	Закарпатська	35,9	34,8	33,7
17–18.	Чернігівська	34,8	34,8	33,7
19.	Рівненська	35,1	34,1	33,8
20.	Полтавська	37,7	37,1	33,9
21.	Запорізька	33,6	32,1	34,0
22.	Хмельницька	35,9	36,0	34,4
23.	Дніпропетровська	37,4	36,0	35,0
24.	Тернопільська	37,9	36,9	35,9
25.	Івано-Франківська	37,2	37,3	37,2
26.	Луганська	39,1	30,0	37,7
27.	Херсонська	37,2	37,3	38,0

Безперечним лідером щодо профілактичної роботи з раннього виявлення злоякісних новоутворень різної локалізації, в т.ч. у сільській місцевості, протягом 2003–2005 рр. залишається Сумська область, яка за цими показниками продовжує займати перші рангові місця серед регіонів України. Передові позиції у профілактиці онкозахворювань, за даними моніторингу, належать також Вінницькій, Миколаївській, Хмельницькій областям та місту Києву (табл. 2).

Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії, (візуальні форми) серед сільських жителів найбільш помітно знизилась у 2005 р. у Херсонській (в 1,4 разу), Вінницькій (в 1,7 разу), Донецькій (в 1,9 разу), Івано-Франківській (в 1,9 разу) областях. В

цілому позитивні зміни відбулися в 11 регіонах України. Водночас, згаданий вище показник помітно погіршився за останній рік у Чернігівській (у 3,8 разу), Харківській (у 2,6 разу) та Луганській (в 1,6 разу) областях.

Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в IV стадії, серед сільських жителів помітно зменшилась у 2005 р. у Запорізькій (в 1,3 разу), Житомирській (в 1,4 разу), Одеській (в 1,5 разу) областях. Порівняно з 2004 р. цей показник знизився в 12 регіонах України. Проте за допомогою моніторингу визначено регіони, де цей показник зріс, серед них найбільше у Чернівецькій області (в 1,9 разу). За останній рік стала меншою питома вага раку шийки матки III–IV стадії серед вперше виявлених серед сільських жителів у 15

Таблиця 2. Розподіл регіонів України за показниками профілактичної роботи щодо ефективності діагностики онкологічної патології, в т.ч. серед сільських жителів (%)

Показники моніторингу	Розподіл регіонів за оперативними даними 2005 р.			
	Перші рангові місця		Останні рангові місця	
1. Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми захворювань)	м. Київ	1,8	Черкаська	13,0
	Сумська	2,7	Івано-Франківська	14,6
	Харківська	3,1	Чернігівська	15,1
2. Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії, (візуальні форми захворювань) серед сільських жителів	Сумська	3,1	Івано-Франківська	15,2
	Київська	4,6	Луганська	15,8
	Вінницька	4,8	Чернігівська	16,6
3. Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в IV стадії	Запорізька	5,7	Волинська	20,7
	м. Київ	10,6	Івано-Франківська	20,8
	Хмельницька	10,7	м. Севастополь	20,8
4. Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в IV стадії серед сільських жителів	Миколаївська	10,2	Івано-Франківська	21,2
	Хмельницька	10,6	Херсонська	21,5
	Сумська	11,7	Луганська	23,3
5. Питома вага раку шийки матки III–IV стадії серед вперше виявлених у сільських жителів	Волинська	3,3	Івано-Франківська	20,3
	Луганська	4,3	Черкаська	25,0
	Вінницька	5,6	Чернігівська	27,9
6. Питома вага раку молочної залози III–IV стадії серед вперше виявлених у сільських жителів	Сумська	4,9	Дніпропетровська	32,4
	Миколаївська	10,9	Івано-Франківська	34,9
	Закарпатська	14,2	Черкаська	36,6

областях України, а занедбаних випадків раку молочної залози – в 10 областях. Найбільш вагомі позитивні зміни у діагностиці цих двох видів злоякісних новоутворень відбувалися у Волинській та Дніпропетровській областях.

За даними моніторингу показників питомої ваги злоякісних новоутворень, виявлених у III–IV стадіях серед сільських жителів, останні місця у 2005 р. посідали Чернігівська (21–25-е рангові місця), Івано-Франківська (чотири рангові місця з 23-го по 24-те), Луганська (три рангові місця з 22-го по 25-те) області. Це потребує прийняття відповідних заходів у цих регіонах

для поліпшення ранньої діагностики злоякісних новоутворень серед сільських жителів.

Висновки

1. Здійснення щорічного моніторингу стану здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я, в т.ч. онкологічної служби, дає змогу отримувати оперативні дані у розрізі регіонів України.

2. Аналіз даних моніторингу за три останні роки дав можливість виявити регіони з позитивною та негативною динамікою змін показників, що характеризують ефективність діагностики онкозахворювань серед населення, в т.ч. сільського.

Список літератури

1. Пономаренко В.М., Чепелевська Л.А. Закономірності формування коефіцієнтів смертності населення України// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – №1. – 2005. – С. 15–20.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОНКОПАТОЛОГИИ В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ УКРАИНЫ

В.М. Пономаренко, Н.В. Медведовская, Г.В. Курчатов (Киев)

Приведены данные оперативного мониторинга результатов деятельности учреждений здравоохранения, в частности показатели профилактической работы и своевременности оказания медицинской помощи онкологическим больным, в том числе в сельской местности.

Проведен анализ показателей удельного веса онкологической патологии разной локализации, впервые выявленной в поздних стадиях заболевания в разрезе регионов Украины в динамике за 2003–2005 гг.

OPERATIVE MONITORING RESULTS OF CANCER DIAGNOSTIC EFFICIENCY IN UKRAINIAN REGIONS

V.M. Ponomarenko, N. V. Medvedovskaya, G. V. Kurchatov (Kiev)

The data of operative monitoring results of activity of public health establishments, prophylactic activity and rendering medical care to oncology patients in the rural areas as well as urban ones are given.

Data analyze of the share of oncology pathologies of different localization revealed disease in later stages in Ukrainian regions since 2003 till 2005 is carried out.

УДК 616-082:312(1-21)(477.52)

А.В. СТЕПАНЕНКО, В.А. СМЯНОВ (Київ, Суми)

УДОСКОНАЛЕННЯ МОДЕЛІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ (на прикладі м. Сум)

Інститут медицини праці АМН України
Сумський державний університет МО України

Протягом більш ніж десятилітнього періоду Україна як незалежна країна намагається побудувати економічно ефективно, соціально захищене, політично стабільне суспільство.

У колі цих завдань охорона здоров'я як важлива складова соціальної сфери держави посідає чільне місце. Відповідно до стратегічного курсу держави, передбачається поглиблення перетворень у медичній галузі. Метою таких втручань є забезпечення доступності якісної медичної допомоги, створення правових, економічних та організаційних умов надання медичних послуг [7;9;12].

Формування необхідних умов для надання якісної і ефективної медичної допомоги на етапі державотворення передбачає гармонізацію розвитку соціальної сфери, у т.ч. системи охорони здоров'я з Європейською Спільнотою, впровадження її інноваційної моделі розвитку, запровадження моделі ринкової трансформації [10].

Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України визначена низкою нормативно-правових документів державного рівня, насамперед в указах Президента України, зокрема, від 06.12.2005 №1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони

здоров'я". На виконання якого МОЗ України розробило проект Національного плану дій, що включає прийняття законопроектів, внесення змін до ряду законодавчих актів, прийняття загальнодержавних програм, продовження формування мережі лікарських амбулаторій загальної практики/сімейної медицини для міського і сільського населення, запровадження сучасної, спрямованої на ефективний розподіл ресурсів методики фінансування медичної допомоги, завершення реорганізації стаціонарного сектора на основі функціональної диференціації ліжкового фонду.

Первинна медико-санітарна допомога міському населенню в Україні забезпечується багатоланковою структурою, яка включає територіальні дорослі та дитячі поліклініки, поліклінічні відділення об'єднаних лікарень, поліклінічні відділення медико-санітарних частин, жіночі консультації тощо [1;2;3;4].

За даними офіційної статистики, станом на кінець 2003 р. в Україні первинну медико-санітарну допомогу надавали міському населенню 2 750 самостійних поліклінік, 668 поліклінік на базі міських лікарень і 467 поліклінік на базі районних лікарень [4].

Первинне обслуговування в Україні організовано за дільнично-територіальним принципом, суть якого полягає в тому, що територія району діяльності поліклініки розподіляється на дільниці з певною чисельністю населення. Ключовими фігурами в наданні первинної медико-санітарної допомоги є дільничний терапевт і дільничний педіатр. Ці спеціалісти становлять близько 25,0% усієї чисельності лікарів-практиків. Нормативна чисельність населення на дільниці становить 1 700 осіб дорослого населення на одну посаду дільничного терапевта і 800 дітей на одну посаду дільничного педіатра. Фактично на одну посаду дільничного терапевта в містах припадає близько 2 100 осіб, навантаження на одну посаду дільничного педіатра в містах близьке до нормативного [2;5].

Основними завданнями дільнично-територіального принципу є забезпечення:

- наближення медичної допомоги до місця проживання або роботи населення;
- довготривалість і наступність в обслуговуванні пацієнтів;
- можливість комплексного проведення профілактичних, лікувальних і реабілітаційних заходів, диспансерного нагляду [5].

Тривалий досвід діяльності дільнично-територіального принципу на рівні первинної медико-санітарної допомоги показав не тільки позитивні результати, він має і ряд суттєвих недоліків, серед яких відсутність вільної можливості вибору лікаря пацієнтом. Територіально-дільничний принцип на практиці не дав змоги досягнути і головної мети, заради якої він запроваджувався, – медичного обслуговування на довготривалій основі. Результати досліджень свідчать, що з числа пацієнтів поліклінік, які звертаються до дільничних терапевтів, тільки менше половини (47,6%) отримують медичну допомогу у лікаря "своєї" дільниці, інші звертаються до будь-якого дільничного лікаря, який веде прийом на момент звертання [2;4;13].

В Україні не існує чіткого розподілу служби первинної і вторинної допомоги. Пацієнти мають можливість звертатися до лікарів-спеціалістів самостійно без направлення дільничного лікаря. В цілому прямий доступ пацієнтів до лікарів-спеціалістів призводить до зниження якості медичного обслуговування і нераціонального використання потенціалу амбулаторно-поліклінічних закладів. Лікар первинної ланки, який повинен відповідати за здоров'я населення своєї дільниці, перетворюється у вузького спеціаліста з надання медичної допомоги лише частині хворих терапевтичного профілю [1;2].

Крім того, світовий досвід та науковий медико-економічний аналіз свідчать [4], що надання пацієнту повної свободи вибору лікаря будь-якої спеціальності збільшує вартість медичної допомоги через те, що:

1) пацієнт не в змозі зробити раціональний вибір, оскільки він недостатньо інформований, які медичні послуги йому необхідні для вирішення проблем зі здоров'ям;

2) у пацієнта виникає стимул до отримання найбільш дорогого лікування, що нерівноцінно (а інколи навіть навпаки) отриманню якісного лікування.

Амбулаторні послуги на вторинному рівні надаються спеціалізованими кабінетами (відділеннями) територіальних поліклінік і поліклінічних відділень міських лікарень, дитячих лікарень, центральних районних лікарень, а також стоматологічними поліклініками, поліклінічними відділеннями, диспансерами [1].

Як зазначалося вище, у зв'язку з відсутністю розмежування первинної і вторинної допомоги в міських поліклініках лікарі-спеціалісти надають допомогу хворим, які направлені дільничними лікарями, і таким, що самостійно звернулися до них по допомогу.

Потрапляючи в систему надання професійної медичної допомоги, пацієнти самостійно формують свій маршрут: безпосередньо до лікаря первинної ланки звертаються 41,2% пацієнтів; третина пацієнтів (29,5%) одразу потрапляє до вузьких спеціалістів, з них кожен третій помиляється у виборі спеціалізації лікаря; кожен шостий (16,9%) самостійно звертається по стаціонарну допомогу; в середньому тільки чверть пацієнтів (26,5%) отримує медичну допомогу на одному рівні медичного обслуговування [2;4;5]. За нашими даними, безпосередньо до лікаря первинної ланки звертаються 48,7%.

Аналіз контингентів хворих, які сьогодні отримують медичну допомогу у стаціонарах, свідчить, що значна їх частка не потребує цілодобового нагляду і надання медичної допомоги у стаціонарних умовах. Поряд з невиправданістю лікування значного числа хворих у стаціонарах звертає на себе увагу і невідповідність профілю госпіталізації ступеня важкості стану хворих. Через відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від специфічних потреб стаціонарних хворих у спеціалізованих відділеннях стаціонарів перебувають як пацієнти, що потребують інтенсивної допомоги, догляду, і хворі у термінальній стадії, так і ті, що одужують [5;13].

За даними російських дослідників, які поглиблено вивчали склад стаціонарних хворих

на початку 90-х років, тільки третина досліджуваних у великих міських стаціонарах дійсно потребувала постійного нагляду та корекції життєво важливих функцій і отримувала лікувальні процедури, технологія яких не дає змоги надавати їх у домашніх умовах. Також близько третини хворих перебували у стаціонарі без відповідних показань. Невиправдано довго знаходилися хворі у стаціонарі з метою проведення рутинних обстежень [4;6;14].

Реформаторські зусилля в секторі стаціонарної допомоги в останні роки в Україні зосереджено на скороченні, переважно адміністративними методами, занадто роздутого ліжкового фонду, однак загальна ефективність стаціонарних служб змінилася мало. Позитивного впливу на здоров'я населення внаслідок подібного реформування також не спостерігалось, оскільки скорочення ліжок відбувалося без відповідного реформування системи первинної медико-санітарної допомоги [4].

Первинна медико-санітарна допомога в містах забезпечується багатоланковою мережею лікувально-профілактичних закладів.

За такої системи не існує чіткого розділу між службами і структурами первинної і вторинної медичної допомоги, що веде до деперсоніфікації відповідальності медичного персоналу за результати медичного обслуговування, дублювання діяльності через відсутність чіткого розмежування завдань: функцій лікарів первинної ланки і вузьких спеціалістів, неефективного використання обмежених бюджетних коштів.

Мета роботи – обґрунтувати модель надання медичної допомоги міському населенню на первинному і вторинному рівнях, ефективного і якісного використання наявних ресурсів у системі охорони здоров'я на прикладі м. Сум.

Основними принципами її діяльності є впровадження сімейної медицини та оптимізація кількості посад вузьких спеціалістів та ліжкового фонду. Ці заходи вносять суттєві корективи в організацію системи медичної допомоги. Передусім йдеться про створення самостійних поліклінік загальної практики/сімейної медицини та сімейних лікарських амбулаторій, які є юридично і економічно незалежні.

За умови створення повноцінної сімейної медицини спеціалізовану медичну допомогу в місті на амбулаторному етапі здатні надати 74 вузькі фахівці. Розпорозувати їх по численних поліклініках і філіалах стає недоцільно. Теперішній досвід наявності в поліклініці одного-двох вузьких фахівців кожної спеціальності свідчить про їхню вкрай неефективну

роботу. Як показали дослідження, вузькі спеціалісти, що працюють у самостійних поліклініках або філіалах, недостатньо забезпечені необхідним інструментарієм і обладнанням.

Поліклініки при багатoproфільних лікарнях, навпаки, краще оснащені діагностичною апаратурою, а саме: рентгенологічною, ультразвуковою, комп'ютерними томографами, імунологічними лабораторіями, ендоскопічним обладнанням та сучасним інструментарієм. Спеціалісти, які працюють в поліклініках при багатoproфільних лікарнях, володіють сучасними технологіями діагностики і лікування, оскільки працюють на більш сучасному обладнанні. За графіком заміни вони працюють у стаціонарних відділеннях, беруть участь у лікуванні тяжких хворих, хірургічних втручаннях, ургенціях, консиліумах тощо. Розміщення в цих поліклініках ПМСД (дільничних терапевтів і педіатрів) не є раціональним. Воно стримує розвиток матеріальної бази, веде до змішання потоків первинної і вторинної медичної допомоги. На місці цих поліклінік мають бути консультативно-діагностичні центри (КДЦ). Кадрове і матеріальне забезпечення консультативно-діагностичного центру і стаціонару дають змогу надати спеціалізовану медичну допомогу на якісно вищому рівні.

В умовах великого міста надання медичної допомоги сімейними лікарями на базі діючих поліклінік найбільш прийнятне для України. Це доцільно з огляду на вже існуючу широку мережу поліклінік, яка дасть можливість заощадити кошти на будівництво нових закладів ПМСД. Впровадження сімейної медицини в таких умовах потребує лише суттєвої зміни організаційних форм її діяльності [8;11].

Відповідно до запропонованої моделі самостійно розташовані поліклініки, філіали поліклінік та поліклінічні відділення трансформуються у самостійні поліклініки загальної практики/сімейної медицини. У віддалених районах впроваджуються самостійні сімейні амбулаторії. Для розмежування потоків хворих пацієнтів і людей, які повинні проходити профілактичні медичні огляди, ми пропонуємо створити госпрозрахункову поліклініку профілактичної медицини, де будуть проводитися обов'язкові профілактичні медичні огляди працівників підприємств і установ. Це дасть змогу:

- підвищити якість роботи лікаря за рахунок зменшення навантаження на амбулаторному прийомі;
- поліпшити епідеміологічне становище;
- зменшити бюджетні кошти на утримання інфраструктури, яка перейде на госпрозрахунок;

– скоротити черги і зменшити соціальну напругу населення (32% скарг у 2004 р. було отримано з причини незадовільного амбулаторного обслуговування).

Сімейний лікар виконує функцію контрольно-пропускного характеру. Всі медичні послуги пацієнт отримує безпосередньо у нього або за його направленням. Хворі не мають вільного доступу до спеціалістів і в стаціонари (крім невідкладних станів).

У 2003 р. в м. Сумах відкрито поліклініку загальної практики/сімейної медицини на базі 4-ї міської поліклініки (18 дільниць), 2 самостійні відділення сімейної медицини (21 дільниця), 7 сімейних дільниць у діючих поліклініках і 1 самостійну сімейну амбулаторію. Всього в місті працює 47 лікарів загальної практики/сімейної медицини.

Лікарі загальної практики/сімейної медицини надають медичну допомогу 81 303 чол., з них 68 143 дорослим, 8 514 дітям віком до 17 років.

Показник звернень до лікаря на одного жителя зріс з 1,7 до 2,2, а показник відвідувань вдома на 100 жителів – з 67,0 до 76,0. Збільшилась питома вага відвідувань з профілактичною ціллю з 21,2 до 29,1%.

За 2004 р. у лікарів загальної практики/сімейної медицини перебувало під диспансерним обліком 46 984 чол. При цьому рівень диспансеризації зріс з 309,6 до 577,8 на 1000 населення.

Оздоровлено 46 984 чол. з хронічними хворобами (100%), з них 11078 (2,3%) стаціонарно, 603 (1,3%) санаторно-курортно. Закінчили лікування у сімейного лікаря 17 427 чол. (96,4%).

Бригадами СШМД за 2004 р. здійснено 91 813 виїздів (у 2003 р. – 90 440). Кількість виїздів на 1 тис. населення становить 312,59 (у 2003 р. – 306,6). Показник відносно стабільний і вищий за обласний (285,4 на 1 тис.). По Україні він становив 282,6. Група “Раптові захворювання та стани” складає 75,0% усіх виїздів, “Нещасні випадки та травми” – 11,6%, інші – 13,4%.

На дільницях, які обслуговуються поліклінікою сімейної медицини, кількість виїздів на 11,4% менша і становила 280,3 на 1 тис. населення (2004 р.). У групі „Інші захворювання” на цих дільницях було 7,4% виїздів, що менше, ніж по місту в цілому (2004 р.).

Госпіталізовано в стаціонари II–III рівня 2936 чоловік – 1,6% прийнятих за захворюваннями. У стаціонарах вдома проліковано 4 333 чол. (94,1 на одного лікаря проти 85,7 у 2003 р.). За 2004 р. під диспансерним наглядом перебувало 1 594 дитини (242,2 на 1000).

Загальна смертність серед закріпленого населення зменшилась з 8,3 до 7,05, в тому числі у працездатному віці з 2,58 до 2,1 на 1000 населення.

Поліклініка загальної практики/сімейної медицини (рис.) обслуговує 22 553 дорослих і 4 106 дітей з 0 років. У поліклініці створено 2 відділення по 9 дільниць у кожному. В середньому один сімейний лікар обслуговує 1 480 чол. Поліклініка має: клінічну лабораторію, кабінет рентгенодіагностики, фізіотерапевтичний кабінет, денний стаціонар, операційний блок, маніпуляційний кабінет.

До штату поліклініки, крім лікарів загальної практики, мають входити введені педіатр-неонатолог, хірург, рентгенолог і лікар-лаборант клінічної лабораторії.

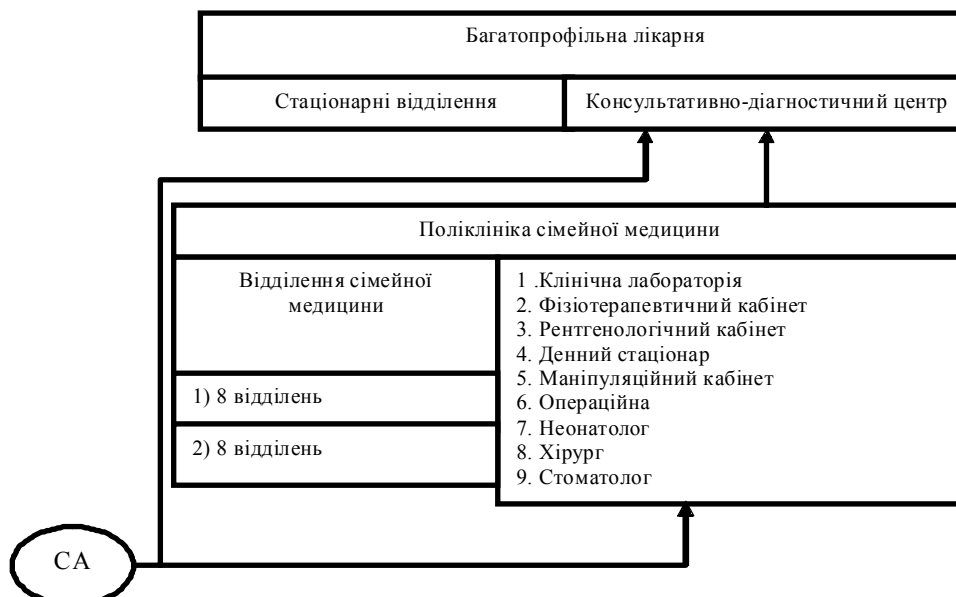


Рис. Структура поліклініки загальної практики/сімейної медицини

Висновки

Таким чином, у запропонованій нами моделі оптимізація надання медичної допомоги ґрунтується на функціональних, структурних і організаційних змінах, що на первинному рівні стосуються створення самостійних сімейних

лікарських поліклінік і амбулаторій, які мають бути юридично і економічно самостійними, а на вторинному – перепрофілювання сучасних поліклінік при багатопрофільних стаціонарах на консультативно-діагностичні центри та оптимізація ліжкового фонду.

Список літератури

1. *Європейська база даних "Здоров'я для всіх"*. – 2004. – 58 с.
2. *Іпатов А.В.* Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні: Монографія. – Дніпропетровськ: Пороги, 2000. – 262 с.
3. *Крячкова Л.В.* Стационарзамещающие формы медицинской помощи как пример замещения в организационных структурах здравоохранения// Главный врач. – 2002. – №8. – С. 41–54.
4. *Лехан В.М., Рудий В.М.* Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 24 с.
5. *Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцехівський В.М. та ін.* Стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я в Україні/ За заг. ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
6. *Меляченко Н.В.* Здравоохранение территориального уровня в условиях перехода к рыночной экономике. – Кемерово: ИнСЭПЗ, 1993. – 216 с.
7. *Москаленко В.Ф.* Здоров'я населення і проблеми охорони здоров'я в світі та Європі. Стан питання та тенденції// Охорона здоров'я України. – 2004. – №1. – С. 5–10.
8. *Москаленко В.Ф.* Реалізація концепції розвитку сімейної медицини в Україні// Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції "Сімейна медицина-досягнення і перспективи". – 2002. – С. 3–4.
9. *Москаленко В.Ф., Грузева Т.С.* Методичні підходи до визначення сучасних реальних потреб населення у медичній допомозі як основи для розрахунку гарантованого обсягу її надання// Охорона здоров'я України. – 2004. – №4. – С. 50–61.
10. *Москаленко В.Ф.* Особливості та тенденції становлення і розвитку європейського законодавства з питань охорони здоров'я// Охорона здоров'я України. – 2004. – №3. – С. 5–15.
11. *Москаленко В.Ф., Гойда Н.Г., Латишев Є.Є.* Аналіз стану та визначення напрямків наукових досліджень з актуальних питань сімейної медицини в Україні// Охорона здоров'я України. – 2002. – №3–4 (6–7). – С. 71–74.
12. *Парій В.Д.* Розвиток інфраструктури первинної медико-санітарної допомоги на селі// Охорона здоров'я України. – 2004. – №2. – С. 24–26.
13. *Підаєв А.В., Возіанов О.Ф., Москаленко В.Ф. та ін.* Панорама охорони здоров'я населення України. – К.: Здоров'я, 2003. – 396 с.
14. *Шейман И.М.* Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении// Экономика здравоохранения. – 2000. – №5. – С. 26–34.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ (НА ПРИМЕРЕ Г. СУМЫ)

А.В. Степаненко, В.А. Смианов (Киев, Сумы)

На сегодняшний день в Украине остаются актуальными вопросы реформирования системы медицинской помощи населению. Авторами обоснована усовершенствованная модель первичной и вторичной медико-санитарной помощи городскому населению. В предложенной модели оптимизация медицинской помощи основывается на функциональных, структурных и организационных изменениях, которые на первичном уровне касаются создания самостоятельных семейных врачебных амбулаторий, а на вторичном – перепрофилирования поликлиник при многопрофильных стационарах в консультативно-диагностические центры.

MODERNIZATION OF THE MODEL OF MEDICAL CARE RENDERING TO THE URBAN POPULATION ON THE EXAMPLE OF TOWN SUMY

A.V. Stepanenko, V.A. Smiyonov (Kiev, Sumy)

The issues of reformation of medical care system are topical in nowadays Ukraine. The model of rendering primary and secondary medical care to urban population is improved and based by the authors. Medical care optimization, in the proposed model, is based on functional, structural and organizational changes that in primary medical deal with the creation of independent family medical outpatient departments, and in secondary ones deal with overprofiling of outpatient departments at polyprofiles inpatient clinics into consultative and diagnostic centers.

УДК 614.876:616.-005(477.84)

А.О.ГОЛЯЧЕНКО (Тернопіль)

ОРГАНІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Тернопільський державний медичний університет ім.І.Горбачевського

Вступ. Кардіологічні захворювання зумовлюють основні проблеми громадської здоров'я. Вони є основною причиною смертності, захворюваності і інвалідності населення [1,4,7,12]. Останнє десятиліття відзначається епідемічним характером наростання хвороб системи кровообігу [1,2,4,13].

В Україні проводиться комплекс заходів, спрямованих на створення системи реабілітації серцево-судинних хворих як доповнення до системи лікувально-профілактичної допомоги, однак чимало питань потребують подальшого вивчення і вдосконалення на практиці. Це – відпрацювання наступності в організації лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, вдосконалення структури реабілітаційних відділень і наповнення їх комплексом засобів відновного лікування, впровадження сучасних моделей профілактики, лікування і реабілітації хворих з оцінкою соціальної, медичної і економічної ефективності [8,5,9,10,14].

Мета дослідження. Узагальнення досвіду реабілітації серцево-судинних хворих на рівні багатопрофільних лікарень і санаторно-курортних закладів.

Матеріал і методи. Вивчено організацію реабілітації серцево-судинних хворих, яка здійснюється у відповідних відділеннях Немирівської ЦРЛ Вінницької, Чортківської ЦРЛ Тернопільської областей та в санаторіях „Авангард” (Вінницька обл.) і „Медобори” (Тернопільська обл.).

Результати досліджень та їхнє обговорення. Найбільш загальними і масовими методами немедикаментозного реабілітаційного впливу при гіпертонічній хворобі (ГХ) та ішемічній хворобі серця (ІХС) є: санітарна освіта та пропаганда здорового способу життя, заходи, спрямовані на нормалізацію режиму праці, побуту і відпочинку хворих, усунення, по можливості, різних факторів ризику, зокрема, таких як надлишкова вага, гіподинамія, паління, психічна перенапруга, уживання алкоголю, надмірне вживання солі, порушення ліпідного й вуг-

леводного обміну. Цьому сприяє впровадження активного відпочинку, фізичної культури, подальше удосконалення роботи системи профілактики, санаторіїв, будинків відпочинку.

Згідно наших даних, найбільш ефективним психотерапевтичним впливом при ГХ та ІХС було сполучення раціональної індивідуальної та групової психотерапії, дієтоterapiї і аутогенного тренування. Важливу роль у комплексному лікуванні та реабілітації наслідків стабільної ГХ та ІХС відіграла лікувальна фізкультура. Руховий лікувальний режим хворих складався із занять ранковою гігієнічною рухавкою та лікувальною фізкультурою, дозованою ходьбою, прогулянками. Підбір раціонального рухового режиму проводився з урахуванням індивідуальних особливостей хворих: статі, віку, висхідного фізичного стану і підготовки, рівня попередньої фізичної активності. Найбільш ефективними засобами лікувальної фізкультури при ГХ та ІХС були дихальні, гімнастичні вправи на розслаблення, ходьба, біг, рухові й спортивні ігри, плавання.

При проведенні занять з лікувальної фізкультури велика увага приділялась вправам, що поліпшують мозковий кровообіг, гімнастичним вправам, що тренують вестибулярний апарат (круговий рух, перевороти, вправи для очей), дихальним вправам з подовженим видихом і затримкою видиху, плаванню кролем. Після досягнення оптимального фізичного стану особам з гіпертонічною хворобою проводили заняття фізичною культурою в тренувальному режимі, давали навантаження, що розвивають витривалість.

Виражену позитивну дію у хворих з приграничною гіпертонією мали гальванізація шийних симпатичних вузлів і всієї коміркової зони, а також методи лікувального електрофорезу, особливо із застосуванням препаратів бромиду, малої концентрації йоду, магнію, в-адреноблокаторів.

При лікуванні серцево-судинних хворих застосовувався арсенал бальнеотерапії та загальні прісні ванни. Важливим фізіотерапев-

тичним методом була також сауна. Сприятливий вплив на серцево-судинну систему здійснював масаж і голкотерапія.

Одним із методів реабілітації застосовувалась фітотерапія: вживались такі трави, як настій квіток глоду, настоянка евкаліпта, екстракт магнолії рідкий, валеріановий чай по Вотчалу.

Представлені фітопрепарати мають заспокійливу дію. Призначення їх проводилось за наявності суб'єктивної симптоматики в ситуаціях, що могли стати причиною загострення хвороби, відсутності гіпотензивного ефекту від застосування інших немедикаментозних методів лікування. Тривалість лікування складала 2-3 тижні.

Характеризуючи немедикаментозні методи реабілітації хворих серцево-судинною системою необхідно ще раз підкреслити важливість комплексного підходу, раціонального сполучення різних методів, максимального використання природних факторів, широкого застосування санаторно-курортного лікування, кліматотерапії тощо.

Висновок. Основними реабілітаційними факторами при серцево-судинних захворюваннях є утвердження здорового способу життя, усунення факторів ризику, впровадження раціонального рухового режиму, упорядкування ліпідного й вуглеводного обміну.

Література

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я.- Тернопіль, Київ, Вінниця. – 1997. – 327с.
2. Грузева Т.С. Здоров'я населення в умовах соціальної стратифікації суспільства // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.– 2002. - №4. – с 22-26.
3. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України // Вісник наукових досліджень. – 2001. - №1. – с.5-8.
4. Корнацький В.М. Медико-соціальні аспекти серцево-судинної захворюваності і смертності серед населення України в сучасних економічних умовах // Матеріали науково-практичної конференції, 26-28 травня, 1999р. – К., 1999. – с.255-257.
5. Андреев В.А., Чубарь А.Н. Реабилитация больных в клинко-поликлинических условиях // Тезисы докладов II съезда кардиологов УССР. – Киев. – 1983. – с.25-26.
6. Гаврилов Н.А. Курортная терапия и профилактика гипертонической болезни. – М. – 1978. – 176с.
7. Каусова Т.К. Профилактика первичной инвалидности вследствие основных сердечно-сосудистых заболеваний // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 2003. - №1. – с. 21 – 23.
8. Кассирский Б.Л. Реабилитация кардиохирургических больных: опыт и проблема // Кардиология. – 1990. - №1. – с.12 – 15.
9. Поздняков Ю.М. Реабилитация больных инфарктом миокарда в больничной фазе // Практическая кардиология (справочное пособие).– М. – 2004 – с.40 – 42.
10. Рудик Б.И. Ишемическая болезнь сердца: патология, классификация, диагностика.- Тернополь. – 2002. – 205с.
11. Следзевская И.К., Ильях М.Т., Дець Г.Л. Моделирование эффективности восстановительного лечения больных, перенесших инфаркт миокарда // Кардиология. – 1991. - №3. – с.29 – 32.
12. Beilin Z. Epidemiology of hypertension Med. int.– 1989.- №69.– p.2856-2856.
13. Lenfant C. Can we prevent cardiovascular diseases in low and middleincome countries // Bull. WHO. – 2001. – vol.79, №10. – p.980-982.
14. 33-rd Bethesda preventive cardiology // Am. Coll. Cardiol.– 2002. – vol.40, №4.– p.218-224.

ОРГАНІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ БОЛЬНИХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.

А.А.Голяченко

В статье обобщен опыт применения реабилитационных средств при сердечно-сосудистых заболеваниях в условиях многопрофильной больницы и санатория.

ORGANIZATION OF CARDIOLOGYS PATIENTS REHABILITATION

A.A. Golyachenko

In this article a experience of use of rehabilitations remedys by cardiology diseases in hospitals and sanatoriums are generalized

УДК 616-005-082.001.73(477.62)

Г.О. СЛАБКІЙ, І.Ю. БАТМАНОВА (Київ, Донецьк)

ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ХВОРОБАМИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ У ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Український інститут громадського здоров'я
Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

В Україні відмічається підвищення рівня захворюваності населення на хвороби крові та кровотворних органів. Так, якщо наприкінці 2003 р. налічувалось 331,03 тис. дорослих і захворюваннями крові та кровотворних органів, то наприкінці 2005 р., за статистичними даними, зареєстровано 789,8 тис. випадків хвороб серед усього населення, в тому числі 367,8 тис. дітей і 113,4 тис. серед осіб старших вікових груп [2]. Найбільшу частину з них (89,8%) становлять хворі на анемії. Серед злоякісних захворювань крові найбільшу питому вагу займають хронічні лімфопрлиферативні захворювання, головним чином лімфоми та хронічні лейкоцитарні лейкемії [1]. Враховуючи переважно тяжкий перебіг захворювання, вказана категорія хворих потребує стаціонарного лікування. Це визначило актуальність і мету дослідження.

Метою дослідження стало вивчення стану надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів у Донецькій області та розробка заходів щодо оптимізації даного виду допомоги.

Матеріали та методи, що були використані у дослідженні, – статистичний, системного підходу та аналізу. Вивченню підлягали статистичні звіти медичних закладів області, що надають спеціалізовану стаціонарну гематологічну допомогу в динаміці п'яти років (2001–2005 рр.).

Результати та їх обговорення. Стаціонарна медична допомога хворим на захворювання крові та кровотворних органів надається у двох спеціалізованих гематологічних відділеннях міських лікарень м. Донецька (на 30 ліжок) та м. Маріуполя (на 30 ліжок), у онкологічному відділенні системних захворювань міської лікарні №2 м. Макіївки (на 30 ліжок) і гематологічному відділенні Інституту невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака АМН України (на 60 ліжок).

У ході дослідження встановлено, що тільки гематологічне відділення Інституту невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака АМН України фінансується із державного бюджету, а решта – з місцевих бюджетів. Вказана система фінансування гематологічної медичної допомоги не відповідає законодавству щодо бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я. Фінансування спеціалізованої медичної допомоги, якою є і гематологічна допомога, повинно здійснюватись з обласного бюджету. Ситуація, що склалася в області, є перепорою до забезпечення доступності, як фізичної, так і фінансової, до отримання якісної допомоги з територіальних одиниць, де такі відділення відсутні.

В області склалася наведена нижче система направлення хворих на хвороби крові та кровотворних органів на стаціонарне лікування. До гематологічного відділення Інституту невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака АМН України направляються хворі з усіх медичних закладів області на консультацію, а лікарі-консультанти інституту вирішують питання скерування пацієнта для лікування у гематологічне відділення. Такі відділення у міських лікарнях призначені для стаціонарного лікування хворих з відповідних міст. Онкологічне відділення системних захворювань міської лікарні №2 м. Макіївки має угоду з управлінням охорони здоров'я м. Красного Лиману щодо фінансування на лікування гематологічних хворих, і цей вид допомоги особам з хворобами крові та кровотворних органів фінансується відповідно до Закону України про "Державний бюджет на 2006 рік" (2005 р.). У порушення до чинних нормативно-правових актів, що регламентують порядок фінансування закладів охорони здоров'я, відповідні міські відділення проводять стаціонарне лікування хворих на хвороби крові та кровотворних органів, які проживають у близько розміщені

них поселеннях. Така система не забезпечує хворим однакову фізичну доступність спеціалізованої стаціонарної допомоги.

Згідно з чинним законодавством, стаціонарна медична допомога пацієнтам надається безоплатно. Вартість лікування хворих із захворюванням крові та кровотворних органів надзвичайно висока. Так, за даними головного гематолога МОЗ України В. Новака [1], лікування хворого на апластичну анемію коштує 80–130 тис. грн, на гостру мієлоїдну лейкемію – 60–65 тис. грн, на гостру лімфобласну лейкемію – 34–38 тис. грн. Жодна з лікарень таких асигнувань не має. Стаціонарні гематологічні відділення, що функціонують в області, забезпечуються обсягом 25% лікарськими препаратами із централізованих закупівель на лікування хворих. Для більшості хворих це друга причина неможливості одержати якісне лікування.

Третьою причиною недостатньої доступності медичної допомоги та одержання якісного лікування є неможливість проведення в області сучасного обстеження та проведення верифікації діагнозу.

Так, в області не проводяться такі обстеження, як **флюоресцентна гібридизація для визначення хромосомних аномалій, цитогенетичні дослідження, імунофіксований електрофорез білка, імунофенотипування лейкоцитів**. При цьому слід зазначити, що призначити лікарські препарати та визначити їх дозу при певних захворюваннях крові та кровотворних органів можливо тільки за умови верифікації діагнозу. У цих випадках зразки біологічного матеріалу відправляються хворими на дослідження до відповідних лабораторій міст Києва або Москви. По-перше, фінансово не всі хворі можуть забезпечити його проведення, по-друге, це зволікає лікування і може негативно вплинути на результат лікування.

У ході дослідження також встановлено, що жодне з відділень не відповідає санітарним нормам і не може забезпечити створення відповідного лікувально-охоронного режиму, а також не має необхідних боксованих палат.

Далі були вивчені деякі показники гематологічного відділення Донецького інституту невідкладної та відновної хірургії АМН України (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка показників діяльності гематологічного відділення інституту невідкладної та відновної хірургії за 2001–2005 рр. (%)

Показник	Роки				
	2001	2002	2003	2004	2005
Первинні хворі, яким проведено:					
програмне лікування	67,3	85,7	69,1	72,6	57,9
симптоматичне або неповне програмне лікування	32,7	14,3	30,9	17,4	42,1
Летальність	6,4	6,5	5,3	4,6	5,6

Наведені в таблиці дані вказують на те, що у відділенні до 42,1% первинних пацієнтів не отримує програмного лікування, що характеризує його якість. Так, з тих, хто отримував програмне лікування, до 45,4% перейшли в повну ремісію захворювання, а серед тих, яким проведено симптоматичне або неповне програмне лікування, у 40,0% зареєстровано ран-

ню смертність (до 1 місяця від початку лікування). При цьому статистично зареєстровано недостатнє забезпечення відділення цитостатичними препаратами та компонентами крові і повну відсутність кортикостероїдів.

Далі було вивчено та проаналізовано основні показники діяльності гематологічного відділення у м. Маріуполі (табл. 2.).

Таблиця 2. Динаміка показників діяльності гематологічного відділення м. Маріуполя за (2001–2005 р.)

Показник	Роки				
	2001	2002	2003	2004	2005
Середнє перебування хворого на ліжку (ліжко-дні)	20,6	19,4	20,3	20,1	19,1
Питома вага первинних хворих яким, проведено:					
програмне лікування	33,3	44,4	-	53,3	16,7
симптоматичне або не повне програмне лікування	66,7	55,6	100	46,7	83,3
Летальність	2,8	1,3	3,1	2,5	1,7
Структура пролікованих хворих за захворюваннями (%):					
Залізодефіцитні анемії	44,5	35,3	29,9	27,0	20,9
Хронічна лейкоцитарна лейкемія	9,7	20,2	17,8	16,8	24,9
Хронічна мієлоїдна лейкемія	18,2	12,4	17,7	14,2	12,1
Множинна мієлома	-	3,8	7,0	6,8	7,4
Інші хвороби	27,6	28,3	27,6	35,2	35,6

Як видно з наведених в таблиці 2 даних, середні терміни лікування в стаціонарному відділенні коливаються близько 20 ліжко-днів, при цьому програмне лікування найбільше пацієнтів отримувало тільки у 2004 р., а в 2003 р. лікування, що відповідає стандартним вимогам, не отримав жодний пацієнт. Летальність стаціонарних хворих у динаміці за п'ять років (2001–2005 рр.) не перевищувала 2,0%. Протягом зазначеного періоду змінилася структура пролікованих у відділенні хворих. Так, якщо у 2001 р. 44,5% становили пацієнти з залізодефіцитними анеміями і 9,7% з хронічними лейкоцитарними лейкеміями, то у 2005 р. – відповідно 20,9% та 24,9%, що вказує на зростання кількості більш тяжких стаціонарних хворих.

Крім стаціонарного лікування, в спеціалізованих відділеннях хворі на хвороби крові та кровотворних органів отримують медичну допомогу в терапевтичних відділеннях міських та районних лікарень, але статистичні дані про них відсутні.

Висновки

Одержані в ході дослідження дані вказують на низький рівень організації стаціонарної медичної допомоги особам з хворобами крові та

кровотворних органів і неперіоритетність даного виду допомоги в області. Стан організації стаціонарної допомоги таким хворим не забезпечує її доступність та якість, що потребує прийняття відповідних управлінських рішень:

1. Визнати стаціонарну гематологічну допомогу спеціалізованою допомогою та забезпечити з обласного бюджету її фінансування.

2. Розробити та затвердити наказом по обласному управлінню охорони здоров'я регламент направлення хворих з хворобами крові та кровотворних органів на стаціонарне лікування у спеціалізовані заклади.

3. Вирішити питання створення обласного гематологічного центру з спеціалізованою діагностичною службою для проведення сучасних видів обстеження цих хворих та відновного лікування.

4. Вирішити питання забезпечення осіб із зазначеною патологією лікарськими засобами для програмного лікування можливо шляхом розробки та затвердження цільової обласної програми.

5. Створити у спеціалізованих гематологічних відділеннях боксовані палати та забезпечити у них дотримання санітарних норм.

Список літератури

1. Новак В.Л. Гематология в Украине: проблемы, перспективы развития// Мистецтво лікування. – 2006. – №1(027). – С. 6–16.
2. Основні показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні. – К.: МОЗ, 2006. – 49 с.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ КРОВИ И КРОВОТВОРНЫХ ОРГАНОВ

Г.А. Слабкий, И.Ю. Батманова (Киев, Донецк)

В статье представлены данные об организации стационарной помощи в Донецкой области лицам с болезнями крови и кровотоющих органов. Определены проблемы: низкая физическая и экономическая доступность медпомощи; отсутствие условий для проведения современных лабораторных исследований; несоответствие санитарным нормам. Предлагаются мероприятия по оптимизации данного вида медицинской помощи.

PROBLEMS OF ORGANIZATION OF STATIONARY HELP IN DONETSK REGION TO THE PATIENTS WITH DISEASES OF BLOOD AND BLOOD-FORMING ORGANS

G.O. Slabkiy, I.Y. Batmanova (Kiev, Donetsk)

The data of stationary medical care organization in Donetsk region to the patients with diseases of blood and blood-forming organs are given in the article. Problem questions such as low level of medical care providing and financing, lack of conditions for laboratory research, unavailability to sanitary code are determined. Actions for optimization of this kind of medical care are propose

УДК 614.2-080-036.8

О.Ф.ГАВРИЛЮК (Вінницька обл.)

ПРОМІЖНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОНАННЯ ЦІЛЬОВОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СІЛЬСЬКОМУ РАЙОНІ

Погребищенський медичний коледж

Вступ. Зросли масштаби реформування галузі, комплексний характер здоровоохорони, що зумовлює необхідність системного підходу до вирішення її проблем, громадський характер здоровоохорони, що впливає із залежності стану здоров'я людей від діяльності інших організацій та відомств – все це зумовлює потребу застосування програмно-цільового планування [1,7,8,9,10,11]. Це дозволяє більш цілеспрямовано і раціонально розподілити обмежені ресурси, добитись поставлених цілей.

На базовому рівні (сільський район, місто) цільові комплексні програми, на нашу думку, можуть бути класифіковані згідно термінів (довгострокові – 7-10 років, середньострокові – 5 років і короткострокові – 1-2 роки) і значення (передбачають в системі здоровоохорони серйозні зміни, часткові зміни, удосконалення). З практичних міркувань найбільш доцільним є поділ програм згідно предметно-змістовних ознак: програми організаційні, спрямовані на розвиток системи здоровоохорони в цілому або окремих її підсистем, розділів або напрямків, наприклад, амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної допомоги, диспансеризації населення, охорони здоров'я матері і дитини; програми управлінські, спрямовані на розвиток системи управління охороною здоров'я в цілому або її окремих підсистем; програми, спрямовані на комплексний розвиток окремих медичних закладів.

Метою дослідження є аналіз проміжних результатів цільової комплексної програми розвитку системи медичної допомоги в сільському районі в умовах реформування галузі.

Матеріали та методи. Проаналізовано діяльність медичних закладів Погребищенського району Вінницької області за 1999 р. (до початку реалізації програми) і в 2005 р. (на проміжному етапі її виконання).

Результати дослідження та їх обговорення. Нами розроблена і реалізується на базовому рівні програма вдосконалення системи медичної допомоги. Вона стала довгостроковою (терміни виконання – 2000-2009 рр.) організаційною програмою, яка передбачає в системі суттєві удосконалення.

Проблеми охорони здоров'я лежать на стику окремих компонентів системи. Посилення взаємодії між функціональними підрозділами поліклінічної служби розглядалось як важливий резерв покращення її роботи і забезпечення гарантованого обсягу допомоги. Цю взаємодію необхідно було вивчити і внести відповідні корективи в програму. Вивчення дало такі результати (табл.1).

Була проаналізована сила і напрямок зв'язку між основними показниками роботи функціональних підрозділів. Перше, що звернуло увагу, це надзвичайно слабкий зв'язок між показниками диспансеризації (частка профілактичних оглядів, охоплення диспансеризацією і її рівень) з іншими показниками, що характеризують різнопланову роботу амбулаторно-поліклінічної служби (первинна захворюваність, відвідування). Слабко впливала на показники диспансерної роботи забезпеченість лікарями. Більше того, взаємозв'язок між самими показниками диспансеризації свідчив про незбалансованість та внутрішні гальма, природу яких слід було з'ясувати.

Виявилось, що конкретні показники ефективності амбулаторно-поліклінічної служби, що стосуються окремих хвороб (частка хворих з виразковою хворобою, що мали ускладнення) або контингентів (частка оздоровлених підлітків) слабо корелювали із загальними показниками амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Лише відвідуваність в значній мірі впливала на рівень шпиталізації населення. До деякої міри до цього прагнув показник охоплення диспансеризацією. Інші показники роботи ам-

Таблиця 1. Взаємозв'язок показників здоров'я населення і діяльності медичних закладів району, 1999р.

Показники	Первинна захворюваність	Охоплення диспансеризацією	Забезпеченість лікарями	Відвідування	Частка профілактичних оглядів	Рівень диспансеризації	Рівень шпиталізації	Частка хворих з виразковою хв., що мали ускладнення	Частка оздоровлених підлітків
Первинна захворюваність		0,21	0,44	0,49	0,33	0,03	0,58	0,08	0,19
Охоплення диспансеризацією	0,21		0,56	0,72	0,36	0,35	0,62	0,15	0,41
Забезпеченість лікарями	0,44	0,56		0,70	0,21	-0,45	0,17	-0,27	0,28
Відвідування	0,49	0,72	0,70		-0,20	-0,27	0,75	0,03	0,36
Частка профілактичних оглядів	0,33	0,36	0,21	-0,20		0,20	0,07	0,27	-0,09
Рівень диспансеризації	0,03	-0,35	-0,45	-0,27	-0,20		0,04	0,26	-0,19
Рівень шпиталізації	0,58	0,62	0,17	0,75	0,07	0,04		0,08	0,13
Частка хворих з виразковою хворобою, що мали ускладнення	0,08	0,15	-0,27	0,03	0,27	0,26	0,08		0,29
Частка оздоровлених підлітків	0,19	0,41	0,28	0,36	-0,09	0,19	0,13	0,29	

булаторій і поліклінік мало впливали на рівень шпиталізації населення.

Програмне цільове планування, динамічне спостереження за факторами здоров'я населення, моделювання цих факторів з метою виділення групи підвищеної уваги, вивчення взаємозв'язку функціональних підрозділів амбулаторій і поліклініки було теоретичною основою для досягнення позитивних кінцевих результатів амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Основні організаційні заходи і їхнє ресурсне забезпечення, спрямовані на досягнення намічених цілей, охопили реорганізацію сільської амбулаторної мережі, проведення структурних і функціональних вдосконалень на рівні ЦРЛ, впровадження чіткої системи організації профілактичних оглядів, диспансерного спостереження за хронічними хворими, виїзної допомоги на сільських лікарських дільницях, впровадження об'єктивних критеріїв для оцінки якості і ефективності роботи лікарів, структурних підрозділів і їх економічного стимулювання.

З метою максимального наближення лікарської амбулаторної допомоги сільським

мешканцям, забезпечення її доступності була створена т.з. доступна мережа сільських лікарських амбулаторій, яка забезпечила максимальну віддаленість сільських жителів від лікаря до 7 км. Чисельність населення на приписній дільниці ЦРЛ була знижена до 1,5 тис. чоловік.

Сумарна потужність амбулаторій була приведена у відповідність з нормованим числом відвідувань на цьому рівні.

Удосконалювалась організаційна структура амбулаторно-поліклінічних закладів, форми і методи їх роботи. Лікарські, а в перспективі сімейні амбулаторії зосередили основну частину допомоги мешканцям села.

В якості проміжних результатів виконання програми розглядаються зміни, які наступили у взаємозв'язках між окремими функціональними підрозділами, тенденції первинної захворюваності мешканців району в порівнянні з областю.

Взаємозв'язок основних показників роботи в 2005 р. був таким (табл.2). Значно поліпшився зв'язок між показниками диспансерної роботи (охоплення диспансеризацією і її рівень,

частка профілактичних оглядів) з такими показниками, як відвідуваність населення і первинна захворюваність.

При тому той факт, що між відвідуваністю та рівнем диспансеризації (кількістю диспансерних хворих на 1000 мешканців) встановився обернений зв'язок середньої сили, свідчить, на нашу думку, про більш повне виявлення всіх хворих, які потребують огляду і про переважаючий ріст профілактичних відвідувань. Більшою мірою з показниками диспансерної роботи була зв'язана забезпеченість лікарями (в порівнянні з перед цільовим періодом, 1999), що стало результатом цілеспрямованих управлінських дій. Вважаємо досить позитивним цей

факт, що між рівнем диспансеризації і рівнем шпиталізації встановився обернений і досить сильний зв'язок ($r = 0,66$). Це свідчення знову таки вичерпаності охоплення хворих диспансерним наглядом і досить ефективних оздоровчих заходів, які зменшили потребу в стаціонарній допомозі.

Що стосується зв'язку показників ефективності амбулаторно-поліклінічної допомоги, які відносяться до конкретних захворювань (виразкова хвороба) або контингентам (підлітки) із загальними показниками (відвідуваність, охоплення диспансеризацією і її рівень) то тут суттєвих змін не відбулося. Очевидно це пояснюється багатомірною опосередкованістю цього зв'язку.

Таблиця 2. **Взаємозв'язок показників здоров'я населення і діяльності медичних закладів району (2005 р.)**

Показники	Первинна захворюваність	Охоплення диспансеризацією	Забезпеченість лікарями	Відвідування	Частка профілактичних оглядів	Рівень диспансеризації	Рівень шпиталізації	Частка хворих з виразковою хворобою, що мали ускладнення	Частка оздоровлених підлітків
Первинна захворюваність		0,62	0,70	0,55	0,59	-0,31	0,15	0,20	0,24
Охоплення диспансеризацією	0,62		0,45	0,69	0,57	0,71	0,14	-0,24	0,40
Забезпеченість лікарями	0,70	0,45		0,69	0,53	-0,54	0,36	-0,03	0,28
Відвідування	0,55	0,69	0,69		-0,89	-0,44	0,48	0,04	0,18
Частка профілактичних оглядів	0,59	0,57	0,53	0,89		-0,30	-0,14	0,13	0,05
Рівень диспансеризації	-0,31	0,71	-0,54	-0,44	-0,30		-0,66	0,24	0,40
Рівень шпиталізації	0,15	0,14	0,36	0,48	-0,14	-0,66		-0,37	0,32
Частка хворих з виразковою хворобою, що мали ускладнення	0,20	-0,24	-0,03	0,04	0,13	0,24	-0,37		-0,07
Частка оздоровлених підлітків	0,24	0,40	0,28	0,18	0,05	0,40	0,32	-0,07	

Висновок. Розроблена та реалізується на базовому рівні цільова комплексна програма вдосконалення системи медичної допомоги населенню сільського району. Вона складається з чотирьох основних блоків: цільового, структурного, ресурсного і планового.

Прийняття організаційних рішень проводиться на підставі розробленої системи стандартів і нормативів. Досягнуто позитивних проміжних результатів реалізації програми, передусім поліпшення якості й ефективності медичної допомоги населенню.

Література

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. Тернопіль-Київ-Вінниця: Джура, 1997.-327с.
2. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України.- Одеса, 2001.-29с.
3. Основи законодавства України про Охорону здоров'я. Голос України,1992 ,№238
4. Польшенко В.І. Структурна характеристика медичної допомоги сільському населенню України // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2002.- № 1. – С.64-67
5. Радіш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2003. - № 3. – С. 49-53

6. Бабанов С.А. Пути оптимизации медицинской помощи населению // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории мед.-2001. - №3.- С.30-32
7. Голяченко А.М., Коляденко А.П., Веденко Б.Г. Управление многопрофильной больницей.- Киев: Здоров'я.- 1983.- 96 с.
8. Комаров Ю.М., Муров М.А. Автоматизированная система управления лечебно-профилактическим учреждением. М.: ЦОЛИУВ, 1973.-27 с.
9. Комаров Ю. М. О системе управления здоровьем // Рос. мед. журнал.-1992.-№7.- С.55-57
10. Пьянов Ю.В. Автоматизированная система управления стационарной помощью. Методические рекомендации. -Алма-Ата, 1987.-58 с.
11. Lundberg G.D. National health care reform // JAMA.- 1992.- v.267.- N 18.- P.2521 – 2524

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЦЕЛЕВОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОМ РАЙОНЕ

А.Ф.Гаврилюк

Приводятся промежуточные результаты целевого комплексного планирования развития медицинской помощи в сельском районе.

INTERMEDIATE RESULTS OF REALIZATIONS A SPECIAL PURPOSE COMPLEX PROGRAM OF IMPROVE THE MEDICARE IN RURAL DISTRICT

A.Gavriliuk

Intermediate results of special purpose complex plan of development medicare in rural district are cited

УДК 613.2.099

А. ПОБЕРЕЖНИЙ (Хмельницький)

ОРГАНІЗАЦІЯ ШВИДКОЇ І НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЧНОГО СПАЛАХУ

Вступ Серед екстремальних ситуацій, якими опікується охорона здоров'я, чітке місце продовжують займати спалахи епідемічних хвороб. Кожен з таких спалахів носить неординарний характер і є своєрідним випробуванням для системи охорони здоров'я. Для успішної боротьби з ними важливо вивчати попередній досвід, виявляти помилки і прагнути їх запобігти. В цьому відношенні певний інтерес являє досвід організації швидкої допомоги під час епідемічного спалаху гострої кишкової інфекції серед дітей у м. Нетішин Хмельницької області, коли протягом тижня захворіло 498 осіб.

Мета дослідження полягає у вивченні і узагальненні досвіду організації швидкої медичної допомоги у випадку епідемічного спалаху

гострої кишкової інфекції серед дітей, що перебувають в організованих дитячих колективах.

Матеріал і методи Вивчено механізм поширення хвороби серед усіх 498 потерпілих, організацію і ефективність організаційних, протиепідемічних, санітарно-гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів, які при цьому здійснювались.

Результати дослідження та їхнє обговорення 7 жовтня 2005 року в м. Нетішин Хмельницької області (містечко атомників) було зареєстровано спалах гострої кишкової інфекції серед дітей.

Перше екстрене повідомлення про це надійшло в санітарно-епідеміологічну станцію м. Нетішин 7 жовтня о 12.35 від медичної сестри

дитячого дошкільного навчального закладу (далі – ДДНЗ). Було виявлено 12 дітей із різних груп з підозрою на кишкове інфекційне захворювання.

Через декілька годин звернення набули масового характеру і до інфекційного стаціо-

нару МСЧ № 4 було госпіталізовано 127 дітей.

Захворювання реєструвались у дітей віком від 3 до 6 років, які відвідували 7 дитячих дошкільних навчальних закладів.

Невідкладно була застосована система заходів, відображена на рис. 1



Рис. **Схема-модель надання швидкої допомоги під час епідемічного спалаху в м. Нетішин Хмельницької області (жовтень 2005 р.)**

Було створено обласний оперативний штаб з ліквідації групового захворювання.

Прокуратура м. Нетішин за даним фактом порушила кримінальну справу. Управлінням служби безпеки та управлінням МВС України в Хмельницькій області проводились оперативно-слідчі дії щодо встановлення причин виникнення надзвичайної ситуації.

Було проведено широке інформування мешканців міста через засоби масової інформації про ситуацію, що склалася. Організовано обхід вихованців ДДНЗ міста за місцем їх проживання.

В ході епідеміологічного розслідування було встановлено, що захворілі діти відвідували 7 ДДМЗ міста. На 5 жовтня 2005 року їх відвідувала 1151 дитина. На підставі даних анамнезу захворілих було встановлено, що усі діти вживали молочнокислі продукти із Славутського мінімолокозаводу "Агропрогрес". Фахівці провели обстеження підприємства. Виявилось, що технологічне обладнання заводу морально застаріле, у технологічних процесах використовувалась ручна праця. Підприємство не мало атестату виробництва, який видається відповідним територіальним органом виконавчої влади з питань аграрної політики, чим порушено

вимоги статті 11 Закону України "Про молоко і молочні продукти".

Постановою головного державного санітарного лікаря Славутського району о 22.00 від 7 жовтня 2005 р. №53 було призупинено функціонування цього підприємства та реалізація виробленої продукції, що зберігалася в холодильних камерах.

Було проведено бактеріологічне обстеження хворих дітей (242) та персоналу дитячих дошкільних навчальних закладів (210), працівників Славутського мінімолокозаводу "Агропрогрес" (24) та маслозаводу с. Берездів (37).

За результатами лабораторних досліджень виявили збудник дизентерії (шигела Зонне) від хворих, аналогічний збудник виділили з числа здорових співробітників Славутського мінімолокозаводу "Агропрогрес" (експедитор, комірник). Збудник дизентерії Зонне був виявлений з харчових продуктів (кефір – дата виготовлення 5 жовтня 2005р., виробництва мінімолокозаводу "Агропрогрес", який згідно меню-вимоги 5 жовтня 2005р. вживали на вечерю діти ДДНЗ).

Було призупинено роботу всіх ДДНЗ та проведено заключну дезінфекцію.

Під час спалаху захворіло 498 осіб, з них госпіталізовано в інфекційний стаціонар 460. На амбулаторному лікуванні знаходились 38 осіб. В період перших двох днів серед госпіталізованих у 6 хворих перебіг хвороби був важким. У решти дітей захворювання характеризувалось легким перебігом.

Надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги хворим забезпечувалось фахівцями області та міста. В м. Нетішин працювали лікарі Хмельницької та Рівненської областей і середній медичний персонал у кількості понад 50 фахівців.

Після проведеної оцінки ситуації вже в першу добу була визначена система організації медичної допомоги, яка враховувала вік дітей (від 2 до 6 років), лабільність перебігу хвороби, масовість поступлення, відсутність у перші години остаточно встановленого джерела інфікування, наявність окремих випадків тяжкого перебігу захворювання. Прийнято рішення про масову госпіталізацію дітей з клінічними проявами захворювання (підвищення температури, блювота, пронос).

Було проведено консультації хворих дітей та медичних працівників провідними фахівцями МОЗ України. Надано невідкладну практичну допомогу у коригуванні схем лікування дітей, порядку їх госпіталізації, додаткового розгортання ліжок. Відпрацьовувались стандартні схеми лікування хворих.

Вчасно розпочата антибіотикотерапія та регідратація дали змогу у короткий термін отримати швидке покращення стану дітей та уникнути можливих ускладнень, забезпечити масову виписку дітей протягом третьої – четвертої доби після госпіталізації.

Скоординована та організована діяльність центральних органів виконавчої влади – МОЗ, правоохоронних органів, органів місцевого самоврядування, ДП “Енергоатом” та інших, а також чіткі дії фахівців, залучених до роботи у вогнищі, дозволила локалізувати спалах, стабілізувати ситуацію і в найкоротші терміни добитись позитивних результатів.

Висновки

1. Аналізуючи матеріали розслідування причин масового отруєння дітей, слід зазначити, що як і у більшості випадків, однією з основних причин є наявність людського фактору – недостатній рівень персональної відповідальності працюючих, недотримання елементарних правил особистої гігієни персоналом.

2. Важливою складовою спричинення надзвичайної ситуації стало використання у виробництві недосконалих технологій: наявність відкритих технологічних процесів, що передбачають використання ручної праці порушення санітарно-гігієнічних вимог технологічного процесу, і як наслідок, можливість контамінації продукції персоналом.

3. З метою попередження виникнення в майбутньому подібних ситуацій необхідно вжити дієвих заходів щодо недопущення порушень чинного законодавства суб'єктами господарювання незалежно від форм власності, а саме дотримання вимог законів України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя”, “Про захист населення від інфекційних хвороб”, “Про молоко та молочні продукти” та інших. Більш чітко на законодавчому рівні потрібно закріпити відповідальність виробника за випуск небезпечної продукції.

Література

1. Андрейчин М.А. Бактериальные диареи. – Киев, «Здоров'я», 1998. – 412 с.
2. Андрейчин М.А. Епідеміологія екстремальних умов з курсом військової епідеміології. – Укрмедкнига, 2002. – 270 с.
3. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль – Київ – Вінниця, 1997. – 327 с.
4. Ребенок Ж.О. Харчова токсикоінфекція – отруєння чи інфекція? //Інфекційні хвороби. – 2005. - № 3. – С. 5-11.

ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ

А.Побережний

Представлен анализ ликвидации вспышки эпидемии в организованных детских коллективах г. Нетішин Хмельницької області в октябрі 2005 г., во время которой заболело 498 детей

ORGANISATION OF FIRST AID IN EPIDEMICAL FLARE

A.Poberezhniy

In this article the analysis of epidemic in organizations child's groups by Netishin Chmelickiy region are considered in October 2005. 498 children are falled ill.

В.І. АГАРКОВ, О.О. СЕМИКОЗ (Донецьк)

СУЧАСНІ МАКРООРГАНІЗАЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРАХОВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Страхова система охорони здоров'я – це ринкова система охорони здоров'я людини, яка заснована на загальному страхуванні здоров'я населення. Вона набула широкої популярності в сучасному світі. За цією системою одержує медичну допомогу близько 900 млн населення 30–35% країн. Така популярність страхової медицини зумовлена насамперед тим, що вона активно виконує функцію соціального захисту населення в умовах ринкової економічної системи господарювання, що набула монопольного характеру в сучасному суспільстві.

Страхова система охорони здоров'я часто називається системою Бісмарка. Це пов'язано з тим, що вона сформувалася як система загальнодержавного значення в Німеччині у період 1883–1889 рр., коли в зазначеній країні канцлером був цей політичний діяч і була створена законодавча база медичного та загально-соціального страхування життєдіяльності населення [2;6;22;24]. У ХХІ ст. така система охорони здоров'я істотно змінилася і стала більш удосконаленою.

Тому **мета** даної роботи – визначення макроорганізаційних особливостей сучасних систем страхової медицини, які функціонують у розвинених країнах сучасної цивілізації.

Результати роботи ґрунтуються на аналізі даних, викладених у фундаментальних літературних джерелах, виданих по даній темі в останні 20–25 років, а також на результатах власних досліджень медичного обслуговування населення шляхом страхування їхнього здоров'я.

Так, сучасній страховій системі охорони здоров'я властиві такі організаційні принципи:

- соціальна ринкова система господарювання в охороні здоров'я;
- децентралізована демократична система управління охороною здоров'я;
- децентралізована система планування розвитку охорони здоров'я;
- багатоканальний механізм фінансуван-

ня охорони здоров'я, який базується на страхових джерелах;

- наявність гарантованого обсягу медичної допомоги для застрахованого населення;

- наявність на ринку медичних послуг (МП) м'якої конкуренції, яка ґрунтується на співробітництві і є джерелом поступального неконфліктного саморозвитку охорони здоров'я;

- ефективна, організаційно-оперативна система контролю за якістю медичного обслуговування населення, в основі якої покладено фінансово-юридичний механізм;

- соціально щадний механізм ціноутворення на ринку медичних послуг, який базується на законодавчо обумовлених коефіцієнтах страхових внесків;

- наявність оптимально ефективного зв'язку між обсягом та якістю медичних послуг, з одного боку, і прибутком виробників медичних послуг, з іншого;

- наявність економічних стимулів у надавачів медичних послуг щодо розширення спектру та підвищення якості медичних послуг;

- організаційна динамічність і оперативна сприйнятливість інновацій для розвитку медичних технологій [8–13].

Ці принципи розкривають методологічну сутність та причини привабливості сучасної системи страхової медицини, що визначають активне її поширення в суспільстві на даному етапі його розвитку. Проте поряд із позитивними характеристиками, страховій системі охорони здоров'я споконвічно властиві негативні якості, що формують її проблеми та визначають фактори, що стримують її впровадження в практичне життя. Ці недоліки страхової системи охорони здоров'я виникають з її ринкової сутності та мають такий характер:

- нерівна доступність населення до медичних послуг, як по купівельній спроможності, так і по значущості страхового полісу;

- невиправданий якістю зростання вартості медичних послуг, особливо в період початкового становлення страхової охорони здоров'я;

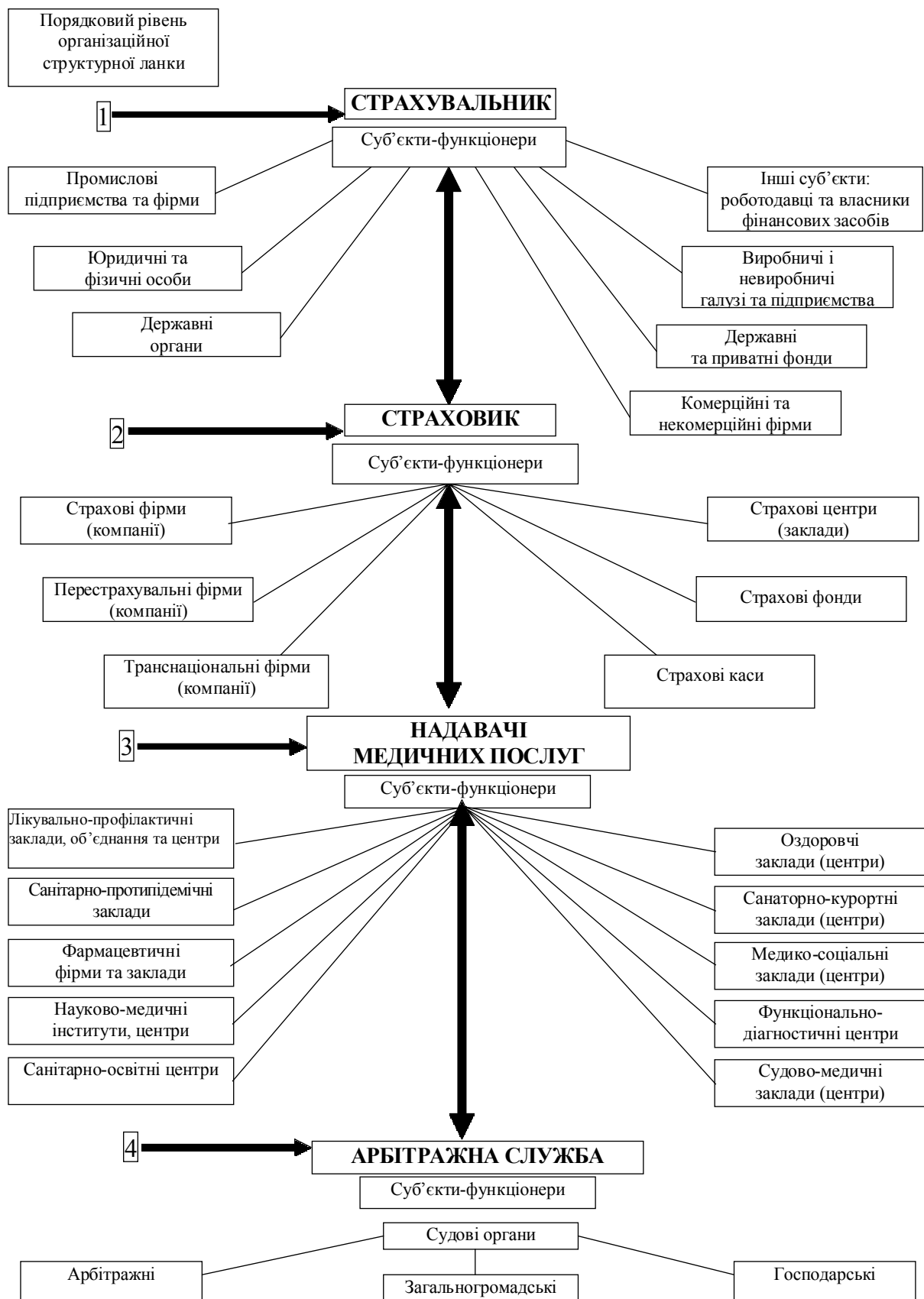


Рис. 1. Структурна схема страхової системи охорони здоров'я

- низький рівень ймовірності загального охоплення населення медичним страхуванням як за фінансово-економічними, соціально-психологічними, організаційними, так і за адміністративно-територіальними причинами;

- неспрацьовування страхової системи охорони здоров'я в умовах економічних або військово-політичних криз через припинення функціонування ринкових механізмів господарювання в суспільстві;

- низький пріоритет медичних послуг суспільного характеру та низький психологічний рівень їхньої життєвої значущості через недостатню вмотивованість населення;

- низький пріоритет застрахованих пацієнтів і медичного страхування людей, які часто і довгостроково хворіють, в силу їхньої економічної невиваженості;

- недоступність медичних послуг для незастрахованих людей або медичних послуг, що виходять за рамки страхової програми для застрахованих пацієнтів;

- нерівномірний розвиток територіальної інфраструктури охорони здоров'я через нерівні економічні можливості населення [13–15; 18–21; 25].

Ці недоліки страхової медицини підлягають осмисленню і засвоєнню суспільством, тому що реформування даної системи охорони здоров'я або перехід на цю систему з іншої мають передбачати нівелювання або усунення факторів, що перешкоджають високоефективному функціонуванню страхової системи охорони здоров'я, тим більше, що ряд із зазначених недоліків дуже складний і потребує загальнодержавних і законодавчих заходів високої якості.

Страхова охорона здоров'я як система передбачає наявність структурних ланок, що мають самостійні функції та спроможні вирішувати повний спектр типових завдань, які характерні для медичного страхового процесу. З методологічного і логічного аналізу медичного страхового процесу, що ґрунтується на ключових завданнях системи, виникає такий структурний склад базових ланок страхової охорони здоров'я як самостійної системи: страхувальник, страховик, надавачі медичних послуг, арбітражна служба (рис. 1).

Кожна з цих структурних ланок покликана виконувати свої типові завдання протягом медичного страхового процесу. Страхувальник – це суб'єкт, який страхує здоров'я та сплачує страхові внески, тобто це замовник на медичні послуги. Страховик організовує страховий процес і виступає гарантом одержання медичних послуг, які замовлені страхуваль-

ником. Надавачі медичних послуг виконують замовлені медичні послуги і є гарантом їхньої якості.

Арбітражна служба це структурна ланка, що вирішує виробничі суперечки між трьома ключовими суб'єктами страхового процесу: страхувальником, страховиком та надавачем медичних послуг. Ця структурна ланка є гарантом проходження страхового медичного процесу з дотриманням обумовлених страхувальником вимог щодо спектру, якості та своєчасності медичних послуг.

Як показано на рис. 1, роль базових ланок страхової системи охорони здоров'я можуть виконувати різні суб'єкти-функціонери страхового медичного процесу, спроможні вирішувати властиві даній структурній ланці завдання. Так, завдання страхувальника можуть виконувати суб'єкти, які є роботодавцями або власниками фінансових засобів, що можуть бути використані для страхових внесків; страховика – суб'єкти, які мають юридичні та професійні права щодо організації та управління страховим процесом; надавача медичних послуг – суб'єкти, що володіють професійними правами та технологічними можливостями щодо створення та реалізації на належному рівні якості, замовлені медичні послуги; арбітражу – суб'єкти, що мають юридичні права оцінювати правове поле функціонування медичного страхового процесу.

Всі ці ланки у взаємозв'язку складають структуру страхової охорони здоров'я як самостійної виробничої системи. Тому загальна структура страхової системи охорони здоров'я виглядає як взаємозв'язок базових ланок у вигляді суб'єктів-функціонерів, що утворюють у комплексі організаційні рівні з типовими завданнями страхового медичного процесу. Для функціонування такої системи у вигляді страхової медичної служби структурні базові ланки страхового процесу повинні об'єднуватися в єдиний технологічний механізм за схемою, наведеною на рис. 2.

Об'єднання за таким варіантом основних і допоміжних суб'єктів страхового процесу гарантує функціонування страхової медичної служби на стабільному фінансовому рівні з належним обсягом і якістю медичних послуг. Так, перестраховальний страховик в єдиній схемі страхової діяльності є гарантом фінансової стабільності основного страховика в період кризового напливу застрахованих пацієнтів по медичну допомогу, транснаціональний страховик виконує функцію гаранта одержання медичних послуг в обсязі, позначеному в страховому полісі за територіальними межами

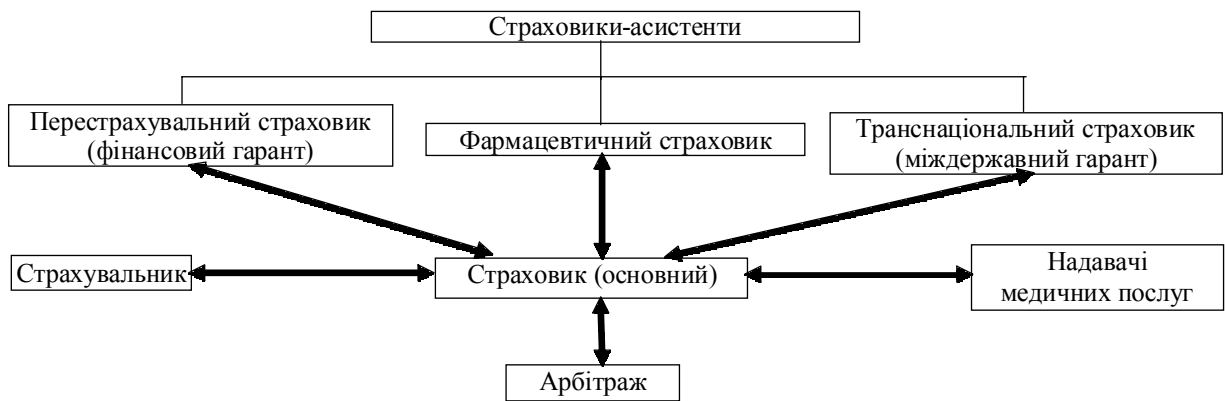


Рис. 2. Робоча схема страхової медичної служби з повним складом суб'єктів страхового процесу

діяльності основного страховика (на території іншої держави), а фармацевтичний страховик гарантує цільове забезпечення надавачів медичних послуг необхідними матеріальними і лікарськими засобами.

Особливу функцію в страховому медично-му процесі має виконувати арбітражний

суб'єкт. Ця страхова ланка є гарантом оперативного, юридично об'єктивного вирішення суперечок між суб'єктами страхового процесу, особливо у зв'язку з якістю медичних послуг. Зазвичай суперечка щодо якості медичних послуг вирішується за допомогою механізму з алгоритмом дій, наведеним на рис. 3.



Рис. 3. Алгоритм вирішення суперечок між суб'єктами медичного страхового процесу

Наявність подібного механізму оперативного контролю за виконанням контрактно-договірних зобов'язань учасників страхової діяльності є гарантом прав на медичну допомогу та якість медичного обслуговування застра-

хованого населення [2;3;6;18;19;26–29].

В даний час використовується 3 основні організаційні форми страхової охорони здоров'я як системи: централізована, децентралізована та змішана (рис. 4).

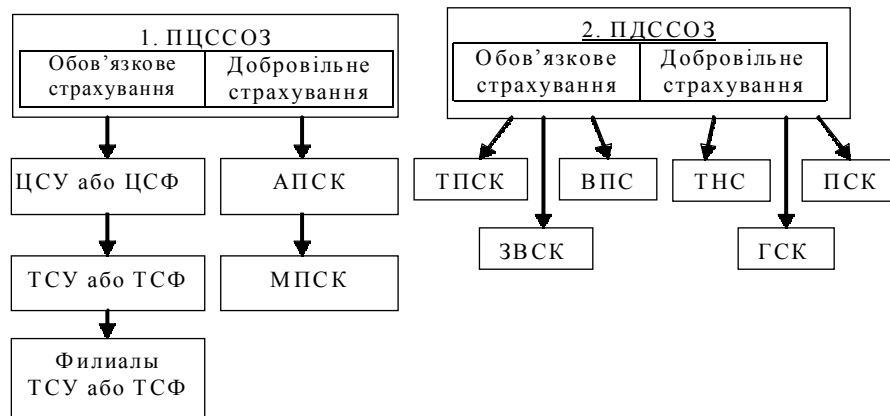


Рис. 4. Макроорганізаційні системи страхової охорони здоров'я

ПЦССОЗ – повна централізована страхова система охорони здоров'я; ПДССОЗ – повна децентралізована страхова система охорони здоров'я; ЦСУ – центральні страхові установи; ЦСФ – центральні страхові фонди; ТСУ – територіальні страхові установи; ТСФ – територіальні страхові фонди; АПСК – асоціація приватних страхових компаній; МПСК – мережа приватних страхових компаній; ЗВСК – загальна виробнича страхова каса; ВПСК – виробничо-професійна страхова каса; ТПСК – територіальна професійна страхова каса; ГСК – головна страхова компанія; ПСК – перестраховальна страхова компанія; ТНСК – транснаціональна страхова компанія.

Централізована система страхової охорони здоров'я будується за територіальним принципом як служба з вертикально функціональним управлінням, яку очолює єдина загальнодержавна страхова установа або страховий фонд, котрим підпорядковані регіональні страхові установи (фонди) з місцевими філіями та відділеннями. Якщо ця страхова медична служба доповнюється добровільним видом страхування, то така система набуває якості повної централізованої страхової системи охорони здоров'я. Причому у цьому організаційному варіанті добровільне медичне страхування реалізується через профільні приватні страхові компанії, що об'єднані в асоціацію медичних страховиків (рис. 4). Типовими представниками такої страхової системи охорони здоров'я є Франція та певною мірою Росія [3;4;7].

Децентралізована страхова система охорони здоров'я створюється за виробничим принципом на основі територіально розгалуженої мережі страхових установ найчастіше у вигляді страхових кас, які контролюються медичними асоціаціями. Через цю систему реалізується обов'язкове медичне страхування, а добровільне – через мережу приватних профільних страхових компаній, які об'єднані в асоціацію медичних страховиків. У такому вигляді, паралельного функціонування обов'язкового та добровільного медичного страхування, система страхової охорони здоров'я є повною децентралізованою організаційною структурою (рис. 5). Класичним представником такої системи страхової медицини є охорона здоров'я Німеччини [2;4;6;24]. Якщо страхова медична служба створюється на базі одного виду страхування (обов'язкового або добровільного), то страхова система охорони здоров'я є неповною децентралізованою. Зазначена організаційна система недосконала і не дає змоги здійснити повне охоплення страхуванням населення країни. Такий варіант органі-

зації страхової медицини притаманний США [8;12;21;25].

Змішана організаційна система страхової медицини зазвичай містить централізовану і децентралізовану гілку. За децентралізованою формою, як правило, організовується медичне страхування для робітників промислового виробництва, а за централізованою – для іншої частини населення за територіальним принципом. Такий тип страхової медицини властивий охороні здоров'я Японії [4;23;26].

Як бачимо, в основі будь-якої організаційної системи покладено два види страхування – обов'язкове і добровільне. Якщо макроорганізаційна система базується одночасно на обох видах страхування, то така повна система страхової охорони здоров'я є найбільш ефективною, а при відсутності будь-якого виду базового страхування ефективність її істотно падає.

Провідним видом страхування в страховій охороні здоров'я є обов'язкове страхування здоров'я, оскільки з цим видом страхування пов'язана функція соціального захисту страхової системи охорони здоров'я. Тому цей вид страхування організовується на підставі таких принципів:

- один із соціальних видів страхування;
- загальне або масове страхування;
- регламентується обов'язкове медичне страхування державними органами;
- правила та програми обов'язкового страхування визначаються і затверджуються державним органом;
- страхувальником виступає держава та роботодавець;
- джерелом страхових внесків є прибутки роботодавців і бюджет держави;
- тарифи на медичні послуги встановлюються державними органами;
- прибутки від обов'язкового страхування використовуються тільки за прямим призначенням, тобто для оплати медичних послуг застрахованим пацієнтам.

Добровільне страхування при наявності обов'язкового, як правило, виконує допоміжну функцію. За цим видом страхування одержують медичну допомогу соціальні групи населення з високою купівельною спроможністю, оскільки це медичне страхування абсолютно комерційне і дороге. Організовується та проводиться воно за такими принципами:

- комерційний вид особистого страхування;
- індивідуальне або групове страхування;
- регламентується воно загальним або спеціальним законом, або профспілковим договором із роботодавцем;

- здійснюється страховими організаціями різного виду власності;
- правила за цим видом страхування встановлює установа-страховик;
- програми добровільного страхування розробляються та затверджуються на підставі договору між страхувальником і установою-страховиком;
- страхувальниками у добровільному медичному страхуванні є юридичні та фізичні особи;
- джерелами для страхових внесків за добровільним медичним страхуванням є особисті прибутки громадян і прибуток роботодавців;
- тарифи на медичні послуги за добровільним медичним страхуванням встановлюють на підставі договору між установою-страховиком і страхувальниками здоров'я;
- прибутки від добровільного медичного страхування можуть використовуватися для різних видів комерційної та некомерційної діяльності.

Важливим та складним завданням страхової медицини є ціноутворення на медичні послуги, що визначає розмір страхового внеску. Розмір страхового внеску, зазвичай, визначається як питомий коефіцієнт від фонду заробітної плати роботодавця або прибутку фізичної особи. Найчастіше страховий внесок при обов'язковому страхуванні коливається від 2 до 13%, а його оплата розподіляється між роботодавцем і працівником, або державою та працівником, або роботодавцем і державою. Так, у Німеччині роботодавець та працівник оплачують по 6,5%, а в Японії – відповідно 4,6 і 3,5% або по 4,2% – державні органи і фізична особа [1–3;5–7].

Тарифи на медичні послуги встановлюються, як правило, на основі цін, що розраховуються за такими загальними формулами: при обов'язковому страхуванні – $ЦМПО = СМП$, а при добровільному – $ЦМПД = СМП + П$. Тут: $ЦМПО$ – ціна медичної послуги обов'язкової; $ЦМПД$ – ціна медичної послуги добровільної; $СМП$ позначає собівартість медичної послуги, а $П$ – прибуток. Інакше кажучи, при обов'язковому медичному страхуванні ціна медичних послуг має дорівнювати їхній собівартості, а при добровільному – сумі собівартості і регламентованому або ринковому прибутку.

Собівартість медичної послуги залежить від її складності. Найбільше реально відображати складність медичних послуг у балах з встановленням ціни одного балу та розрахунком собівартості медичної послуги за формулою:

$$СМП = ?БМП \times ЦБМП,$$

де $СМП$ – собівартість медичної послуги;

$?БМП$ – сума балів медичної послуги (її складність);

$ЦБМП$ – ціна одного балу медичної послуги.

Такий метод розрахунку цін медичних послуг забезпечує об'єктивність, точність і простоту механізму ціноутворення. Такий підхід до ціноутворення медичних послуг широко використовується у страховій медицині Німеччини.

В умовах відпрацьованого механізму ціноутворення медичних послуг, структура основних фінансових витрат у системі обов'язкового медичного страхування має такий вигляд: лікування у стаціонарі – 36–37%; лікування в поліклініці – 15–16%; витрати на придбання ліків – 14–15%; стоматологічна допомога – 8–9%; проведення лікувальних процедур – 6–7%; оплата оптичних засобів – 5–6% [1;5;6;24].

Висновки

1. Сучасна страхова медицина сформувалася як система з власною структурою суб'єктів страхового процесу. Для цієї медичної служби притаманні споконвічні переваги та недоліки.

2. Існують три макроорганізаційні системи страхової охорони здоров'я (централізована, децентралізована і змішана) з повною та неповною організаційною схемою страхування.

3. Повна організаційна схема медичного страхування формується на основі обов'язкового як базового та добровільного, так і додаткового страхування. При повній організаційній схемі забезпечується загальне охоплення населення медичним страхуванням.

4. Найбільш ефективно та стабільно функціонує страхова медична служба, яка організована у вигляді єдиного технологічного комплексу основних та допоміжних суб'єктів страхового процесу.

5. Існують відпрацьовані механізми надійного ціноутворення, що дають змогу стримувати зростання вартості медичних послуг та здійснювати ціноутворення за прозорими і простими схемами.

Список літератури

1. Агарков В.І., Семикоз О.О. Організація та ефективність стаціонарного медичного обслуговування працівників залізничного транспорту на основі експериментального бюджетно-страхового фінансування / Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – №3. – С. 58–63.

2. Беске Ф. Здравоохранение в новых землях Германии// Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 1993. – №2. – С. 25–28.
3. Глебов В.П. О медицинском страховании во Франции// Финансы. – 1992. – №2. – С. 42–45.
4. Лисицин Ю.П., Старозубов В.И., Савельева Е.Н. Медицинское страхование – М.: Медицина, 1995. – 142 с.
5. Макарова Т.Н., Кричагин В.И., Мыльникова И.С., Индейкин Е.Н. Цены на медицинские услуги. – М.: Парацельс, 1993. – 80 с.
6. Новиков В.Н., Надточий Б.А. Организационно-экономический механизм медицинского страхования в ФРГ// Экономика Украины. – 1993. – №10. – С. 80–84.
7. Юркин Т.Н. Об обязательном медицинском страховании// Врач. – 2001. – №7. – С. 42–43.
8. ADATOK a TEMEB-ck mukcdeseher/ I. Aszodi, A. Burjan, O. Farago et al.// Nepegeszsegügy. – 1987. – Vol. 68, №2. – P. 101–103.
9. Borus J.F. Coverage, care, cost and outcome// JAMA. – 1986. – Vol. 256, №14. – 1939.
10. Brahams D. No fault competension based on patient insurance// Lancet. – 1987. – Vol. 8534, №1. – P. 698.
11. Brahams D. The Swedish medical insurance schemes. The way ahead for the United Kingdom?// Lancet. – 1988. – Vol. 8575, №1. – P. 43–47.
12. Brooc R.H., Lohr K.N. Monitoring quality of care in the Medicare program. Two proposed system// JAMA. – 1987. – Vol. 258, №21. – P. 3138–3141.
13. Friedman E. Mandatory insurance: A cure fore indigence?// Hospitals. – 1986. – Vol. 60, №11. –P. 46–48.
14. Goldberg L.G., Greenberg W. The dominant firm in health insurance// Soc. Sci. Med. – 1985. – Vol. 20, №7. – P. 712–724.
15. Hermann J. Die stituation der Krankenhauser in Frankreich// Kranrh. Umschan. – 1986. – Vol. 55, №12. – P. 923–924.
16. Kempf R. Vorkalkulation der Kosten und Zetstungen// Krankh. Umschau. – 1987. – Vol. 56, №12. – P. 984–988.
17. Klein R. Financing health care: the three options// Br. Med. J. – 1988. – Vol. 6624, №296. – P. 734–736.
18. Michele Z. Mandatory insurance: Tough choices ahead// Hospitals. – 1988. – Vol. 62, №22. – P. 40–42.
19. Moore C. Need for a patient advocate// JAMA. – 1989. – Vol. 262, №2. – P. 259–260.
20. Parker P. A Free market in health care// Lancet. – 1988. – Vol. 8596, №1. – P. 1210.
21. Rayner I. HMO in the USA and Britain: a new prospect for health care?// Soc. Sci. Med. – 1988. – Vol. 27, №4. – P. 305–320.
22. Sahmland I. Anfdrnge des “Betriebskrankenhauses” und erste Formen einer Krankenversicherung im 16 Jahrhundert// Med. Hist. J. – 1987. – Vol. 22, №1 – P. 28–47.
23. Shore N.A. Levinson H. On business and medicine// N. Engl. J. Med. – 1985. – Vol. 313, №5. – P. 319–321.
24. Sozialgesetze der Krankerversicherung. – 1993. Verlag W. Kohlhammer Stuttgart. Berlin. Кцлн. – №1. – P. 1241.
25. The Nation’s health systems// Hlth. Serv. Manag. – 1988. – Vol. 84, №6. – P. 146.
26. Trends and prospects for the medical care security in Japan// Int. Soc. Sec. Rew. – 1986. – Vol. 39, №1. – P. 38–51.
27. Vagda E. The Canadian health care system: and overpower// J. Publ. Hlth. Pol. – 1986. – Vol. 7, №2. – P. 205–210.
28. Verille R.E. Medicare rate setting and its problems. A fixed price per bundled product// J. Leg. Med. – 1985. – Vol. 6, №1. – P. 85–106.
29. Workmen’s accident compensation insurance// Aslan News Sheet New Delhi. – 1987. – Vol. 17, №4. – P. 19–21.

СОВРЕМЕННЫЕ МАКРООРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.И. Агарков, Е.А. Семикоз (Донецк)

Современная страховая система активно распространяется в условиях стран с рыночной экономикой. Ее популярность предопределяется наличием в этой системе функции социальной защиты населения в ходе его медицинского обслуживания. Функция социальной защиты страховой системы здравоохранения связана с обязательным видом страхования здоровья человека, который лежит в основе страховой медицины. Принципиальными особенностями современной страховой системы здравоохранения являются эффективный механизм оплаты медицинских услуг через полиформатный страховой взнос, большой объем охвата населения медицинским страхованием, устойчивая многовариантная организационная структура (централизованная, децентрализованная и смешанная полная и неполная), эффективный механизм контроля за качеством медицинских услуг, инновационная восприимчивость и технологическая динамичность. Современной страховой системе здравоохранения свойственен ряд проблем, которые затрудняют ее использование: неоправданный рост стоимости медицинских услуг, низкий приоритет медицинских услуг общественного значения, а также медицинских услуг, оказываемых людям, часто и длительно болеющим, не срабатывание механизма страхования в условиях экономических кризисов, неравномерное развитие инфраструктуры.

MODERN MACROORGANIZATIONAL FEATURES OF INSURANCE SYSTEM OF PUBLIC HEALTHV.I. Agarkov, E.A. Semikoz (*Donetsk*)

Modern insurance system is actively distributed in conditions of the countries with market economy. Its popularity is predetermined by presence of function of population social protection during the health service in this system. Social protection function of insurance system of public health is connected with obligatory kind of insurance of the person health that underlies an insurance medicine. Basic features of modern insurance system of public health services are the effective mechanism of payment with the help of "polyformatted" insurance fee, great scope of the population with medical insurance, steady multiversion organizational structure (centralized, decentralize, combined complete and incomplete), the effective mechanism of the control over the quality of medical services, an innovative susceptibility and technological dynamic. Modern insurance system of public health services has some problems that complicate its use: unjustified growth of medical services cost, a low priority of medical services, and also the medical services rendered to people with poor health, fault of the mechanism of insurance in conditions of economic crises, nonuniform development of infrastructure.

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 616.98-082.000.34(477)

А.В. ЯКОБЧУК (Житомир)

ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ НА ДЕРЖАВНОМУ РІВНІ З УРАХУВАННЯМ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ

Житомирський базовий медичний коледж

Безпрецедентна епідемія ВІЛ/СНІДу – надзвичайна ситуація для охорони здоров'я. В умовах епідеміологічної ситуації, недостатнього фінансування закладів охорони здоров'я рішення складного спектра завдань щодо профілактики поширення ВІЛ-інфекції не під силу одному закладу чи одній організації. Шляхом до збільшення потенціалу є налагодження партнерства між державними та позадержавними організаціями, органами місцевої влади, створення спільного плану дій, мобілізація всіх ресурсів для припинення епідемії [1].

Добре спланована національна програма проти ВІЛ/СНІДу може значно зменшити негативні наслідки цієї хвороби серед населення.

Доленосними у 2001 р. стали дві події міжнародного масштабу. Прийняття 26-ю спеціальною сесією Генеральної Асамблеї ООН

Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом і започаткування в 2002 р. роботи Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. На зазначеній сесії Україна висунула ряд ініціатив і з метою забезпечення їх реалізації, Президентом України прийнято ряд рішень:

1) сприяти утворенню в установленому порядку благодійного фонду боротьби зі СНІДом та організувати відповідно до законодавства проведення у 2002 році благодійної лотереї, передбачивши спрямування одержаних коштів на боротьбу з ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні.

2) забезпечити виконання в повному обсязі Програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 рр., спрямованої на запобігання поширенню в Україні ВІЛ-інфекції та надання медичної і соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД.

3) завершити до 1 січня 2002 р. організацію центрів профілактики і боротьби зі СНІДом в областях, де вони відсутні, а також у містах, де кількість ВІЛ-інфікованих перевищує 500 осіб.

Поряд із цим вивчалась можливість утворення разом з Представництвом ООН в Україні Східноєвропейського навчально-методичного міжнародного центру з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, проведення у 2002 р. в Україні міжнародної конференції з проблем СНІДу, утворення в складі Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України науково-дослідного інституту з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу [25]. Терміново готується заявка до Глобального фонду на отримання програмного гранту, за вимогами якого в Україні створюється Координаційний механізм країни (КМК).

Мета роботи – визначити відображення проблеми ВІЛ/СНІДу у нормативно-правових актах України та інших країн світу.

Аналізуючи виконання прийнятих Президентом у цей період рішень, слід зазначити, що певною мірою вони не виконані. Програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 рр. фінансована не в повному обсязі. Не створено спільно з Представництвом ООН в Україні Східноєвропейського навчально-методичного міжнародного центру з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу. Питання організації Українського інституту СНІДу Кабінетом Міністрів знято з розгляду. Проте швидко створено Український фонд боротьби з ВІЛ-інфекцією і СНІДом як державну спеціалізовану неприбуткову організацію, підпорядковану і підзвітну Кабінету Міністрів України. Метою його діяльності визначено залучення та цільове використання позабюджетних та міжнародних коштів для реалізації програм із запобігання захворюванню населення на ВІЛ-інфекцію і СНІД [13].

Цікавими у плані законодавства “Про благодійництво та благодійні організації” є передумови його створення, засновник, структура фонду і органи управління. Встановлено, що “Органи державної влади... України, що фінансуються з бюджету, не можуть бути засновниками благодійної організації” (р. II, ст. 7, ч. 1, ст. 5, ч. 2) [4]. Навпаки, “Втручання органів державної влади... та їх посадових осіб у діяльність благодійних організацій, як і втручання благодійних організацій у діяльність органів державної влади... забороняється” (р. IV, ст. 23, ч. 2) [4]. Вищим органом управління визначено спостережну раду, склад якої зат-

верджується головою спостережної ради – Віце-прем'єр-міністром України, що також є нелегітимним.

Вже через рік по прийнятті Закону “Про благодійництво та благодійні організації” Вищий арбітражний суд України у листопаді 1998 р. своїм листом звернув увагу арбітражних судів на зміст окремих норм цього Закону. “Відповідно до статті 1 Закону благодійна організація – це недержавна організація, головною метою діяльності якої є здійснення благодійної діяльності в інтересах суспільства або окремих категорій осіб згідно з Законом, тобто безкорисливої діяльності... “Особливу увагу Суду було привернуто до його ст. 5. ”...наводячи перелік фізичних та юридичних осіб, які можуть бути засновниками благодійних організацій, забороняється виступати засновниками цих організацій органам державної влади... України, що фінансуються з бюджету” [9].

Якщо прослідкувати хронологічний порядок становлення законодавчо-нормативного процесу в Україні щодо державного регулювання вказаної діяльності, то висновком є те, що фактом утворення у листопаді 2001 р. Українського фонду боротьби з ВІЛ-інфекцією і СНІДом Кабінет Міністрів України вступив у протиріччя з чинним законодавством, однак постанову до цього часу не скасовано.

Урядова комісія з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом організована на виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 07.02.2001 з метою проведення державної політики у цій сфері. До персонального складу комісії під головуванням Віце-прем'єр-міністра увійшли, за посадою, 23 урядовці високого рівня. Серед основних завдань Комісії: контроль за виконанням відповідних державних програм; координація діяльності центральних та місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ і організацій, пов'язаної з протидією ВІЛ/СНІДу; інформування Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, міжнародної спільноти і населення України про ситуацію з ВІЛ/СНІДом в Україні, стан боротьби з цим захворюванням. Відповідно до Положення про Комісію, вона співпрацює з вітчизняними та іноземними підприємствами, установами і організаціями, серед яких визначає партнерів з реалізації спільних заходів і програм протидії ВІЛ/СНІДу. Засідання Комісії проводяться у разі потреби, але не рідше ніж один раз на квартал. Протокольне забезпечення діяльності покладено на співробітника МОЗ – секретаря Урядової комісії [11]. Узв'язку зі змінами в Уряді склад Комісії зміню-

вався. Але тепер він вже не був персональним, а посадовим [15].

Координаційний механізм країни був створений Урядовою комісією за участю представників державних органів влади, неурядовими організаціями та міжнародними організаціями у 2003 р. з метою реалізації заходів програми “Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні”, яка здійснювалась коштом Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. На момент створення до складу КМК входило 45 осіб, які представляли урядовий, академічно-освітній сектори, національні громадські та благодійні організації, мережу ЛЖВС, міжнародні організації і приватний сектор. Очолили координаційний орган три особи. Голова КМК – Віце-прем’єр-міністр України і два співголови – Міністр охорони здоров’я України та Координатор системи ООН в Україні – Постійний представник Програми розвитку ООН. До компетенції КМК належали: контроль за використанням коштів Програми гранту основними реципієнтами; затвердження річного звіту основних реципієнтів. Планувалося створити Секретаріат КМК з метою організаційно-технічного забезпечення його діяльності. Відсутність фінансування залишила створення Секретаріату КМК на стадії проектної пропозиції.

У січні 2003 р. Основним реципієнтом в особі Міністерства охорони здоров’я України та Виконавчим директором Глобального фонду підписано Угоду №UKR-103-G03-H-00 про грант між Глобальним фондом з боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією (Глобальний фонд) та Міністерством охорони здоров’я України (Основний реципієнт) на здійснення в Україні програми “Забезпечення лікування, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ/СНІД, зниження негативних наслідків епідемії ВІЛ/СНІД і розробка та запровадження системи контролю епідемії ВІЛ/СНІД, управління, моніторингу та оцінки програми попередження ВІЛ/СНІД” у період 28.01.2003 – 27.01.2005 на загальну суму 16 млн 925 тис. 200 доларів США. Укладення Угоди підтримано керівником КМК – Віце-прем’єр-міністром України з питань гуманітарної політики, Представниками громадськості в Координаційному механізмі країни та Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Угодою передбачено фінансування не більше ніж на два перші роки [21].

Період 2001–2003 рр. є багатим на події у сфері діяльності держави щодо протидії ВІЛ/СНІДу. У червні 2002 р. Україну відвідав Генеральний Секретар ООН, який виступив з до-

повіддю на розширеній колегії МОЗ. 2002 р. в Україні оголошено Роком боротьби з ВІЛ/СНІДом [23]. Завершується організація регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. У листопаді 2003 р. Міністерством охорони здоров’я України проведено міжнародну конференцію, значно поживляється робота міжнародних і українських неурядових організацій, і створюються нові, активно твориться нормативно-правова база протидії епідемії ВІЛ/СНІДу [12;24] тощо. Саме протягом цього періоду, окрім вищеописаної діяльності, Верховною Радою ратифікується укладена Угода України з Міжнародним банком реконструкції і розвитку (Всесвітнім Банком), який погоджується надати Позичальнику суму у розмірі 60 млн доларів США на умовах, які визначає або на які посилається ця Угода про позику, на технічне здійснення проекту “Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні” [6].

Але разом з тим, організаційна схема запровадження Проекту включає ряд управлінських структур. На підставі умов Угоди створюються група впровадження проекту та наглядова рада. Внесено зміни до Положення про наглядову раду з питань реалізації спільного зі Світовим Банком проекту “Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні”. Тепер на зміну попереднього документа [14] до складу наглядової ради входять Віце-прем’єр-міністр України, Міністр охорони здоров’я, перший заступник Міністра охорони здоров’я, Голова Державного департаменту з питань виконання покарань, начальник відділу інфекційних соціально небезпечних хвороб МОЗ, Перший заступник Міністра економіки, заступник Міністра фінансів, директор Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, головний спеціаліст МОЗ з пульмонології та фтизіатрії, а також представники Секретаріату Президента України, Верховної Ради України та міжнародних організацій [17]. Водночас працює декілька державних паралельних структур з координаційними функціями та Розширена тематична група ООН з ВІЛ/СНІДу, яка має у своєму підпорядкуванні ще декілька окремих тематичних груп.

У 2004 р. Глобальний фонд змінив трьох попередньо визначених основних реципієнтів, і на його вимогу Україна повернула решту коштів, що не були використані.

У грудні 2005 р. з метою впорядкування діяльності учасників реалізації спільного зі Світовим Банком проекту “Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні” Кабінет Міністрів України постановляє Раді Міністрів

Автономної Республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським державним адміністраціям створити ради із вказаних питань, затвердити до 31.01.2006 положення про ради та їхній склад і про виконання повідомити МОЗ до 17.02.2006 для подання узагальненої інформації Кабінетові Міністрів України до 01.03.2006. Даною постановою затверджується типове положення про раду, яка визначається органом управління зазначеним проектом на регіональному рівні на весь період його реалізації.

Визначаються основні завдання ради: забезпечення реалізації проекту на відповідній території; створення умов для ефективної реалізації проекту; організація контролю за реалізацією проекту; інформування Ради Міністрів Автономної Республіки Крим, обласної, Київської, Севастопольської міських держадміністрацій про стан реалізації проекту. Також ради повинні забезпечити: проведення комплексного аналізу стану поширення туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу на відповідній території; подання пропозицій щодо підвищення ефективності реалізації проекту; розгляд та обговорення узагальненої інформації, поданої координаторами проекту та громадськими організаціями, про реалізацію проекту; ініціювання нарад керівників місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з розв'язання проблем, що виникають під час реалізації проекту, висвітлення результатів обговорення питань на таких нарадах в засобах масової інформації.

Персональний склад ради затверджує її голова, до складу якої відповідно входять заступник Голови Ради Міністрів Автономної Республіки Крим, заступники голів обласної, Київської, Севастопольської міської держадміністрації, Міністр охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальник управління охорони здоров'я обласної, Київської, Севастопольської міської держадміністрації, головні лікарі Кримського республіканського, обласного, Київського, Севастопольського міських протитуберкульозних диспансерів та головні лікарі Кримського республіканського, обласного, Київського, Севастопольського міських центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, представники соціальних служб для молоді, головного управління, управління МВС, засобів масової інформації, територіального органу Державного департаменту з питань виконання покарань, а також представники Товариства Червоного Хреста в Україні, асоціації об'єднань громадян, Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ [18]. Особливістю рішення

Уряду України є те, що голова ради призначає двох координаторів проекту за напрямками "Туберкульоз" та "ВІЛ/СНІД" – відповідно головних лікарів Кримського республіканського, обласного, Київського, Севастопольського міського протитуберкульозного диспансеру та головних лікарів Кримського республіканського, обласного, Київського, Севастопольського міських центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. У разі реалізації проекту в районі або місті призначаються районні координатори, яким визначено відповідні функції та повноваження.

За таких обставин підвищується складність управління і неповороткість і без того в не зовсім впорядкованій державній системі керівництва здійснюваними заходами протидії епідемії ВІЛ/СНІДу.

У 2004 р. утворюється ще одна структура у кількості з 21 особи на чолі з народним депутатом України – Тимчасової спеціальної комісії Верховної Ради України з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії, яка являє собою багато фракційний колегіальний орган. Його мета:

- 1) проведення аналізу та підготовки для розгляду Верховною Радою України державних програм, спрямованих на протидію поширенню ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та зростанню рівня незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;

- 2) підготовка для розгляду Верховною Радою України питань щодо ефективного використання позик від іноземних держав, міжнародних фінансових організацій, спрямованих на протидію епідемії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та зростанню рівня незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, а також забезпечення контролю за використанням цих позик;

- 3) розробка та вдосконалення законодавчих актів щодо врегулювання проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії;

- 4) підтримка зв'язків з парламентами, відповідними міжнародними організаціями, вивчення і впровадження досвіду інших держав стосовно врегулювання питань протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та поширенню наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, опрацювання відповідної інформації [19].

У травні 2005 р. при Кабінеті Міністрів України здійснено ще одну спробу впорядкувати систему управління програмами боротьби з ВІЛ/СНІДом шляхом створення Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу (далі Національної ко-

ординаційної ради) під головуванням Віце-прем'єр-міністра України як робочий орган для координації діяльності міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, відповідних міжнародних та громадських організацій, включаючи організації людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, для ефективної реалізації єдиної політики, консолідованого використання коштів та удосконалення системи моніторингу у сфері запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу. Чисельність Національної координаційної ради становить 17 осіб, з них 7 представників органів виконавчої влади, інші члени від мережі людей, які живуть з ВІЛ, громадських і міжнародних організацій. При створенні цього органу управління враховано досвід нездатності КМК без секретаріату, а тому у складі Ради створено таку структурну одиницю – секретаріат, а за основними напрямками діяльності Ради утворено постійно діючі комітети (чисельністю від 9 до 12 осіб), до складу яких входять представники органів виконавчої влади, міжнародних та громадських організацій. Комітети очолюють члени Ради, а персональний склад Ради затверджує її голова за поданням МОЗ [16].

Третій період розвитку системи державного регулювання і координації сфери протидії ВІЛ/СНІДу, на нашу думку, визначив Указ Президента України у листопаді 2005 р. Постановлено, що головним органом щодо реалізації єдиної політики у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні є Національна координаційна рада. Цим документом передбачено утворення у складі Міністерства охорони здоров'я Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам як органу державного управління [27]. Вперше за всю історію епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні передбачено державне соціальне замовлення на послуги з догляду за ВІЛ-інфікованими, хворими на СНІД і туберкульоз. Це свідчить про створення широкого поля взаємодії держави з досвідченими НУО, здійснюється реальна підтримка державою їх професійного розвитку та інституціонального зростання, цільове їх спрямування на вирішення загальнодержавних завдань, підвищення ролі громадянського суспільства у подоланні наслідків епідемії ВІЛ/СНІДу. Факт появи цього правового акту дає можливість розвинути законодавство у сфері соціальних послуг ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД [26] і свідчить про наявність політичної волі на високому рівні щодо визначених пріоритетів у збереженні здоров'я і створенні безпечних умов життєдіяльності нації [2;3;5;7;8;22] та новий підхід держави до комплексного подолання викликів епідемії.

Також у грудні 2005 р. Розпорядженням Президента України створено Міжвідомчу групу України у Віртуальному Центрі ГУАМ по боротьбі з тероризмом, організованою злочинністю, розповсюдженням наркотиків та іншими небезпечними видами злочинів. На Міжвідомчу групу покладено забезпечення ефективної участі України у функціонуванні Віртуального Центру ГУАМ по боротьбі з тероризмом, організованою злочинністю, розповсюдженням наркотиків та іншими небезпечними видами злочинів, Міждержавної Інформаційно-Аналітичної Системи ГУАМ. Організаційне, інформаційне та інші види забезпечення роботи Міжвідомчої групи покладено на Службу безпеки України. Персональний склад групи становить 6 посадових осіб із силових відомств. З точки зору боротьби з поширенням ВІЛ/СНІДу це практичне втілення однієї із міжнародних стратегій боротьби із наркоманією і епідемією ВІЛ/СНІДу – “зменшення поставок” [20].

У січні 2006 р. Міністерство охорони здоров'я України розмежувало функції Державної санітарно-епідеміологічної служби і національної мережі центрів профілактики та боротьби зі СНІДом з метою підвищення ефективності та виключення дублювання їх діяльності і визначило шляхи їх взаємодії [10].

У сфері боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні існує багато інших організацій, які вносять свій внесок в опрацювання і менеджмент заходів протидії ВІЛ/СНІДу. Це і різнопланові міжнародні організації, і національні, і місцеві НУО. Всі ці інституції мають різні повноваження, завдання і функції. Найбільш впливовими є агенції ООН, Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, Міжнародний банк реконструкції і розвитку, Департаменти з міжнародного розвитку США, Великобританії, Швеції, Канади, Інститут Відкритого суспільства та ін. Серед національних НУО це Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди, особливий практичний внесок роблять і місцеві неурядові організації всіх регіонів України. Цей потенціал державою не задіяно повністю.

Забезпечення ефективного розвитку системи охорони здоров'я, збереження генофонду нації, проведення глибоких структурних змін у медичній галузі, запровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на медичну допомогу є можливим тільки за умови повного виконання Указу Президента України “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення” [28].

Висновки

1. Кризова ситуація потребує застосування надзвичайних і нестандартних заходів, і держава намагається знайти шлях до створення такої оптимальної організаційно-функціональної системи, яка б утворила дієві механізми антикризового управління здійсненням заходів протидії епідемії з високим ступенем ефективності.

2. Вивчення прелімінарного досвіду запобіганню поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні свідчить про необхідність модернізації чинного законодавства щодо ВІЛ/СНІДу, правового визначення соціально небезпечних хвороб і утворення єдиної повноважної державної організаційно-функціональної структури, здатної ефективно протистояти цим проблемам.

Список літератури

1. *Беленская Л.Н.* К вопросу об организации медицинского обслуживания ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом// Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2000. Т.4. – №1. – С. 109–110.
2. *Закон України* “Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19.11.92 №2801-XI.
3. *Закон України* “Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення” від 24.02.94 №4005-XII (із змінами і доповненнями від 06.04.2000 №1642-III, від 07.02.2002 №3037-III, від 02.11.2004 №2137-IV).
4. *Закон України* “Про благодійництво та благодійні заходи” від 16.09.97 №531/97-ВР.
5. *Закон України* “Про захист населення від інфекційних хвороб” від 06.04.2000 №1645-III.
6. *Закон України* “Про ратифікацію Угоди про позику (Проект “Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні”) між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку” від 18.11.2003 №1287-IV.
7. *Закон України* “Про основи національної безпеки” від 19.06.2003 №964-IV.
8. *Конституція України* 254 к/96-ВР.
9. *Лист Вищого арбітражного суду України* від 14.01.98 №01-8/9 “Про Закон України “Про благодійництво та благодійні організації”.
10. *Наказ Міністерства охорони здоров'я України* від 10.01.2006 №2 “Про затвердження інструкції про взаємодію та розмежування функцій установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби та центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу”.
11. *Постанова Кабінету Міністрів України* від 07.02.2001 №116 “Про утворення Урядової комісії з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу”.
12. *Постанова Кабінету Міністрів України* від 26.10.2001 №1401 “Деякі питання Урядової комісії з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу”.
13. *Постанова Кабінету Міністрів України* від 29.11.2001 №1620 “Про утворення Українського фонду боротьби з ВІЛ-інфекцією і СНІДом” (із змінами, внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів від 15.02.2002 №163).
14. *Постанова Кабінету Міністрів України* від 11.07.2002 №971 “Про затвердження Положення про наглядову раду з питань реалізації спільного із Світовим Банком проекту контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні”.
15. *Постанова Кабінету Міністрів України* від 14.07.2004 №912 “Про затвердження посадового складу Урядової комісії з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом”.
16. *Постанова Кабінету Міністрів України* від 16.05.2005 №352 “Про утворення Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу” (із змінами і доповненнями, внесеними розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22.11.2005 №473-р).
17. *Постанова Кабінету Міністрів України* від 26.12.2005 №1286 “Про внесення змін до Положення про наглядову раду з питань реалізації спільного із Світовим Банком проекту “Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні”.
18. *Постанова Кабінету Міністрів України* від 26.12.2005 №1287 “Питання реалізації спільного із Світовим Банком проекту “Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні”.
19. *Постанова Верховної Ради України* від 01.07.2004 №1943-IV “Про утворення Тимчасової спеціальної комісії Верховної Ради України з проблем поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії”.
20. *Розпорядження Президента України* від 09.12.2005 №1274/2005-рп “Про Міжвідомчу групу України у Віртуальному Центрі ГУАМ по боротьбі з тероризмом, організованою злочинністю, розповсюдженням наркотиків та іншими небезпечними видами злочинів”.
21. *Угода про грант між Глобальним фондом з боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією (Глобальний фонд) та Міністерством охорони здоров'я України (Основний реципієнт) на здійснення в Україні програми “Забезпечення лікування, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ/СНІД, зниження негативних наслідків епідемії ВІЛ/СНІД і розробка та запровадження системи контролю епідемії ВІЛ/СНІД, управління, моніторингу та оцінки програми попередження ВІЛ/СНІД”* від 29.01.2003 №UKR-103-G03-H-00.
22. *Указ Президента України* від 07.12.2000 №1313/2000 “Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України”.
23. *Указ Президента України* від 22.06.2001 №461/2001 “Про оголошення в Україні 2002 року Роком боротьби зі СНІДом”.

24. Указ Президента України від 28.08.2001 №741/2001 “Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом”.
25. Указ Президента України від 28.08.2001 №741/2001 “Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом”.
26. Указ Президента України від 29.04.2004 №559 “Про затвердження Правил організації та проведення конкурсу на залучення бюджетних коштів для надання соціальних послуг”.
27. Указ Президента України “Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні” від 30.11.2005 №1674/2005.
28. Указ Президента України від 06.12.2005 №1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення”.

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ВИЧ/СПИДА В УКРАИНЕ НА ГОСУДАРСТВЕННОМ УРОВНЕ С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА

А.В. Якобчук (*Житомир*)

Представлены результаты анализа нормативно-правовых актов относительно проблем ВИЧ/СПИДа в Украине и других странах мира. Обоснована необходимость усовершенствования законодательной базы Украине, касающейся борьбы с эпидемией указанной патологии.

SOLVING OF HIV/AIDS PROBLEM ON THE STATE LEVEL IN UKRAINE TAKING INTO ACCOUNT INTERNATIONAL EXPERIENCE

A.V. Yakobchuk (*Zhytomir*)

The results of analysis of legal documents concerning of HIV/AIDS problems in Ukraine and other countries of the world are given. The necessity of improvement of Ukrainian legal base concerning of epidemic control of the given pathology is substantiated.

ДИСКУСІЇ

В.М. САМОХОДСЬКИЙ (Кіровоград)

НАШ ВАРІАНТ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Протягом 15 років незалежної України словосполучення “Реформа охорони здоров'я” лунало незчисленну кількість раз з вуст керівників галузі та вчених, членів Уряду та лідерів майже всіх політичних партій, журналістів тощо. Наш Президент у своїх зверненнях до нації в числі першочергових задач відзначає гостру необхідність реформування охорони здоров'я.

Вказана увага до здоров'я населення по-являється загальновідомим фактом існуван-

ня в нашій країні глибокої демографічної кризи, що виражається не лише негативним приростом населення (щорічне зменшення мешканців країни більш як на 450 тисяч), але й погіршенням загального рівня здоров'я, зниженням середньої тривалості життя громадян, ростом інвалідизації населення тощо. Але зазвичай заклики до необхідності реформ у нашій охороні здоров'я обмежуються пустими деклараціями. Або реформою називали ліквідацію фельдшерсько-акушерських пунктів та

дільничних лікарень у сільській місцевості, скорочення ліжкового фонду та лікарських посад у лікарняних закладах. Остання програма реформи охорони здоров'я, запропонована Міністерством охорони здоров'я України, рекомендує введення інституту сімейної медицини. Але сама по собі сімейна медицина - це лише один з розділів у системі охорони здоров'я. Незрозуміло, яким чином передбачається суттєво поліпшити діяльність профільних медичних служб регіонів, роботу стаціонарів тощо.

За всі роки незалежності України ніхто не запропонував і не створив зрозумілу всім технологію структурного реформування системи охорони здоров'я, відсутня державна програма, яка була б обговорена та затверджена медичною спільнотою, котра передбачала б нову ідеологію та стратегію реформ, засоби децентралізації галузі, котра б мала великий за об'ємом та складністю виконання весь комплекс організаційних, медико-економічних заходів, що представляють собою науково обгрунтовану технологію цих реформ. Необхідна, з моєї точки зору така програма змін системи, щоб кожному жителю України, кожному медичному працівнику, керівництву району, міста, регіону було зрозуміло, які етапи реформування пропонуються, який конкретний зміст кожного з них, який об'єм перетворень планується на кожному рівні цієї системи, яка виникає потреба в матеріально-технічному забезпеченні кожного з етапів, прогнозування ступеню покращення кількісних та якісних показників здоров'я населення. Ось приблизно той далеко неповний перелік проблем, механізми вирішення яких, як мені здається, мусять бути в очікуваній медичною спільнотою та населенням України Державної програми реформування медичного відомства.

Вважаю за необхідне програму реформування галузі, що рекомендується „зверху” Міністерством охорони здоров'я, доповнити власним варіантом, котрий можна було б назвати реформою діяльності лікарняних закладів на регіональному рівні в зоні відповідальності центральної районної чи міської лікарні, тобто запропонувати варіант реформи „знизу”.

Наша модель реформування передбачає систему організації роботи лікарняних закладів, що відповідає принципам бюджетно-страхової медицини. Це означає, що з бюджетних джерел відбуватиметься фінансування діагностичних та лікарняних заходів соціально слабо захищеним прошаркам населення (діти, інваліди, пенсіонери тощо), а всі працюючі члени суспільства повинні бути охоплені системою

страхової медицини. На цій основі радикально змінена система регіональної охорони здоров'я повинна отримати назву „Бюджетно-страхова медицина”.

Однією з передумов для створення оптимальних умов функціонування системи бюджетно-страхової медицини на регіональному рівні являється децентралізація управління лікарняними закладами. Успіх реалізації будь-якої реформи в охороні здоров'я залежить від того, наскільки зрозумілою, привабливою та переконливою буде рекомендована програма сотням і тисячам її виконавців - медичним працівникам дільничних, районних, міських та обласних лікарень у різних регіонах України. Всім зрозуміло, що здійснення радикальних змін в медичній галузі потребує передусім подолання люмпенсько-споживальницької психології, котра сформувалася у населення внаслідок „казарменної” економіки в колишньому СРСР та бюрократичної системи охорони здоров'я. Велику протидію реформі слід очікувати також з боку переважної більшості медичних працівників, котрі психологічно, знаходячись за межею бідності, поки що не готові до таких професійних понять, як особиста репутація, високий рейтинг своїх колег, „боротьба” за пацієнта, власний коефіцієнт корисної дії, рівень нормативних та понаднормативних витрат праці та їхня реальна вартість, відповідність виконаної роботи стандартам якості, матеріальна та юридична відповідальність за результати медичної роботи та багато іншого. Нові умови роботи призведуть до ламання звичних професійних стереотипів, ритму та звичок, спонукатимуть до подолання труднощів, пов'язаних із засвоєнням та реалізацією нових медичних технологій. Саме на рівні первинних ланок нової системи охорони здоров'я виявиться зовсім неефективним адміністративний пресинг. Тому знадобляться доволі переконливі спонукальні мотиви заохочення реформи, головними з яких є необхідність пошуку та мобілізації позабюджетних джерел фінансування діяльності лікарняних закладів і передусім праці медичного персоналу.

Ми пропонуємо варіант реформування діяльності лікарняних закладів регіону на основі наукових розробок, аналогів котрим немає ніде в Україні. Цей варіант включає розділи, без яких практично неможливо створити та реалізувати в лікарняній мережі регіону технологію бюджетно-страхової медицини. Це - організація та економіка охорони здоров'я, клінічна медицина, інформатика, юриспруденція тощо.

Приводом до переосмислення та критичного аналізу принципів існуючої системи організації надання діагностичної та лікарської допомоги населенню є розуміння глибинної суті діяльності лікаря. Вона передбачає три складові: економічну, високогуманну та соціальну. До сьогоднішнього часу в нашій системі охорони здоров'я враховувалися, та й то поверхнево, лише соціальна. А як відомо, соціальний пріоритет охорони здоров'я в економічній структурі суспільства має об'єктивний характер, тому що в умовах науково-технічних перетворень підвищується роль здоров'я населення передусім як продуктивного фактора, компоненти якості робочої сили. Тому вартість медичного обслуговування, наприклад в США виражається витратами, пов'язаними із втратою працездатності пацієнтів та соціальних виплат на їхнє лікування. З урахуванням розуміння відзначеної ролі лікаря, а також соціального пріоритету здоров'я населення з акцентом на значимість його як продуктивного фактора і була визначена суть та об'єм необхідних принципово нових пропозицій у всіх розділах нашої технології.

Запропонована технологія передбачає обов'язкове використання комплексу принципово нових організаційних, медико-економічних та правових методик, науково обгрунтованих критеріїв, нормативів та стандартів, що дозволяють б визначати та враховувати показники оптимальної необхідності в якісній медичній допомозі населення регіону, проводити об'єктивну оцінку кількості та якості медичної роботи окремого лікаря, конкретної медичної служби і загалом лікарняного закладу регіону.

Практична реалізація комплексу технологічно взаємопов'язаних ланок в процесі реформування регіональної охорони здоров'я абсолютно неможлива без розробки спеціальних комп'ютерних програм та широкого використання комп'ютерної техніки, оскільки доведеться виконувати щоденну складну аналітичну роботу, розрахунок кількості та якості праці та його вартості для кожного члена трудового колективу медичних працівників на основі відзначених вище критеріїв, нормативів та стандартів.

Найвища мета, заради якої суспільству необхідна саме медична служба, складається у потребі попередити хвороби або оздоровити всіх захворілих, тому що лише здорове суспільство здатне з максимальною користю для своїх громадян, для збільшення заможності держави отримати оптимальний ефект, раціонально використовуючи можливості кожного

її члена, в тому числі і як компоненти якості робочої сили. Доведено, що в основі технології реформування діяльності лікарняного закладу регіону повинен бути закладений принцип обліку оптимальної потреби населення регіону в якісній медичній допомозі в розрахунок на всіх захворілих в межах регіону. Ця кількість хворих, що потребує лікування, приймається за 100% і грає роль універсального критерія. Він універсальний і найцінніший, тому що щоденно з дисплея комп'ютера інформує всіх зацікавлених осіб – керівників регіону, адміністрацію, завідуючих профільних служб та лікарів регіонального лікарняного закладу про те, як багато захворілих, про питому вагу їх відносно загальної кількості населення регіону, а також дозволяє прослідкувати динаміку результатів роботи медичних служб по оздоровленню цього контингенту.

Показники реальної кількості хворих на 1000 жителів конкретного регіону та загалом по Україні не можуть не зацікавлювати владні структури в тому числі і на регіональному рівні, як для прогнозування темпів економічного розвитку, так і в сенсі обгрунтованої розробки заходів щодо охорони здоров'я на найближчу та віддалену перспективу. В цьому розумінні практичне значення повинні мати такі оціночні критерії рівня можливостей надання кваліфікованої медичної допомоги населенню, як науково обгрунтовані в докторській дисертації автора принципово нові оцінки в системі організації медичної допомоги населенню регіона. Це й критерій ІДЕАЛЬНОГО ВАРІАНТА ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ медичної служби району, міста, регіона (ІВОМ), МАКСИМАЛЬНОГО (МВОМ) та РЕАЛЬНОГО (РВОМ) варіантів здійснення адекватної медичної допомоги населенню.

Назва „ідеальний” критерій першої організаційної моделі медичної служби отримав внаслідок того, що він характеризує необхідність оздоровлення всіх захворілих осіб у даному регіоні. За допомогою вказаних оціночних критеріїв представляється можливість отримати цікавлячу кількісну та якісну характеристику істинної і обгрунтованої розрахунками потреби в об'ємах фінансування останньої.

За даними багатьох авторів, жодна країна у світі, навіть з найбільш потужним економічним потенціалом не здатна в повній мірі і на належному рівні задовольнити всі потреби свого населення в питаннях охорони здоров'я. Тому критерій ідеального варіанту організаційної моделі профільної медичної служби регіону приймається за 100% і з ним – практично недосяжні, порівнюються всі останні критерії

відзначених вище організаційних варіантів. За цими міркуваннями розрахунок необхідного розміру фінансування оздоровчих заходів для жителів певного регіону доцільне з урахуванням показників не ідеального, а критеріїв максимальної або реальної організаційної моделі надання медичної допомоги.

Практичний інтерес може представляти можливість визначення механізму розрахунків прогнозованих і реальних об'ємів ресурсного кадрового та фінансового забезпечення різноманітних медичних програм, розроблених на основі вказаних моделей організації медичної допомоги населенню. Вони дозволяють розраховувати мінімальний рівень фінансування з бюджету необхідних об'ємів надання медичної допомоги контингентам, що відповідають максимальній та реальній моделі надання медичної допомоги в межах району, міста, регіона. Такий методологічний підхід дозволить, зокрема, оцінити вартість витрат для бюджету на охорону здоров'я так званого соціального замовлення для кожного регіону, тобто конкретно визначити, скільки буде коштувати надання медичної допомоги непрацюючому населенню (інвалідам, пенсіонерам тощо), а також іншим контингентам.

Наступний технологічний етап – методики оцінки кількості та якості роботи медичного персоналу, котра співставлялась би з показниками оптимальної потреби в медичній допомозі в рамках всіх профільних медичних служб регіону. Конкретний лікарняний заклад має ті чи інші можливості задоволення відзначених потреб. Назвемо їх реальною можливістю. Порівняння оптимальної потреби, реальних можливостей та фактично виконаних об'ємів лікарсько-профілактичної роботи лікаря, профільної медичної служби регіону та лікарського закладу загалом.

Для реалізації такого механізму обліку та оцінки медичної роботи в рамках регіону необхідно провести атестацію всіх її складових, в результаті якої можна створити оптимальну організаційну модель профільної медичної служби регіонального лікарняного закладу як одного з „робочих” критеріїв її оцінки. Результатом реалізації таких розділів нашої технології, як атестація, оптимальна модель служби є можливість визначення так званого „кінцевого показника діяльності” (КПД) лікаря, профільних медичних служб і загалом лікарняного закладу регіону. Виражений у балах або відсотках він являється підсумковим показником об'єму та якості роботи.

Робота в умовах бюджетно-страхової медицини передбачає також визначення ролі

конкретного внеску кожного лікаря у загальний результат діяльності лікарні. У зв'язку з цим нами розроблена система бальної оцінки роботи лікарів поліклініки та стаціонару, на основі якої створена комп'ютерна програма оцінки кількості та якості роботи лікаря за визначений період.

З величезної кількості задач, котрі потребують свого вирішення на шляху до бюджетно-страхової медицини, найбільш актуальною є перехід від централізованих до реальних нормативів, котрі розкривали б потребу кількості та якості медичної допомоги населенню, а не можливості того чи іншого регіонального бюджету на охорону здоров'я. Зокрема, нормативи праці медичного персоналу базуються на визначенні технології тих чи інших процесів медичної роботи з використанням хронометража та експертних оцінок за участі спеціалістів. Це диктує необхідність тісного взаємозв'язку та обліку розміру заробітної плати з об'ємом та якістю виконаної конкретної медичної роботи. Орієнтуючись на зазначені принципи, наша технологія передбачає засоби визначення нормативних та наднормативних витрат праці медичного персоналу, а також методику вартості останніх.

Як відомо, праця різних категорій медичних працівників відрізняється великою різноманітністю по об'єму та напруженості. Однак, діючи у даний час система охорони здоров'я, особливо на регіональному рівні зовсім не враховує ступеню складності комплексу профілактичних, діагностичних та лікарських заходів по відношенню до конкретних захворювань. Багато з них, в тому числі і тих, що потребують виконання складного хірургічного втручання, передбачають колосальну розумову, фізичну та психологічну напруженість, а значить і адекватної оцінки цієї праці, в тому числі матеріальної.

За 70 років існування радянської і 15 років нашої української охорони здоров'я, ніхто не намагався розробити і науково обґрунтувати реальний розмір заробітної плати, наприклад, лікарів в залежності від об'єму та складності роботи. Тому величина ставки лікаря визначалася шляхом поділу бюджетних коштів, що виділялися медикам, на кількість лікарських посад. Приклад подібної урівнялівки приводить відомий у Кіровограді хірург-уролог В.М. Мягкий у статті „В медицині необхідно змінити систему управління”, коли він, виконуючи по 500 операцій, і лікарі його відділення, у котрих 100 операцій, отримують однакову так звану „змішану” лікарську ставку.

Наш механізм ціноутворення медичної роботи враховує калькуляцію процесу обстежен-

ня та лікування в об'ємі стандартного оптимального варіанту технології останніх, весь спектр накладних витрат разом з амортизацією основних фондів з урахуванням специфіки розрахунків вартості витрат праці медичного персоналу в умовах бюджетного фінансування та договірних цін на медичні послуги.

Етап переходу до бюджетно-страхової медицини передбачає як обов'язкову технологічну ланку використання найбільш інформативних так званих стандартів якості діагностичного та лікарняного процесів з урахуванням та аналізом стандартів ускладнень та результатів захворювань пацієнтів, котрі лікувалися у лікарні. Оскільки дані стандарти набувають характер (якості) економічних категорій, то в такому смисловому поєднанні вони будуть сприяти попередженню можливих конфліктних ситуацій на рівні „пацієнт-лікар”, „лікар-лікарняний заклад-страхова компанія”, а також обґрунтовано визначати штрафні санкції за порушення технології та зниження якості медичної роботи.

Реалізація вказаних та багатьох інших не згадуваних в даній статті принципово нових організаційних елементів в роботі лікарняних закладів регіону дозволила б суттєво підвищити роль спонукальних мотивів, що сприяють високопродуктивній праці медичного персоналу, котрі, до речі, зовсім відсутні у су-

часній організації роботи лікарняного закладу на регіональному рівні.

Необхідно особливо підкреслити, що спроби всіх попередніх реформ системи охорони здоров'я закінчилися провалом, оскільки бажання керівників органів охорони здоров'я впровадити нові методи організації роботи шляхом видання наказів, інструкцій для обов'язкового виконання в усіх лікарняних закладах з використанням адміністративного пресингу не було належним чином сприйнято переважною більшістю медичних працівників, особливо на регіональному рівні. Тому з урахуванням виключної складності нашої технології та великої кількості проблем, частину з яких необхідно вирішити в підготовчий період, ми пропонуємо приступити до реалізації проекту „лікарня бюджетно-страхової медицини” у вигляді натурального експерименту в одній із сільських центральних районних лікарень України. В процесі даного натурального експерименту з'явилася б можливість вивчити соціальні та психологічні аспекти, на практиці довести доцільність та ступінь ефективності запропонованої автором науково обґрунтованої технології, визначити реальні розміри організаційного, ресурсного, кадрового, матеріального та фінансового забезпечення діяльності центральної районної лікарні в умовах радикального реформування системи охорони здоров'я у визначеному регіоні.

О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ (Київ)

ПЕРІОДИЗАЦІЯ ІСТОРІЇ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Український інститут громадського здоров'я

Під періодизацією історії ми розуміємо умовний поділ будь-якого історичного процесу на хронологічні періоди відповідно до їх особливостей, які визначаються залежно від обраного критерію [1]. Об'єктом такої періодизації може бути не тільки загальна історія у різних її масштабах (всесвітньому, національному, регіональному, місцевому), але й галузі суспільного життя, зокрема, економіка, освіта, культура і мистецтво, наука і техніка, а також окремі явища та події – війни, революції, реформи тощо. Серед цих галузей та явищ безсумнівно своє місце посідають медицина і охорона здоров'я та їхні галузі, в тому числі соціальна медицина.

У кожному випадку обираються критерії періодизації, які є найбільш характерними для досліджуваного процесу, але звичайно вони мають бути пов'язані із загальноісторичною періодизацією.

Кожний період або епоха характеризується провідною тенденцією розвитку людства або окремої країни і народу, а послідовна зміна цих тенденцій співпадає зі зміною цих періодів або епох. Великі історичні явища чи події в історії людства або країни визначають хронологічні межі історичних періодів чи епох.

Всесвітня історія традиційно поділяється на стародавню, середньовічну, нову та новітню. Якщо порівняти ці епохи з суспільно-економічними формаціями, пов'язаними зі способами виробництва матеріальних благ, то стародавня історія, включаючи найдавнішу, буде пов'язана з первісним суспільством і рабовласницьким ладом, середньовічна – з феодалізмом, нова – з капіталізмом, а новітню марксистські історики пов'язували з побудовою соціалістичного ладу. Відповідно хронологічними межами між цими епохами вважались:

- падіння Західно-Римської імперії в кінці V ст.;
- англійська революція середини XVII ст. або велика французька революція кінця XVIII ст.;
- жовтневий переворот 1917 р. в Росії.

При цьому визнавалось, що межі в середині цих великих епох, як і періодизація національних та регіональних історій, можуть різнитися. Більш того, навіть марксистки вважали, що, крім економічних ознак, можна і треба враховувати інші для розробки критеріїв періодизації історії.

За думкою провідних українських істориків, зокрема М.С. Грушевського [2], для історії українського народу такими критеріями, крім соціально-економічних, є політичні та культурні чинники, що визначають періоди державності та національно-культурного піднесення і періоди втрати державності та національно-культурного занепаду, які супроводжуються боротьбою за соціальне і національне визволення, свободу і незалежність, за відновлення державності та національно-культурне відродження народу.

Аналізуючи матеріали та враховуючи погляди українських істориків різних напрямків (Грушевський М.С., Єфименко О.Я., Дорошенко Д.І., Крип'якевич І.П., Полонська-Василенко Н.Д., Субтельний О., Яковенко Н.М., Грицак Я.Й. та ін.), відповідно до зазначених критеріїв, історію України можна поділити на такі епохи:

1. Стародавня історія України, в якій доцільно виділити доісторичну добу первісного суспільства на терені України (до IV тис. до н.е.) і ранню історію про слов'ян та інших племен, що жили поруч з ними (до V ст. н.е.).

2. Середньовічна історія України, яку слід поділити на такі періоди:

2.1. Рання історія наших предків-слов'ян до утворення Київської держави (V–IX ст. н.е.);

2.2. Київська держава (кінець IX – початок XII ст.);

2.3. Розпад Київської Русі і відокремлення удільних князівств. Галицько-Волинська держава (кінець XII – перша половина XIV ст.);

2.4. Україна під владою Литви і загарбання її Польщею (друга половина XIV ст. – перша половина XVII ст.). Виникнення українського козацтва. Запорізька Січ.

3. Нова історія України:

3.1. Козацька доба (Хмельниччина, Руїна, Гетьманщина: друга половина XVII ст. – кінець XVIII ст.);

3.2. Національно-культурне відродження українського народу (кінець XVIII – початок XX ст.);

3.3. Перша світова війна (1914–1918).

4. Новітня історія України:

4.1. Політичне відродження України – утворення Української Народної Республіки, Української Держави на чолі з гетьманом Павлом Скоропадським, відновлення УНР під проводом Директорії, війна за незалежність (1917–1921);

4.2. Україна в умовах комуністичного режиму:

4.2.1. Воєнний “комунізм” і червоний терор (1918–1921);

4.2.2. Нова економічна політика і “українізація” (1921–1929);

4.2.3. Індустріалізація і колективізація, “розстріляне відродження”, голодомор і масові репресії (1930–1938);

4.2.4. Приєднання Західної України і Північної Буковини (1939–1940);

4.2.5. Друга світова війна (1941–1945);

4.2.6. Післявоєнна відбудова (1946–1953);

4.2.7. “Хрущовська відлига”, “брежнєвський застій”, “горбачовська перебудова” (1953–1991);

4.3. Відновлення незалежності України (1991).

Спеціальних робіт з періодизації історії медицини у вітчизняній літературі налічується мало, але майже кожна солідна праця з історії медицини намагається подати систематизацію хронології її розвитку. Перші історики медицини будували схеми періодизації за тими подіями політичної історії або історії культури, які вони самі вважали важливими.

Ю.П. Лисичин у своїй роботі, присвяченій періодизації історії медицини [3], наводить зразки з праць різних авторів, зокрема українського лікаря С.Г. Ковнера, Е. Бушу, Шпренгеля, Бааса, Пушмана, Р. Дюменіля та ін.

Періодизація історії медицини радянських авторів М.О. Семашка [4], Б.Д. Петрова [5], П.Ю. Заблудовського [6], М.П. Мультановського [7], Ф.Р. Бородуліна [8] та інших, якої дотримувались Велика радянська енциклопедія та Велика медична енциклопедія різних видань, відповідала принципам радянської історіографії і узгоджувалась з офіційною програмою курсу історії медицини, затвердженою МОЗ СРСР і УРСР.

Прикладом такої періодизації може бути наведена Б.Д. Петровим в “Історії медицини” [5].

I. Виникнення медичної діяльності в людському суспільстві.

II. Медицина в рабовласницькому суспільстві.

1. Медицина країн Стародавнього Сходу.

2. Медицина Стародавньої Греції.

3. Медицина Стародавнього Риму.

III. Медицина епохи феодалізму (середньовіччя).

1. Медицина народів Сходу.

2. Медицина в Європі.

IV. Медицина епохи капіталізму.

1. Медицина в період утвердження і розвитку капіталізму.

1.1. Великі природничо-наукові відкриття кінця XVIII і початку XIX ст.

1.2. Морфологія, фізіологія і патологія.

1.3. Клінічна медицина.

1.4. Мікробіологія.

1.5. Гігієна.

1.6. Охорона здоров'я.

2. Медицина в період імперіалізму і пролетарських революцій.

Еволюцію цієї періодизації можна прослідкувати за енциклопедичними виданнями та підручниками.

Для нас особливий інтерес становить питання, якої схеми періодизації історії світової та вітчизняної медицини дотримувались українські історики медицини, зокрема єдиний автор українського підручника радянських часів С.А. Верхратський [9]. Запропонована ним схема періодизації історії світової медицини не відрізняється від загальноприйнятої на той час і має такий вигляд:

1. Медицина первіснообщинного ладу.

2. Медицина рабовласницького суспільства.

3. Медицина епохи феодалізму.

4. Медицина часів пізнього середньовіччя та зародження капіталізму в Європі.

5. Медицина допромислового капіталізму (XVII–XVIII ст.).

6. Медицина в період промислового капіталізму та імперіалізму.

Періоди 2 і 3 поділяються на підперіоди за країнами, а 4–6 – за розвитком основних напрямів медицини, визначними відкриттями і діяльністю видатних медиків.

Періодизація історії вітчизняної медицини має такий вигляд:

1. Часи стародавніх слов'ян. Київська Русь.

2. Медицина в період феодальної роздробленості Русі та розвитку феодально-кріпосницьких відносин (XIII–XVII ст.). Утворення української народності:

2.1. Монгольська навала, підкорення захід-

них руських земель Литвою і Польщею та їхній вплив на стан медицини.

2.2. Відновлення наукових зв'язків. Медичні школи. Перші дипломовані лікарі.

2.3. Цехова медицина. Братства на Україні.

2.4. Лікувально-опікувальні заклади Запорізької Сечі.

2.5. Пошесні хвороби і боротьба з ними.

3. Медицина в Росії та Україні в період розвитку капіталістичних відносин:

3.1. Госпітальні медичні школи.

3.2. Відкриття Московського університету.

3.3. Початок медичних заходів у медичній справі.

3.4. Прикази громадського опікування.

3.5. Повітові лікарі. Єлисаветградська медико-хірургічна школа.

3.6. Медицина в Росії та на Україні в першій половині XIX ст.

3.7. Медичні факультети Харківського та Київського університетів.

3.8. Медичне обслуговування населення.

4. Медицина в період промислового капіталізму та імперіалізму.

5. Основні напрямки розвитку охорони здоров'я населення і медичної науки в СРСР.

Головною цінністю цієї праці С.А. Верхратського є те, що і в періодизації історії медицини, і в змісті підручника знайшлося місце для висвітлення деяких питань з історії української медицини. Проте з кожним новим виданням підручника місце, відведене подіям з української історії та української медицини, зменшувалось.

Крах комуністичної ідеології, розвал Радянського Союзу не могли не позначитись на стані вітчизняної історичної науки, в тому числі й історії медицини. Проте періодизація історії медицини суттєвих змін не зазнала. Про це можна судити з праці Т.С. Сорокиної, яка стала основним підручником з історії медицини для студентів Російської Федерації [10].

Уже в умовах незалежної України у 2004 р. нарешті вийшов новий підручник з історії медицини, написаний провідними фахівцями нашої держави з соціальної медицини – професором О.М. Голяченком – і з історії медицини – професором Я.В. Ганіткевичем [11]. Найбільша цінність цієї праці полягає в тому, що вона позбавлена комуністичної ідеологічної “зашореності” і постколоніальної ментальності, яка характеризується почуттям меншовартості, відсутністю національної свідомості і справжнього патріотизму.

У порівняно стислій, але змістовній роботі автори зуміли показати не тільки шляхи розвитку і досягнення світової медицини, але й

виокремити і відтворити на світовому тлі роль і значення української медицини. При цьому серед різних напрямів медичної науки і практики вони виділили проблеми громадської медицини і фармації.

Звичайно, така праця не могла не висвітлити низку науково-методичних питань, зокрема періодизації світової і української історії медицини. Автори зазначають, що загально-визнаною є така періодизація історії медицини, яка співпадає із загальноісторичною періодизацією розвитку людства, і наводять свій варіант:

1. Медицина первісних часів, яка, на їхню думку, обіймає період орієнтовно від 3 млн до 5 тис. років до н.е.

2. Медицина стародавнього світу, яка обіймає період від 5 тис. років до н.е. до V ст. н.е., коли впала Римська імперія.

3. Медицина доби середньовіччя (V–XVII ст.), яка поділяється на підперіоди – раннє середньовіччя (V–X ст.), середнє середньовіччя (XI–XV ст.), епоху Відродження.

4. Медицина XVIII ст.

5. Медицина XIX ст.

6. Медицина XX ст.

Автори підручника вважають, що Україна розвивалась у своєрідних соціально-економічних умовах, і цивілізаційні процеси в ній ішли з певним запізненням. Тому, на їхню думку, періодизація історії української медицини потребує такого уточнення:

1. Медицина первісних часів (до IV тис. до н.е.)

2. Медицина стародавніх часів (IV тис. до н.е. – VIII ст. н. е.)

3. Медицина доби середньовіччя (IX–XVII ст.)

4. Медицина XVIII ст.

5. Медицина XIX ст.

6. Медицина XX ст.

Аналіз літературних джерел і архівних матеріалів дав змогу нам з урахуванням періодизації загальної історії та історії медицини України і світу визначити такі періоди в історії становлення і розвитку соціальної медицини.

Перший період характеризується стихійною появою елементів запобігання хворобам і травмам, спрямованим на збереження індивідуального і колективного (громадського) здоров'я. У первісному суспільстві вони мали переважно характер ритуальних дій, але поступово доповнювались емпіричними заходами.

Для *другого періоду* характерна поява усвідомлених заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, особливо таким, що мають масовий характер, не тільки збереження, а й зміцнення як індивідуального, так і громадського здоров'я. Вони мають вигляд рекомен-

дацій, узаконених, як правило, релігійними приписами, а згодом і правовими документами. Ці рекомендації передусім стосуються режиму дня (раннє вставання, достатній сон), харчування (заборона вживання певних продуктів), праці і відпочинку, фізичних вправ і гартування, гігієни, статевого життя, вагітності і догляду за дітьми. У Стародавній Греції, а потім у Римі запроваджується культ здорового тіла. Уже в Стародавньому Єгипті проводиться контроль за якістю продуктів на базарах, а стародавні євреї передбачають усунення нечистот з міст і заходи щодо запобігання поширенню прокази та інших заразних хвороб. З'являються професійні лікарі і перші лікарняні заклади.

У Стародавньому Римі запроваджується військова медицина, перша система медичної допомоги у вигляді публічних лікарів, з'являються державні школи для їх підготовки, централізований водогін і каналізація, громадські лазні.

Третій період характеризується становленням громадської медицини у вигляді мережі лікувально-опікувальних закладів, спочатку при монастирях і церквах, а потім і світських. Створюються перші органи управління медичною діяльністю. Базою для подальшого розвитку лікувальної медицини, а також становлення профілактичної та соціальної медицини стають розвиток загальної і медичної освіти, ство-

рення медичних факультетів університетів та інших спеціальних навчальних закладів.

Четвертий період характеризується розвитком гігієни як науки і предмету викладання, створенням кафедр гігієни і санітарних закладів, розвитком медико-санітарного законодавства.

П'ятий період є періодом формування соціальної медицини як наукової дисципліни, появи кафедр і наукових установ медико-соціального профілю, становлення громадської системи охорони здоров'я населення.

Шостий період можна назвати періодом розвитку соціальної медицини та широкого впровадження результатів медико-соціальних досліджень у вигляді державної системи охорони здоров'я.

Звичайно, періодизація історії соціальної медицини в різних країнах відрізняється в силу їхніх національно-культурних і соціально-економічних особливостей. Як і будь-яка класифікація, особливо хронологічні межі і назви періодів, є значною мірою умовними. Проте наявність її необхідна для чіткого викладення і розуміння закономірностей появи, становлення і розвитку соціальної медицини в Україні та інших країнах світу. Періодизація світової та української історії соціальної медицини, хронологічні межі та основний зміст кожного періоду наведено в таблиці.

Таблиця. **Періодизація історії становлення і розвитку соціальної медицини у світі і в Україні**

№ по р.	Назва періоду	Хронологічні межі періоду		Основний зміст періоду української історії
		світової історії	української історії	
1.	Період стихійної профілактики	До V–I тисячоліття до н.е.	До VIII ст. н.е.	Елементи стихійної та емпіричної профілактики і гігієни як витоки соціальної медицини
2.	Період емпіричної гігієни та санітарії	Від V–I тисячоліття до н.е. до XI ст. н.е.	Від IX ст. до середини XVI ст.	
3.	Період становлення медичної освіти і громадської медицини	XII–XVII ст.	Середина XVI ст. – початок XIX ст.	Розвиток загальної і медичної освіти в Україні. Предтечі соціальної медицини: українські лікарі як основоположники медичної освіти, науки і охорони здоров'я в Російській Імперії
4.	Період розвитку наукової гігієни і медико-санітарного законодавства	XVIII ст. – перша половина XIX ст.	Друга половина XIX ст.	Створення кафедр гігієни, формування медико-санітарного законодавства, становлення земської та фабрично-заводської медицини як джерел соціальної медицини
5.	Період формування соціальної медицини як науки і розвитку системи охорони громадського здоров'я	Друга половина XIX ст. – початок XX ст.	Початок XX ст.	Створення кафедр і наукових установ соціальної медицини, розвиток системи охорони громадського здоров'я
6.	Період розвитку соціальної медицини і формування державної системи охорони здоров'я	XX ст.	XX ст.	Розвиток соціальної медицини як науки і предмету викладання, наукової основи сучасної системи охорони здоров'я

Останній період розвитку соціальної медицини і формування державної системи охорони здоров'я, багатий на події і явища як загальноісторичного значення, так і в цій галузі медичної науки, звичайно потребує деталізації залежно від конкретних історичних умов.

В Україні протягом цього періоду спостерігаються такі етапи розвитку соціальної медицини.

1. Запровадження викладання соціальної гігієни як могутній засіб поширення соціально-медичних ідей (до 1917 року).

Уже на II Пироговському з'їзді 1887 року представник України М.С. Уваров першим підняв питання про необхідність викладання громадської медицини, а 1906 р. О.В. Корчак-Чепурківський першим у Російській Імперії розпочав читати професорський курс під назвою "Громадська гігієна" в Київському комерційному інституті.

Слід зазначити, що перебіг цього етапу був порушений Першою світовою війною, але вона теж зробила свій внесок у розвиток соціальної медицини завдяки вивченню впливу воєнних чинників на стан здоров'я людності та активній участі широкої громадськості в організації медичної допомоги на фронті і в тилу у формі діяльності Червоного Хреста, Земського союзу і Союзу міст.

2. Соціальна гігієна як наукова основа становлення державної системи охорони здоров'я в Україні (1917–1921).

Перша світова війна призвела до грандіозних геополітичних змін в Європі, розвалу Російської та Австро-Угорської Імперій і сприяла появі на історичній арені нових національних держав, серед яких була і Україна.

Становлення системи охорони здоров'я в Україні стало прикладом втілення в життя соціально-медичних ідей, оскільки земські лікарі України та інші прогресивні представники медичної громадськості активно приступили до розбудови системи охорони здоров'я на засадах соціальної медицини.

Правда, післявоєнна розруха, революційні процеси і громадянська війна, окупація України і окупаційний терор теж внесли свої корективи в процеси розвитку соціальної медицини і становлення системи охорони здоров'я, які потребують поглибленого вивчення, аналізу і врахування.

3. Розвиток соціальної гігієни в умовах комуністичного режиму (1922–1929).

Закінчення громадянської війни, послаблення "червоного" терору, запровадження так званої " нової економічної політики", продовження процесу національного відродження у формі

так званої "українізації" породило нові надії в розвитку культурного та економічного життя. Незважаючи на торжество комуністичного догматизму, ця ідеологія ще не опанувала повністю всі галузі науки, що дало змогу фахівцям у галузі соціальної медицини скористатися гаслами соціальної справедливості, продовжити соціально-гігієнічні дослідження здоров'я різних верств населення, обґрунтувати форми і методи охорони народного здоров'я в нових умовах. Проте наприкінці цього періоду уже відчувається посилення тоталітарного режиму і шовіністично-імперських тенденцій, що не могло не вплинути на подальший розвиток соціальної медицини в Україні.

4. Занепад соціальної гігієни в умовах повного підкорення комуністичній ідеології і посилення масового терору (1930–1940).

Реалізація комуністичних постулатів в економіці та культурі, ліквідація " нової економічної політики" та "українізації", які супроводжувались голодомором і новою хвилею масового терору, спрямованого не тільки проти опозиції, а й проти будь-якої вільної думки, призвели до занепаду гуманітарних і соціальних наук, в тому числі і соціальної гігієни, яка об'єктивними методами свідчила про крах соціально-економічної політики комуністичної партії, погіршення умов життя і здоров'я народу. Внаслідок такої політики створені кафедри і наукові заклади в галузі соціальної гігієни змушені були подавати не об'єктивні дані, а безпідставно вихвалити досягнення комуністичного режиму.

5. Ліквідація соціальної гігієни як наукової дисципліни і предмету викладання (1940–1965).

У 1940 р. ця ситуація закінчилась фактично ліквідацією соціальної гігієни як наукової дисципліни і предмету викладання. Більшість науково-дослідних установ була ліквідована, а кафедри стали викладати лише прикладні питання організації охорони здоров'я та методи санітарної статистики і тому одержали відповідні назви.

Друга світова війна і післявоєнний період не внесли в розвиток соціальної медицини помітних змін.

6. Відновлення соціальної гігієни як наукової дисципліни і предмету викладання та її розвиток в умовах лібералізації комуністичного режиму (1965–1991).

Смерть Й.В. Сталіна, рішення XX і XXII з'їздів комуністичної партії, спрямовані на ліквідацію культу його особи, похитнули ідеологічний терор і сприяли розквітості думки, особливо у творчих і наукових колах суспільства. Протя-

гом 1956–1965 рр. йшла дискусія, що нагадувала боротьбу, за відновлення соціальної гігієни як наукової дисципліни і предмету викладання, яка закінчилась опрацюванням та затвердженням нових навчальних програм і перейменуванням кафедр організації охорони здоров'я на кафедри соціальної гігієни і організації охорони здоров'я. Дуже поволі і в обмеженій кількості почали проводитись конкретні соціально-гігієнічні дослідження впливу соціальних чинників на стан здоров'я населення. Проте слід визнати, що “хрущовська відлига” і “горбачовська перебудова” безсумнівно були серйозним поштовхом і сприяли розвитку соціальної медицини в Україні, як і в усьому Радянському Союзі.

7. Відродження і розвиток соціальної медицини в умовах незалежної України та реформування системи охорони здоров'я (з 1991 року).

Крах комуністичного режиму, розвал Радянського Союзу, відновлення державності України стали могутнім стимулом розвитку гуманітарних та соціальних наук і зокрема соціальної медицини, які звільнились від ідеологічного диктату і цензури. Незважаючи на складне соціально-економічне становище, активізувалась науково-дослідна робота в цій галузі. Правда, через обмеженість коштів вона зосередилась на вирішенні нагальних прикладних проблем, пов'язаних з реформуванням системи охорони здоров'я в умовах здобуття незалежності, демократизації суспільства і переходу до ринкової економіки.

Розуміючи, що запропонована нами схема не позбавлена недоліків, особливо у визначенні хронологічних меж періодів, ми будемо вдячні читачам-фахівцям за конкретні зауваження і конструктивні пропозиції щодо удосконалення схеми періодизації історії становлення та розвитку соціальної медицини в Україні і світі.

Список літератури

1. Миллер А.Ф. Периодизация истории// Советская историческая энциклопедия. Т. 11. – М.: Советская энциклопедия, 1968. – С. 40–41.
2. Грушевський М. Історія України-Руси. Т.1. – К.: Наукова думка, 1991 – С. 16–20.
3. Лисицин Ю.П. Вопросы периодизации истории медицины. – М., 1958. – 38 с.
4. Семашко Н.А. Избранные произведения: 2-е, испр. и доп. изд./ Под ред. П.И. Калью. – М.: Медицина, 1967. – 380 с.
5. Петров Б.Д. (ред.) История медицины. Т. 1. – М., 1964. – 646 с.
6. Заблудовский П.Е. История отечественной медицины. Ч. I. Период до 1917 года. – М., 1960. – 400 с.
7. Мультиановский М.П. История медицины. – М.: Госмедиздат, 1961. – 348 с.
8. Бородулин Ф.Р. История медицины: Избранные лекции. – М. Медгиз, 1961. – 252 с.
9. Верхратський С.А. Історія медицини/ Видання – К.: Вища школа, 1964.
10. Сорокина Т.С. История медицины: 2-е издание, переработанное и дополненное. – М.: ПАИМС, 1994. – 384 с.
11. Голяченко О.М., Ганіткевич Я.В. Історія медицини. – Тернопіль: Лілея, 2004. – 246 с.

ПЕРИОДИЗАЦИЯ ИСТОРИИ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

О.М. Циборовский (Киев)

На основе изучения становления и развития социальной медицины в Украине, России и других странах Европы, а также анализа периодизации общей истории и истории медицины автором обоснована и предложена схема периодизации истории социальной медицины как в Украине, так и в мире.

PERIODIZATION OF SOCIAL MEDICINE HISTORY

О.М. Tzibarovski (Kiev)

The author of the article is proved and offered the scheme of periodization of social medicine history of Ukraine and the world on the ground of studying of formation and development of social medicine in Ukraine, Russia and other countries of Europe. It is made also analyzing of periodization of history and medical history.

І.Б. МАРЦІНКОВСЬКИЙ, (Миколаїв)

МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ КИЇВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ У ТВОРАХ Т.Г.ШЕВЧЕНКА

Лікарня Миколаївського морського торговельного порту

Київський університет засновано 1834 року і є одним із найстаріших і найбільших вищих учбових закладів України. Із заснуванням мав один філософський факультет з двома відділеннями – історико-філологічним і фізико-математичним, з 1835 року юридичний. У 1841 році у Київському університеті відкрито медичний факультет.

У 1846 році Т.Шевченко брав участь у конкурсі на заміщення вакантної посади вчителя малювання в Київському університеті і отримав згоду, проте скористатися цим призначенням із-за арешту не вдалося [1.-С.174-175]. Т.Шевченко добре знав багатьох викладачів Київського університету. Серед його знайомих був перший ректор університету М.О.Максимович (1804-1873), М.І.Костомаров, а також М.Д.Іванишев (1811-1874) і О.І.Селін (1816-1877) з якими зблизився під час роботи в Тимчасовій комісії для розгляду давніх актів. Знав Т.Шевченко і багатьох студентів Київського університету [1.-С.158]. Організатором і першим деканом медичного факультету був відомий український та російський хірург і офтальмолог професор В.О.Караваєв (1811-1892). В клініці Київського університету професор В.Караваєв 18 лютого 1847 року виконав другу у Росії (після М.Пирогова) операцію під ефірним наркозом [2].

Відомостей про особисте знайомство Т.Шевченка з професорами медичного факультету сьогодні немає, хоча не знати про їх діяльність він, звичайно, не міг. Підтвердженням цьому могла б бути така цитата з повісті “Близнець”: “... прошу вашого батьківського благословення и совета, какой именно избрать мне университет: харьковский или ближайший киевский? Я пожелал бы последний, потому что там профессора хорошие, особенно по медицинскому факультету” [3.-Т.4.-С.60]. Герой повісті “Близнець” Саватій Сокира, який навчається на медичному факультеті Київського університету на літніх канікулах читає статті і застосовує на практиці досвід винахідника рамкового вулика П.Прокоповича, про-

водить хімічні, фізичні досліди і “даже лягушку резали по методе Мажанди” [3.-Т.4.-С.62]. Що то був за метод Мажанді, в шевченковій літературі зустрічається й Меглянді, сьогодні вже мало хто знає. Тільки з тогочасної медичної літератури можна довідатися про, свого часу, відомого медика. Франсуа Мажанді (Magendia Francois, 1783-1855) - лікар, доктор наук, французський фізіолог, член Паризької академії наук (1821). З 1831 року працював професором фізіології та загальної патології в Collège de France, де ним була створена єдина на той час у Франції експериментальна лабораторія. Йому належить заслуга детальної розробки техніки вівісекції. Наукові дослідження Ф.Мажанді присвячені в основному фізіології нервової системи. Підтвердив передбачення Ч.Белла про різницю у функції задніх (чутливих) і передніх (рухових) корінців спинного мозку (закон Белла-Мажанді), встановив зворотню чутливість в передніх корінцях спинного мозку, вперше доказав трофічний вплив нервової системи. Відомі також роботи Ф.Мажанді з фізіології травного тракту, загальної патології, токсикології, фармакології. Опублікував перший підручник з експериментальної фізіології (Précis élémentaire de physiologie, Т.1-2, 1816-1817,1836) російський переклад якого був здійснений у 1830 році. Сьогоднішнім лікарям відомий анатомічний термін “отвір Мажанді” (з’єднує третій і четвертий шлуночки з великою цистерною мозку), який він описав [4,5]. Згадка про французького фізіолога-експериментатора Франсуа Мажанді засвідчує, що Т.Шевченко був обізнаний з методикою фізіологічних дослідів, які проводилися на медичному факультеті. Студент медичного факультету Саватій Сокира в Київ “всегда возвращался с порядочно набитой портфелем местной флоры и несколькими ящиками мотыльков и разных букашек” [3.-Т.4.-С.62].

В університеті викладацька діяльність поєднувалася з науковою роботою. На початку 40-х років тут проводилися експериментальні

дослідження в різних галузях природознавства і медицини, зокрема з фізіології та анатомії. Розвитку анатомічних знань сприяло відкриття при Київському університеті анатомічного театру. Особливості препарування людського тіла знав Т.Шевченко. Ось цитата із тієї ж повісті "Близнецы": "Да, когда я был еще студентом в Дерпате,... так тоже три или четыре трупа женских принесли из полиции к нам в анатомический театр. Полиции всё равно, они не знают, что для нашей науки удобнее мужское тело, а женское не так удобно: много жиру, до мускула не доберёшься" [3.-Т.4.-С.10]. З 1842 року одну з десяти кафедр медичного факультету, кафедру фізіологічної анатомії, очолив професор патологічної фізіології та патологічної анатомії М.І.Козлов (1814-1889). У 1843 році з Дерптського (тепер місто Юр'їв Естонської Республіки) до Київського університету перейшов учень М.Пирогова О.П.Вальтер (1818-1889) – спочатку на посаду ад'юнкта, а з 1846 року професора кафедри фізіологічної анатомії [2].

Т.Шевченко знав багато лікарів ще з Петербургу, з багатьма познайомився під час подорожей Україною, підтримував дружні стосунки з лікарями під час заслання. Читаючи твори Т.Шевченка відмічаєш, що поет-художник знав багато з професійного життя лікарів, сучасних, на той час, методів діагностики, наприклад, термометрії. В клінічній практиці першим застосував термометрію Н.Воегта у 1737 році дещо модифікувавши термометри Фаренгейта, проте до широкого практичного використання було ще далеко. Німецький клініцист Л.Траубе у 1850-1852 роках обґрунтував термометрію у клініці. Перші термометри були великими і незручними у використанні, що дало підстави німецькому клініцисту К.Герхарду 1861 року написати, що "вимірювання температури – надто складна процедура, щоб можливо було впровадити її в практику і часте застосування" [6]. З 1860 року активним прихильником впровадження термометрії в клінічну практику лікарів Росії був С.Боткін. Саме тому і привертає увагу вказана Т.Шевченком метода визначення температури тіла за частотою пульсу у повісті "Капитанша". "Пришёл лекарь, пощупал пульс, посмотрел на своего брегета с секундною стрелкою и сказал: "Горячка. Отправьте его сейчас же в госпиталь" [3.-Т.3.-С.345]. Про необхідність щеплень для запобі-

гання захворювань віспи та обивательські методи боротьби з хворобою читаємо в повісті "Несчастный" [3.-Т.3.-С.258, 260]. Вперше вакцинація у боротьбі з віспою у Російській імперії була зроблена 1801 року. В Україні вакцинація розпочалася у 1802 році повітовими лікарями. Віспощеплення проводили не лише медичні працівники, а й "вакціонери", яких готували повітові лікарі для кожної волості. Поширенню вакцинації заважала відсутність державної політики з належним фінансуванням, нестача медичних працівників і недовіра до методу населення. Великі епідемії віспи в Україні були 1838, 1843-1854 роках [7.-С.215; 8]. У листах Т.Шевченка багато разів згадується цинга (скорбут), але причини виникнення хвороби медики не знали до 20-х років ХХ ст, про що ми можемо прочитати у його творах і листах [3.-Т.4.-С.272; 3.-Т.5.-С.233,234,236,239].

Т.Шевченко схвалює надання медичної допомоги на науковій основі. У повісті "Несчастный" поряд з бабою-повитухою вже зустрічаємо акушерку-професоршу [3.-Т.3.-С.258]. Т.Шевченко знає про початковий чин з отриманням "скромного звання лекаря" [3.-Т.4.-С.69] і необхідність відпрацювання за "казеннокоштное воспитание" [3.-Т.4.-С.69], оплату праці лікаря [3.-Т.3.-С.272; 3.-Т.4.-С.70], виражає свою думку про необхідність постійного вдосконалення лікарів [3.-Т.4.-С.88; 3.-Т.5.-С.178]. У першій половині ХІХ ст. в Російській імперії основна маса лікарів були іноземцями. Перелом в підготовці вітчизняних лікарів відбувся в середині ХІХ ст., яке й відобразив Т.Шевченко у повісті "Близнецы". Повертаючись із заслання у 1857 році Т.Шевченко в Астрахані і Нижньому Новгороді зустрічався з випускниками Київського університету, а серед них були і лікарі [1.-С.329-331; 3.-Т.5.-С.178].

Отже, враховуючи знайомство Т.Г.Шевченка з багатьма викладачами і студентами Київського університету, його твори, де дається характеристика медичного факультету, згадуються тодішні сучасні фізіологічні методи дослідження, особливості препарування людського тіла, методи лікарського обстеження дозволяють опосередковано заключити про інформованість поета-художника про викладацьку та наукову діяльність на медичному факультеті цього вищого учбового закладу.

Список літератури

1. Шевченко Т.Г. Біографія. -К.:Наукова думка,1984.-С.225.
2. История Императорского университета св.Владимира /По поручению Совета университета св.Владимира составил ордин.проф. М.Ф.Владимирский-Буданов. -Киев,1884.-Т.І.-С.414-426, 451-455.

3. Шевченко Тарас. Твори у п'яти томах. -К.:Дніпро,1984-1985.
4. Большая медицинская энциклопедия М.:Советская энциклопедия.-Т.13.-С.357.
5. Каштаянц Х.С. Очерки истории физиологии в России М.-Л., 1946.-С.75.
6. Сорокина Т.С. Создатели медицинской термометрии //Клиническая медицина, 1986. -№10.-С.147-151.
7. Верхратський С.А. Історія медицини К.:Вища школа,1974.-334 с.
8. Ладный И.Д. Ликвидация оспы и предупреждение её возврата М.:Медицина,1985.-С.6-20.

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ КИЕВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ Т.Г.ШЕВЧЕНКО

И.Б.Марцинковский (Николаев)

Общеизвестно знакомство Т.Г.Шевченко с преподавателями и студентами Киевского университета. Произведения Т.Г.Шевченко, в которых упоминается медицинский факультет Киевского университета, современные, для того времени, физиологические исследования, врачебное обследование, косвенно позволяют заключить о информированности поэта-художника о преподавательской и научной деятельности медицинского факультета этого высшего учебного заведения.

KYIV UNIVERSITY DEPARTMENT OF MEDICINE IN WORKS OF TARAS G. SHEVCHENKO

I.B.Martsinkovsky (Nikolaev)

Acquaintance of T.G.Shevchenko with professors, lecturers and students of Kyiv University is well known. T.G.Shevchenko's works, mentioning Kyiv University Department of Medicine, contemporary for that time physiological researches, a medical examination, give indirect grounds to conclude that the poet and painter was informed of scholastic and scientific activity of the Department of Medicine at this University.

МИКОЛА ІВАНОВИЧ ХИЖНЯК (ДО 70-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)

З квітня 2006 р. виповнилося 70 років від дня народження та 50 років трудової, лікарської, наукової, педагогічної та громадської діяльності відомому ученому-гігієністу і організатору санітарно-епідеміологічної служби доктору медичних наук, професору, заслуженому діячу науки і техніки України Миколі Івановичу Хижняку.

У 1962 р. М.І. Хижняк закінчив Київський медичний інститут ім. О.О. Богомольця за спеціальністю “Санітарно-гігієнічна справа”. Після закінчення інституту працював на керівних посадах санітарно-епідеміологічної служби Київщини.

У 1973 р. під керівництвом академіка Л.В. Громашевського і професора М.О. Романенка М.І. Хижняк захистив кандидатську дисертацію на тему “Санітарно-гельмінтологічна оцінка роботи Бортницької зрошувальної системи”, яка стала вагомим внеском у вирішення проблеми зниження захворюваності населення геогельмінтозами в зонах функціонування зрошувальних систем в Україні.

У 1976 р. М.І. Хижняк був призначений на посаду головного лікаря Київської обласної санітарно-епідеміологічної станції. За час роботи М.І. Хижняк активно виступав проти формалізму в проведенні державного санітарно-епідеміологічного нагляду. Ним першим відкрито організований відділ охорони навколишнього середовища при обласній санітарно-епідеміологічній станції, докорінно змінені структура та штатний розпис обласної санепідстанції, проведено централізацію коштів відділів профілактичної дезінфекції області, що дало можливість щорічно будувати одну санепідстанцію за типовим проектом. Київська обласна санепідстанція була школою передового досвіду з багатьох напрямків роботи органів державного санітарно-епідеміологічного нагляду в колишньому СРСР. М.І. Хижняк створив Музей санітарно-епідеміологічної служби Київської області та започаткував проведення щорічних науково-практичних конференцій за участю фахівців з інших республік.

У 1981 р. М.І. Хижняк перейшов на роботу до Республіканської санепідстанції МОЗ України. Враховуючи великий досвід практичної роботи в санітарно-епідеміологічних станціях

різних рівнів управління, його залучали до роботи в санітарно-епідеміологічні управління МОЗ СРСР та МОЗ УРСР. Він брав участь у розробці постанови Ради Міністрів СРСР щодо інвентаризації токсичних відходів, що зберігалися на територіях промислових підприємств.

У 1983 р. на запрошення директора Всесоюзного науково-дослідного інституту гігієни і токсикології пестицидів, полімерів і пластичних мас МОЗ СРСР професора А.В. Павлова М.І. Хижняк переходить на наукову роботу.

Професор М.І. Хижняк зробив науково-практичний внесок у вирішення проблеми кадрового забезпечення державного санітарно-епідеміологічного нагляду при застосуванні в сільському господарстві пестицидів і регуляторів росту рослин. Виконана ним науково-дослідна робота за шифром “Штати” дала змогу реалізувати пропозицію: збільшення кількості санітарних лікарів з контролю за зберіганням, транспортуванням і застосуванням пестицидів і регуляторів росту рослин у санітарно-епідеміологічних станціях республік колишнього СРСР на 2000 посад.

У 1986 р. М.І. Хижняк успішно захистив докторську дисертацію на тему “Наукове обґрунтування охорони навколишнього середовища і здоров’я населення при сільськогосподарському використанні стічних вод” за спеціальністю “Гігієна” (консультанти – академік Є.Г. Гончарук, професори А.В. Павлов і М.О. Романенко).

У 1989 р. М.І. Хижняк був обраний за курсом керівником відділення з вивчення соціально-гігієнічних факторів, а згодом – керівником відділення вивчення стану здоров’я населення Київського науково-дослідного інституту соціальної гігієни та управління охороною здоров’я МОЗ Української РСР. Тут повною мірою розкрилися організаторські та наукові здібності М.І. Хижняка як наукового керівника та дослідника проблеми стану здоров’я населення України.

Професор М.І. Хижняк зробив значний внесок у вивчення здоров’я населення України в період проведення Всесоюзного перепису населення (1969 рік). Під його керівництвом були отримані репрезентативні дані за багатьма характеристиками здоров’я населення і організації медичної допомоги 8 областей України та м. Києва. Ці дослідження дозволили виявити наслідки впливу радіонуклідів на організм дітей, довести можливість реального збільшення кількості хворих на рак щитовидної залози, обґрунтувати необхідність проведення профілактичних заходів, у зв’язку зі зміною структури захворюваності дітей та домінуванням у них хвороб ендокринної системи.

У 1991 р. М.І. Хижняк одержав атестат професора.

З 1995 р. наукова діяльність М.І. Хижняка пов’язана з вивченням стану здоров’я військовослужбовців Збройних сил України: спочатку на посаді провідного наукового співробітника, а з 1996 р. професора кафедри військово-профілактичної медицини Української військово-медичної академії МО України. Разом зі своїми учнями М.І. Хижняк проводить дослідження стану здоров’я військовослужбовців залежно від видів Збройних сил, родів військ,

служби та побуту респондентів. Глибокі знання та великий практичний досвід роботи дають змогу Миколі Івановичу Хижняку на високому рівні проводити в Академії педагогічну, методичну та наукову роботу з військової гігієни, епідеміології та екології.

За період своєї науково-практичної діяльності М.І. Хижняк опублікував понад 623 наукові та навчально-методичні роботи, в тому числі 17 монографій, 2 підручники та 2 навчальні посібники. Під керівництвом М.І. Хижняка вперше в Україні для слухачів військово-медичної академії виданий підручник “Екологія” (2003). Він є співавтором підручника “Військова гігієна з гігієною при надзвичайних ситуаціях” (2005) та посібника “Санітарно-гігієнічне забезпечення польового водопостачання військ” (2004). Під керівництвом М.І. Хижняка підготовлено до видання підручник “Військова гігієна”. Він має патент на винахід “Спосіб скринінг прогнозування хронічних неінфекційних захворювань та пристрій для його здійснення” і 3 авторські свідоцтва на винаходи.

Професором М.І. Хижняком створено наукову школу з гігієни, підготовлено 25 докторів і кандидатів медичних та біологічних наук, в тому числі 12 з військовослужбовців і працівників ЗС України.

Професор М.І. Хижняк бере активну участь у громадському житті. Він є заступником голови спеціалізованої вченої ради з присудження наукових ступенів кандидатів і докторів наук зі спеціалістики при Українській військово-медичній академії, членом спеціалізованої вченої ради при Інституті епідеміології та інфекційних хвороб ім. акад. Л.В. Громашевського АМН України, членом редакційної колегії журналу “Військова медицина України”, членом редакційних колегій збірників наукових праць “Військова охорона здоров’я” та “Сучасні аспекти військової охорони здоров’я” і ряду інших видань.

Сердечно вітаємо Миколу Івановича Хижняка з ювілеєм, бажаємо йому доброго здоров’я і подальших успіхів у його плідній науковій та педагогічній діяльності.

Редакційна Рада

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **В.М. Пономаренко**

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА

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

Журнал включено до Переліку № 1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук (додаток до Постанови Президії ВАК України від 09.06.99 № 1-05/7)

*Рекомендовано до друку вченою радою
Українського інституту громадського здоров'я
(протокол № 38 від 11.10.2005 р.)*

Передплатний індекс – 22867

Здоров'я та суспільство

В.М. Пономаренко, В.Л. Весельський, Н.В. Медведовська, Г.В. Курчатова, Т.К. Кульчицька. Сучасний стан захворюваності осіб непрацездатного віку в Україні.

Л.А. Чепелевська, О.В. Любінець. Сучасні та прогнозні тенденції захворюваності на туберкульоз і смертності від нього населення України.

А.М. Нагорна, Д.В. Варивончик, П.М. Вітте, А.В. Степаненко, Л.М. Грузова, М.П. Соколова, О.Є. Кириченко. Державна реєстрація захворюваності населення України на професійну онкологічну патологію та шляхи її удосконалення.

О.Й. Бакалюк, І.Є. Давидович, С.І. Сміян, Є.І. Давидович, Н.В. Грималюк,

Т.Г. Бакалюк, Б.Г. Насалик, О.Л. Сидоренко, М.А. Погоріла, С.В. Дзига. Медико-соціальні аспекти проблеми інтеграції України в Європейський союз

В.М. Якимець. Особливості сімейно-побутових умов ветеранів Великої Вітчизняної війни та порівняння до них контингентів.

Г.О. Слабкий, І.Ю. Батманова. Динаміка захворюваності дорослого населення Донецької області на хвороби крові та кровотворних органів.

А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, І.В. Бойко, Т.Г. Войтчак, Є.Л. Ліфаренко, В.М. Хомяков. Медико-соціальна характеристика інвалідності внаслідок травм дистальних відділів верхньої кінцівки.

В.Й. Шатило, Г.О. Слабкий. Тимчасова і стійка втрата працездатності внаслідок парентеральних вірусних гепатитів В і С.

О.З. Децик, Н.І. Кольцова. Порівняльний аналіз захворюваності жінок, старших 40 років, як основа для прийняття рішень у практиці сімейної медицини.

О.Ф. Гаврилюк. Фактори захворюваності сільського населення та їх значення для забезпечення соціальної справедливості в отриманні медичної допомоги

Health and society

V.L. Veselskyy, N.V. Medvedovska, T.K. Kulchitska, I.N. Matvienko. Monitoring estimation of children's health and activities on its preserve.

V.M. Ponomarenko, V.L. Veselskyy, L.A. Chepelevskaya, A.I. Batorshina. Modern tendencies of mortality of Ukrainian population.

D.V. Varyvonchyk, A.M. Nahorna, I.M. Hrusova, I.P. Lubyanova, A.N. Kharzhevskaya. Role of tobacco smoking in the risk formation of occupational cancer pathology of respiratory organs in Ukraine.

V.N. Yakimetz, G.A.Slabkiy, B.B. Yakimetz. Veterans of the Great Patriotic War and other persons of elder age groups: working activity before and after retiring on a pension, occupational harmful.

R.Y.Pogoriljak, O.P.Gulchij. Epidemiology of abortions of Zakarpatya.

Methodologic approaches in the public health system

A.B. Zimencovsky, V.M. Ponomarenko. Methodological approaches to the definition of quality indicators of public health system activity.

V.Y. Shatylo. Methodical approaches to prevention of parenteral virus hepatitis among medical staff.

I.A. Mogilevkina, T.G. Petrenko. New approaches in specialists training: medicine is grounded on evidences in selecting tactics for rendering medical care in obstetric practice.

A.V. Gorbenko. Methodical approaches to the determination of population with modern contraception, requirement and supplying.

Organization of Medical Care Provision

V.M. Ponomarenko, N. V. Medvedovskaya, G.V. Kurchatov. Operative monitoring results of cancer diagnostic efficiency in Ukrainian regions.

A.V. Stepanenko, V.A. Smiyanov. Modernization of the model of medical care rendering to the urban population on the example of town Sumy.

5

10

15

18

27

31

35

40

45

49

52

Інформаційні технології в управлінні охороною здоров'я

М.В. Голубчиков, О.С. Коваленко, Ю.А. Міхненко, К.М. Фархан аль Шияб. Методичні підходи до впровадження електронного документообігу в охорону здоров'я України.

П.М. Клименко, О.С. Коваленко. Управління лікувально-профілактичними закладами на основі системного підходу.

О.С. Коваленко, К. Стіпхаут. Роль інформаційних технологій при застосуванні медичних стандартів.

В.М. Пономаренко, О.М. Очерedyкo, В.П. Клименюк. Аналіз медико-демографічних характеристик країн пострадянського простору і країн-членів Євросоюзу на основі мета-аналізу міжнародних баз даних.

О.М. Голяченко, А.Г. Шульгай, Л.М. Романюк, Н.Я. Панчишин, В.Л. Смірнова, О.Н. Литвинова, Н.О. Лісовська, Н.Є. Федчишин, О.Я. Никитюк. Інформаційне забезпечення управління охороною здоров'я на регіональному рівні.

Методологічні підходи в системі охорони здоров'я

В.І. Агарков, І.І. Грищенко, Г.К. Северин. Методологічний аналіз і напрямки розвитку сучасних систем охорони здоров'я.

Організація медичної допомоги

В.М. Пономаренко, А.Б. Зіменковський, О.Ю. Грем, Л.Є. Зарума. Стандартизація підготовки клінічного провізора в інтернатурі як перспективна модель підвищення якості надання медичної допомоги населенню України.

Г.О. Слабкий, О.В. Юрченко. До питання організації протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в столиці України.

В.М. Лехан, О.Л. Зюков, А.В. Іпатов. Якість життя як критерій якості медичної допомоги.

В.В. Волчек. Аналіз якості лікувально-діагностичного процесу кардіологічних хворих в спеціалізованих відділеннях.

М.К. Хобзей. До питання оцінки якості та ефективності надання медичної допомоги населенню Львівської області.

А.О. Голяченко. Реабілітація в діяльності сімейного лікаря

57 *A.A. Golyachenko.* Organization of cardiologists patients rehabilitation.

59 *G.O. Slabkiy, I.Y. Batmanova.* Problems of organization of stationary help in Donetsk region to the patients with diseases of blood and blood-forming organs.

62 *A. Gavrilyuk.* Intermediate results of realizations a special purpose complex program of improve the medicare in rural district.

65 *A. Poberezhniy.* Organisation of first aid in epidemical flare.

Economics of Health Care Provision

68 *V.I. Agarkov, E.A. Semikoz.* Modern macro-organizational features of insurance system of public health.

Legal provision of public health

75 *A.V. Yakobchuk.* Solving of HIV/AIDS problem on the state level in Ukraine taking into account international experience.

Debates

81 *V.M. Samohodskij.* Our Variant of reforming of health care on regional level

History of medicine

86 *O.M. Tzibarovskiy.* Periodization of social medicine history.

92 *I.B. Martsinkovsky.* Kyiv University Department of Medicine in works of Taras G. Shevchenko.

Jubilees

95 *M.I. Khyscynyak.* (70 anniversary).

А.Я. Побережний. Деякі основні результати надання швидкої медичної допомоги сільському населенню Хмельницької області в 2006 році

Г.О. Слабкий, Г.Д. Сидоренко. Ункціонально-організаційна система надання акушерської допомоги жіночому населенню великого промислового регіону в рамках впровадження сімейної медицини

Медичні кадри

О.Б. Луцик. Вивчення думки лікарів щодо практики та якості призначення лікарських засобів.

Правове забезпечення охорони здоров'я

В.М. Пономаренко, В.Л. Весельський, В.С. Швецов, С.В. Істомін, М.М. Новінська. Права пацієнтів (реалії та проблеми).

Зарубіжний досвід в охороні здоров'я

В.Б. Филатов, Р.В. Коротких, К.К. Касимовский. Отношение населения к оказанию медицинской помощи, предоставляемой частными медицинскими организациями в Российской Федерации.

Історія медицини

І.Б. Марцінковський. Медикаментозні прописи в біографії Т.Г. Шевченка