
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

3

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

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.

Т.Г. 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

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.

Health and society

V.M. Ponomarenko, V.L. Veselsky, N.V. Medvedovskaya, G.V. Kurchatov, T.K. Kul'chitskaya. Nowadays morbidity conditions among disable age persons in Ukraine.

L.A. Chepelevskaya, O.V. Lubinets. Nowadays and forecast tendencies of tuberculosis morbidity and mortality among Ukrainian population.

A.N. Nagorna, D.V. Varyvonchik, P.M. Vitte, A.V. Stepanenko, L.M. Gruzova, M.P. Sokolova, O.E. Kyrychenko. State registration of professional oncological pathology of Ukrainian population and ways of its improving.

O.Y. Bakalyuk, I.E. Davudovuch, S.I. Smiyan, E.I. Davudovuch, N.V. Grumalyuk, T.G. Bakalyuk, B.G. Nasaluk, O.L. Sudorenko, M.A. Pogorila, S.V. Dzuga. The medico-social aspects of problem of integration of Ukraine into Euro Union (EU)

V.M. Yakimets. Peculiarity of domestic conditions of veterans of the Great Patriotic War and equated persons.

G.O. Slabky, I.Y. Batmanova. Dynamic diseases of blood and blood-forming organs among adults of Donetsk region.

O.V. Ipatov, E.V. Sergieni, I.V. Boyko, T.G. Voitchak, E.L. Lifarenko, V.M. Khomyakov. Medical and social characteristics of disability after injuries of distal segments of the upper extremities.

V.Y. Shatylo, G.O. Slabky. Temporary and steadfast loss of capacity for work due to parenteral virus hepatitis B and C.

O.Z. Detzik, N.I. Kol'tzova. Morbidity analysis of upward forty years woman as the base for optimisation of treatment and prevention activity in family medicine.

O.F. Gavrylyuk. The factors of villager's morbidity and its value for providing with social justice in medical aid.

Information technologies in the public health management

M.V. Golubchikov, O.S. Kovalenko, Y.A. Mikhnenko, K.M. Farkhan al' Shiyab. Methodological approaches to the implementation of electronic document-circulation in Ukrainian Public Health.

- П.М. Клименко, О.С. Коваленко.* Управління лікувально-профілактичними закладами на основі системного підходу. 55 *P.M. Klimenko, O.S. Kovalenko.* Treatment and prophylactic establishments' management on the ground of systemic approach.
- О.С. Коваленко, К. Стіпхаут.* Роль інформаційних технологій при застосуванні медичних стандартів. 59 *A.S. Kovalenko, K. Stiphaut.* Information technology role in use of medical standards.
- В.М. Пономаренко, О.М. Очередько, В.П. Клименюк.* Аналіз медико-демографічних характеристик країн пострадянського простору і країн-членів Євросоюзу на основі мета-аналізу міжнародних баз даних. 62 *V.M. Ponomarenko, O.M. Ochered'ko, V.P. Klymenuk.* Analysis of medical and demographical characteristics of former Soviet Union republics and countries – members of Europe Union based on meta-analysis of international databases.
- 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. 76 *O.M. Holyachenko, A.G. Shulgaj, L.M. Romanyuk, N.Ya. Panchyshyn, V.L. Smirnova, O.N. Litvinova, N.O. Lisovska, N.Ye. Fedchyshyn, O.Ya. Nykytyuk.* The informative providing of management of health protection system on regional level.
- 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. 80 *V.I. Agarkov, I.I. Grischenk, G.K. Severin.* Methodological analysis and development direction of modern public health systems.
- 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. 86 *V.M. Ponomarenko, A.B. Zimenkovsky, O.Yu. Hrem, L.Ye. Zaruma.* Standardization of clinical pharmacists' residential training as perspective model of increase of medical aid quality for Ukrainian population.
- Г.О. Слабкий, О.В. Юрченко.* До питання організації протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в столиці України. 90 *G.O. Slabky, O.V. Yurchenko.* Organization actions against HIV/AIDS epidemic in the capital of Ukraine.
- В.М. Лехан, О.Л. Зюков, А.В. Іпатов.* Якість життя як критерій якості медичної допомоги. 95 *V.N. Lechan, O.L. Zukov, A.V. Ipatov.* Life quality as criteria of medical care quality.
- В.В. Волчек.* Аналіз якості лікувально-діагностичного процесу кардіологічних хворих в спеціалізованих відділеннях. 100 *V.V. Volchek.* The analysis of treatment-diagnostic quality of cardiological patients in the specialized departments.
- М.К. Хобзей.* До питання оцінки якості та ефективності надання медичної допомоги населенню Львівської області. 104 *M.C. Hobzey.* To the questions of quality and effectiveness evaluation of medicare for the L'viv region population.
- А.О. Голяченко.* Реабілітація в діяльності сімейного лікаря 108 *A.O. Golyachenko.* Medical rehabilitation in activity of the family doctor.
- А.Я. Побережний.* Деякі основні результати надання швидкої медичної допомоги сільському населенню Хмельницької області в 2006 році 110 *A.Y. Poberezhnij.* Some basic results of giving quick medical help to the rural population of the Chmelnitsky region in 2005.
- Г.О. Слабкий, Г.Д. Сидоренко.* Функціонально-організаційна система надання акушерської допомоги жіночому населенню великого промислового регіону в рамках впровадження сімейної медицини 113 *G.O. Slabkuj, G.D. Sudorenko.* The functionally-organizational system of giving obstetric assistance the womanish population of large industrial in condition of introduction of family medicine.

Медичні кадри

О.Б. Луцик. Вивчення думки лікарів щодо практики та якості призначення лікарських засобів.

114

Medical Profession's Manpower

O.B.Lutsyk. Investigation of physicians opinions about practice and quality of drug prescriptions.

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).

118

Legal provision of public health

V.M. Ponomarenko, V.L. Veselskyy, V.S. Shvetzov, S.V. Istomin, M.M. Novinskaya. Patients rights (reality and problems).

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.

122

Foreign experience in health care

V.B. Fylatov, R.V. Korotkykh, K.K. Kasymovsky. Peoples' attitude to provision medical aid of private medical institutions in Russian Federation.

Історія медицини

І.Б. Марцінковський. Медикаментозні прописи в біографії Т.Г. Шевченка

129

History of medicine

I.B. Martsinkovsky. Medicamental prescription in the biography of Shevchenko T.G.

Ювілеї

О.Ф. Гаврилюк. Погребищенському медичному коледжу – 40

131

Lubiles

O.F. Havrylyuk "Pohrebysche Medical College is 40"

УДК 312.6:616–057.75(477)

*В.М. ПОНОМАРЕНКО, В.Л. ВЕСЕЛЬСЬКИЙ, Н.В. МЕДВЕДОВСЬКА, Г.В. КУРЧАТОВ,
Т.К. КУЛЬЧИЦЬКА (Київ)*

СУЧАСНИЙ СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTІ ОСІБ НЕПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Україна належить до країн з високим рівнем постаріння населення, який зумовлений складним комплексом чинників і відображає особливості та співвідношення сучасних демографічних процесів, соціально-економічних умов проживання населення. В країні спостерігається в динаміці стала тенденція до зростання чисельності літніх людей. У 1991 р. відсоток населення непрацездатного віку становив 18,6%, через 10 років (у 2001 р.) – вже 20,7%, а останнім часом досяг 23,4% з прогнозованою тенденцією до подальшого підвищення цього демографічного показника.

Стан здоров'я й особливості розвитку хвороб у людей літнього і старечого віку істотно відрізняються від таких у більш молодому віці. У процесі старіння знижуються адаптаційні можливості організму, що позначається на здоров'ї. Існує тісний кореляційний зв'язок між віком і ступенем тяжкості захворювань, а також їх одночасною кількістю у пацієнтів. Захворюваність у старших вікових групах населення має значні відмінності, пов'язані зі змінами під час старіння характеру вікової патології – її частоти, поліморбідності, тривалості перебігу, схильності до загострень і ускладнень. Як відомо, захворюваність за даними звертань літніх людей у лікувально-профілактичні установи нижче тієї, яка виявляється при комплексних медичних оглядах.

У літньому і особливо старечому віці значно змінюється структура захворюваності за рахунок зменшення числа гострих захворювань і збільшення кількості хвороб, пов'язаних із прогресуванням хронічних патологічних процесів. Вже у віці 40–45 років починається процес “нагромадження” хронічних захворювань [2]. Отже, кількісна та якісна характеристика патологічних станів значною мірою визначаються віком людини.

Епідеміологія захворювань літніх людей має свою специфіку, що важливо для оцінки су-

часного стану здоров'я цього численного прошарку населення України.

Найбільш частим патологічним процесом у старіючому організмі є атеросклероз, що уражає кровоносні судини, призводить до тяжких ускладнень життєво важливих органів – серця, мозку тощо. У зв'язку з цим основними нозологічними формами, які найчастіше зустрічаються серед осіб непрацездатного віку, є гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця та її прояви (стенокардія, інфаркт міокарда, атеросклеротичний кардіосклероз), склероз судин мозку, що зумовлює недостатність мозкового кровообігу аж до розвитку інсульту. Поширеними захворюваннями другої половини життя є хвороби венозних судин. Негативними наслідками інфаркту міокарда та інсульту є вихід на інвалідність та передчасна смертність.

Додаткове зниження функціональних резервів, викликане гострими захворюваннями (пневмонія) чи хворобами, пов'язаними з погіршенням прохідності бронхів (бронхіт, обструктивна емфізема легень, пневмосклероз тощо), призводить у літніх людей до розвитку дихальної недостатності, нерідко небезпечної для життя.

Вікові зміни впливають також на частоту виникнення й особливості клінічного перебігу хвороб органів травлення (шлунка, кишечника, печінки, підшлункової залози).

З урологічних захворювань у геріатричній практиці поширені інфекційно-запальні процеси сечових шляхів (пієлонефрит, цистит), хвороби передміхурової залози у чоловіків.

Найбільш важливими, значною мірою визначальними для процесу старіння людини, є зрушення, що відбуваються в системі ендокринних залоз. Серед них одним з найбільш поширених ендокринних захворювань є цукровий діабет.

Нервові і психічні хвороби у літніх людей, пов'язані з віковою патологією різних систем

старіючого організму, можуть виникати в результаті атеросклеротичного процесу, артеріальної гіпертензії, недостатності серцевої діяльності.

У процесі старіння опорно-рухового апарату значні зміни відбуваються у хребті, кістках, суглобах, зумовлюючи виражені клінічні синдроми – старечі артрити, остеоартрози тощо. Це, в свою чергу, призводить до обмежень рухової активності, можливостей самообслуговування осіб похилого віку, збільшення їх потреби у соціальній допомозі.

Серед найбільш поширених причин госпіталізації у шпиталі, за даними Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни, перше місце традиційно займають хво-

роби системи кровообігу, а далі йдуть хвороби кістково-м'язової системи, органів травлення, дихання (разом 84,6%) [1].

У 2005 р. серед осіб непрацездатного віку вперше зареєстровано 5,6 млн випадків хвороб. Усього їх зареєстровано 28,6 млн (на 21,2% більше, ніж у 2000 р.). На 100 тис. населення їх кількість становить відповідно 49981,6 і 255157,1, тобто в середньому серед цього контингенту реєструється 2,6 випадку хвороб на одну особу.

За даними офіційної статистики, зрушення у стані здоров'я населення непрацездатного віку носять різноспрямований характер, що впливає з таблиці.

Таблиця. **Динаміка змін загальної та первинної захворюваності населення непрацездатного віку серед найбільш вагомих у їх структурі класів хвороб (2000, 2004, 2005 рр.)**

Провідні класи хвороб за МКХ-10 щодо населення непрацездатного віку	Показники на 100 тис. відповідного населення			Динаміка змін (%)	
	2000	2004	2005	2005/2004	2005/2000
Поширеність хвороб					
Всього	203934,4	249270,0	255157,1	102,4	125,1
Хвороби системи кровообігу	99154,2	129692,2	133171,2	102,7	134,3
Хвороби органів травлення	17413,8	21797,6	22822,8	104,7	131,1
Хвороби органів дихання	21779,2	21534,3	21974,8	102,1	100,9
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	12985,4	15402,5	15826,1	102,8	121,9
Хвороби ока та його придаткового апарату	11965,4	15115,1	14296,9	94,6	119,5
Захворюваність					
Всього	47827,1	50104,0	49981,6	99,8	104,5
Хвороби органів дихання	12866,4	11819,9	12138,6	102,7	94,3
Хвороби системи кровообігу	10086,7	10728,7	10263,0	95,7	101,8
Хвороби ока та його придаткового апарату	3830,6	4584,1	4313,3	94,1	112,6
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3434,6	3818,6	3831,5	100,3	111,6
Травми, отруєння	3802,4	3713,3	3798,7	102,3	99,9

Структуру захворюваності значною мірою формують хвороби органів дихання (25,4%), системи кровообігу (21,4%), ока та його придаткового апарату (9,0%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (8,0%), травми та отруєння (7,9%), частка яких у структурі усіх вперше зареєстрованих хвороб становила 71,7%.

Оскільки серед осіб похилого віку більшість хвороб мають хронічний перебіг, для цього контингенту населення характерною є значна поширеність патології, рівень якої за останні п'ять років зріс на 25,1% і в 1,8 разу перевищує показник серед осіб працездатного віку, 1,4 разу – дітей, 1,6 разу – підлітків.

Провідне місце у структурі поширеності захворювань серед осіб похилого віку посідають

хвороби систему кровообігу (56,9%), травлення (9,7%), дихання (9,4%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (6,8%), ока і його придаткового апарату (6,1%), які в сумі становлять 88,9%.

Порівняно з іншими віковими групами у осіб літнього і старечого віку найвищі рівні поширеності хвороб кістково-м'язової системи і сполучної тканини ($p < 0,001$), новоутворень ($p < 0,001$), хвороб системи кровообігу ($p < 0,001$), ока та його придаткового апарату ($p < 0,001$), органів травлення ($p < 0,001$).

За п'ятирічний період помітно збільшилась захворюваність на ендокринні хвороби, крові й кровотворних органів, сечостатевої системи, розлади психіки та поведінки, хвороби ока

і його придаткового апарату, вуха та соскоподібного відростка, органів травлення, кістково-м'язової системи та сполучної тканини; знизилася частота випадків хвороб органів дихання, практично не змінився рівень травм і отруєнь. Що стосується поширеності хвороб, то у 2005 р. порівняно з 2000 р. відбулося зменшення частоти випадків інфекційних та паразитарних хвороб. Практично не змінилась кількість випадків хвороб органів дихання, травм і отруєнь. Найбільший приріст виявлено серед хвороб крові й кровотворних органів (+60,6%), системи кровообігу (+34,3%), сечостатевої системи (+35,4%), органів травлення (+31,1%), ендокринних хвороб (+24,8%).

Порівняно з 2004 р. знизились рівні захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату (-5,9%), системи кровообігу (-4,3%). Практично залишився без змін рівень захворюваності на новоутворення, хвороби нервової системи, вуха та соскоподібного відростка, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, шкіри та підшкірної клітковини. Найбільше зросла захворюваність на хвороби крові й кровотворних органів (+8,7%). Захворюваність серед решти класів хвороб збільшилась у межах 1,6–3,7%.

За рік спостереження знизилась поширеність інфекційних та паразитарних хвороб (-3,3%), хвороб ока та його придаткового апарату (-5,4%). Водночас, зафіксовано зростання поширеності захворювань у всіх інших класах, особливо хвороб крові й кровотворних органів (+7,7%), органів травлення (+4,7%), сечостатевої системи (+6,2%).

Існують регіональні особливості вікозалежної патології. У 2005 р. перевищували середній рівень по країні показники загальної захворюваності населення восьми регіонів, з яких найвищі зареєстровано у містах Києві (430102,1), Севастополі (397016,4), а також у Харківській (287601,6), Одеській (283044,1), Черкаській (280406,2 на 100 тис. відповідного населення) областях. Поширеність хвороб була меншою за середньостатистичний показник у 18 регіонах (66,7%) України з 27. Найменші показники на 100 тис. відповідного населення спостерігалися у Рівненській (199861,9), Чернівецькій (200152,2) областях та АР Крим (209932,7).

Регіональні особливості стосуються також і захворюваності населення непрацездатного віку, яка у 2005 р. була нижчою за середньоукраїнський показник у більшості регіонів України – 16, проте переважала його у 10 регіонах. Найбільші рівні захворюваності осіб похилого віку відмічалися у м. Києві (87226,2),

Львівській (68743,5), Закарпатській (66988,8), Харківській (66903,0), Івано-Франківській (63983,3 на 100 тис. відповідного населення) областях, найменші – у Сумській (31134,0), Житомирській (31529,0), Кіровоградській (32337,3), Луганській (33267,8) областях та АР Крим (35550,1).

З аналізу даних статистики за 2005 р. випливає, що найбільш проблемними регіонами України щодо рівнів загальної та первинної захворюваності населення непрацездатного віку є м. Київ, Харківська, Одеська, Черкаська, Вінницька, Дніпропетровська області.

Доцільно навести останні статистичні дані щодо динаміки окремих захворювань, на які найбільш часто страждають особи літнього віку. Насамперед, це за своїми негативними наслідками серцево-судинні хвороби, захворюваність на які зросла протягом останнього року. Це стосується передусім таких їх ускладнень, як інсульти (+5,3%), гострий інфаркт міокарда (+2,1%). Також зросли рівні захворюваності на пневмонії (+3,8%), хронічні гепатити (+7,8%), жовчнокам'яну хворобу (+3,8%), цирози печінки (+8,3%), анемію (+8,9%), цукровий діабет (+8,7%).

До позитивних тенденцій можна віднести зниження у 2005 р. порівняно з 2004 р. показників захворюваності на такі небезпечні для здоров'я хвороби, як гіпертонічна хвороба (-4,5%), ішемічна хвороба серця (-6,9%), стенокардія (-7,4%), цереброваскулярні хвороби (-2,3%), обструктивні хвороби органів дихання (-4,6%), ревматоїдний артрит (-4,7%).

Таким чином, рівень поширеності хвороб серед населення непрацездатного віку є вищим, ніж серед інших вікових груп, зокрема серед населення працездатного віку в 1,8 разу, має найчастіше негативну динаміку.

Контингенти похилого віку відзначаються значною потребою у медичній допомозі. Щорічно кількість звертань у ЛПЗ населенням літнього віку становить 24–29 млн і на 100 тис. населення є найвищою серед інших вікових груп.

У структурі захворюваності і поширеності найбільшу частку мають хвороби системи кровообігу; органів травлення; дихання; кістково-м'язової системи та сполучної тканини; ока та його придаткового апарату; травми та отруєння.

Найбільш значно за останні п'ять років зросла захворюваність на хвороби ендокринної системи; крові й кровотворних органів; сечостатевої системи; розлади психіки та поведінки; ока та його придаткового апарату, поширеність – хвороб крові й кровотворних органів;

системи кровообігу; сечостатевої системи; органів травлення; ендокринних хвороб.

Для населення літнього і старечого віку проблемними є питання стосовно новоутворень, хвороб системи кровообігу, ока та його придаткового апарату, органів травлення, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, рівень по-

ширеності яких є достовірно найвищим порівняно з іншими віковими групами ($p < 0,001$).

Ці особливості вікозалежної патології необхідно враховувати при плануванні та організації медичної та медико-соціальної допомоги, а також заходів щодо підвищення якості життя населення непрацездатного віку.

Список літератури

1. Пономаренко В.М., Курчатова Г.В., Москалець Г.М. та ін. Реалізація заходів щодо медико-соціальної допомоги вразливим верствам населення України в межах Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 рр. //Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – №1. – С. 19–24.
2. Чеботарев Д.Ф., Бойко В.И. Пособие по гериатрии. – К.: Здоров'я, 1986, – 248 с.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ НЕТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В УКРАИНЕ

В.М. Пономаренко, В.Л. Весельский, Н.В. Медведовская, Г.В. Курчатова, Т.К. Кульчицкая (Киев)

Освещены некоторые особенности состояния здоровья людей пожилого и старческого возраста.

Представлены данные анализа динамики общей и первичной заболеваемости населения нетрудоспособного возраста за пятилетний период (2000–2005 гг.), их структуры по классам региональных особенностей, тенденций основных заболеваний, зависящих от возраста. Результаты исследований необходимо учитывать при организации гериатрической помощи населению в современных условиях.

NOWADAYS MORBIDITY CONDITIONS AMONG DISABLE AGE PERSONS IN UKRAINE

V.M. Ponomarenko, V.L. Veselsky, N.V. Medvedovskaya, G.V. Kurchatova, T.K. Kul'chitskaya (Kiev)

Some peculiarities of health condition among elderly and senile persons are described.

Analyze data of general and primary morbidity dynamics among disable age persons during the period of 5 years (2000–2005) are given. They are structured into morbidity classes, regional peculiarities, and tendencies of general morbidity that are dependence out of age. Results of the researches are necessary to take into account in organization of geriatric care in nowadays conditions.

УДК 314.4:616.24-002.5(477):001.8

Л.А. ЧЕПЕЛЕВСЬКА, О.В. ЛЮБІНЕЦЬ (Київ, Львів)

СУЧАСНІ ТА ПРОГНОЗНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ І СМЕРТНОСТІ ВІД НЬОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Туберкульоз сьогодні є актуальною медико-соціальною проблемою не тільки в Україні, але й в усьому світі. Згідно зі світовою статистикою, щороку у світі гине 2 млн чоловік. Ситуація з туберкульозом в Україні дуже складна – починаючи з 1995 р. зареєстрована епідемія туберкульозу, яка невпинно прогресує та набуває загрозливих масштабів. На диспансерному обліку перебуває близько 150 тис. хворих на активний туберкульоз, щорічно помирає від цієї хвороби 10–11 тис. чоловік [1;4;5].

Мета дослідження полягала у виявленні тенденцій захворюваності на туберкульоз і смертності від нього за 1989–2004 рр. та в розробці прогнозу цих показників до 2015 р.

Динаміка зростання рівня захворюваності на туберкульоз у 1989–2004 рр. була досить поступовою, щорічний темп приросту становив 5,7%, коливання його в окремі роки досягали від 10–13% (в 1996, 2000–2002 рр.) до -6,5 у 1990 р. та -1,6 у 1999 р. Темп приросту зменшився в 2003 р. до 2,5% та в 2004 р. до 4,3% (рис. 1).

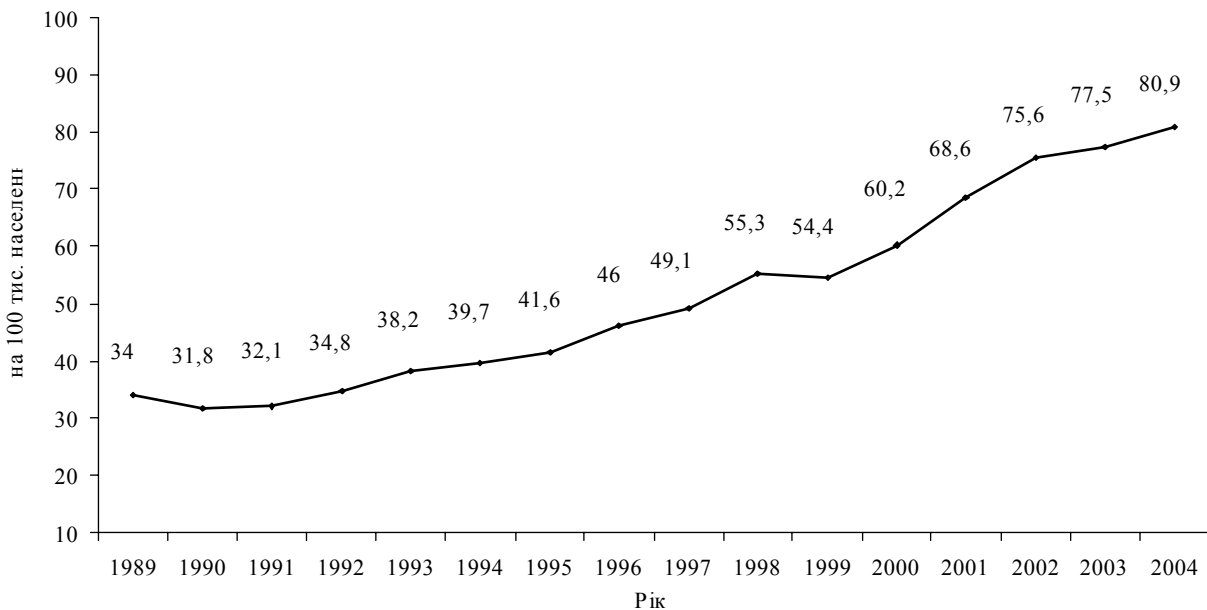


Рис. 1. Захворюваність на туберкульоз населення України в 1989–2004 рр.

Рівень захворюваності на туберкульоз за досліджуваний період збільшився від 34,0 на 100 тис. населення в 1989 р. до 80,9 у 2004 р., або в 2,5 разу.

Найвищі рівні захворюваності на всі форми активного туберкульозу спостерігались у Херсонській (166,2 на 100 тис. населення), Миколаївській (114,9), Луганській (112,4) областях; найнижчі – в Полтавській (52,3), Сумській

(55,0), Закарпатській (56,8) областях та в м. Києві – 49,0 на 100 тис. населення [2;3].

Темпи приросту зареєстровано найвищі в Херсонській та Миколаївській (в 3,3 разу), Запорізькій (в 2,9 разу), Дніпропетровській (в 2,8 разу), Одеській (в 2,6 разу) областях. Найнижчі темпи приросту зафіксовано в Черкаській (в 1,7 разу), Чернівецькій та Вінницькій (в 1,6 разу) та в Закарпатській (в 1,5 разу) областях.

Розроблений методом прогнозу екстраполяції прогноз свідчить про те, що при незмінних початкових умовах надання медичної допомоги хворим на туберкульоз тенденції

захворюваності набудуть подальшого збільшення і її рівень досягне від 87,6 на 100 тис. населення в 2007 р. до 115,2 в 2015 р. (рис. 2).

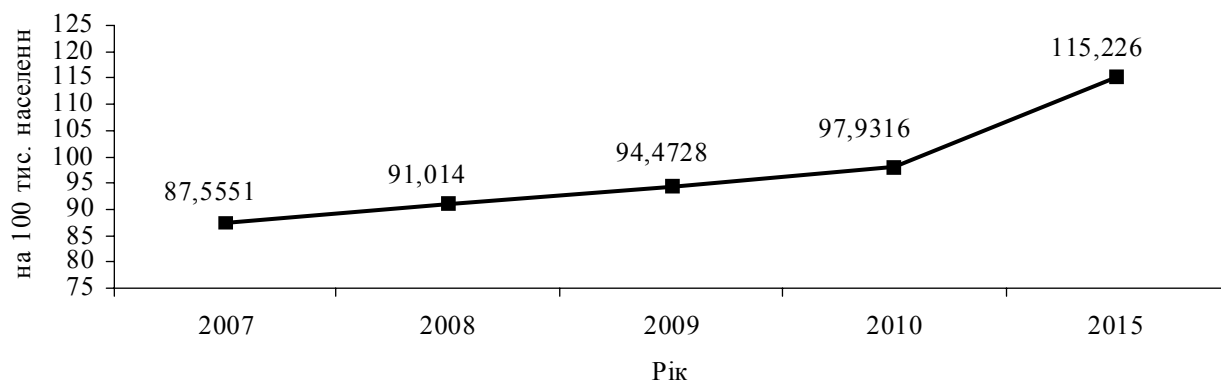


Рис. 2. Прогноз захворюваності на туберкульоз населення України на 2007–2015 рр.

У регіонах України рівень захворюваності на туберкульоз найбільше зростає в Херсонській (від 163,5 в 2007 р. до 228,4 в 2015 р.), у Миколаївській (120,0–164,6 відповідно), в Запорізькій (103,9–140,0), в Дніпропетровській

(94,8–128,5) областях.

Смертність населення України від туберкульозу збільшилась за період 1990–2004 рр. в 2,8 разу, або з 8,1 до 22,6 на 100 тис. населення (рис. 3).

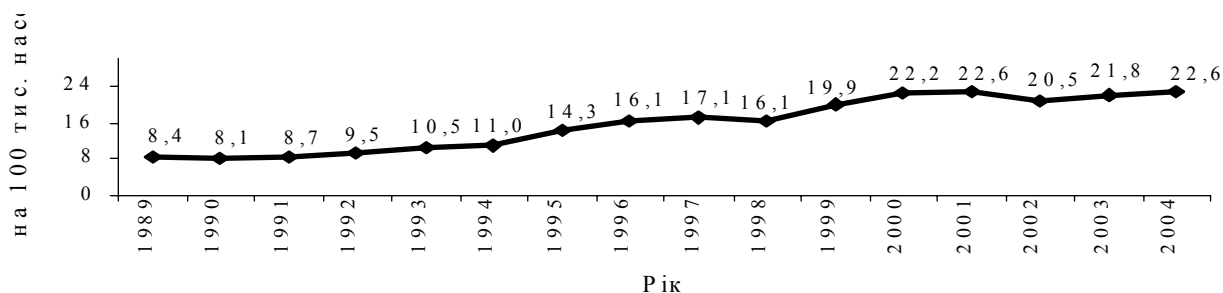


Рис. 3. Динаміка смертності на туберкульоз населення України в 1989–2004 рр.

Найвищі рівні смертності від туберкульозу спостерігались також в Херсонській (46,9 на 100 тис. населення), в Одеській (33,5), Івано-Франківській (33,1), Луганській (28,7), Волинській (28,3) областях. Темпи росту смертності від туберкульозу коливались від 4,5 разу в Херсонській, 4,1–4,0 разу в Дніпропетровській та Запорізькій областях по 1,5–1,6 разв в м. Києві та Вінницькій області.

Розроблений прогноз смертності від усіх форм туберкульозу свідчить, що за умови теперішніх обсягів та якості медичної допомоги смертність збільшиться в 1,6 разу до 2015 р. і становитиме 36,6 випадку на 100 тис. населення по Україні в цілому (рис. 4), а в Херсонській області досягне 97,2, в Дніпропетровській – 52,0, в Одеській – 50,8 випадку на 100 тис. населення.

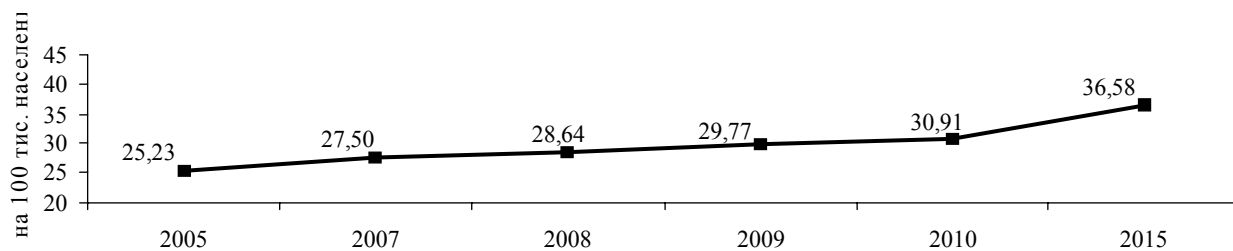


Рис. 4. Прогноз смертності на туберкульоз населення України на 2005–2015 рр.

Таким чином, сучасні та прогнозу тенденції захворюваності всіма видами активного туберкульозу

свідчать про те, що ситуація з цією хворобою на найближчі 10 років залишається дуже складною.

Список літератури

1. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – К.: Морион, 2000. – 320 с.
2. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2002–2003 роки / МОЗ України, Центр мед. статистики. – К., 2004. – 302 с.
3. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2003–2004 роки / МОЗ України, Центр мед. статистики. – К., 2005. – 315 с.
4. Фещенко Ю.І. Етапи боротьби з туберкульозом та програма DOTS // Український медичний часопис. – 2005. – №3/47, V–VI. – С. 5–12.
5. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Стан і проблеми протитуберкульозної допомоги населенню України та шляхи її поліпшення // Укр. пульмонологічний журнал. – 2004. – №2. – С. 6–11.

СОВРЕМЕННЫЕ И ПРОГНОЗНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И СМЕРТНОСТИ ОТ НЕГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Л.А. Чепелевская, О.В. Любинец (Киев, Львов)

Проанализированы современные тенденции заболеваемости туберкулезом и смертности от него в Украине в 1989–2004 гг. и разработан прогноз этих показателей до 2015 г.

NOWADAYS AND FORECAST TENDENCIES OF TUBERCULOSIS MORBIDITY AND MORTALITY AMONG UKRAINIAN POPULATION

L.A. Chepelevskaya, O.V. Lubinets (Kiev, L'viv)

Nowadays tendency of tuberculosis morbidity and mortality in Ukraine in 1989–2004 are analyzed and developed forecast of this data to 2015 year.

УДК 312.6:616-006:001.5

**А.М. НАГОРНА, Д.В. ВАРИВОНЧИК, П.М. ВІТТЕ, А.В. СТЕПАНЕНКО,
Л.М. ГРУЗОВА, М.П. СОКОЛОВА, О.Є. КИРИЧЕНКО (Київ)**

ДЕРЖАВНА РЕЄСТРАЦІЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ПРОФЕСІЙНУ ОНКОЛОГІЧНУ ПАТОЛОГІЮ ТА ШЛЯХИ ЇЇ УДОСКОНАЛЕННЯ

Інститут медицини праці АМН України

Злоякісні новоутворення є основною причиною смертності дорослого населення від неінфекційних захворювань. Щороку від злоякісних новоутворень у світі помирає близько 5 млн, в Україні – понад 90 тис. осіб. Рівні онкологічної захворюваності мають тенденцію до неухильного зростання протягом останніх десятиріч.

Онкологічна патологія є головною причиною смертності населення України, посідаючи друге місце в її структурі, а також у структурі інвалідності. В Україні спостерігаються високі рівні смертності населення порівняно

із захворюваністю (46,2–56,3%), що є відображенням значних недоліків в організації онкологічної допомоги населенню. Негативні медико-статистичні характеристики онкологічної патології відбувають незадовільний стан соціального здоров'я української нації, на подолання яких спрямована Державна програма “Онкологія” (на 2002–2006 рр.), яка передбачає низку заходів щодо поліпшення онкологічної допомоги населенню [1;5].

Підвищений ризик виникнення онкологічної патології спостерігається серед працівників

певних підприємств. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної організації праці, онкологічна патологія у 5–40% випадків пов'язана з впливом виробничих канцерогенних факторів, які є причиною професійної онкологічної патології (“професійного раку”) [6].

Професійна онкологічна патологія (“професійний рак”) – це група онкологічної патології людини, яка виникла внаслідок професійної діяльності працюючого та зумовлена виключно або переважно впливом шкідливих (канцерогенних) речовин, певних видів робіт та інших факторів, пов'язаних з роботою.

Медико-статистичний аналіз та моніторинг за рівнями захворюваності працюючих на “професійний рак” є основою для управління виробничими ризиками та контролем реалізації за ефективністю профілактичних програм, технологій, які застосовуються на виробництвах та у державі. Дослідженнями, проведеними раніше, встановлено основні проблеми у обліку та реєстрації хворих на професійну онкологічну патологію (“професійний рак”) в Україні [1;2;4], але не проводились дослідження щодо повноти та адекватності реєстрації цієї патології на державному рівні, що й зумовило актуальність даного дослідження.

Метою дослідження стало визначення адекватності реєстрації випадків “професійного раку” в Україні на державному рівні та розробка рекомендації щодо її удосконалення.

Матеріали та методи. Дослідження проведено методом суцільного епідеміологічного спостереження шляхом збору даних за спеціально розробленою програмою у десяти спеціалізованих лікувально-профілактичних закла-

дах, які мають право встановлювати остаточний діагноз щодо професійних захворювань, згідно з переліком наказу МОЗ України №283/7604 від 25.03.2003. Дані про кількість хворих на “професійний рак”, отримані в дослідженні, порівнювались із даними АІС “Профзахворюваність” МОЗ України за період 1992–2005 рр. Проводився аналіз розбіжностей у реєстрації професійної онкологічної патології (“професійного раку”) в розрізі областей та у часовій динаміці. Причини, які зумовлюють порушення реєстрації, вивчались шляхом опитування експертів (головних позаштатних профпатологів обласних управлінь охорони здоров'я).

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідженням встановлені розбіжності між кількістю зареєстрованих випадків професійної онкологічної патології (за даними АІС “Профзахворюваність” МОЗ України) та даними суцільного епідеміологічного дослідження, проведеного Інститутом медицини праці АМН України (ІМП АМНУ). Так, неповна реєстрація “професійного раку” в Україні становить 25,4% (63 випадки за період 1992–2005 рр.). Переважно неповна реєстрація цієї професійної патології відбувається за рахунок Дніпропетровської області (82,5% від усіх неповністю зареєстрованих випадків “професійного раку” в Україні), яка за своїми показниками захворюваності населення посідає I місце. Крім того, неповний облік цієї патології зафіксовано в Одеській, Львівській, Миколаївській та Полтавській областях (17,5%).

Розбіжності у реєстрації “професійного раку” спостерігаються починаючи з 1999 р. і продовжуються сьогодні – 19,0–61,0% випадків щороку (рис.).

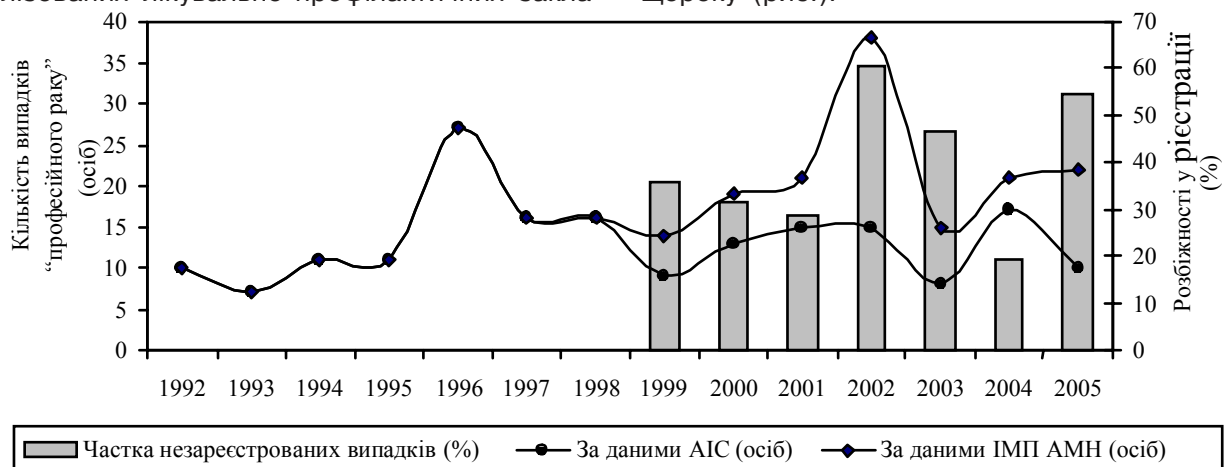


Рис. Розбіжності у реєстрі “професійного раку” в Україні впродовж 1992–2005 рр.

За даними опитування експертів, існує два аспекти незначної реєстрації хворих на “професійний рак” в Україні. Перший із них – склад-

ності із встановленням професійного характеру онкологічної патології внаслідок обмеження доступності медичної допомоги для насе-

лення: онкологічні хворі не можуть отримати підтвердження професійного характеру свого захворювання за місцем мешкання чи роботи і повинні звертатись до інших закладів профпатологічної служби, які знаходяться в інших областях України.

Другий фактор – після встановлення професійного характеру захворювання відбувається “втрата” інформації про таких хворих під час оформлення звітної документації, передачі відомостей в обласні СЕС та в обласні профпатологічні центри тощо, що формує заниження рівнів професійної онкологічної захворюваності працюючого населення в деяких областях України.

Крім того, внаслідок низки судових позовів пацієнтів чи роботодавців, діагноз “професійного раку” може відхилитись, а потім знову прийматись, що може значно впливати на кількість зареєстрованих випадків цієї патології в Україні. Наразі відсутня система кумуляції випадків усіх професійних хворих в АІС “Профзахворюваність” МОЗ України, що не дає змоги враховувати цей фактор під час реєстрації та наступного аналізу захворюваності населення на “професійний рак” в Україні.

Класифікація інформації для автоматизованої системи обліку та аналізу профзахворювань (профотруень), відповідно до наказу МОЗ України №31 від 10.02.1998, проводиться за допомогою “Класифікатора діагнозів” додатку 1. При аналізі цього Класифікатора нами встановлено, що він не відповідає вимогам МКХ-10, що призводить до зниження об’єктивізації реєстрації “професійного раку” та неможливості його аналізу. Нами встановлені значні розбіжності даних Класифікатора із нозологічними одиницями, включеними до МКХ-10. Так, включені у Класифікатор нозологічні форми (бластома легень, лейкемія, новоутворення органів дихання, пухлини гортані, пухлини сечового міхура, пухлини носа, рак, рак органів дихання) не відповідають сучасній міжнародній систематичній хвороб людини, не розкривають характер пухлинного процесу чи не деталізують його анатомічну локалізацію, що дає підставу для їх виключення із чинного в Україні Класифікатора обліку та реєстрації професійних хвороб.

Водночас, ряд захворювань, наведених у Класифікаторі, потребує свого уточнення у формуванні назв нозології та їхніх груп: визначення “рак” потребує своєї заміни на “злоякісне новоутворення”. Це зумовлено тим, що при професійній онкологічній патології зустрічаються не лише злоякісні пухлини епітеліального гістогенетичного походження (рак), але і

гемобластози, саркома, меланома тощо.

Відповідно до того, що в “Переліку професійних захворювань”, який діє в Україні (Постанова Кабінету Міністрів України №1662 від 08.11.2000 р.), та “Переліку речовин, продуктів, виробничих процесів, побутових та природних факторів, канцерогенних для людини” (Гігієнічний норматив України ГН 1.1.2.123-2006, затверджений наказом МОЗ №7 від 13.0.2006 р.), наявна можливість встановлення діагнозу “професійний рак” при локалізації патологічного (онкологічного) процесу в інших системах та органах, кодування яких не передбачено існуючим Класифікатором, потребує його доповнення, відповідними нозологічними групами: злоякісними новоутвореннями губи, порожнини рота, носа та придаткових пазух, носоглотки, трахеї, стравоходу, товстої та прямої кишок, підшлункової залози, меланоми шкіри, простати, нирок, головного мозку, неходжкінської лімфоми, множинної мієломи та первинно-множинного злоякісного новоутворення. Для цих локалізацій онкологічного процесу Міжнародним агентством з дослідження раку ВООЗ встановлені асоціації із впливом канцерогенних виробничих факторів [3].

Сьогодні одним із сучасних методів медико-статистичного та епідеміологічного дослідження онкологічної патології є проведення аналізу з використанням даних, зібраних в різних базах даних. В Україні інформація щодо хворих на професійно-обумовлену онкологічну патологію зберігається в різних реєстрах та базах даних, зв’язок між якими відсутній внаслідок інформаційних, технічних та організаційних перешкод, що не дає можливості проводити інтегрований аналіз ситуації, визначати причини виникнення захворювань, проводити моніторинг за ефективністю профілактичних та лікувально-діагностичних заходів. Тому для об’єктивізації аналізу професійної онкологічної захворюваності (“професійного раку”) в Україні необхідно передбачити в АІС “Профзахворюваність” окрему обробку даних щодо цієї групи патології шляхом кодування даних з використанням кодів МКХ-10 (C00 – C97), що дасть змогу проводити порівняльні дослідження з використанням різних баз даних про онкологічних хворих.

Висновки

Дослідженням встановлено, що у реєстрації професійної онкологічної патології в Україні існує неповний облік таких хворих внаслідок існуючих організаційних та технологічних причин. Для удосконалення обліку професійної онкологічної захворюваності в Україні необхідно рекомендувати:

– підсилити контроль за повнотою направлення інформації про встановлені випадки професійних онкологічних захворювань до АІС “Профзахворюваність” МОЗ України та розробки системи єдиної кумуляції всіх випадків професійних захворювань в Україні із забезпеченням оперативного включення та виключення даних про відміну чи / та відновлення професійного характеру онкологічних захворювань населення України, відповідно до рішень судів. Розробити систему моніторингу за такими випадками на регіональному та обласному рівнях;

– ввести пріоритетність обліку професійних захворювань в АІС “Профзахворюваність” МОЗ України за кодами МКХ-10, для чого внести відповідні зміни до “Повідомлення про професійне захворювання (отруєння)” (форма П-3):

“Найменування основного, супутнього діагнозів та їх код згідно з МКХ-10”;

– внести зміни до Класифікатора діагнозів АІС “Профзахворюваність” МОЗ України відповідно до наведених рекомендацій;

– передбачити можливість окремого аналізу професійної онкологічної захворюваності населення України з використанням бази даних АІС “Профзахворюваність” МОЗ України;

– розробити систему технічної та інформаційної сумісності баз даних АІС “Профзахворюваність” із Національним канцер-реєстром України Інституту онкології АМН України, базою суцільного епідеміологічного моніторингу за хворими на “професій рак” Інституту медицини праці АМН України тощо, забезпечити обмін даними між базами та проведення інтегрального аналізу даної групи професійної патології.

Список літератури

1. Державна програма “Онкологія” на 2002–2006 р. / Постанова Кабінету Міністрів України від 29 березня 2002 р. № 392.
2. Нагорна А.М., Варивончик Д.В. До проблеми удосконалення системи виявлення та реєстрації хворих на професійний рак в Україні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – №1. – С. 25–28.
3. Нагорна А.М., Варивончик Д.В. Стратегія профілактики професійно-обумовленої онкологічної патології серед працездатного населення України: Зб. наук. праць: “Проблеми військової охорони здоров'я”. – 2006. – Вип. 16. – С. 410–421.
4. Нагорна А.М., Варивончик Д.В., Степаненко А.В. та ін. Особливості системи реєстрації хворих на професійний рак в Україні // Експериментальна и клиническая медицина (Харьков). – 2005. – №3. – С. 91–93.
5. Рак в Україні, 2004–2005: Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З.П.Федоренко, Л.О.Гулак, Є.Л.Горох, О.В.Сумкіна та ін. // Бюлетень Національного Канцер-реєстру України. – 2006. – №7. – 97 с.
6. Information on IARC can be found on the International Agency for Research on Cancer (IARC). – Website at www.iarc.fr.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

А.Н. Нагорная, Д.В. Варивончик, П.М. Витте, А.В. Степаненко, Л.М. Грузова, М.П. Соколова, О.И. Кириченко (Киев)

В период 1992–2005 гг. государственная регистрация пациентов с профессиональной онкологией была неполной (25,4% пациентов не были зарегистрированы в информационной системе “Профессиональные заболевания” Министерства здравоохранения Украины). Основными причинами этого были: снижение доступности населения к медицинской помощи, оказываемой при профессиональной онкологии, несоответствие диагнозов МКБ-10 в информационной базе, изменение статуса пациента. Предложения касаются улучшения деятельности по регистрации пациентов с диагнозом “профессиональный рак”, адаптации базы данных к МКБ-10, проведения интегрированного анализа заболеваемости населения с использованием других национальных регистров Украины.

STATE REGISTRATION OF PROFESSIONAL ONCOLOGICAL PATHOLOGY OF UKRAINIAN POPULATION AND WAYS OF ITS IMPROVING

A.N. Nagorna, D.V. Varyvonchik, P.M. Vitte, A.V. Stepanenko, L.M. Gruzova, M.P. Sokolova, O.E. Kyrychenko (Kiev)

It was established by conducted study, that in period 1992–2005 state registration of occupational oncological patients was not full (25.4% of patients were not registered in information system “Occupational diseases” of Ministry of Health of Ukraine). Main reasons of this were: decreasing of population availability to occupational pathology care, non adequacy of diagnoses to ICD-10 diseases classification in the information base, status of patients changes by court decree. Propositions were developed concerning of improving activity of patients registration with diagnosis “Occupational cancer”, data base adaptations to ICD-10, conduction of integrated analysis of population morbidity with using other national registers of Ukraine.

УДК 61:316

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ІНТЕГРАЦІЇ УКРАЇНИ В ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СОЮЗ

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

Державний медичний університет (Тернопіль, Україна)
Державний економічний університет (Тернопіль, Україна)

На тлі беззаперечних успіхів сучасної медичної науки і практики загальну тривогу викликає зростання онкологічних, серцево-судинних захворювань, туберкульозу, діабету, тенденція до їх "помолодіння" та хронізації перебігу. Усе це має безпосереднє відношення до населення України. Так, публікація матеріалів доповіді Робочої групи Європейського товариства кардіологів зі статистики серцево-судинної захворюваності та смертності (2004) дала змогу привернути увагу соціологів і медиків до цих катастрофічних показників на теренах України. Так, за цими даними, смертність від усіх причин у Європейських країнах в останнє десятиріччя (на 100 тис населення) становила: в Ісландії – 1169, Швеції – 1234, Греції – 1248, Норвегії – 1396, Англії – 1506, Болгарії – 2101, Польщі – 2500, Росії – 2881, Україні – 2940 (!). Як видно, останні показник вдвічі перевищує аналогічний в країнах Європи. Левову частку (54,1 %) серед причин смертності займає смертність від серцево-судинних захворювань.

Звідси – чимало важливих питань. Чому в Україні неухильно зменшується тривалість життя? Чому прогнозується подальше зниження цього показника? Чому населення України неухильно зменшується і натепер становить лише 47 млн чоловік (із 52 млн на час набуття незалежності)? Чому, наприклад, частота інсультів в Україні перевищує аналогічний показник у розвинутих країнах Європи в 11-13 разів?

У чому полягають причини такого парадоксу, по суті, кризи нашої медицини?

Причин багато, однак перш за все їх слід розглядати у соціальній площині, так як відомо, що заходи медичного характеру спроможні позитивно вплинути на стан здоров'я населення лише у межах 10-12 % (6).

1. До особливостей розвитку України слід віднести специфіку кризових явищ. Ця специфі-

ка полягає у тому, що у свій час була зроблена ставка на руйнацію економічного комплексу як складової частини колишнього СРСР заради досягнення незалежності (загалом економічна криза у класичному розумінні цього слова трактується як циклічне явище, зумовлене перевиробництвом). Найбільш несприятливі наслідки цієї кризи проявилися у соціальній сфері, і вони абсолютно аналогічні "великій депресії", відомій з історії США довоєнних часів: припинення дії механізмів регулювання державного медичного забезпечення, пенсійних гарантій, оплати праці, зберігання заощаджень населення і т.д.

2. Постійне погіршення екологічної ситуації (відсталість основних технологій виробництва і споживання, а звідси – зростаюче забруднення довкілля, попадання великої кількості ксенобіотиків (отрутохімікати, консерванти, харчові добавки) у продукти харчування. Наслідком цього є збільшення тривалості та інтенсивності контакту організму з чужорідними речовинами, для нейтралізації яких в організмі немає ефективних засобів детоксикації. Це приводить до додаткового навантаження на провідні системи організму, які забезпечують гомеостаз – серцево-судинну, дихальну, імунну, видільну. Такий контакт особливо небезпечний для вагітних, оскільки він перешкоджає правильному розвитку плода і збільшує ризик народження дитини уже з вадами розвитку. А якщо врахувати, що тривалий вплив малих доз радіації, як відгомін Чорнобиля, супроводжується відхиленнями в діяльності генетичного апарату людини, то загроза виродження населення України стає цілком реальною.

3. Економічна нестабільність суспільства, яка приводить до погіршення умов життя (теплого та світлового режимів, якості харчування) та праці, наявність постійного нервового перенапруження, пов'язаного зі соціальною

незахищеністю людини, чиновницькою та судовою вакханаліями, невпевненістю в завтрашньому дні, страхом захворіти і залишитися жебраком, загрозою закриття виробництва та скорочення, відсутністю заощаджень на "чорний" день у зв'язку з некоректною політикою держави щодо вкладів населення у колишні ощадбанки тощо.

4. Катастрофічно загрозливе скорочення державних асигнувань на потреби медичної науки і практики, що суттєво зменшило кількість та якість проведення принципово важливих досліджень, спрямованих на розробку нових методів лікування та профілактики поширених захворювань людини, до мінімуму скоротило творчі контакти вчених України зі зарубіжними колегами, а також упровадження уже розроблених технологій лікування і профілактики на теренах України. Доведено, що нормальне фінансування системи охорони здоров'я є можливим лише за умови виділення на ці потреби 10-12 % валового національного продукту. Цей показник в Україні за усі роки незалежності не перевищував 3 %, а у бюджеті розвитку держави на 2006 рік він знову складає лише 3,3 % і 67 % від належного (6). До неприпустимо низького рівня зменшився також гарантований державою обсяг надання невідкладної медичної допомоги при захворюваннях або нещасних випадках. У силу дорожнечі у переліку ліків, дозволених для закупівлі органами охорони здоров'я, відсутні дійсно ефективні засоби, які спроможні радикальним чином змінити на краще перебіг хвороби.

Підкреслимо, що ці соціальні причини повністю нівелюють усі спроби вчених і практичних лікарів хоч як-небудь стабілізувати показники здоров'я населення.

Вкажемо і на деякі медичні аспекти кризового стану медицини.

1. Численні клінічні та експериментальні дослідження призвели до накопичення великої кількості фактів з лише поодинокими спробами їх узагальнення та створення теорії здоров'я та хвороби людини. Звідси - створення вузькопрофільних відділень, де проводиться лікування переважно хворого органа або системи.

2. Обмежене застосування в сучасній медицині засобів впливу на природні системи захисту організму (адаптація і перехідні процеси, які виникли у процесі еволюції людини і спрямовані на збереження життя індивіда в умовах нестабільного зовнішнього середовища (4) та перенесення акценту в лікуванні на штучно створені лікарські засоби.

3. Повне ігнорування в соціальних умовах життя і праці, а в клініці - при захворюванні,

існування універсальних, суворо індивідуальних біологічних ритмів. Власне тому виникає значна частка ускладнень і побічних проявів, коли, здавалося б, засіб був призначений вчасно та в адекватній дозі. Із процесами біоритмів тісно пов'язана і проблема впливу на людину геліофізичних факторів - сонячної активності, змін магнітного поля Землі тощо. Однак рекомендації медиків з цих питань зводяться до популярних публікацій в газетах та журналах про несприятливі дні.

4. Недооцінка фактора харчування, як надзвичайно вагової ланки зв'язку організму зі зовнішнім середовищем, та його використання для профілактики і лікування захворювань внутрішніх органів. Достатньо згадати про високу ефективність спеціальних дієт при захворюваннях нирок, печінки, серця. Не менш парадоксальним на цьому тлі є визнання високої ефективності дозованого лікувального голодування (розвантажувально-дієтичної терапії, РДТ) при різноманітній патології внутрішніх органів (гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма, захворювання системи органів дихання, суглобів, гепато-біліарної зони, алергія тощо (3,5,7,10).

5. Незадовільний рівень санітарно-просвітницької роботи, яка загалом носить декларативний і неконкретний характер і тому неефективна.

Реальні шляхи виходу з даної ситуації, перш за все, в соціальній площині, вбачаються в економічній інтеграції України і Європейський Союз.

Аспекти цієї інтеграції наступні:

1. Визнання Європейським товариством, а також керівництвом нашої держави, боротьби з катастрофічним зростанням захворюваності і смертності населення України пріоритетним напрямком державної політики в галузі медицини з відповідним економічним підґрунтям для забезпечення такої програми: широке ознайомлення з існуючими новітніми європейськими медичними технологіями та їх залучення до лікування та профілактики захворювань; розробка власних технологій з урахуванням специфіки регіону (йоддефіцит, наявність зони радіаційного забруднення, несприятлива екологія тощо); створення умов для співпраці вітчизняних вчених, навчання талановитої молоді, спеціалістів в лабораторіях та інститутах Європейської спільноти.

2. Цілеспрямоване залучення інвестицій європейських держав для поліпшення екологічних умов зовнішнього середовища життя та праці населення України в цілому з наближенням його основних параметрів (освіт-

леність, температура, вологість, радіаційний фон, вміст ксенобіотиків у продуктах харчування, воді та повітрі) до європейських стандартів.

3. Упровадження вже існуючих у більшості країн Європи нових форм та методів надання медичної допомоги населенню – страхової, приватної, сімейної з урахуванням сучасного стану економіки України. Акцент, з нашої точки зору, слід змістити на сімейну та страхову медицину. Загальноприйнятою тенденцією розвитку медицини у світі є пріоритетне забезпечення фінансами (80 %) і кадрами працівників первинної ланки охорони здоров'я – сімейних лікарів. Як свідчать дані ОЕСР (Організації Економічної Співпраці і Розвитку, Париж, Франція), в Україні кількість стаціонарних ліжок становить 24,3 на 100 чоловік, в ОЕСР – 5,5; ліжкоднів – відповідно – 4 і 0,7; тривалість стаціонарного лікування – відповідно 14,1 та 6,1 днів. Тобто, скорочення кількості лікарень та лікарів та перенесення акценту в лікуванні на амбулаторний етап натеper є найоптимальнішим шляхом вирішення проблеми поліпшення медичної допомоги за умови обмеженого державного фінансування. Однак до цього часу не врегульовані на законодавчому рівні окремі важливі аспекти їх діяльності, як от: правове забезпечення можливості займатися приватною медициною, фінансове та інструментальне забезпечення його фактично цілодобової роботи, право вибору пацієнтом свого сімейного лікаря незалежно від територіальної належності та ін.

З нашої точки зору, слід також на державному рівні розробити і запровадити у життя механізм відрахувань на обов'язкове медичне страхування. Наша позиція аргументується тим, що орієнтовно 40 % населення – люди здорові, яким медична допомога фактично не потрібна, ще 40 % мають незначні відхилення від нормального стану, корекція яких не потребує значних витрат. Основний тягар економічних витрат лягає на тих 20 %, що залишилися, причому кожен четвертий з цієї групи потребує, як правило, тривалого стаціонарного лікування. Таким чином, витрати на медичну допомогу в середньому могли б складати приблизно 3 гривні на місяць на кожного жителя без урахування його економічного стану.

4. Залучення до фінансування наукових досліджень в галузі медицини недержавних коштів. Європейська практика засвідчує, що це досить суттєве та цілком реальне джерело фінансування сучасної медицини. Першими кроками такої інтеграції є використання коштів

профільних фармацевтичних фірм для проведення рандомізованих досліджень, апробації лікарських середників, участі вчених і практичних лікарів в роботі міжнародних симпозіумів, конференцій, конгресів. Стосовно України, то суттєвою фінансовою підмогою могли б стати благодійні внески підприємців, української діаспори, добровільні внески окремих громадян.

5. Введення в дію стратегічного плану взаємозбагачення і професійного росту шляхом обміну у галузі медичної освіти. Дотепер, традиційно, соціальний статус та "випадковість" місця народження мали більш вирішальний вплив на можливість здобуття дійсно вищої освіти, ніж справжні здібності людини. На цьому етапі розвитку Європейської спільноти виникла можливість відкрити двері освітніх можливостей для бідних та загального населення кожної країни: обмін викладачами і студентами, запровадження достатнього фінансового забезпечення такого обміну, уніфікація навчальних програм, дисциплін та створення однакових підручників. Доцільною слід вважати перебудову системи навчання в українській вищій медичній школі і впровадження новітніх технологій у процес відбору абітурієнтів та навчання студентів. Студентів-неуків, які вчать без належного бажання на медичних факультетах, слід без жалю відраховувати, причому кількість відрахованих студентів повинна свідчити про принциповий підхід до навчання і слугувати на користь вузу, а не навпаки. Це обійдеться набагато дешевше у перспективі, коли такий неук стане лікарем і буде вершити людські долі.

Вирішення інших аспектів проблеми поліпшення здоров'я населення України витікає безпосередньо із вищевикладеного і ґрунтується на проведенні спільних з науковцями інших європейських держав комплексних досліджень, вкрай актуальних для України:

1. Подальше вивчення особливостей виникнення, перебігу та лікування захворювань внутрішніх органів в умовах несприятливого радіаційного фону, пов'язаного з Чорнобилем.

2. Розробка універсальної концепції здоров'я та хвороби людини. В її основі повинна бути уява про людину, як складну, замкнуту, багато контурну систему, яка складається з великої кількості підсистем з механізмами прямого та зворотного зв'язку (1).

3. Подальша розробка способів тренування власних механізмів захисту організму, використовуючи принципи адаптації та перехідних процесів, наприклад, за допомогою дієти, РДТ, клімато-, бальнеотерапії, прийому адаптогенів,

антиоксидантів, автогенного тренування, фізичних вправ.

4. Науково обґрунтоване вивчення ефективності способів та методів народної медицини, враховуючи аналогічний досвід інших країн Європи і припинення анархії на рівні МОЗ у справі видавання ліцензій на право займатися лікарською діяльністю.

5. Активне і наполегливе введення стандартів лікування (8), які ґрунтуються на засадах доказової медицини, що відразу відсіє від “корита” ділків від медицини та недобросовісні фармацевтичні фірми разом з їх покровителями.

6. Перебудова санітарно-просвітницької діяльності на зразок економічно розвинутих країн:

- навчання навичкам здорового способу життя в дитячому та юнацькому віці;

- пропаганда здорового способу життя у соціальних популяціях людей, об'єднаних спільним укладом життя або специфікою праці;

- зміна пасивного (!) відношення людини до свого здоров'я. Усі суспільні системи виробництва та розподілу матеріальних благ повинні функціонувати так, щоб людині було не вигідно хворіти, щоб підтримати (у тому числі і матеріально !) зацікавленість людини в збереженні здоров'я у доброму стані;

- створення суворо індивідуальної для кожної людини програми профілактики захворювань з усуненням впливу уже добре відомих ушкоджувальних факторів (алкоголь, паління, зловживання кавою, гіподинамія);

- надання та виконання людиною рекомендацій стосовно вибору професії з урахуванням показників психофізіологічних та професійних тестів.

А от втілення в життя такої індивідуальної програми профілактики захворювань можливе лише за наявності сімейного лікаря, який найбільш повно обізнаний з характерологічними особливостями конкретного пацієнта та станом його здоров'я. Великий досвід у цьому напрямку мають такі країни, як Австрія, Данія, Франція, Швейцарія, Швеція.

Зрозуміло, що реалізація такої програми виходу медицини України з кризового стану вимагає і відповідного фінансового забезпечення на рівні держави.

Однак справа не тільки у фінансуванні галузі. Потрібне ще й розумне використання цих коштів! Візьмемо, для прикладу, справу закупівлі ліків. Директор Державного фармакологічного центру, виконавчий директор Асоціації фармацевтів України В.Т.Чумак (9) вказує, що натеper в Україні зареєстровано біля

15 тис препаратів за торговими назвами, із них засобів за діючою речовиною – дещо більше 2250. Так, у нас зареєстровано біля сотні торгових марок диклофенаку та ацетилсалицилової кислоти, причому за різних тестів біоеквівалентності (!) інструкції до їх вживання схожі як дві краплі води. А анархія у цій справі, яка до останнього часу існувала на рівні МОЗ ? Відсилаємо зацікавлені особи до інформації КРУ та Рахункової Палати: “За бюджетні кошти чиновники МОЗ України закупляли у “своїх” (!) фірм ліки для державних лікарень за цінами, які на 587 % (!) були вищі аналогічних ліків на нашому ринку, блокуючи можливість участі в тендерах інших фірм”. Загалом же результати перевірок свідчили про багатомільйонні (!) втрати бюджетних коштів, їх нераціональне використання. А фінал? Один із високопосадовців МОЗ рішенням Печерського районного суду підданий адміністративному стягненню в розмірі 510 (!) гривень (“Дело врачей”.- Газ. “2000” від 4.02.2005 р, блок В). А через брак бюджетних коштів населення не може сподіватися на відшкодування вартості ліків, яке натеper не перевищує 2,7 %, у той час як за кордоном цей показник становить 70 % (9). Чи не звідси – втрата надії пацієнта на можливість вилікування традиційними методами та зростання зацікавленості до нетрадиційної медицини. Ця “ніша” тут же заповнилася армією “білих” і “чорних” магів, чаклунів, провидців та цілителів місцевого і міжнародного класів, здатних знімати наговори, прокляття, чари, виправляти карму, заряджати воду, шампуні, лікувати усі хвороби – від вад серця до шизофренії. Зацікавленість публіки підігривається їх вдалою рекламою у пресі. Ми вже не говоримо про некоректну рекламу ліків на телебаченні та повну анархію при видачі більшості ліків в аптеках без рецептів, коли провізор може внести корекцію в лікування пацієнта, теж виходячи з інтересів певної фірми.

Так, в Україні прийнята “Концепція розвитку охорони здоров'я”. Однак і далі негативний вплив на стан здоров'я населення спричиняють все зростаюче забруднення довкілля, сумнівної якості харчові добавки та отрутохімікати у продуктах і загалом незбалансоване за вітамінним та мікроелементним складом харчування, радіаційний фон як відлуння Чорнобиля, реклама пива на телебаченні, закриття спортивних залів і відсутність елементарних умов для заняття спортом у школах, ріст наркоманії, некероване захоплення молоді комп'ютерними іграми зі садистським нахилом та ін. Невже усе це складові вказа-

ної “Концепції”? А майже жебрацька оплата праці лікарів (29-е місце в таблиці галузевих зарплат) - це теж з цієї ж “Концепції”?

Не можна не торкнутися й іншої проблеми складової здоров'я, яка має відношення до соціуму. Справа іде про духовність суспільства. Духовний рівень організації людини (2), важко піддається кількісному аналізу, однак він (точніше, бездуховність) є провідним в зростанні показників смертності населення у країнах бывшего СРСР. Причому у цей критерій не слід вкладати тільки релігійний зміст (хоча це важливо!). Під духовністю розуміють особливий стан психіки, який спрямований на усвідомлення суті життя і бажання жити, свого місця в цьому житті, визначення критеріїв

добра і зла для оцінки людей та подій. Тому, навіть якщо зробити українців в декілька разів багатшими, зберігши теперішню соціальну атмосферу (байдужість, егоїзм, різке розширення суспільства на супербагатих та супербідних, невпевненість в завтрашньому дні, абсолютна незахищеність людини перед чиновницькою вакханалією, страх захворіти і перетворитися на жебрака, несправедливий суд) важко розраховувати на поліпшення демографічної ситуації в цілому. Тому реалізація програми виходу із кризи вимагає, як видно, не тільки значних зусиль державних інститутів влади, вчених, практичних лікарів, але і кожної людини, однак альтернативи їй немає - адже справа йде про майбутнє нації.

Література

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: Медицина, 1980.- 160 с.
2. Апанасенко Г.Л. Валеология в решении демографической катастрофы в Украине. “Здоров'я України”.- № 10 (95) травень, 2004.
3. Бакалюк О.И. Швед Н.И. Патент РФ № 2061473 “Способ лечения ревматоидного артрита”.
4. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации.- Новосибирск, 1980.- 190 с.
5. Кузів П.П. Розвантажувально-дієтична терапія деяких хронічних захворювань гепатобіліарної та гастроуденальної зон. Автореферат дис.д.м.н. К., 1993.- 46 с.
6. Коваленко В.М., Дорогой А.П. Хвороби системи кровообігу в Україні: проблеми і резерви збереження здоров'я населення. “Здоров'я України”, № 18 (103), вересень, 2004.
7. Сараев В.Г. Роль физиологически активных веществ распада биологии животных и человека// Успехи физиологических наук.- 1974.- том 5.- № 4.- С. 96-129.
8. Скакун М.П. Основи доказової медицини. Тернопіль: Укрмедкнига, 2005.-243 с.
9. Чумак В.Т. На чем плывет Украина к мировым стандартам оборота лекарственных средств? “Здоров'я України”, № 1-2 (134-135), січень, 2006.
10. Conradi E. Erfahrungen über das Blutdruckverhalten während klinischer Fastenbehandlung. Ztschr.inn. Med.- 12: 369-372, 1999.

Реферат

В работе изложены новые подходы, касающиеся проблемы медико-социальной интеграции Украины в Евросоюз.

Раскрыты социальные причины ухудшения медицинской ситуации в Украине, которая характеризуется катастрофическим уменьшением количества населения и сокращением продолжительности жизни; конкретизированы пути медико-социальной интеграции Украины в Евросоюз, имеющие своей целью преодолеть кризис медицины.

Summary

The new approaches concerning the medico-social integration of Ukraine into Euro Union (EU) are presented in the article.

The social reason of worsening medical situation in Ukraine, characterized by catastrophic decreasing of population amount and reducing of life duration are revealed in the article. The aim of medico-social Ukraine integration into EU is overcoming of medical crisis.

В.М. ЯКИМЕЦЬ (Київ)

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНО-ПОБУТОВИХ УМОВ ВЕТЕРАНІВ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ ТА ПРИРІВНЯНИХ ДО НИХ КОНТИНГЕНТІВ

Лікарня відновного лікування МВС України

Вихід на пенсію, що характерно для учасників Великої Вітчизняної війни та прирівняних до них контингентів, пов'язаний з такими серйозними змінами, як зниження рівня матеріального забезпечення, звуження рамок соціальних і дружніх контактів, зміна інтересів, втрата старих і одержання нових ролей у сім'ї [1;3].

Проблеми ситуації, коли в сім'ї проживає людина, яка потребує сторонньої допомоги та є психічно неврівноваженою, не можуть регулюватись державними органами чи спеціальними організаціями. Сім'я, в якій людина виходить на пенсію, переживає певну кризу і має подолати її сама [4;5].

Здорові і працездатні члени сім'ї повинні поступатися частиною своїх прав, звичок, взяти на себе нові опікунські клопоти, задовольнити потреби неповністю функціонуючої людини [6].

Розв'язання усіх цих проблем на практиці потребує багатосторонніх дій. І передусім це потреба переходу до полегшеної праці, що дає змогу пенсіонеру вийти за межі сім'ї, знайти основи господарської самостійності.

Вирішення названих питань нерозривно пов'язано зі станом здоров'я ветеранів, здатності

до трудової і соціальної адаптації, рівня залишкової працездатності, і на кінець, від особливостей сімейно-побутових умов проживання [2].

Мета дослідження – вивчити особливості сімейно-побутових умов ветеранів Великої Вітчизняної війни та прирівняних до них контингентів як основи для планування потреби в соціальній допомозі.

Методи та матеріали. Під час дослідження використовувався медико-соціологічний метод. За допомогою спеціально розробленої анкети було обстежено 300 ветеранів Великої Вітчизняної війни та 100 осіб контрольної групи.

Для обробки одержаних результатів використовувався клініко-статистичний метод обробки даних за допомогою прикладної програми Statistic for Windows 6.0.

Результати та їх обговорення. Спочатку вивчалось сімейне становище ветеранів війни та осіб контрольної групи за такими показниками: перебування в першому шлюбі, в другому, в третьому; ніколи не перебував, вдівці. Одержані в ході дослідження дані наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Сімейне становище ветеранів війни та осіб контрольної групи (%)

Перебування у шлюбі	Група											
	Похилий вік			Старечий вік			Довгожителі			Контрольна		
	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
Вперше	64,8	51,4	61,0	56,3	26,9	47,4	0	25,0	16,7	68,9	58,2	63,0
Вдруге	13,6	8,6	12,2	10,1	9,6	9,8	0	0	0	13,3	7,3	10,0
Втретє	0	0	0	0,8	3,8	1,8	0	0	0	2,2	3,6	3,0
Ніколи не перебував	0	5,7	1,6	0	5,9	1,8	0	0	0	2,2	3,6	3,0
Вдовець (вдовиця)	21,6	34,3	25,2	32,8	53,8	39,2	100	75,0	83,3	13,4	27,3	21,0

Як видно з даних таблиці 1, переважна більшість ветеранів війни, за винятком довгожителів та осіб контрольної групи, перебува-

ють в першому шлюбі. Причому, з віком рівень цього показника прогресивно зменшується. Найбільше число вперше одружених зареєст-

ровано в контрольній групі. Звертає на себе увагу, що кількість осіб, які перебувають у першому шлюбі, значно більша серед чоловіків, ніж серед жінок. Такий показник у всіх групах, за винятком довгожителів.

Ті, що втратили чоловіка (жінку) в зв'язку зі смертю, є у всіх групах. Переважає показник втрати чоловіка. Це пояснюється тим, що жінки

живуть довше. І обставини, пов'язані з війною, тут суттєвого значення не мають.

При аналізі тих, хто ніколи не перебував у шлюбі, визначили: у всіх групах домінують жінки; вік особливого значення тут не має. Серед тих, хто одружений вдруге, домінують чоловіки у всіх вікових групах. Серед довгожителів таких, що не перебували в шлюбі немає (таблиця 2).

Таблиця 2. **Особливості проживання ветеранів війни та осіб контрольної групи (%)**

Особливості проживання	Група											
	Похилий вік			Старечий вік			Довгожителі			Контрольна		
	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
Одинок	14,8	45,7	23,6	26,9	51,9	34,5	100	25,0	50,0	24,4	16,4	20,0
Удвох	48,9	25,7	42,3	43,7	11,5	33,9	0	0	0	37,8	38,2	38,0
Троє-четверо	19,3	17,2	18,7	21,0	23,1	21,7	0	50,0	33,3	24,4	23,6	24,0
П'ятеро і більше	17,0	11,4	15,4	8,4	13,5	9,9	0	25,0	16,7	13,4	21,8	18,0

Як бачимо з таблиці 2, здебільшого ветерани війни і респонденти контрольної групи проживають удвох, причому з віком є стійка тенденція до зменшення кількості осіб у цій групі. Так, у похилому віці – 42,3%, в старечому – 33,9%, серед довгожителів – 0%, в контрольній групі – 38,0%. Звертає на себе увагу, що у всіх вікових групах і в контрольній також домінують чоловіки. На другому місці за кількістю – ті, що проживають одинок. Число цих респондентів з віком стабільно збільшується. Так, у похилому віці – 23,6%, у старечому – 34,5%, довгожителів – 50,0%, в контрольній групі – 20,0%. При порівнянні чоловіків і жінок серед ветеранів війни жінок похилого і старечого віку

набагато більше. Серед довгожителів, навпаки, 100% чоловіків, а 25,0% жінок, в контрольній групі більше чоловіків. На цей показник впливає як вік, так і обставини, пов'язані з війною.

Проживають в умовах збільшеної скупченості 3–4, 5 і більше – в групі похилого і старечого віку переважно чоловіки, а серед довгожителів – жінки. Цю обставину не варто пов'язувати з війною. У контрольній групі зберігається загальна тенденція для цих вікових груп.

Особливе значення в дослідженні сімейних умов життя має проблема дітей (таблиця 3). При дослідженні цієї проблеми ми вивчали такі питання: кількість дітей та місце їхнього проживання.

Таблиця 3. **Діти ветеранів війни та осіб контрольної групи (%)**

Діти	Група											
	Похилий вік			Старечий вік			Довгожителі			Контрольна		
	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
Кількість:												
- одна	20,5	34,3	24,4	13,4	11,5	12,8	50,0	50,0	50,0	13,3	10,9	12,0
- дві	38,6	37,1	38,2	47,1	48,1	47,4	50,0	50,0	50,0	46,7	52,7	50,0
- три-чотири	35,2	17,1	30,1	28,6	26,9	28,1	0	0	0	28,9	27,3	28,0
- п'ять і більше	4,6	2,9	4,1	5,0	3,8	4,7	0	0	0	4,4	3,6	4,0
Не було	1,1	8,6	3,2	5,9	9,7	7,0	0	0	0	6,7	5,5	6,0
Живі	92,0	88,6	91,1	87,4	80,8	85,4	100	100	100	86,7	87,3	87,0
Померли	8,0	11,4	8,9	12,6	19,2	14,6	0	0	0	13,3	12,7	13,0
Проживають окремо:												
- немає таких	14,5	11,4	13,8	11,8	9,6	11,1	0	25,0	16,6	13,3	7,3	10,0
- у цьому ж населеному пункті	34,5	57,2	40,7	50,4	50,0	50,3	50,0	75,0	66,8	37,8	43,6	41,0
- в іншому місті	51,0	31,4	45,5	52,1	46,2	50,3	50,0	0	16,6	57,8	61,8	60,0

Аналізуючи дані таблиці 3, видно, що у всіх вікових групах ветеранів війни, в тому числі і в контрольній групі, переважають ті, що мають двох дітей. Суттєвої різниці щодо цього питання між жінками і чоловіками простежити не вдалось. На другому місці серед респондентів похилого і старечого віку, а також в контрольній групі перебувають ті, що мають трьох-чотирьох дітей. Причому цей показник з віком має тенденцію до зменшення, серед довгожителів таких осіб немає. Чоловіків у цій групі більше, ніж жінок у всіх вікових групах. Така ж тенденція спостерігається в іншій багатодітній групі (5 і більше дітей). Багатодітність не сприяє продовженню життя, особливо жінок. В групі “одна дитина” серед респондентів похилого віку – 24,4%, старечого – 12,8%, серед довгожителів – 50,0%, в контрольній групі – 12,0%. Серед досліджуваних, хто не мав дітей зовсім, у всіх категоріях, крім контрольної групи, переважають жінки. З віком цей показник зростає.

У розділі “виживання дітей” відмічається таке: виживало дітей набагато більше, ніж вмирало. У всіх вікових групах щодо цього суттєвої різниці між чоловіками та жінками немає. Певний виняток можуть складати респонденти старшої групи; серед усіх живих чоловіки становили 87,4%, жінки – 80,8%. Рівень виживання в похилому віці складає 91,1%, в старечому – 85,4%, серед довгожителів – 100%, у контрольній групі – 87,0%. Ці показники не можна пов'язати з участю у війні та віковими особливостями. Швидше за все, це залежить від соціально-побутових умов сімей і рівня здо-

ров'я дітей та надання медичної допомоги. Але на тривалість життя батьків певним чином впливає смерть дітей.

Вивчаючи питання проживання ветеранів та прирівняних до них осіб стосовно мешкання їхніх дітей, слід зазначити: в похилому віці переважають ті, що проживають в іншому місті (45,5%), в старечому – однакова кількість тих, що живуть в тому ж самому населеному пункті (50,3%); серед довгожителів – у тому самому місті, в контрольній групі – в іншому місті. В групі, що проживають діти разом з батьками, переважають довгожителі. Можна зробити висновки, що постійне спілкування з дітьми сприяє продовженню життя. Аналізуючи місце проживання батьків і дітей серед чоловіків і жінок, видно таку картину: в групі похилого віку, що проживають в іншому місці, переважають чоловіки, в старечому і в довгожителів така ж ситуація, в контрольній групі – навпаки. В групі похилого віку, що проживають в одному ж населеному пункті, переважають жінки, в старечому – суттєвої різниці немає, серед довгожителів та в контрольній групі – жінки. Ця проблема не медико-геронтологічна і від участі у війні не залежить, а, швидше за все, – соціально-побутова.

При вивченні проблеми сімейно-побутових умов учасників Великої Вітчизняної війни та осіб контрольної групи велике значення мають питання, пов'язані з соціальною активністю та ступенем родинних зв'язків одиноких осіб досліджуваної групи. Вивчаючи ці обставини, зважали на такі положення: наявність родичів, якщо такі є, то де вони проживають. Одержані дані наведені в таблиці 4.

Таблиця 4. **Наявність родичів в одиноких учасників війни та осіб контрольної групи (%)**

Наявність родичів	Група											
	Похилий вік			Старечий вік			Довгожителі			Контрольна		
	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього
Немає	30,8	18,8	24,1	37,5	48,2	42,4	50,0	0	33,3	18,2	33,3	25,0
Є, проживають: -у даній місцевості	30,8	37,5	34,5	25,0	25,9	25,4	50,0	0	33,3	18,2	22,2	20,0
-в іншому місті	38,4	43,7	41,4	37,5	25,9	32,2	0	100	33,4	63,6	44,5	55,0

З таблиці 4 видно, що не мають родичів 24,1% людей похилого віку, 42,4% – старечого, 33,3% довгожителів, 25,0% осіб контрольної групи. Чоловіків у молодшому віці одиноких більше, з віком ця ситуація змінюється на протилежну. Серед тих, чиї родичі живуть в іншому населеному пункті, в зв'язку з чим контакт між ними обмежений, найбільше похилого віку,

з віком їхня кількість має тенденцію до зниження. В контрольній групі їх найбільше. Ця обставина пояснюється віковими особливостями. Співвідношення чоловіків і жінок виглядає в такий спосіб. У всіх категоріях досліджуваних похилого віку жінок більше, в старечому ситуація вирівнюється, і навіть в категорії тих, що проживають в іншому населеному

пункті, жінок менше. Серед довгожителів тенденція зберігається з попередньою закономірністю. Ця проблема соціальна і майже не пов'язана з війною та станом здоров'я. Однак слід відмітити, що рівень спілкування одиноким певним чином впливає на формування стереотипу старості.

У таблиці 5 наведені дані про задоволеність житловими умовами ветеранів війни та осіб контрольної групи.

Таблиця 5. **Задоволеність своїми житловими умовами (%)**

Задоволеність житловими умовами	Група											
	Похилий вік			Старечий вік			Довгожителі			Контрольна		
	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього
Так	59,1	74,3	63,4	52,9	76,9	60,2	0	100	66,7	48,9	52,7	51,0
Ні	40,9	25,7	36,7	47,1	23,1	39,8	100	0	33,3	51,1	47,3	49,0

З наведених даних таблиці 5 видно, що в цілому рівень задоволеності ветеранів війни вищий, ніж осіб контрольної групи. Це пояснюється тим, що ветеранам війни з боку суспільства приділялося більше уваги, ніж особам контрольної групи. Рівень задоволеності житловими умовами жінок похилого віку вищий (74,3%), ніж чоловіків (59,0%), і з віком ця тенденція зберігається. Така картина і серед осіб контрольної групи. Це можна пояснити тим, що жінки менш вибагливі до себе і легше уживаються з оточуючими.

У таблиці 6 представлені дані подальшого вивчення житлових умов ветеранів війни та осіб контрольної групи. Охоплені дослідженням такі параметри: наявність саду, дачі, присадибної ділянки, домашніх тварин та птиці.

Таблиця 6. **Наявність у ветеранів війни та осіб контрольної групи дачі, саду, присадибної ділянки, домашніх тварин, птиці (%)**

Домашнє господарство	Група											
	Похилий вік			Старечий вік			Довгожителі			Контрольна		
	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього
Дача, сад	9,1	8,6	8,9	5,0	5,8	5,3	0	25,0	16,7	4,4	0	2,0
Присадибна ділянка, город	35,2	28,6	33,3	41,2	13,5	32,7	0	25,0	16,7	48,9	67,3	59,0
Домашні тварини, птиця	34,1	22,9	30,9	38,7	19,2	32,7	0	25,0	16,7	44,4	65,5	56,0
Відсутнє	40,9	45,7	42,3	49,6	65,4	54,4	100	50,0	66,7	33,3	16,4	24,0

З наведених даних таблиці 6 видно, що показник "відсутність присадибних ділянок і підсобного господарства" з віком зростає у всіх вікових групах. Це пояснюється віковими особливостями та погіршенням здоров'я з віком. У контрольній групі цей показник найнижчий, що пояснюється кращим фізичним станом осіб цієї групи, ніж ветеранів війни. У всіх вікових групах, за винятком довгожителів, чоловіки активніше за жінок працюють на підсобному господарстві. Така ж тенденція і в контрольній групі. Наявність присадибних ділянок та домашніх тварин приблизно однакова у всіх вікових групах і в контрольній.

У всіх вікових групах учасників війни активність чоловіків в утриманні підсобного господарства значно вища за жіночу. В контрольній групі бачимо зворотну картину, що також пояснюється кращим станом здоров'я жінок, минуле яких не обтяжене війною.

У таблиці 7 наведено результати вивчення типу житлових приміщень, в яких проживають ветерани війни та респонденти контрольної групи.

Таблиця 7. Тип житлового приміщення (%)

Тип житлового приміщення	Група											
	Похилий вік			Старечий вік			Довгожителі			Контрольна		
	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього
Комунальна квартира	15,9	20,0	17,1	8,4	23,1	12,9	0	25,0	16,6	13,3	1,8	4,0
Частина будинку	6,8	5,8	6,5	3,4	0	2,3	0	0	0	6,7	12,7	13,0
Власний будинок	53,4	37,1	48,8	60,5	36,5	53,2	100	50,0	66,8	57,8	60,0	59,0
Окрема квартира	23,9	37,1	27,6	26,9	40,4	31,0	0	25,0	16,6	20,0	25,5	23,0
Будинок-інтернат	0	0	0	0,8	0	0,6	0	0	0	2,2	0	1,0

З наведених даних таблиці 7 видно, що в загальному кращі умови життя за типом помешкання у всіх вікових групах, у т.ч. і в контрольній групі, переважають над гіршими. У всіх вікових групах має окрему квартиру або власний будинок переважає більшість ветеранів війни та осіб контрольної групи. Серед власників окремих квартир переважають жінки, а власних будинків – чоловіки. Мешканці будинків-інтернатів станов-

лять мінімальну частку в старечому віці (0,6%), в контрольній групі (1,0%) – виключно чоловіки.

У таблиці 8 представлені результати вивчення особливостей проживання ветеранів війни та осіб контрольної групи. Вивчення проводилось за такими параметрами: наявність окремої кімнати для ветеранів війни, особи контрольної групи в помешканні, кількість житлових кімнат у ньому.

Таблиця 8. Особливості проживання ветеранів війни та осіб контрольної групи (%)

Особливості проживання	Група											
	Похилий вік			Старечий вік			Довгожителі			Контрольна		
	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього
<i>Наявність окремої кімнати:</i>												
-так	83,0	91,4	85,4	83,2	90,4	85,4	100	50,0	66,7	82,2	85,5	84,0
-ні	17,0	8,6	14,6	16,8	9,6	14,6	0	50,0	33,3	17,8	14,5	16,0
<i>Кількість кімнат у помешканні:</i>												
-одна	10,2	14,3	11,4	7,6	17,3	10,5	0	25,0	15,6	15,6	5,5	10,0
-дві	31,8	51,4	37,4	37,8	38,5	38,0	100	0	20,0	20,0	27,3	24,0
-три	34,1	22,9	30,9	33,6	25,0	31,0	0	25,0	37,8	37,8	32,7	35,0
-чотири і більше	23,9	11,4	20,3	21,0	19,2	25,0	0	50,0	26,6	26,6	34,5	31,0

З наведених даних таблиці 8 видно, що у всіх вікових групах і у всіх категоріях досліджуваних значно переважають ті, що задоволені своїми житловими умовами, причому здебільшого жінки. Це ще раз підкреслює меншу вибагливість чоловіків до умов проживання.

Аналізуючи кількість кімнат у помешканні, бачимо, що переважають дво- та трикім-

натні квартири у всіх групах досліджуваних.

У таблиці 9 наведені результати дослідження забезпеченості житловою площею на одну людину. Вивчення проводилось за такими параметрами: до 10 м² на одного мешканця, 11–20 м², 21–30 м², 31–40 м², 41 м² і більше, не відповідає.

Таблиця 9. Житлова площа на одну людину в сім'ї (%)

Площа	Група											
	Похилий вік			Старечий вік			Довгожителі			Контрольна		
	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього
До 10 м ²	17,0	11,4	15,5	20,2	17,3	19,3	0	50,0	33,3	28,9	27,3	28,0
11–20 м ²	34,1	31,4	33,3	38,7	23,1	33,9	50,0	25,0	33,3	26,7	27,3	27,0
21–30 м ²	18,2	11,4	16,3	9,2	17,3	11,7	0	0	0	11,1	10,9	11,0
31–40 м ²	9,1	8,6	8,9	5,9	13,5	8,2	50,0	0	16,7	6,7	7,3	7,0
41 м ² і більше	12,5	11,4	12,2	5,0	7,6	5,8	0	0	0	4,4	5,5	5,0
Не відповіли	9,1	25,8	13,8	21,0	21,2	21,1	0	25,0	16,7	22,2	21,7	22,0

З наведених даних таблиці 9 видно, що переважна більшість респондентів забезпечені 11–20 м² та 21–30 м² на одного мешканця. Така ж картина характерна для всіх вікових і контрольної груп. Слід звернути увагу на тих, що не відповіли на питання: 13,8% осіб похилого віку, 21,1% – старечого, 16,7% довгожителів, 22,0% – контрольної групи, причому у всіх вікових групах жінок більше, ніж чоловіків. Зауважимо, що забезпеченість житловими умовами – 41 м² і більше в похилому віці становить 12,2%, в старечому – 5,8%, серед довгожителів таких немає, контрольна група –

5,0%. З цього можна зробити висновок, що забезпеченість житлом на високому рівні не сприяє продовженню життя.

У таблиці 10 представлені результати дослідження занять домашньою працею ветеранів війни та осіб контрольної групи. Вивчення проводилось за такими параметрами: займаюся домашньою працею, не займаюся, займаюся легкою працею, займаюся тяжкою працею. Крім того, вивчалась втомлюваність досліджуваного контингенту від домашньої праці за такими критеріями: не втомлююся, втомлююся у вихідні дні, втомлююся у будні дні, втомлююся постійно.

Таблиця 10. Домашня праця ветеранів війни та осіб контрольної групи (%)

Показник	Група											
	Похилий вік			Старечий вік			Довгожителі			Контрольна		
	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього
<i>Заняття домашньою працею:</i> не займаюся	35,2	20,0	30,9	44,5	19,2	36,8	100	50,0	66,7	28,9	5,5	16,0
займаюся - легкою працею	35,2	62,9	43,1	32,8	57,7	40,4	0	50,0	33,3	28,9	23,6	26,0
-тяжкою працею	29,6	17,1	26,0	22,7	23,1	22,8	0	0	0	42,2	70,9	58,0
<i>Втомлюваність:</i> не втомлююся	27,3	17,1	24,4	42,0	13,5	33,3	100	25,0	50,0	35,6	14,5	24,0
втомлююся -у вихідні	6,8	8,6	7,3	5,1	1,9	4,1	0	0	0	4,4	5,5	5,0
-у будні	18,2	22,9	19,5	9,2	17,3	11,7	0	25,0	16,7	33,3	36,4	35,0
-постійно	47,7	51,4	48,8	43,7	67,3	50,9	0	50,0	33,3	26,7	43,6	36,0

З наведених в таблиці 10 даних видно, що переважають ті респонденти, що займаються домашньою працею, над тими, що не займаються. З віком кількість останніх прогресивно збільшується. В контрольній групі це число найменше. Отже, трудова активність і стан здоров'я осіб, не обтяжених війною, значно

вища, ніж учасників війни. Крім того, з віком стан здоров'я і здатність до трудової активності зменшуються. Трудова активність жінок у всіх вікових групах, особливо в контрольній, значно вища порівняно з чоловіками. Аналізуючи відношення досліджуваних осіб до тяжкої праці, ми бачимо, що у ветеранів війни пере-

важають чоловіки, а в контрольній групі – жінки. В групі тих, що займаються легкою працею, серед ветеранів війни домінують жінки у всіх вікових групах. У контрольній групі переважають чоловіки. Це можна пояснити тим, що жінки обставини воєнного часу переносять значно важче за чоловіків. І здатність чоловіків – учасників війни виконувати тяжку роботу зберігається довше, ніж жінок – учасниць війни.

При вивченні питань, пов'язаних з втомлюваністю від домашньої праці, бачимо, що ті, які втомлюються від домашньої праці значно переважають. Не втомлюється 24,4% осіб похилого віку, 33,3% – старечого, 50,0% довгожителів, 24,0% – контрольної групи. Це можна пояснити тим, що менш витривалі особи

до більш похилого віку не доживають. Кількість тих, що втомлюються у вихідні дні, з віком також прогресивно зменшується. У статевій структурі не втомлюються у всіх вікових групах більше чоловіки. В будні і постійно втомлюються здебільшого жінки. Причому серед учасників війни кількість тих, що втомлюються постійно, прогресивно зростає з віком. Найнижчий рівень втомлюваності серед респондентів контрольної групи. Це пояснюється тим, що участь у війні негативно вплинула на трудову активність та стан здоров'я ветеранів війни, особливо жінок.

У таблиці 11 наведено дані про ведення спільного господарства і спільних фінансових витрат з іншими членами сім'ї.

Таблиця 11. **Ведення спільного господарства і спільних фінансових витрат з іншими членами сім'ї (%)**

Ведення спільного господарства	Група											
	Похилий вік			Старечий вік			Довгожителі			Контрольна		
	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього
Так	38,6	34,3	37,4	39,5	26,9	35,7	0	50,0	33,3	44,4	58,2	52,0
Ні	61,4	65,7	62,6	60,5	73,1	64,3	100	50,0	66,7	55,6	41,8	48,0

З наведених в таблиці 11 даних видно, що рівень спільного ведення господарства прогресивно знижується з віком у всіх ветеранів війни, і найбільший серед респондентів контрольної групи. Звертає на себе увагу те, що у всіх вікових групах ветеранів війни чоловіки частіше ведуть домашнє господарство спільно.

В контрольній групі ми спостерігаємо зворотну картину.

У таблиці 12 представлені результати вивчення проблеми взаємовідносин у сім'ї, яке проводилось за такими параметрами: дружні стосунки; спокійні, з рідкими сварками; часті сварки, конфлікти; натягнуті, без сварок; відносини відсутні.

Таблиця 12. **Взаємовідносини в сім'ї (%)**

Взаємовідносини в сім'ї	Група											
	Похилий вік			Старечий вік			Довгожителі			Контрольна		
	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього
Дружні	50,0	31,4	44,7	43,7	38,5	42,1	0	75,0	50,0	44,4	49,1	47,0
Спокійні, з рідкими сварками	27,3	22,9	26,0	26,9	5,8	20,5	0	0	0	28,9	32,7	31,0
Часті сварки, конфлікти	2,3	0	1,6	0,8	0	0,6	0	0	0	2,2	0	1,0
Натягнуті, без сварок	5,7	0	4,1	1,7	3,8	2,3	0	0	0	0	41,8	1,0
Відсутні	14,7	45,7	23,6	26,9	51,9	34,5	100	25,0	50,0	24,5	16,4	20,0

З наведених в таблиці 12 даних видно, що в сімейних відносинах у всіх вікових групах домінують ті, що мають дружні або спокійні, з рідкими сварками стосунки. Причому хороші стосунки в сім'ї з віком прогресивно змінюються. При аналізі статевої структури сімей-

них стосунків видно, що в групі хороших стосунків переважають чоловіки у всіх вікових групах ветеранів війни. А в контрольній групі більшу поступливість у сім'ї демонструють жінки. Це пояснюється тим, що здатність до поступливості вища у жінок, минуле яких не

обтяжене війною. Про погані стосунки в сім'ї учасники війни зазначають більшою мірою порівняно з респондентами контрольної групи. Серед учасників війни відносини відсутні в сім'ї частіше, ніж в осіб контрольної групи.

Висновки

У ході дослідження встановлено таке:

1. Кількість осіб, які перебувають у першому шлюбі, значно вища серед чоловіків, ніж серед жінок, а кількість тих, що втратили чоловіка (жінку) в зв'язку зі смертю, значно більша серед жінок. При цьому переважна більшість ветеранів війни проживають удвох, але з віком спостерігається стійка тенденція до одиночного проживання як серед чоловіків, так і серед жінок.

2. Рівень задоволеності житлово-побутовими

умовами ветеранів війни вищий, ніж осіб контрольної групи.

3. Хороші стосунки в сім'ях, в яких проживають ветерани війни, з віком прогресивно знижуються, при цьому серед учасників війни більшу поступливість в сім'ї демонструють чоловіки, а в контрольній групі – жінки.

4. Участь у війні негативно впливає на трудову активність та стан здоров'я учасників війни, особливо жінок. При цьому здатність виконувати важку роботу чоловіки – учасники війни зберігають значно довше, ніж жінки – учасниці війни.

5. Чоловіки у всіх вікових групах активніше працюють на присадибних ділянках та займаються підсобним домашнім господарством, при цьому активність жінок у виконанні домашньої праці значно вища.

Список літератури

1. Безруков В., Вержиковська Н., Чайковська В. Проблеми здоров'я літніх людей та забезпечення їх медичною допомогою в Україні // Журнал АМН України. – 2000. – Т.6, №1. – С. 93–106.
2. Нагорна А.М., Якимець В.М., Пономаренко В.М. Ветерани Великої Вітчизняної війни: медико-соціальні проблеми. – Рівне: Ліста, 1998. – 176 с.
3. Проданчук М.Г., Нагорна А.М., Грузева Г.С. Медичні підходи до визначення потреби населення похилого віку у медико-соціальній допомозі / Медичні та соціальні проблеми інвалідів Великої Вітчизняної війни та осіб похилого віку: Збірка наукових праць. – Рівне, 1996. – С. 68–70.
4. Чайковська В. Потреби літніх людей у медико-соціальній допомозі: проблеми, методологія визначення / Соціальна політика і соціальна робота. Український науковий і громадсько-політичний часопис. – 1998. – №3(7). – С. 53–61.
5. Чайковская В.В. Исследование потребности пожилых людей в медицинской, социально-бытовой и психологической помощи // Психология зрелости и старения. – 2000. – №3(11). – С. 75–81.
6. Якимець В.М. Медико-організаційні аспекти підвищення трудової активності людей похилого віку // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – №2. – С. 37–41.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЙ ВЕТЕРАНОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И ПРИРАВНЕННЫХ К НИМ КОНТИНГЕНТОВ

В.Н. Якимец (Киев)

В статье на основании результатов медико-социологического исследования отражен комплекс условий проживания ветеранов Великой Отечественной войны и приравненных к ним контингентов, что является одним из условий планирования потребности указанных лиц в медико-социальной помощи.

PECULIARITY OF DOMESTIC CONDITIONS OF VETERANS OF THE GREAT PATRIOTIC WAR AND EQUATED PERSONS

V.N. Yakimets (Kiev)

On the ground of results of medical and sociological research is reflected complex of living conditions of veterans of the Great Patriotic War and equated persons. It is one of the conditions for planning necessities in medical and social aid to these persons.

УДК 312.6:616.15-052(477.62)

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

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ НА ХВОРОБИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ

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

Хвороби крові та кровотворних органів характеризуються тяжким перебігом та наслідками [1]. При цьому відмічається щорічне збільшення рівня захворювання населення на дані хвороби, рівень яких досяг в 2005 р. 10,3 на 100 тис. відповідного населення проти 9,8 в 2000 р. [3]. Найбільшу частку з них (89,8%) займають анемії [2].

Мета роботи: вивчити динаміку захворюваності дорослого населення Донецької області на хвороби крові та кровотворних органів і рівень поширеності серед даної категорії населення вказаного класу хвороб.

Методи дослідження, що використовувалися

під час роботи: статистичний. Аналізу були піддані статистичні дані щодо первинної захворюваності дорослого населення області на хвороби крові та кровотворних органів. Статистичні дані аналізувалися в динаміці 7 років (1999–2005 рр.) з розподілом населення за місцем проживання на міське та сільське.

Результати та їх обговорення. На першому етапі виконання роботи вивчався рівень захворюваності населення як на хвороби крові та кровотворних органів в цілому, так і за окремими нозологічними одиницями. В таблиці 1 наведені дані захворюваності міського населення області на вказані хвороби.

Таблиця 1. Динаміка захворюваності міського дорослого населення Донецької області на хвороби крові та кровотворних органів (D50-D89) за 1999–2005 рр. з розрахунку на 10 тис. населення

Місто	Рік							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Донецьк	11,5	12,4	11,0	15,4	24,6	10,7	11,8	
Артемівськ	4,3	4,0	4,3	4,4	38,0	3,7	3,1	
Авдіївка	4,7	3,4	3,5	2,8	10,3	5,8	2,7	
Горлівка	1,1	1,1	2,4	4,1	9,7	2,5	5,2	
Дебальцеве	15,2	15,1	20,5	15,8	27,5	22,1	19,0	
Дзержинськ	9,1	11,5	7,6	4,6	17,0	3,6	4,4	
Димитрів	8,0	7,5	19,8	15,6	26,6	32,6	23,0	
Докучаївськ	15,1	13,0	29,0	11,4	33,6	8,2	15,9	
Дружківка	10,1	12,4	4,8	4,9	41,7	5,8	3,2	
Єнакієве	7,0	7,4	10,7	8,0	35,4	10,2	12,8	
Жданівка	2,5	5,0	6,6	4,8	27,8	4,1	12,5	
Костянтинівка	12,0	6,3	11,8	9,3	34,4	7,9	7,0	
Краматорськ	9,6	14,9	16,8	16,1	19,1	11,9	10,8	
Кіровське	3,6	4,4	5,2	1,6	16,1	2,0	2,4	
Селідове	9,6	9,5	10,8	14,7	32,0	15,3	10,2	
Макіївка	5,2	5,3	5,8	5,6	30,8	6,0	5,5	
Маріуполь	5,9	7,7	4,1	5,5	20,6	5,4	7,0	
Новгородівка	10,7	28,1	15,6	12,6	26,4	13,4	5,0	
Слов'янськ	15,6	15,5	16,3	23,1	35,8	20,2	28,2	
Сніжне	23,0	38,5	37,3	36,4	36,6	14,0	24,7	
Торез	4,2	4,5	6,4	7,6	20,0	7,0	12,8	
Вугледар	8,7	8,6	12,7	11,9	41,3	5,8	6,5	
Харцизьк	27,1	28,1	36,0	30,3	48,6	30,7	32,2	
Шахтарськ	9,5	7,4	7,9	8,7	23,7	3,2	2,9	
Усього	по містах	9,0	10,0	10,1	11,1	25,9	9,3	10,3
	по області	8,9	9,8	10,2	11,4	26,4	9,7	10,3

Наведені в таблиці дані вказують на те, що за сім років рівень захворюваності міського населення області з розрахунку на 10 тис. осіб на 1,3 (з 9,0 до 10,3) відповідає тенденції даного показника в цілому по області. Так, в 2003 р. він зріс більше ніж у 2 рази (з 11,1 в 2002 р. до 25,9 в 2003 р.), причому вибух захворюваності спостерігається у всіх містах області. Також відмічається значна різниця рівня захворюваності населення серед різних міст. Так, в 1999 р. найнижчий її рівень (1,1) було зареєстровано в промисловому м. Горлівці, а

найвищий (27,1) – у м. Харцизьку при середньому рівні серед міських жителів 9,0. У 2005 р. найнижчий – у м. Кіровське (2,4), а найвищий (32,2) – у тому ж м. Харцизьку. В динаміці семи років із 24 міст області у 9 рівень захворюваності на хвороби крові та кровотворних органів знизився, в інших – виріс. При цьому в таких містах, як Горлівка, Жданівка, зростання захворюваності становило більш ніж в 5 разів.

Далі вивчався рівень захворюваності сільського населення області на хвороби крові та кровотворних органів (табл. 2).

Таблиця 2. Динаміка захворюваності сільського дорослого населення Донецької області на хвороби крові та кровотворних органів (D50-D89) за 1999–2005 рр. з розрахунку на 10 тис. населення

Район	Рік							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Амвросіївський	4,1	9,0	9,3	11,8	14,5	7,5	5,7	
В-Новоселківський	7,9	11,3	8,3	11,1	39,7	12,7	13,8	
Володарський	2,9	2,5	2,1	2,1	25,8	4,2	1,3	
Волновахський	12,4	13,4	14,1	16,2	39,1	7,2	8,6	
Добропільський	3,9	1,3	3,5	5,5	11,7	3,4	2,7	
Красноармійський	10,2	12,3	10,6	9,8	24,5	12,7	13,2	
Красноліманський	22,4	19,0	27,6	51,0	61,6	45,5	42,0	
Мар'їнський	6,9	8,2	8,4	10,4	43,3	11,3	9,5	
Новоазовський	9,7	6,5	9,2	18,3	33,5	12,6	8,2	
Олександрійський	1,8	1,2	3,0	1,2	25,9	7,0	11,7	
Першотравневий	5,0	4,2	2,1	3,7	41,0	16,3	2,9	
Слов'янський	8,1	8,5	7,8	13,7	33,9	18,7	10,1	
Старобешівський	19,5	9,4	23,0	15,8	30,4	10,8	20,3	
Тельманівський	5,5	3,2	1,4	8,1	35,1	6,9	4,0	
Шахтарський	6,3	9,0	9,1	11,0	16,1	33,8	7,6	
Ясинуватський	10,4	27,4	22,7	23,9	38,4	16,7	23,4	
Усього	по районах	8,9	9,5	10,6	13,4	31,5	13,0	11,3
	по області	8,9	9,8	10,2	11,4	26,4	9,7	10,3

Аналіз наведених в таблиці даних вказує на те, що захворюваність серед дорослого населення має тенденцію до збільшення. При цьому до 2002 р. рівень захворюваності населення, що проживає в сільській місцевості, був нижчий за показник серед міського населення. З 2002 р. показник перевищив аналогічний серед населення міст. У 2003 р. відмічається вибухове підвищення захворюваності населення, що проживає в селах, на хвороби крові та кровотворних органів (з 13,4 в 2002 р. до 31,5 в 2003 р.). Її рівень серед сільського населення в 2003 р. перевищив такий серед міських жителів на 5,6 на 10 тис. дорослого населення. Так, як серед міського, так і серед сільсько-

го відмічається значна різниця захворюваності населення в розрізі адміністративних районів. У 1999 р. найнижчий рівень захворюваності було зареєстровано в Олександрівському (1,8), а найвищий – в Красноліманському районі (22,4), різниця становила 12,4 разу. В динаміці семи років із 16 районів у шести він знизився, а у десяти – збільшився. У 2005 р. найнижчий рівень захворюваності на хвороби крові та кровотворних органів зареєстровано серед населення Володарського району (1,3), а найвищий – серед того ж Красноліманського району (42,0). Різниця становила 32,2 разу.

Далі було вивчено захворюваність міського населення області на анемії (табл. 3).

Таблиця 3. Динаміка захворюваності міського дорослого населення Донецької області на анемії (D60-D64) за 1999–2005 рр. з розрахунку на 10 тис. населення

Місто	Рік							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Донецьк	11,2	11,9	10,6	15,1	23,3	10,3	11,6	
Артемівськ	3,9	3,8	4,3	4,2	36,2	3,4	3,1	
Авдіївка	3,7	3,0	3,5	2,8	9,2	5,8	2,7	
Горлівка	0,8	0,9	2,2	3,8	9,2	2,3	4,9	
Дебальцеве	15,0	14,8	20,2	15,2	27,2	21,8	18,5	
Дзержинськ	8,6	10,4	6,0	4,6	16,7	2,8	4,3	
Димитрів	7,6	7,4	19,8	14,3	21,5	32,2	22,7	
Докучаївськ	14,6	13,0	29,0	11,4	33,2	8,2	15,4	
Дружківка	9,8	12,4	4,8	4,9	41,6	5,8	3,2	
Єнакієве	6,9	7,2	10,2	7,8	30,7	9,6	12,5	
Жданівка	2,5	5,0	6,6	4,8	26,4	4,1	12,5	
Костянтинівка	10,9	5,8	11,6	8,9	28,8	7,3	6,8	
Краматорськ	9,1	14,3	16,3	15,3	18,4	11,7	10,8	
Кіровське	3,6	4,4	4,4	1,2	15,8	2,0	2,4	
Селідове	9,2	8,1	10,6	14,5	31,5	15,3	10,0	
Макіївка	5,7	5,3	5,7	5,4	30,3	5,6	5,3	
Маріуполь	5,5	6,4	3,9	5,2	19,6	5,1	6,8	
Новоградівка	9,4	28,1	15,6	12,0	25,8	13,4	5,0	
Слов'янськ	15,6	15,4	16,1	23,1	35,6	20,2	28,2	
Сніжне	22,1	37,8	36,9	36,0	35,4	13,8	24,6	
Торез	3,5	4,4	6,1	5,8	19,6	6,6	12,0	
Вугледар	8,7	8,6	12,7	11,9	40,7	2,9	6,5	
Харцизьк	26,7	27,7	35,8	30,2	47,5	30,0	32,1	
Шахтарськ	8,7	5,3	7,7	8,5	22,8	2,8	2,9	
Усього	по містах	8,6	9,5	9,9	10,7	24,6	8,9	10,1
	по області	8,5	9,3	9,8	11,0	25,2	9,3	10,1

Як видно з наведених в таблиці даних, у 1999–2005 рр. відмічається тенденція до зростання рівня захворюваності дорослого населення, що проживає в містах, на анемії. Ріст становить 1,5 на 10 тис. дорослого населення. При цьому в 2003 р. відмічалось бурхливе зростання рівня захворюваності у всіх містах області – у 2,3 разу. В різних містах області зареєстровано різний рівень захворюваності населення на анемії. Так, в 1999 р. він був найнижчим – серед населення промислового м. Горлівка (0,8), а найвищим – у м. Харцизьку (26,7). Різниця становила 3,33 разу. У 2005 р. найнижчий рівень зареєстровано серед населення м. Кіровське (2,4), а найвищий – серед населення м. Харцизька (32,1). Різниця – 13,3 разу. Слід зазначити, що первинна захворюваність дорослого населення на анемії в динаміці семи років (1999–2005 рр.) зменшилась у даних містах, а в інших – збільшилась. При цьому серед населення міст Торез та Димитрів її рівень зріс більш ніж у 3 рази.

Наступним кроком роботи було вивчення захворюваності дорослого населення, що проживає в сільській місцевості, на анемії у період 1999–2005 рр. (табл. 4).

Наведені в таблиці дані вказують на те, що динаміка зростання захворюваності дорослого населення на анемії зареєстрована і серед сільських жителів. При цьому починаючи з 2002 р. її рівень серед сільського населення був вищим за такий у міських жителів. У 2003 р. відмічається вибухове зростання захворюваності сільського населення на анемії у всіх адміністративних районах. Це зростання перевищило його рівень серед міського дорослого населення (на 4,5 на 10 тис. відповідного населення). Найвищий рівень захворюваності на анемії спостерігається в Краснолиманському районі (до 56,0 в 2003 р.), а найнижчий – у Володарському районі (в межах 1,3–25,8 на 10 тис. дорослого населення).

Наступним кроком було вивчення захворюваності міського населення області на залізодефіцитні анемії (табл. 5).

Таблиця 4. Динаміка захворюваності сільського дорослого населення Донецької області на анемії (D60-D64) у період 1999–2005 рр. з розрахунку на 10 тис. населення

Район	Рік							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Амвросіївський	4,1	9,0	9,3	11,8	14,5	7,5	5,7	
В-Новоселківський	7,9	11,3	8,3	11,1	39,7	12,7	13,8	
Володарський	2,9	2,5	2,1	2,1	25,8	4,2	1,3	
Волновахський	12,4	13,4	14,1	16,2	39,1	7,2	8,6	
Добропільський	3,9	1,3	3,5	5,5	11,7	3,4	2,7	
Красноармійський	10,2	12,3	10,6	9,8	24,5	12,7	13,2	
Красноліманський	22,4	19,0	27,6	51,0	61,6	45,5	42,0	
Мар'їнський	6,9	8,2	8,4	10,4	43,3	11,3	9,5	
Новоазовський	9,7	6,5	9,2	18,3	33,5	12,6	8,2	
Олександрійський	1,8	1,2	3,0	1,2	25,9	7,0	11,7	
Першотравневий	5,0	4,2	2,1	3,7	41,0	16,3	2,9	
Слов'янський	8,1	8,5	7,8	13,7	33,9	18,7	10,1	
Старобешівський	19,5	9,4	23,0	15,8	30,4	10,8	20,3	
Тельманівський	5,5	3,2	1,4	8,1	35,1	6,9	4,0	
Шахтарський	6,3	9,0	9,1	11,0	16,1	33,8	7,6	
Ясинуватський	10,4	27,4	22,7	23,9	38,4	16,7	23,4	
Усього	по районах	8,9	9,5	10,6	13,4	31,5	13,0	11,3
	по області	8,9	9,8	10,2	11,4	26,4	9,7	10,3

Таблиця 5. Динаміка захворюваності міського дорослого населення Донецької області на залізодефіцитні анемії у 1999–2005 рр. з розрахунку на 10 тис. населення

Місто	Рік							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Донецьк	10,3	11,2	10,1	14,6	17,5	9,8	11,2	
Артемівськ	3,1	3,7	4,2	3,9	8,2	3,1	2,6	
Авдіївка	3,7	2,7	3,5	2,8	8,9	5,8	2,4	
Горлівка	0,6	0,7	2,1	3,8	4,5	2,0	4,5	
Дебальцеве	0,2	10,5	16,7	13,8	26,1	18,6	18,2	
Дзержинськ	8,6	10,0	5,7	4,2	13,0	2,8	4,3	
Димитрів	6,6	5,8	19,6	14,1	21,2	31,7	21,6	
Докучаївськ	14,6	13,0	29,0	11,4	17,2	8,2	15,4	
Дружківка	9,5	12,3	4,8	4,7	6,3	5,8	3,2	
Єнакієве	6,8	6,4	9,8	7,7	17,1	9,4	11,5	
Жданівка	2,5	5,0	6,6	4,8	3,5	4,1	12,5	
Костянтинівка	9,4	5,4	10,9	8,4	10,7	6,7	5,6	
Краматорськ	8,2	13,6	14,8	13,8	12,5	11,2	10,4	
Кіровське	3,6	4,4	4,4	1,2	15,5	2,0	2,4	
Селідове	8,6	6,6	9,7	13,4	27,9	15,3	10,0	
Макіївка	5,1	4,4	5,3	4,5	14,4	4,9	4,7	
Маріуполь	4,6	6,4	3,8	5,0	18,5	5,0	5,9	
Новоградівка	9,4	28,1	15,6	11,3	25,8	13,4	5,0	
Слов'янськ	14,2	15,3	15,0	23,1	27,5	20,2	28,1	
Сніжне	22,1	37,4	36,2	35,4	15,4	13,8	24,3	
Торез	2,8	3,9	4,8	4,5	35,4	6,0	10,9	
Вугледар	8,7	8,6	12,7	11,2	40,1	2,9	6,5	
Харцизьк	22,2	17,0	21,9	21,0	35,4	21,0	25,4	
Шахтарськ	8,5	4,6	6,0	8,1	16,1	2,2	2,3	
Усього	по містах	7,8	8,7	9,0	10,0	16,3	8,3	9,4
	по області	7,7	8,3	8,8	10,0	16,4	8,3	9,0

Із наведених в таблиці даних видно, що захворюваність міського населення області має тенденцію до зростання – 20,0% (з 7,8 до 9,4 на 10 тис. дорослого населення). При цьому в 2003 р. зареєстровано вибухове зростання захворюваності на залізодефіцитні анемії у всіх містах області – 63,0%. Відмічається нерівномірність: її рівень у 1999 р. найнижчий – у м. Дебальцево (0,2), а найвищий – серед населення м. Харцизька (22,2). Різниця становила більше тисячі разів, у 2005 р. найнижчий

– у м. Шахтарську (2,3), а найвищий – у м. Слов'янську (28,1). Зазначимо, що відмічається зниження захворюваності дорослого населення у 10 містах. Серед решти населення міст області відмічається зростання захворюваності. Найбільше – у містах Дебальцево – в 91 раз (з 0,2 до 18,2) та Горлівці – у 7,5 разу (з 0,6 до 4,5).

Далі вивчалася динаміка захворюваності дорослого населення на залізодефіцитні анемії в сільській місцевості (табл. 6).

Таблиця 6. Динаміка захворюваності сільського дорослого населення Донецької області на залізодефіцитних анемії у 1999–2005 рр. з розрахунку на 10 тис. населення

Район	Рік							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Амвросіївський	3,6	9,0	9,1	9,2	14,2	7,0	5,7	
В-Новоселківський	4,9	4,2	5,4	6,2	28,8	8,9	4,3	
Володарський	0,8	2,5	2,1	1,6	5,6	3,7	0,4	
Волновахський	8,5	6,2	11,6	12,1	15,6	6,0	6,4	
Добропільський	3,3	1,2	3,1	4,6	7,3	2,8	2,2	
Красноармійський	10,1	12,1	10,3	9,1	19,6	10,7	10,8	
Красноліманський	22,4	18,7	25,7	48,6	29,8	26,9	26,6	
Мар'їнський	6,5	7,0	6,9	9,1	20,3	8,8	7,5	
Новоазовський	8,7	6,5	8,9	18,0	33,5	12,3	7,9	
Олександрійський	1,8	0,6	2,4	0,6	5,2	3,5	6,4	
Першотравневий	3,7	2,9	2,1	3,3	27,4	14,6	2,5	
Слов'янський	7,7	7,4	6,4	10,3	20,2	13,3	8,9	
Старобешівський	14,8	5,0	12,8	12,5	27,3	8,6	15,8	
Тельманівський	3,8	3,2	1,1	6,7	33,4	6,5	3,6	
Ясинуватський	8,2	18,0	12,7	12,5	11,7	9,0	14,7	
Усього	по районах	7,5	7,0	8,1	10,5	18,6	9,5	8,0
	по області	7,7	8,3	8,8	10,0	16,4	8,3	9,0

Дані таблиці вказують на те, що і серед сільського населення відмічається зростання захворюваності на залізодефіцитні анемії. Слід зауважити, що рівень захворюваності сільського населення на залізодефіцитні анемії нижчий, ніж міського, крім 2003 р., коли він перевищував даний показник серед міського населення на 2,3 на 10 тис. дорослого населення (16,2 проти 18,6). Відмічається достовірна різниця захворюваності дорослого населення в різних районах на залізодефіцитні анемії. Так, найнижчий рівень зареєстровано серед населення Володарського району (в 1999 р. – 0,8; у 2005 р. – 0,4), а найвищий – у Красноліманському районі (в 1999 р. – 22,4; у 2005 р. – 26,6). У динаміці семи років спостерігається зниження захворюваності населення на залі-

зодефіцитні анемії серед населення семи районів, а в інших районах відмічається зростання її рівня.

Висновки

У ході дослідження встановлено, що захворюваність дорослого населення Донецької області по класу хвороб крові та кровотворних органів має тенденцію до зростання з 8,9 на 10 тис. населення у 1999 р. до 10,3 у 2005 р. з вибухово подібним ростом до 26,4 у 2003 р. При цьому починаючи з 2003 р. рівень захворюваності дорослого населення, що проживає в сільській місцевості, перевищує такий серед міських жителів. Така ж тенденція зареєстрована щодо захворюваності дорослого населення на анемії. Що стосується залізодефіцитних анемії, то спостерігається загальна

тенденція до зростання захворюваності дорослого населення, але її рівень серед міського населення перевищує відповідний серед жителів села.

Список літератури

1. Новак В.Л. Гематологія в Україні: проблеми, перспективи розвитку // Мистецтво лікування. – 2006. – №1. – С. 6–16.
2. Слабкий Г.О., Батманова І.Ю. Проблеми організації стаціонарної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів у Донецькій області // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – №2. – С. 62–66.
3. Щорічна доповідь. Про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік. – К., 2006. – С. 29–57.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТІ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ БОЛЕЗНЯМИ КРОВІ І КРОВЕТВОРНИХ ОРГАНІВ

Г.А. Слабкий, І.Ю. Батманова (Київ, Донецьк)

В статті на основі вивчення захворюваності дорослого населення Донецької області захворюваннями крові та кровотворних органів встановлено тенденцію до неухильного зростання захворюваності як міського, так і сільського населення. При цьому встановлено, що, починаючи з 2003 р., рівень захворюваності сільського населення вищий, ніж міського.

DYNAMIC DISEASES OF BLOOD AND BLOOD-FORMING ORGANS AMONG ADULTS OF DONETSK REGION

G.A. Slabky, I.Y. Batmanova (Kyiv, Donetsk)

On the ground of study diseases of blood and blood-forming organs among adults of Donetsk region established the tendency to steady increasing of morbidity both urban and rural population. Since 2003 the level of morbidity is high among rural population than among urban one.

УДК 616-036.86:617.857:001

А.В. ІПАТОВ, О.В. СЕРГІЄНІ, І.В. БОЙКО, Т.Г. ВОЙТЧАК, Є.Л. ЛІФАРЕНКО,
В.М. ХОМЯКОВ (Дніпропетровськ)

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ТРАВМ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Інвалідність є одним з основних показників здоров'я нації, а отже, важливою державною проблемою, оскільки через ряд економічних, соціальних та демографічних причин в усьому світі неухильно збільшується число осіб, які стали інвалідами.

Протягом останніх десятиріч травми посідають одне з провідних місць у структурі інвалідності – третє місце після хвороб системи кровообігу та новоутворень, супроводжуються

найбільш вираженими соціально-економічними втратами, тому що найчастіше зустрічаються серед осіб молодого та середнього віку, що характеризує їх досить високу трудову активність. За статистичними даними, в Україні з 1994 р. в середньому щорічно визнавали інвалідами 25,1±2,6 тис. потерпілих від травм, з яких 19,9±0,9 тис. становили особи працездатного віку [3;4].

Проведене поглиблене вивчення інвалідності внаслідок травм опорно-рухової систе-

ми (ОРС) дало змогу встановити, що в Україні у 2001 р. вперше визнані інваліди з травмами верхньої кінцівки становили 30,0% від загального числа травм ОРС. Інвалідність I групи була встановлена в 0,5% випадків, II групи – в 13,7%, III групи – в 85,8% [2]. У структурі інвалідності внаслідок травм ОРС травми верхньої кінцівки посідають друге місце, травми дистальних відділів становили 76,3% серед усіх травм верхньої кінцівки, що свідчить про їх медико-соціальну значущість, актуальність реабілітації постраждалих.

Пошкодження верхньої кінцівки посідають друге місце серед травм опорно-рухового апарату; при цьому в 31,0–48,0% випадків вони призводять до стійкої втрати працездатності [7;8].

За даними літератури, показники реабілітації серед загальної кількості інвалідів з наслідками травм опорно-рухового апарату з різних причин низькі і не відповідають очікуванню. Із загальної кількості інвалідів внаслідок травм верхніх кінцівок залишаються не реабілітованими протягом більш ніж три роки до 32,0% постраждалих [6].

В цілому інвалідність внаслідок травм характеризується тенденцією до “омолодження”. Так, питома вага осіб працездатного віку в 1992 р. становила 79,0% від загальної кількості, а у 2005 р. – 92,2%. Постраждали у віці до 39 років у 1992 р. складали 39,2%±0,3, у 2005 р. – 40,0%±0,3. Кількість первинних інвалідів III групи становила у 1992 р. – 2,3 на 10000 дорослого населення, у 2002 р. – 3,2, у 2005 р. – 3,8. Зростання інтенсивного показника III групи за цей період відбулося в 1,7 разу. Серед вперше визнаних інвалідами питома вага III групи також збільшилася з 39,5% у 1992 р. до 56,7% у 2002 р. та до 60,5% у 2005 р. ($P<0,05$) [1;3].

При плануванні і наданні спеціалізованої допомоги пацієнтам з патологією ОРС великого значення набуває визначення медико-соціальних характеристик інвалідності [5].

Метою дослідження з урахуванням значної питомої ваги інвалідності внаслідок травм дистальних відділів верхньої кінцівки було визначення медико-соціальної характеристики вперше і повторно визнаних інвалідами та причин інвалідності постраждалих від травм цієї локалізації.

Матеріали і методи. В роботі наведені результати поглибленого вивчення і аналізу причин інвалідності внаслідок травм дистальних відділів верхньої кінцівки в Україні у 2004 р. за спеціально розробленою формою з 21 області з розрахунками методами математичної статистики: показників інвалідності, її тяж-

кості; характеристикою обсягу та якості медико-експертного забезпечення. Проведено поглиблене вивчення і аналіз причин інвалідності в Україні, розподілу інвалідів за віком і групами інвалідності, стану обмеження життєдіяльності і соціальної недостатності постраждалих внаслідок травм дистальних відділів верхньої кінцівки, їх потреби в медико-соціальної реабілітації.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що вперше були визнані інвалідами внаслідок травм дистальних відділів верхньої кінцівки 1434 хворі.

При вивченні розподілу інвалідів внаслідок травм дистальних відділів верхньої кінцівки за віком виявлено, що найбільшу частину з них (95,6%) визнають інвалідами у працездатному віці. При цьому кількість травмованих у віковому інтервалі 40–60 років на 6,4% перевищувала питому вагу їх у віці 18–39 років. Чоловіки становили 72,5%, жінки – 27,5%.

За тяжкістю інвалідності переважну більшість становили інваліди III групи – 84,4%. Інвалідами II групи визнано 14,2% хворих, I – 1,4%. Інвалідність II групи, як правило, визначалась хворим з наслідками травм верхньої кінцівки в поєднанні з іншою патологією, враховуючи обмеження здатності до трудової діяльності II–III ступеня, потреби в реабілітації, перенавчанні. Інвалідність I групи визначалась з урахуванням необхідності в сторонньому догляді та допомозі, при наявності сполучення з тяжкою патологією другої верхньої або нижніх кінцівок.

Звертає на себе увагу динаміка патології, що вивчається. Питома вага первинної інвалідності становила у 2004 р. 47,2%, що свідчить про високий рівень травм цієї локалізації, їх тяжкість та низький рівень реабілітації. А це призводить до інвалідності постраждалих та накопичення цього контингенту інвалідів: повторно визнані інвалідами становили 52,8%.

Профілактичний напрям діяльності установ служби медико-соціальної експертизи залишається пріоритетним і сьогодні. Тому істотним резервом зниження виходу на інвалідність осіб, які перенесли тяжкі травми дистальних відділів верхньої кінцівки, є лікування та реабілітація хворих за продовженим листком непрацездатності з повним використанням комплексу заходів, спрямованих на відновлення втрачених функцій та професійних навичок.

Як свідчить проведений аналіз, серед медико-соціальних причин інвалідності внаслідок травм дистальних відділів верхньої кінцівки у 2004 р. були недостатні частота та ефективність продовження листків непрацездатності більше чотирьох місяців для подальшого про-

ведення реабілітації постраждалих (рис. 1). Це пов'язано, на нашу думку, по-перше, з недостатньою інформованістю лікарів медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) про сучасні можливості реабілітації, а отже, з недостатнім направленням хворих у спеціалізовані медичні центри для реконструктивно-відновного лікування, а також з неповним дотриманням у

лікувальних закладах основних принципів реабілітації, що формуються на ранньому початку, безперервності, комплексності й індивідуальному підході, та, по-друге, через недостатній контроль з боку МСЕК над проведенням лікування за продовженим листком непрацездатності у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) для забезпечення його адекватності.

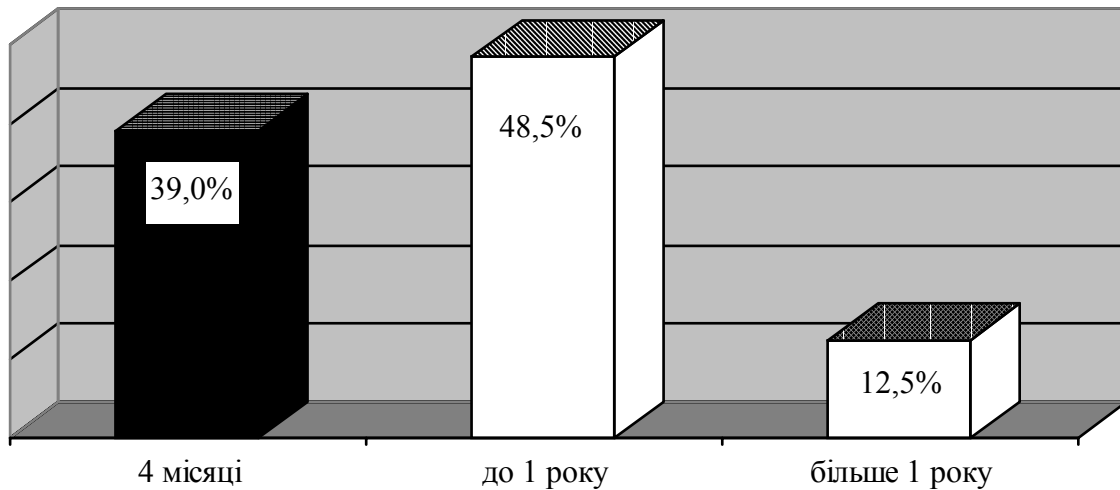


Рис. 1. Розподіл інвалідів внаслідок травм дистальних відділів верхньої кінцівки за терміном, що пройшов від часу виникнення травми до встановлення інвалідності, в Україні за 2004 р. (%)

Для ефективного продовження листків непрацездатності та реабілітації визнаних інвалідами необхідне надання лікарем, який лікує, разом з направленням до МСЕК (форма №88/о) плану заходів медичної реабілітації, строків та місяця їх проведення.

Для таких інвалідів обов'язкове обґрунтоване складання індивідуальної програми реабілітації. Довгострокові спостереження та наш досвід свідчать, що ефективність реабілітаційних заходів безпосередньо залежить від строків їх проведення з моменту травми. Тобто чим раніше почата реабілітація, тим більше існує можливість досягнення позитивних функціональних результатів. Контроль за виконанням програми реабілітації слід проводити не менше двох разів на рік з необхідною корекцією та визначенням функціонального стану постраждалого.

Також залишається високим відсоток хворих (39,0%), яким встановлюється група інвалідності до чотирьох місяців, що свідчить про встановлення інвалідності частині хворих (13,1%), у яких пошкодження ще не набули стійкого незворотного характеру або не виконаний повний комплекс реабілітаційних заходів.

Для оптимізації роботи МСЕК з продовження лікування хворих понад 4 місяці за листом непрацездатності необхідно активізувати співпрацю з Фондом соціального страхування з тимчасової втрати працездатності.

Побутові травми дистальних відділів верхньої кінцівки зустрічаються в 3,9 рази частіше за виробничі і становлять 77,4%, що свідчить про високу механізацію у побутових умовах і невиконання правил особистої безпеки (рис. 2).

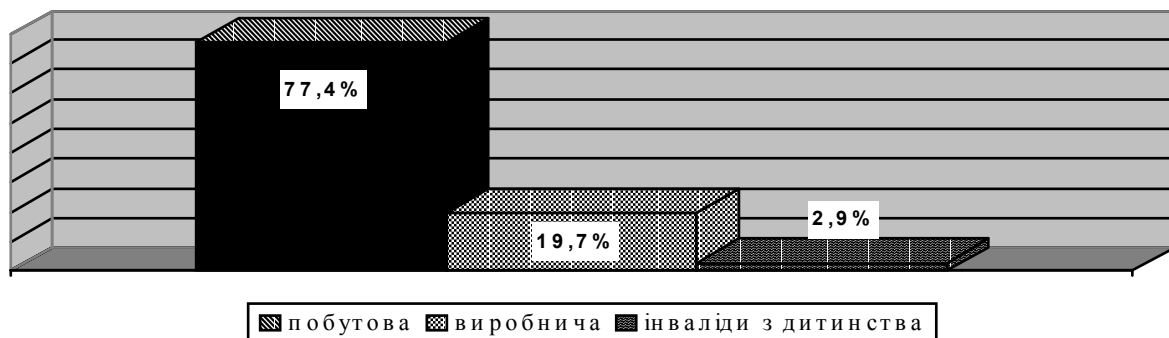


Рис. 2. Розподіл інвалідів внаслідок травм дистальних відділів верхньої кінцівки за видом травми в Україні за 2004 р. (%)

Строки переогляду у МСЕК залежать від тяжкості наслідків травм і групи інвалідності. При розгляді термінів переогляду хворих у МСЕК переважна більшість (59,3%) проходить комісію 1 раз на рік, 78,3% з них по-

требують проведення комплексу реабілітаційних заходів, і лише 21,7% визнають інвалідами без строку переогляду внаслідок незворотних анатомо-функціональних порушень (рис. 3).

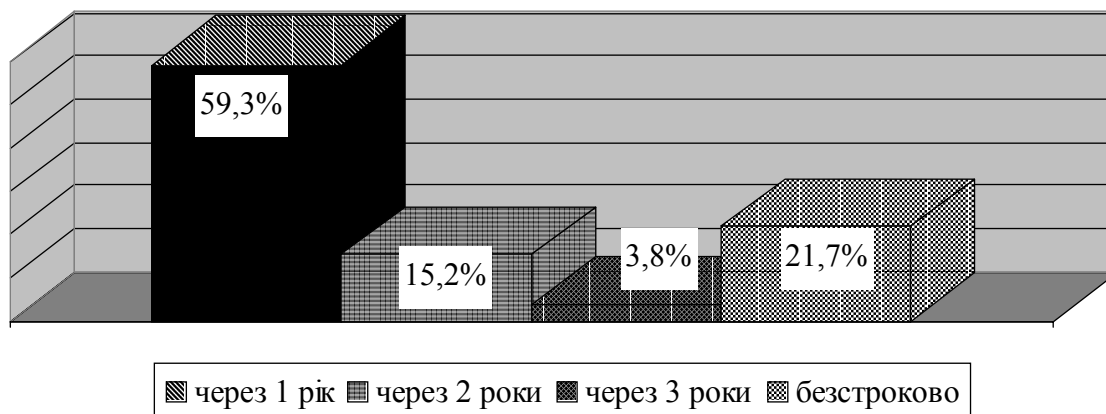


Рис. 3. Розподіл інвалідів внаслідок травм дистальних відділів верхньої кінцівки за строком переогляду в Україні за 2004 р. (%)

У розподілі за локалізацією значну кількість травм, що призвели до інвалідності, становили травми кисті – 54,9 %, що перевищило травми передпліччя у 2 рази, ліктьового суглоба в 5 разів та променевоzap'ясткового суглоба у 8 разів. Таке співвідношення є закономірним і

не має тенденції до зниження, тому що кисть є основним "органом" праці, а також тому, що пошкодження цієї локалізації найбільш складні для відновного лікування та досягнення позитивних функціональних результатів (рис. 4).

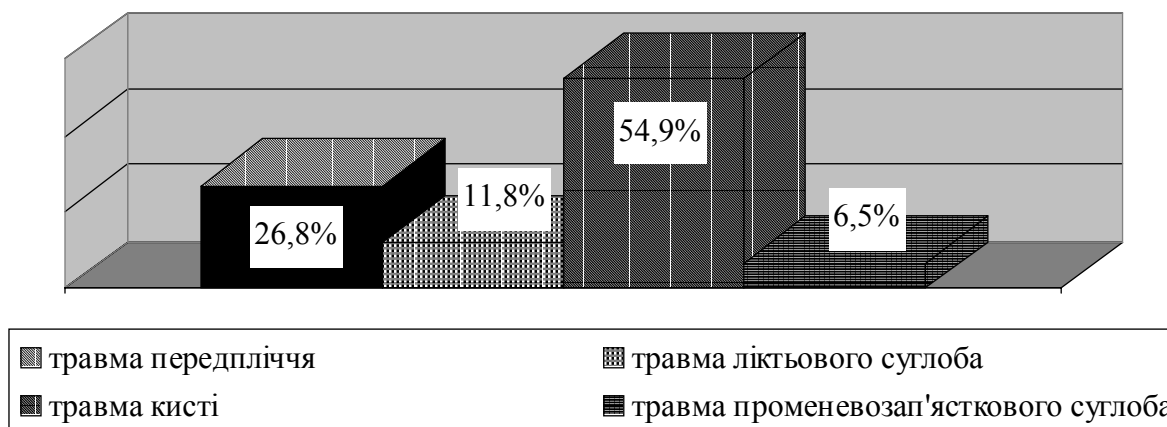


Рис. 4. Розподіл інвалідів внаслідок травм дистальних відділів верхньої кінцівки за локалізацією травми в Україні за 2004 р. (%)

Доведено, що в розподілі інвалідів внаслідок травм дистальних відділів верхньої кінцівки за основними чинниками інвалідності перше місце посідають післятравматичні контрактури суглобів – 38,2%, друге – анатомічні дефекти (25,9%), інші ускладнення – від 3,8% до 9,4% (рис. 5). Вказане свідчить як про тяжкість цих травм, так і про недоліки в наданні первинної спеціалізованої допомоги,

виборі лікування, недостатній увазі лікарів-травматологів ЛПЗ до хворих на етапах реабілітації, частіше на амбулаторно-поліклінічному етапі, а також про неадекватність проведеного відновного лікування, відсутність єдиних підходів до формування реабілітаційних програм, застосування певних стандартів для попередження та лікування таких ускладнень.

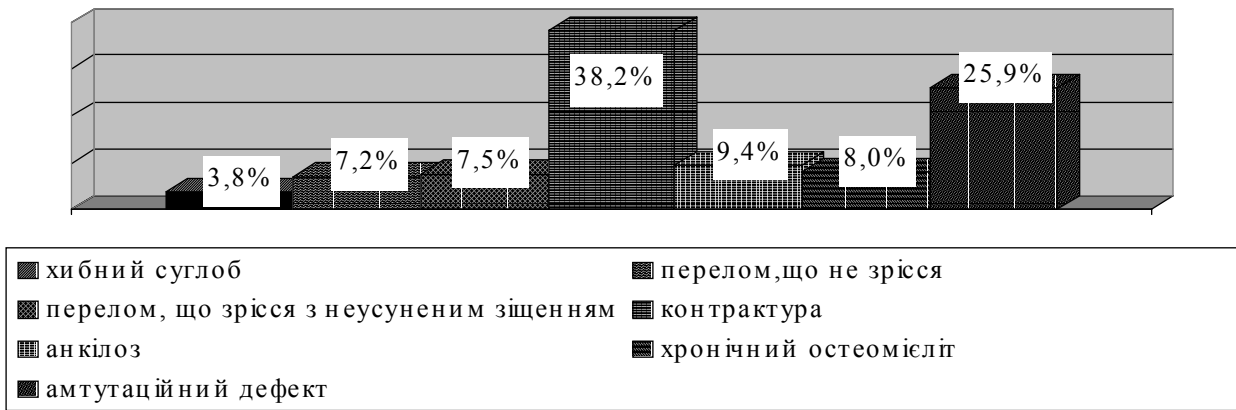


Рис. 5. Розподіл інвалідів внаслідок травм дистальних відділів верхньої кінцівки за видом ускладнень в Україні за 2004 р. (%)

Висновки

Таким чином, отримані дані від спеціалізованих травматологічних та міжрайонних МСЕК України свідчать про те, що у більшості інвалідів внаслідок травм дистальних відділів верхньої

кінцівки можливо відновити або поліпшити життєдіяльність як за рахунок своєчасного та адекватного проведення широкого кола засобів відновного лікування реконструктивних втручань, так і шляхом професійної та соціальної реабілітації.

Список літератури

1. Іпатов А.В. Проблеми інвалідності і реабілітації інвалідів ортопедо-травматологічного профіля// Ортопедия, травматология и протезирование. – 2002. – №4. – С. 12–17.
2. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. Інвалідність як інтегральний показник стану здоров'я населення України. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – С. 205–218.
3. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 1992–2005 рр.: Аналітико-інформаційний довідник. – Дніпропетровськ: Пороги, 1992–2005. – 100 с.
4. Показники травматолого-ортопедичної допомоги населенню України за 1994–1995, 1995–1996, 1996–1997, 1997–1998, 1998–1999 роки/ МОЗ України, УкрНДІТО. – К., 1995–2000.
5. Шеметова Г.В. Инвалидность вследствие болезни костно-мышечной системы// Здравоохранение Российской Федерации. – 2004. – №4. – С. 31–33.
6. Яременко Д.О., Шевченко О.Г., Таршис В.Б. До програми реабілітації інвалідів з наслідками травм верхніх кінцівок// Матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю, присвяченої 75-річчю УкрДержНДІМСП, "Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів" м. Дніпропетровськ, 20–21 вересня 2001. – Дніпропетровськ: Пороги, 2001. – С. 246–251.
7. Яременко Д.О., Шевченко О.Г., Таршис В.Б. Ускладнення та помилки при лікуванні пошкоджень верхніх кінцівок за даними медико-соціальної експертизи// Матеріали пленуму ортопедів-травматологів України. Розд. II. – Київ–Одеса, 1998. – С. 425–427.
8. Яременко Д.О., Шевченко О.Г. Особливості динаміки інвалідності внаслідок травм верхньої кінцівки// Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. "Актуальні питання медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів" м. Вінниця, 16–17 вересня 2004. – Вінниця, 2004. – С. 215–220.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНВАЛІДНОСТІ ВСЛІДСТВИЕ ТРАВМ ДИСТАЛЬНИХ ОТДЕЛОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

А.В. Іпатов, Е.В. Сергієні, І.В. Бойко, Т.Г. Войтчак, Е.Л. Лифаренко, В.Н. Хомяков (Днепропетровск)

В статье представлены результаты углубленного изучения причин инвалидности вследствие травм дистальных отделов верхней конечности. Установлено, что основными причинами первичной инвалидности являются многочисленные осложнения таких травм из-за недостатков в оказании первичной специализированной медицинской помощи, лечении и реабилитации пострадавших, а повторной – недостаточное проведение комплексной реабилитации инвалидов.

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF DISABILITY AFTER INJURIES OF DISTAL SEGMENTS OF THE UPPER EXTREMITIES

A.V. Ipatov, E.V. Sergieni, I.V. Boyko, T.G. Voitchak, E.L. Lifarenko, V.N. Khomyakov (Dnepropetrovsk)

The results of disability cases deep studying due to traumas of distal segments of the upper extremities are given in the article. The main cases of primary disability are numerous complications of such traumas due to demerits in rendering of specialized primary medical care treatment and rehabilitation of patients. Insufficient carrying out of complex rehabilitation of disabled is the cause of recurring disability.

В.Й. ШАТИЛО, Г.О. СЛАБКИЙ (Житомир, Київ)

ТИМЧАСОВА І СТІЙКА ВТРАТА ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ВНАСЛІДОК ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С

Вінницький національний університет ім. Пирогова
Інститут громадського здоров'я МОЗ України

Аналізуючи річні звіти МСЕК України, і за даними ряду авторів можна стверджувати, що хронічний гепатит у структурі інвалідності внаслідок захворювань органів травлення посідає вагоме місце [1].

Після перенесеного гепатиту В нерідко зберігаються залишкові явища (так званий постгепатитний синдром), а також, як правило, відзначаються астеничний, астено-вегетативний, іноді астено-невротичний синдром у вигляді загальної слабості, зниженні працездатності, підвищеної стомлюваності тощо [3].

Проблема парентеральних гепатитів є не тільки медичною, але й соціальною, а економічні збитки у 2000 р. в Росії становили майже 2 млрд рублів лише від гострих форм гепатитів В і С [4]. За даними інших авторів (С.В. Оберемко і співавтори, 2002 рік), на медичну допомогу, протирецидивне лікування, диспансеризацію загальної кількості хворих (близько 16 тис. осіб) необхідно до 45 млн грн [2], що є проблемою в умовах обмеженого фінансування галузі охорони здоров'я.

Аналіз літературних джерел інформації за останні роки свідчить про поодинокі дослід-

ження тимчасової і стійкої втрати працездатності внаслідок парентеральних вірусних гепатитів.

Метою дослідження була необхідність вивчити стан тимчасової і стійкої втрати працездатності (інвалідність) у осіб з гострими і хронічними формами гепатиту В і С.

Матеріали і методи. Джерелом інформації служили первинна документація ЛКК і МСЕК, статистичні звіти закладів охорони здоров'я, Житомирського обласного центру медичної статистики.

Для досягнення мети використовувався клініко-статистичний метод дослідження за допомогою прикладної програми Statistica for Windows 6.0, методи математичного моделювання і комп'ютерного програмування.

Вивчення обсягів тимчасової втрати працездатності (ТВП) та проведення аналізу захворюваності з ТВП проводилося за корінцями виданих листів про тимчасову непрацездатність.

Дані про дні тимчасової непрацездатності у зв'язку з парентеральними хронічними вірусними гепатитами (ПХВГ) в динаміці п'яти років (2000–2004 рр.) наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Динаміка показників днів втрати працездатності в зв'язку з ПХВГ по Житомирській області (2000–2004 рр.)

Показник	2000	2001	2002	2003	2004
Кількість днів втрати працездатності внаслідок ПХВГВ*	12060	8766	9416	9196	7632
Кількість днів втрати працездатності внаслідок ПХВГС**	2546	930	2422	2445	4460
<i>Усього</i>	14606	9696	11839	11641	12092

*ПХВГВ – парентеральний хронічний вірусний гепатит В

**ПХВГС – парентеральний хронічний вірусний гепатит С

Як видно з даних таблиці 1, щорічно втрачається від 9696 до 14606 днів у результаті ТВП хворими на ПХВГ (найбільшу кількість втрачених днів зафіксовано у 2000 р. – 14606 днів). У динаміці п'яти років відмічається тенденція до зниження кількості втрат працездатності на 2514 днів (27,2±0,89%) (P<0,001).

При цьому слід зазначити, що розподіл втрат працездатності хворими на ПХВГ різних типів з розрахунку на 100 інфікованих у динаміці п'яти років має суттєві розбіжності (табл. 2).

Таблиця 2. Динаміка показників днів втрати працездатності (на 100 інфікованих) в зв'язку з ПХВГ за п'ять років (2000–2004 рр.) по Житомирській області

Показник	2000	2001	2002	2003	2004
ПХВГВ	82,6±0,31	90,4±0,3	79,5±0,37	79,0±0,37	63,1±0,44
ПХВГС	17,4±0,31	9,6±0,3	20,5±0,37	21,0±0,37	36,9±0,44

Як видно з даних табл. 2, у період 2000–2004 рр. змінилося співвідношення рівня втрати днів непрацездатності хворими різних типів ПХВГ. Так, питома вага внаслідок ПХВГС зросла з 17,4±0,32% до 36,9±0,44%

($P < 0,001$), що вказує на ускладнення перебігу ПХВГС.

Про важкість захворювання ПХВГ типу В і С свідчить більш тривалий період втрати працездатності (табл. 3).

Таблиця 3. Середні показники тимчасової непрацездатності у динаміці 2000–2004 рр. по Житомирській області (дні)

Показники	2000	2001	2002	2003	2004
Середній період непрацездатності: при ПХВГВ, при ПХВГС	45,0 38,0	44,5 30,0	47,8 42,5	44,0 36,5	48,0 41,3
Середній показник тимчасової непрацездатності по області (за всіма захворюваннями)	11,5	11,9	12,0	12,1	11,9

Співвідношення терміну тимчасової непрацездатності при гепатиті В до середнього показника по області знаходиться в межах від 4:1 до 3,6:1, тобто термін непрацездатності при гепатиті В перевищує середній по області в 3,6–4 рази.

При гепатиті С термін тимчасової непра-

цездатності перевищує середній показник по області в 2,5–3,5 рази.

Аналіз стійкої втрати працездатності проводився за матеріалами обласної МСЕК.

Дані про розглянуті справи хворих на ПХВГ у динаміці п'яти років (2000–2004 рр.) наведено на рис. 1; 2.

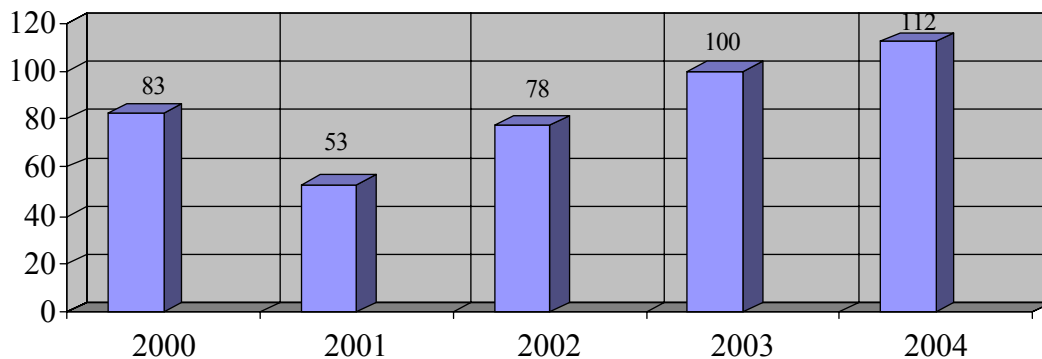


Рис 1. Динаміка розглянутих на МСЕК справ хворих на ПХВГВ за 2000–2004 рр.

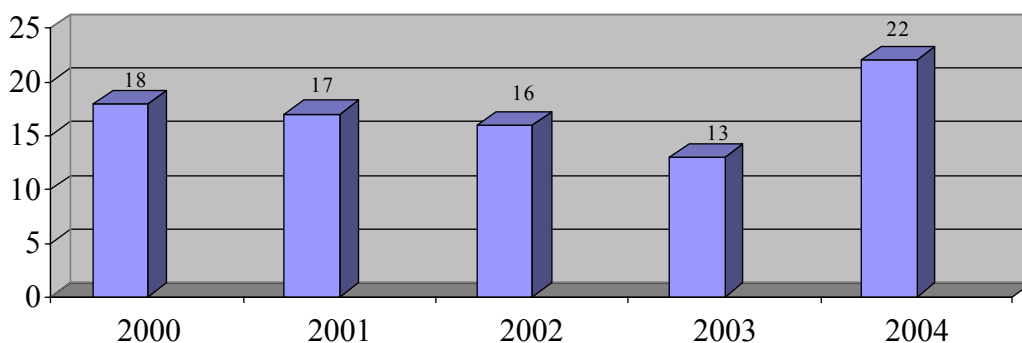


Рис 2. Динаміка розглянутих на МСЕК справ хворих на ПХВГС за 2000–2004 рр.

Далі вивчено та проаналізовано дані про визнані особами зі стійкою втратою працездатності на ПХВГ типу В і С, які МСЕК були датності (табл. 4).

Таблиця 4. Дані про інвалідизацію хворих на ПХВГВ у динаміці п'яти років (2000–2004 рр.) по Житомирській області

Показник	2000		2001		2001		2003		2004	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс.	%	абс.	%
Визнано інвалідами Усього	75	100	51	100	72	100	96	100	106	100
I група	13	17,3±4,3 4	9	17,6±5,3 8	6	8,3±3,2	15	15,6±3,74	12	11,3±3,0 4
II група	33	44,0±5,7 3	18	35,3±6,6 8	27	37,5±5,72	34	35,4±4,87	46	43,4±4,8 1
III група	29	38,7±5,6 3	24	47,1±6,9 9	39	54,2±5,87	47	49,0±5,1	48	45,3±4,8 3
Працездатний вік	66	88,0±4,3 4	44	86,3±4,8 6	67	93,0±3,01	89	92,7±2,6	101	95,3±2,1 2
Пенсійний вік	9	12,0±3,7 5	7	13,7±4,8 6	5	7,0±3,01	7	7,3±2,6	5	4,7±2,12

За даними табл. 4, кількість визнаних інвалідами в результаті перенесеного ПХВГВ за п'ять років (2000–2004 рр.) збільшилася на 31 чол. (41,3±2,46%) ($P<0,001$). У динаміці п'яти років визнані інвалідами I групи становлять 8,6–17,6%; другої – 35,3–44,0%, а третьої – 38,7–54,2%.

Наведені дані вказують на значну тяжкість перебігу хвороби у інвалідизованих. Щорічно понад 85% інвалідизованих – люди працездатного віку.

Дані про хворих на ПХВГС, які МСЕК визнала особами зі стійкою втратою працездатності, наведено в табл. 5.

Таблиця 5. Дані про інвалідизацію хворих на ПХВГС у динаміці п'яти років (2000–2004 рр.) по Житомирській області

Показник	2000		2001		2002		2003		2004	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Визнано інвалідами Усього	18	100	17	100	16	100	13	100	22	100
I група	1	5,5±5,14	0	0	0	0	2	15,4±9,9	3	13,6±7,4
II група	9	50,0±11,8	9	52,9±12,1	6	37,5±12,1	4	30,8±12,8	15	68,2±9,95
III група	8	44,5±11,7	8	47,1±12,1	10	62,5±12,1	7	53,8±13,8	4	18,2±8,19
Працездатний вік	18	100	15	88,2±7,82	15	93,75±6,0 5	13	92,70±7,2	21	95,5±4,18
Пенсійний вік	0	0	2	11,8±7,82	1	6,25±2,8	1	7,3±2,6	1	4,7±2,12

Дані табл. 5 вказують на менше зростання, ніж у результаті ПХВГВ, кількості інвалідизованих внаслідок ПХВГС – 4 особи (22,2±4,47%) ($P<0,01$). При цьому інвалідами I групи хворі визнавались не кожного року, і їхня питома вага становила не більше 16,0%. Співвідношення визнаних інвалідами II та III групи в динаміці п'яти років значно коливалось. Майже всі інвалідизовані – люди працездатного віку.

Аналіз динаміки інвалідності, пов'язаної з ПХВГ

типу В і С (2000–2004 рр.), наведено в табл. 6.

Як видно з таблиці 6, у 2001 р. зафіксовано зниження числа осіб з ПХВГ типу В і С, визнаних інвалідами, і в динаміці до попереднього 2000 р. відсоток знизився на 30,7±5,6%. У подальшому щорічно спостерігається збільшення кількості інвалідів від 34,3±4,9% до 18,5±3,4%.

У 2004 р. число інвалідів внаслідок ПХВГ типу В і С зросло на 32,7±4,5% порівняно з 2000 р. ($p<0,01$).

Таблиця 6. Динаміка інвалідності, пов'язана з ПХВГ типу В і С, у Житомирській області (2000–2004 рр.)

Показник	2000	2001	2002	2003	2004
Визнано інвалідами	93	68	88	109	128
Динаміка до попереднього року ($\pm\%$)	+23,2 \pm 4,2 до 1999р	-30,7 \pm 5,6	+34,7 \pm 4,9	20,2 \pm 3,8	+18,5 \pm 3,4

Висновки

Тимчасова втрата працездатності хворими на ПХВГ має тривалий характер і значно перевищує середній показник по області терміну непрацездатності серед працездатного населення у зв'язку з онкозахворюваннями за всіма класами хвороб.

Більш тривалий період непрацездатності має місце при гепатиті В порівняно з гепатитом С.

У динаміці п'яти років (2000–2004 рр.) має місце зменшення загального числа днів непрацездатності при гепатиті В, водночас, при

гепатиті С кількість днів непрацездатності збільшується.

В цілому по області за останні п'ять років має місце зростання числа інвалідів внаслідок ПХВГ типу В і С, що свідчить про збільшення негативних тенденцій у перебігу захворювання і необхідності суттєвого удосконалення організації медичної допомоги цій категорії хворих.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку полягають в удосконаленні лікувально-діагностичного процесу, оздоровлення і відновного лікування, підвищенні якості диспансерного спостереження.

Список літератури

1. Матвиенко Л.И., Цымбань М.Е., Тertyшник О.Н. Основные критерии медико-социальной экспертизы при хронических гепатитах у лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. – 1995. – Вып. 28. – С. 30–33.
2. Оберемко С.В. та ін. Клініко-епідеміологічні аспекти вірусних гепатитів у Закарпатській області // Проблеми епідеміології, діагностики, клініки, лікування та профілактики інфекційних хвороб. – К., 2002. – С. 107–110.
3. Медична реабілітація реконвалесцентів після перенесеного гострого гепатиту В / А.Д. Старік, В.М. Фролов, В.О. Терьшин, І.В. Декалюк // Керовані інфекції. – Тернопіль: Укр. мед. книга, 2003. – С. 315.
4. Шатанина И.Л., Радуга О.Н. Вирусные гепатиты в России в 2000 году: распространённость и экономические потери: В кн. "Материалы VIII съезда Всероссийского общества эпидемиологов, микробиологов, паразитологов". – М., 2000. – Т.3. – С. 85–86.

ВРЕМЕННАЯ И СТОЙКАЯ ПОТЕРЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С

В.И. Шатило, Г.А. Слабкий (Житомир, Киев)

В работе представлен анализ временной и стойкой потери трудоспособности вследствие парентеральных вирусных гепатитов В и С.

TEMPORARY AND STEADFAST LOSS OF CAPACITY FOR WORK DUE TO PARENTERAL VIRUS HEPATITIS B AND C

V.Y. Shatylo, G.A. Slabky (Zhytomir, Kiev)

Analysis of temporary and steadfast loss of capacity to work due to acute and chronic forms of parenteral virus hepatitis B and C are given in the article.

УДК 616-036-055.2:001.8

О.З. ДЕЦИК, Н.І. КОЛЬЦОВА (Івано-Франківськ)

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЖІНОК, СТАРШИХ 40 РОКІВ, ЯК ОСНОВА ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Івано-Франківський державний медичний університет

Вагомим прошарком обслуговування сімейного лікаря в Україні є жінки, старші 40 років. За даними перепису 2001 р., вони становлять 27,5% населення країни, і в зв'язку із процесами постаріння населення ця частка ще буде зростати [2]. Доведено, що гормональні зміни в пери- та постменопаузі у 75–80% жінок супроводжуються різноманітними симптомокомплексами (вегето-судинними, психопатологічними, урогенітальними, дерматологічними, обмінними тощо) [1;4–6;10]. У жінок цього віку частіше розвиваються новоутворення статевих органів [4–6]. Така різноманітність симптомів і хронічних захворювань погіршує самопочуття та якість життя жінок, створює потребу у звертанні до багатьох лікарів-спеціалістів, які призначають лікування, не узгоджуючи його один з одним [2;3;9]. Тільки сімейний лікар є тією особою, яка має можливість і повинна не тільки узгодити ці призначення, але й запобігти виникненню несприятливих наслідків менопаузи [2;3;8]. Для цього йому важливо добре орієнтуватися в закономірностях формування стану здоров'я жінок цього віку.

Мета дослідження – встановити повікові особливості формування захворюваності жінок старших 40 років, у різні періоди гормональних змін (пре-, ранній та пізній постменопаузі) на основі аналізу показників за даними звертань і медичних оглядів для визначення оптимальних форм і термінів початку лікувально-профілактичних заходів сімейним лікарем.

Матеріали і методи. Вивчили захворюваність за даними звертань протягом року в поліклініки м. Івано-Франківська, а також за даними медичного огляду 557 жінок, старших 40 років. При аналізі отриманих даних були виділені вікові групи, які відповідають періодам гормональних змін у жінок: пременопаузі (40–49 років), ранній постменопаузі (50–59 років), пізній постменопаузі (60–69 років) і старшому віці (70 років і старші). Для порівняння та виявлення власне статевих особливостей проаналізували показники за даними звертань

протилежної статі і дані медичних оглядів 283 чоловіків подібного вікового складу ($p > 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення. Як зазначалося вище [3], при невисокому рівні захворюваності жінок, старших 40 років, за даними звертань в амбулаторно-поліклінічні заклади ($903,85 \pm 4,17$ випадку на 1000 відповідного населення – за поширеністю і $270,44 \pm 2,28\%$ – за первинною захворюваністю), найбільш інтенсивний приріст обох показників спостерігався серед респонденток у віці 50–59 років. У вікових групах жінок, старших 60 років, відбувалося накопичення хвороб, про що свідчить зростання показника їх поширеності. Паралельно з цим рівень первинної захворюваності знижувався, що можна вважати проявом недосконалості виявлення та обліку захворювань, а також незвернення пацієнтів по допомогу з немедичних причин (відсутність потреби в листках непрацездатності через низький рівень зайнятості, недостатня освіченість, низький рівень матеріального доходу тощо). Звертає на себе увагу, що обидва показники серед жінок 40–59 років були вищими, ніж у чоловіків такого ж віку ($p < 0,01$), а у старших вікових групах вирівнювались чи ставали нижчими. Тобто полісимптомність проявів перименопаузи спонукає жінок частіше порівняно із чоловіками звертатися по медичну допомогу, хоча і недостатню для повного обліку.

Патологічна ураженість жінок, старших 40 років, встановлена за результатами медичних оглядів, становила $193,60 \pm 6,22$ випадку на 100 обстежених, що більше ніж вдвічі перевищує рівень поширеності хвороб за даними звертань в амбулаторно-поліклінічні заклади (рис. 1), особливо в пременопаузі (40–49 років) – у 2,66 разу. Аналізуючи рівні патологічної ураженості по окремих вікових групах, слід зазначити, що найбільший приріст показника, як і у випадку захворюваності за даними звертань, мав місце серед жінок віком 50–59 років – $206,88 \pm 20,56$ випадку на 100 оглянутих по-

рівняно із $155,61 \pm 9,12$ на 100 оглянутих у 40–49 років ($p < 0,001$). У старших вікових групах поширеність хронічних захворювань за дани-

ми медичних оглядів практично залишалась незмінною ($p > 0,05$) і становила $231,37 \pm 15,06$ – $215,69 \pm 20,56$ випадку на 100 оглянутих.

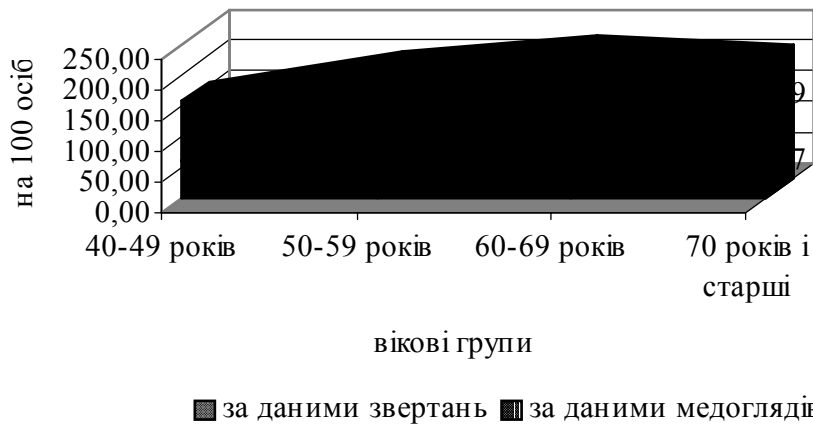


Рис. 1. Поширеність хвороб серед жінок, старших 40 років, (за даними медоглядів і звертань в амбулаторно-поліклінічні заклади)

Цікаво, що при однаковій частці осіб, які мають хронічні захворювання – $86,40 \pm 1,53\%$ оглянутих жінок і $84,94 \pm 2,22\%$ чоловіків ($p > 0,05$) показник патологічної ураженості серед чоловіків був нижчим і склав $145,56 \pm 7,50$ випадку на 100 обстежених ($p < 0,001$). Таке переважання поширеності патологічних станів у жінок спостерігалось протягом 40–69 років ($p < 0,05$), тобто знову в пері- та постменопаузі, і тільки у віці понад 70 років показники ставали рівними ($p > 0,05$).

Найбільшою була патологічна ураженість внаслідок хвороб системи кровообігу – $53,80 \pm 2,23$ випадку на 100 оглянутих жінок, що навіть вище, ніж серед чоловіків – $40,93 \pm 3,06$ випадку ($p < 0,001$), переважно за рахунок гіпертонічної хвороби (відповідно $27,40 \pm 1,99$ на 100 жінок проти $20,85 \pm 2,52$ на 100 чоловіків, $p < 0,05$). Частота ішемічної хвороби серця була однаковою ($16,20 \pm 1,65$ і $17,37 \pm 2,35$ випадку на 100 оглянутих, $p > 0,05$). Тобто слід знову думати про недоліки виявлення та обліку (можливо, внаслідок нижчої настороженості лікарів [1]) хвороб системи кровообігу в жінок у медичних закладах. У цьому розумінні дуже цікавими, на наш погляд, були загальні результати вимірювання частоти серцевих скорочень і артеріального тиску, які, як відомо, є маркерами стану адаптації організму до чинників довкілля, тобто маркерами “передзахворювань”. Зокрема, близько 40% обстежених жінок, старших 40 років, ($37,71 \pm 2,23\%$ – $38,29 \pm 2,17\%$) за критеріями, розробленими академіком Казначеевим В.П. (1980), мали ознаки порушення механізмів адаптації різного ступеня. Відповідно $4,17 \pm 0,89\%$ з них належали до осіб із напру-

женням механізмів адаптації, $14,48 \pm 1,57\%$ обстежених мали ознаки незадовільної і ще $12,30 \pm 1,46\%$ – зриву адаптації. Крім цього, у $7,34 \pm 1,16\%$ обстежених жінок реєструвалась гіпотонія, що також є проявом порушення механізмів адаптації, а у $34,52 \pm 2,12\%$ – гіпертензія, тобто їх повне розладнання. Дуже показовими були результати аналізу динаміки вказаних змін, наведені на рис. 2, де наочно видно, як з віком показники порушення адаптації змінювались у бік погіршення і плавно перетікали в гіпертензію. Якщо в 40–49 років частка жінок із різними ступенями порушення механізмів адаптації ($38,80 \pm 3,60\%$) ще вдвічі перевищувала частку жінок з гіпертензією ($19,13 \pm 2,25\%$, $p < 0,001$), то вже у 50–59-річних жінок при майже незмінних рівнях пограничних форм поширеність гіпертензії зростає до $32,52 \pm 3,67\%$ ($p < 0,01$), а в 60-річних і старших – досягала максимуму (відповідно $51,92 \pm 4,90\%$ – $59,26 \pm 6,69\%$ ($p < 0,001$)). Такий аналітичний підхід розширив наше уявлення про особливості формування показників захворюваності: запобіжні оздоровчі або лікувально-профілактичні заходи серед жінок слід проводити вже на донозологічному етапі напруження адаптації, а саме десь на 40-му році життя.

На другому місці, за результатами медогляду після хвороб системи кровообігу, була патологічна ураженість жінок на хвороби органів травлення – $43,60 \pm 2,22$ випадку на 100 обстежених, що достовірно вище, ніж серед чоловіків – $34,36 \pm 2,95$ випадку ($p < 0,05$). Натомість хвороби органів дихання, які були третіми за частотою ураження в обох порівнюваних групах, серед жінок зустрічались рідше, ніж у чоловіків (відповідно $24,80 \pm 1,93$ випадку

проти $31,66 \pm 2,89$ випадку на 100 обстежених ($p < 0,05$). На четвертому і п'ятому місцях – хвороби ока та придаткового апарату ($16,60 \pm 1,66$ випадку на 100 жінок і $10,42 \pm 1,90$

випадку на 100 чоловіків, $p < 0,005$) і хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (відповідно $12,00 \pm 1,45$ і $5,02 \pm 1,36$, $p < 0,001$).

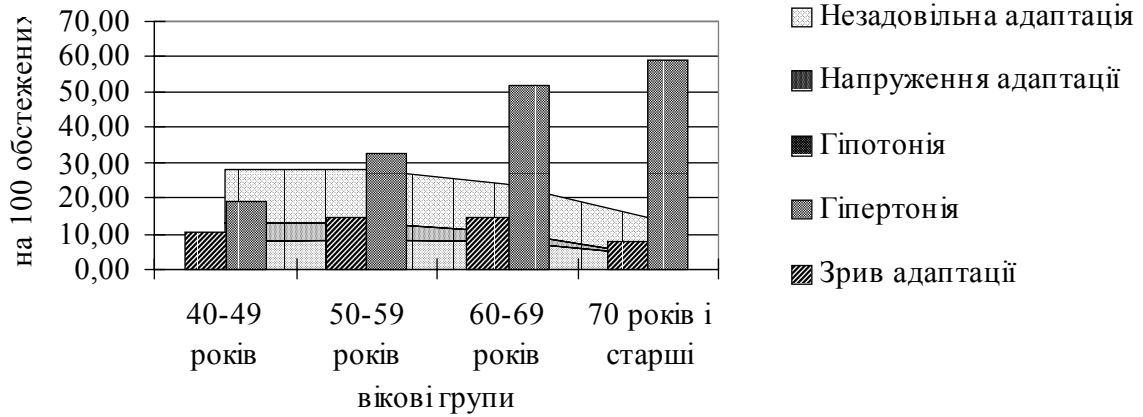


Рис. 2. Динаміка змін поширеності ознак порушення механізмів адаптації (за рівнями артеріального тиску серед жінок у пери- і постменопаузі)

Але були й відмінності, на яких слід акцентувати особливу увагу. Так, серед жінок у декілька разів більше зафіксовано при медогляді новоутворень, ніж серед чоловіків (відповідно $10,40 \pm 1,37$ випадку на 100 оглянутих проти $1,93 \pm 0,85$ випадку ($p < 0,001$)). Абсолютна більшість виявлених новоутворень у жінок – це передракові стани (доброякісні пухлини статевих органів), які також є проявом пору-

шення адаптації до гормональних змін. На 100 обстежених зафіксовано $6,20 \pm 1,08$ випадку пухлини матки, $2,20 \pm 0,66$ випадку молочної залози, $1,60 \pm 1,00$ випадку шийки матки і $0,80 \pm 0,40$ випадку яєчників. Звертає на себе увагу (рис. 3), що більшість новоутворень жіночої статеві сфери виявлялась в перименопаузі: у 40–49 років ($11,23 \pm 2,31$ випадку на 100 оглянутих) і найбільше у 50–59 років ($15,63 \pm 2,87$ випадку).

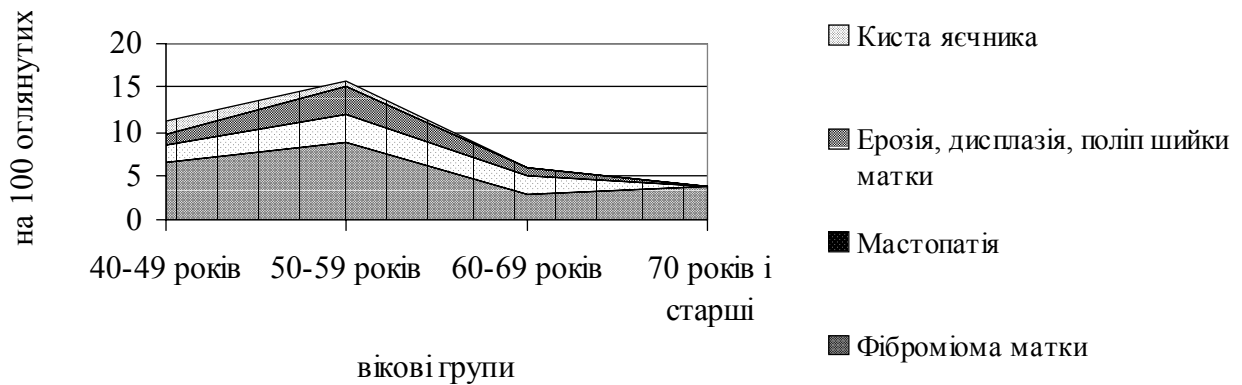


Рис. 3. Патологічна ураженість доброякісними новоутвореннями та передраковими станами молочної залози і статевих органів жінок у пери- і постменопаузі

Висновки

Різниця у показниках захворюваності жінок, старших 40 років, за даними медоглядів та звертань в амбулаторно-поліклінічні заклади (у 2 рази) свідчить про недоліки і значні резерви виявлення, обліку і спостереження хронічних захворювань, особливо гіпертонічної хвороби, гормонозалежних новоутворень та передракових станів тощо.

Вищі порівняно із чоловіками рівні патологічної ураженості і загальної захворюваності жінок у 40–59 років та максимальний приріст цих показників у 50–59 років вказує на те, що менопауза дійсно є тим кризовим періодом в житті, де проявляються і накопичуються хронічні захворювання.

Порушення адаптації проявляються вже в пременопаузі і з віком переходять у хронічні

захворювання. Тому запобіжні оздоровчі або лікар має проводити серед жінок вже на до- лікувально-профілактичні заходи сімейний нозологічному етапі (приблизно в 40 років).

Список літератури

1. Барна О. М. Деякі особливості діагностики ішемічної хвороби серця у жінок в період менопаузи (огляд літератури та власні дані) // Вісник наукових досліджень. – 2003. – № 3. – С. 125–128.
2. Безруков В.В., Вержиковська Н.В., Чайковська В.В. Стан здоров'я і надання медичної допомоги літнім людям // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 3. – С. 53–60.
3. Децик О. З., Кольцова Н. І. Місце первинної медико-санітарної допомоги у розв'язанні проблем надання комплексної медичної допомоги жінкам в пери- і постменопаузальному періоді // Вісник соціальної гігієни і організації охорони здоров'я. – 2005. – № 2. – С. 51–54.
4. Луценко Н.С., Ломака І.В., Кириченко І.Н. Климактерический синдром с позиции старения и витаукта // Вісник асоц. акушерів-гінекологів України. – 2001. – № 3(13). – С. 35–38.
5. Руководство по климактерию /Под. ред. В. И. Кулакова, В. П. Сметник. – М.: МИА, 2001. – 685 с.
6. Сметник В. Климактерические расстройства и методы их коррекции // Врач. – 2002. – № 8. – С. 19–21.
7. Татарчук Т.Ф., Ефименко О.А., Косей Н.В. Негормональная терапия перименопаузальных расстройств у женщин с дисгормональными заболеваниями молочной железы // Репродуктивное здоровье женщины. – 2003. – № 2(14). – С. 56–58.
8. Dennerstein L. Quality of life and menopause // Medscape Ob/Gyn & Women's Health. – 2002. – #7(2). – P. 17–21.
9. Frackiewicz EJ, Cutler NR. Women's Health Care During the Perimenopause // J Am Pharm Assoc. – 2000. – #40(6). – P. 800–811.
10. Hackley B, Rousseau ME. Managing Menopausal Symptoms After the Women's Health Initiative // J Midwifery & Womens Health. – 2004. – #49(2). – P. 87–95.
11. Meisler JG. Toward Optimal Health: The Experts Provide a Current Perspective on Perimenopause // J Womens Health. – 2003. – #12(7). – P. 609–615.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕНЩИН, СТАРШЕ 40 ЛЕТ, КАК ОСНОВА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

О.З. Децик, Н.И. Кольцова (Ивано-Франковск)

Изучили данные обращаемости в городские поликлиники и медицинских осмотров 557 женщин 40 лет и старше, которые сравнили с результатами обследования 283 мужчин этого же возраста. Выявили, что уровень заболеваемости женщин по данным медицинских осмотров в 2 раза выше, чем по данным обращаемости, и выше, чем у мужчин. Особенно это касается 40–59-летних женщин, то есть находящихся в перименопаузе. Наибольшему приросту уровней заболеваемости женщин, сопровождающему раннюю постменопаузу (50–59 лет), предшествуют нарушения адаптации со стороны системы кровообращения (“предболезнь”) и наличие предраковых состояний женской половой сферы. Они проявляются в пременопаузе (40–49 лет). Следовательно, профилактические мероприятия семейный врач должен проводить уже среди женщин 40-летнего возраста с приоритетом предупреждения развития и выявления указанных нарушений.

MORBIDITY ANALYSIS OF UPWARD FORTY YEARS WOMAN AS THE BASE FOR OPTIMISATION OF TREATMENT AND PREVENTION ACTIVITY IN FAMILY MEDICINE

O.Z. Detzik, N.I. Kol'tzova (Ivano-Frankovsk)

The data of visits to the municipal outpatient departments and medical examinations of 557 upward forty years women in comparison with 283 men of the same age were studied. The level of women morbidity according to the data of medical examinations is twice higher, than according to the data of visits to the outpatient departments and higher than among men. Especially it concerns women of 40-59 years (period of perimenopause). The highest level of morbidity is observed during the period of early post-menopause (50–59 years old). It is presided by adaptation disorder in circulatory system (“predisease”) and presence of precancer condition of female genitals. It disorders are revealed in premenopause. So, that is why family physician ought to begin to do prophylactic activities among women of 40 years with priority of prevention of mentioned disorders.

УДК 616.1/9:614.212(1-22)

О.Ф.ГАВРИЛЮК (сmt. Погребище, Вінницька обл.)

ФАКТОРИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ СПРАВЕДЛИВОСТІ В ОТРИМАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Вступ. Захворюваність населення невинно зростає [1, 4, 8]. З деяких найважливіших соціальних хвороб (серцево-судинні, злоякісні новоутворення, туберкульоз тощо) це зростання набуло характеру епідемії [3, 6]. Захворюваність на селі суттєво перевищує захворюваність міського населення, що зумовлено високою часткою людей похилого віку, а також гіршими соціально-економічними умовами існування [8, 9].

Стає очевидним необхідність соціального підходу до визначення здоров'я людей. Основну проблему складають соціально вразливі прошарки населення, які потребують підвищеної уваги і пріоритетних соціальних та лікувально-оздоровчих заходів [2, 7].

Мета. Визначити захворюваність сільського населення серед його різних соціальних прошарків для обґрунтування диференційованого підходу в організації медичної допомоги.

Матеріал і методи. Вивчено звертальність населення Погребищанського району Вінницької області протягом 2002 – 2004 років та проведено профілактичний огляд більше 9 тисяч сільських мешканців цього району. Проведено аналіз захворюваності із застосуванням статистичних методів із визначенням достовірності отриманих результатів.

Результати дослідження та їх обговорення.

В табл. 1 наводяться рангові місця основних чинників захворюваності населення Погребищанського району.

Таблиця 1 Порівняльна характеристика рангових місць основних чинників захворюваності населення Погребищанського району (в залежності від методики оцінки інформаційних ваг)

Чинник	Захворюваність (звертальність)		Захворюваність (за даними огляду)	
	ваговий індекс	коефіцієнт парціальної кореляції	ваговий індекс	коефіцієнт парціальної кореляції
Відстань(з урахуванням сіл, що знаходились за 10-кілометровим радіусом)	1	1	10	11
Професія	2	2	2	2
Вік	3	3	1	1
Відстань (з урахуванням сіл, що знаходились всередині 10-кілометрового радіусу)	4	7	13	15
Сімейний стан	5	5	6	5
Санітарна культура	6	8	3	3
Подушний дохід	7	4	5	6
Житло	8	6	14-15	16
Матеріальний стан	9	12	7	8
Вживання тютюну	10	11	17	17
Освіта	11	10	4	4
Вживання алкоголю	12	9	11	9
Відпочинок	13	15	14-15	13
Позаурочна робота	14	14	8	7
Стать	15	17	16	14
Харчування	16	16	12	10
Характер праці	17	13	9	12

Обидва методи дослідження – ваговий індекс і коефіцієнт парціальної кореляції – дали досить близькі результати щодо оцінки чинників захворюваності.

Виявилась група чинників (відпочинок, стать, характер праці), які слабко впливали на захворюваність населення. Ваговий індекс цих чинників складав менше 1,15 одиниці, коефіцієнт парціальної кореляції свідчив про слабкий зв'язок. Чинники, що помітно впливали на захворюваність, займали різні рангові місця залежно від джерел вивчення захворюваності. Вивчення захворюваності згідно звертальності показало, що на неї найбільше впливала відстань, якщо враховувались села, розміщені за 10-кілометровим радіусом. Вивчення захворюваності згідно профогляду відсувало цей чинник на 10-11 місце, а якщо враховувались поселення лише всередині 10-кілометрового радіусу, то його роль була малопомітною. Санітарна культура суттєво впливала на захворюваність згідно огляду (3-є місце після віку і професії). Високі і стійкі рангові місця в обох випадках займали такі чинники, як професія і вік. Освіта сильніше впливала на захворюваність згідно огляду, ніж на звертальність.

Встановлення ролі чинників, що впливали на звертальність населення за медичною допо-

могою, дозволило визначити вірогідність звертань в амбулаторію чи поліклініку кожного мешканця. У свою чергу це дозволило сформулювати окремі групи населення згідно вірогідності звертання і втілити принцип соціального підходу до надання гарантованого обсягу допомоги.

Спочатку була проведена порівняльна характеристика рангових місць основних чинників звертальності в районному центрі і селах району (табл. 2). Вона показала суттєву різницю між ними. Зокрема, в Погребищах, порівняно із селами, більш високі рангові місця обіймали такі чинники, як професія, подушний дохід, домашня праця, харчування. Ці чинники в районному центрі мали більше розшарування, що, очевидно, позначилось на звертальності різних груп за медичною допомогою. Так, зокрема, вплив професійного чинника в районному центрі був більш вагомим порівняно з селами району, бо тут представництво професій було значно розмаїтішим, ніж у селах. Водночас більш вагомими чинниками звертальності в селах виявились сімейний стан, вживання алкоголю, освіта. Тут в селах маємо глибше розшарування населення з цих чинників.

Таблиця 2 Порівняльна характеристика рангових місць основних чинників звертальності населення за медичною допомогою (в залежності від методики оцінки інформаційних ваг)

Чинник	Районний центр		Села	
	ваговий індекс	коефіцієнт парціальної кореляції	ваговий індекс	коефіцієнт парціальної кореляції
Відстань (з урахуванням сіл, що знаходились за 10-кілометровим радіусом)	-	-	1	1
Професія	1	1	2	3
Вік	2	2	3	2
Відстань (з урахуванням сіл, що знаходились всередині 10-кілометрового радіусу)	-	-	4	8
Сімейний стан	7	6	5	4
Вживання алкоголю	15	13	6	7
Освіта	14	15	7-8	6
Санітарна культура	5	4	7-8	5
Житло	8	5	9	9
Вживання тютюну	12-13	11	10	10
Подушний дохід	4	3	11	12
Матеріальний стан	9	9	12	11
Відпочинок	10	12	13	13
Позаурочна робота	6	8	14	16
Стать	12-13	10	15	17
Харчування	3	7	16	14
Характер праці	11	14	17	15

Отже, використовуючи отримані дані, з допомогою методу нормування інтенсивних показників, усе населення району було розподілено на три групи згідно вірогідності звертальності. У свою чергу це впливало на організаційні заходи з метою забезпечення населення гарантованим обсягом допомоги.

Було встановлено діапазон вірогідностей звертання за медичною допомогою: для районного центру – 16,51-22,98, для сіл – 18,26-26,77. Для формування груп населення району було взято ті чинники звертальності, ваговий індекс яких складав 1,20 і більше одиниць. Із врахуванням цього застереження, для комплексної оцінки вірогідності звертальності населення району за медичною допомогою були взяті такі чинники: в Погребищах – професія, вік, сімейний стан, санітарна культура, житло, подушний дохід, харчування, позаурочна робота; для сільських мешканців – відстань, професія, вік, сімейний стан, вживання алкоголю, освіта, санітарна культура, житло, вживання тютюну, подушний дохід, матеріальне благополуччя. Діапазон вірогідностей звертання на-

селення із врахуванням перерахованих чинників склав: для районного центру – 9,33-15,27 одиниць, для сіл – 13,02-20,94.

Було випробувано декілька варіантів поділу населення на окремі групи згідно вірогідностей звертання. При цьому враховувалась їхня чисельність і розповсюдженість хвороб. В результаті в групу найбільшої уваги, в якій проблема забезпечення гарантованого обсягу допомоги є найскладнішою, увійшли в села району особи з вірогідністю звертання від 13,02 до 15,42 одиниць, в районному центрі – 9,33-11,78 одиниць. Вони склали т. з. I-у соціальну групу населення Погребищанського району. II-у групу склали особи із коефіцієнтами в діапазоні: села – 15,43-16,55, районний центр – 11,79-12,89 одиниць; III – відповідно 16,56-20,94 і 12,90-15,27 одиниць. Перша група склала 20,3 % населення району, в тому числі у районному центрі – 30,2 %, у селах – 17,6 %, друга група відповідно 49,7; 42,2 і 51,7 %; третя група – 30,0; 27,6 і 30,7 %.

Вивчення звертальності за медичною допомогою мешканців трьох соціальних груп дало такі результати.

Таблиця 3 **Характеристика звертальності в соціальних групах (2000 р., %)**

Соціальна група	Районний центр				Села			
	Не звертались	Звертались			Не звертались	Звертались		
		1	2	3 і більше раз		1	2	3 і більше раз
I	33,3	13,3	18,4	35,0	56,0	19,5	9,0	15,5
II	17,6	38,3	7,2	36,9	32,0	27,7	10,3	31,0
III	8,2	44,6	3,6	43,6	12,6	35,2	12,0	40,2

Отже, в селах більше половини мешканців, що були віднесені до першої групи, протягом року не звертались за медичною допомогою, в другій групі частка цих осіб склала третину і в третій – трохи більше 10 %; в районному центрі в першій групі не зверталась третина людей або на 68,3 % відносно менше порівняно з аналогічною групою в селах; в другій групі частка тих, що не звертались, була на 87,5 % відносно менша порівняно з аналогічною групою в селах і в третій групі частка тих, що не звертались за медичною допомогою, була на 53,7 % відносно меншою порівняно з аналогічною групою у селах району. Водночас частка осіб, що звертались три і більше разів протягом року, в районному центрі була відносно вищою порівняно з селами району в першій групі в 2,3 рази, в другій – на 19,0 і в третій – на 8,5 %.

Захворюваність згідно звертальності в трьох групах була такою (табл. 4). Захворюваність в третій групі була вищою порівняно з першою в 2,2 рази, другою – на 53,9 %.

Захворюваність з більшості захворювань невинно зростала паралельно зі зростанням вірогідності звертання за медичною допомогою. Зокрема, досить рівномірно зростали хво-

роби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (відповідно в другій групі порівняно з першою на 92,9 %, а в третій порівняно з другою – на 81,7 %), гіпертонічна хвороба (в 2,5 і 2,2 рази), хвороби органів дихання (на 36,9 і 28,5 %), виразкова хвороба (на 63,5 і 57,0 %). Інші захворювання давали переважний ріст уже в другій групі порівняно з першою, а потім ріст дещо вповільнювався: новоутворення (збільшення в другій групі порівняно з першою склало 2,2 рази і в третій порівняно з другою – на 86,6 %), хвороби крові і кровотворних органів (відповідно 40,5 і 9,6 %), хвороби ока і придаткового апарату (50,2 і 7,9 %); деякі захворювання давали переважний ріст в третій групі: інфекційні і паразитарні хвороби (відповідно 3,9 і 53,9 %), психічні розлади (35,6 % і 2,2 рази), хвороби нервової системи (15,3 і 99,2 %), хвороби вуха і соскоподібного відростка (17,8 і 55,1), хвороби шкіри і підшкірної клітковини (7,2 і 18,0 %). Аналіз цих даних дозволяє зробити висновок про те, що зі зростанням вірогідності звертальності за медичною допомогою

Таблиця 4 Захворюваність (згідно звертальності) в соціальних групах населення Погребищанського району (2000 р., на 1000 осіб)

Хвороби	I соціальна група	II соціальна група	III соціальна група
Інфекційні та паразитарні	33,2 ± 4,0	34,5 ± 2,6	53,1 ± 4,1
Новоутворення	13,9 ± 2,6	30,6 ± 2,5	57,1 ± 4,3
Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму	7,4 ± 1,9	10,4 ± 1,5	11,4 ± 2,0
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	33,9 ± 4,1	65,4 ± 3,5	118,8 ± 6,0
Розлади психіки і поведінки	34,0 ± 4,1	46,1 ± 3,0	99,8 ± 5,5
Хвороби нервової системи	44,4 ± 4,6	51,2 ± 3,2	102,0 ± 5,6
Хвороби ока та придаткового апарату	24,3 ± 3,4	36,5 ± 2,7	33,8 ± 3,3
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	19,1 ± 3,1	22,5 ± 2,1	34,9 ± 3,4
Хвороби системи кровообігу	145,5 ± 7,9	203,1 ± 5,8	317,0 ± 8,6
Хвороби органів дихання	149,1 ± 8,0	204,2 ± 5,8	262,6 ± 8,1
Хвороб органів травлення	87,2 ± 6,3	104,4 ± 4,4	172,7 ± 7,0
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	36,1 ± 4,2	38,7 ± 2,8	45,7 ± 3,8
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	31,3 ± 3,9	55,8 ± 3,3	88,5 ± 5,2
Хвороби сечостатевої системи	48,3 ± 4,8	108,8 ± 4,5	187,7 ± 7,2
Вагітність, пологи та післяпологовий період	9,0 ± 2,4	10,5 ± 1,5	8,3 ± 1,7
Вроджені аномалії	5,9 ± 1,7	3,2 ± 0,81	4,5 ± 1,2
Симптоми, ознаки та відхилення від норми...	1,8 ± 0,95	0,9 ± 0,43	0,8 ± 0,52
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	32,0 ± 3,9	40,2 ± 2,8	43,6 ± 3,8
Разом	756,4 ± 9,6	1067,0 ± 14,8	1642,3 ± 23,6

спочатку збільшуються хвороби з відносно більш складним перебігом, а надалі - більш легким.

Захворюваність в соціальних групах, виявлена під час профілактичних оглядів, представлена в табл. 5.

Таблиця 5 Захворюваність в соціальних групах населення Погребищанського району згідно даних профогляду (2000 р., на 1000 осіб)

Хвороби	I соціальна група	II соціальна група	III соціальна група
Інфекційні та паразитарні	20,0 ± 3,1	19,9 ± 2,0	19,0 ± 2,5
Новоутворення	31,2 ± 3,9	35,9 ± 2,7	25,2 ± 2,9
Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму	1,0 ± 1,0	4,8 ± 0,99	2,0 ± 0,82
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	1,7 ± 0,92	10,7 ± 1,5	17,9 ± 2,5
Розлади психіки і поведінки	11,0 ± 2,3	61,7 ± 3,5	44,2 ± 3,8
Хвороби нервової системи	50,7 ± 4,9	96,4 ± 4,2	79,5 ± 5,0
Хвороби ока та придаткового апарату	142,0 ± 7,8	99,0 ± 4,3	48,7 ± 4,0
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	67,1 ± 5,6	38,1 ± 2,7	17,5 ± 2,4
Хвороби системи кровообігу	833,2 ± 8,4	418,6 ± 7,1	329,9 ± 8,7
Хвороби органів дихання	60,5 ± 5,3	81,0 ± 3,9	49,0 ± 4,0
Хвороб органів травлення	20,9 ± 3,2	64,5 ± 3,5	46,7 ± 3,9
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	12,0 ± 2,4	31,8 ± 2,5	21,7 ± 2,7
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	46,0 ± 4,7	73,9 ± 3,8	65,9 ± 4,6
Хвороби сечостатевої системи	50,9 ± 4,9	102,0 ± 4,3	74,8 ± 4,9
Вроджені аномалії	0,5 ± 0,50	1,0 ± 0,45	0,6 ± 0,45
Симптоми, ознаки та відхилення від норми.	0,4 ± 0,45	0,4 ± 0,29	0,5 ± 0,41
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	7,0 ± 1,9	19,3 ± 2,0	7,3 ± 1,6
Разом	1356,1 ± 26,1	1159,0 ± 15,4	850,4 ± 6,6

Із табл. 5 видно, що захворюваність згідно огляду була найвищою в першій групі (на 17 % порівняно з другою і на 59 % порівняно з третьою). Що стосується окремих захворювань, то були отримані такі дані. Хвороби системи кровообігу в першій групі переважали відповідний показник в другій групі у 2,0 і в третій – у 2,5 рази. Із хвороб системи кровообігу найбільше виявлено під час огляду хвороб вен (в першій групі в 7,5 рази більше порівняно з другою і в 8,4 рази порівняно з третьою), далі йшли судинні ураження мозку (відповідно на 44,4 в 54,2 %) і ішемічна хвороба серця (на 56,0 і 81,1 %). В першій групі більше виявлено хвороб органів зору (виявлена під час профогляду захворюваність переважала аналогічний показник в другій групі на 43,4 % і в третій – в 2,9 рази), хвороб вуха і соскоподібного відростка (на 76,1 % і в 3,8 рази), хронічних неспецифічних захворювань легень (на 17,3 % і в 3,2 рази).

Разом з тим, з цілої низки захворювань їхнє виявлення під час профогляду мало протилежну закономірність. До їхнього числа відносяться хвороби ендокринної системи, розлади харчування і порушення обміну речовин (виявлена захворюваність в першій групі була меншою порівняно з другою в 6,3 і з третьою – в 10,5 раз), психічні

розлади (відповідно в 5,6 і 4 рази), хвороби нервової системи (на 90,1 і 56,8 %), хвороби органів травлення (в 3,1 і 2,2 рази), хвороби жіночих статевих органів (на 82,3 і 35,4 %), хвороби шкіри і підшкірної клітковини (в 2,7 і 1,8 рази), хвороби кістково-м'язової системи (на 60,7 і 43,3 %).

Висновок.

Захворюваність є підставою для визначення потреби населення в забезпеченні медичною допомогою. Спеціальне вивчення захворюваності репрезентативної групи населення показало, що її істинний рівень вищий захворюваності згідно звертальності майже вдвічі, що спонукає до відповідних організаційних висновків щодо забезпечення населення гарантованим обсягом медичної допомоги. Однак проблема полягає не лише в цьому. Звертальність населення за медичною допомогою залежить від багатьох, передусім, соціальних чинників. У складі населення можливо, з допомогою методів розпізнавання, виокремити ту частину, особи якої в більшості своїй за медичною допомогою не звертаються, хоча захворюваність, виявлена у них під час профілактичних оглядів, більше ніж вдвічі переважає захворюваність згідно звертальності. Відбір на шпиталізацію в цій частині є підвищеним за рахунок запущеності і ускладнень захворювань.

Література.

1. Вибрані матеріали І з'їзду сімейних лікарів України. - Київ-Львів, 2001. - 154 с.
2. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. - Тернопіль-Київ-Вінниця: Джура, 1997. - 327 с.
3. Голяченко О.М., Уваренко А.Р. Деякі епідеміологічні особливості здоров'я людності України //Врачебное дело. - 1992. - № 1. - С. 115-117.
4. Грузева Т.С. Здоров'я населення в умовах соціальної статифікації суспільства //Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2002.- N 4.- С. 47-50.
5. Грузева Т.С. Методологія та програма поглибленого вивчення захворюваності населення за даними звернень в лікувально профілактичні заклади //Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2001. - № 4. - С. 43-46.
6. Грузева Т.С. Сучасні особливості та тенденції стану здоров'я сільського населення //Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2003.- № 1. - С. 21-27.
7. Грузева Т.С. Фактори ризику у формуванні здоров'я населення //Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2003. - № 2. - С. 9-16.
8. Показники здоров'я та діяльність установ охорони здоров'я. Голос України /Статистичні матеріали за 1980-2002/ МОЗ України.
9. Чепелевська Л.А. Регіональні особливості захворюваності населення України //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 1999. - № 1. - С. 23-26.
10. Global health situation. III Mortality //Weexly Epidemiol. Record. - 1993. - Vol. 68. - № 6, Suppl. - P. 33-40.
11. Health care systems in transition. Spain. - Copenhagen: WHO, Red. off. Eur. - 2000. - 135 p.
12. Health care systems in transition. Italia. - Copenhagen: WHO, Red. off. Eur., - 2001. - 132 p.

ФАКТОРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ В ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

А.Ф.Гаврилюк, Погребище Винницкой обл.

Исследована заболеваемость более 9 тыс. сельских жителей Погребищанского района Винницкой области путем регистрации обращаемости и данных профилактического осмотра. Выделены 3 социальные группы населения, имевшие существенные отличия в уровнях и структуре заболеваемости.

THE FACTORS OF VILLAGER'S MORBIDITY AND ITS VALUE FOR PROVIDING WITH SOCIAL JUSTICE IN MEDICAL AID.

A.F.Gavrulyuk, Pogrebische of Vinniza region

The morbidity was study on 9 thousand rural populations in Pogrebischanskiy district of Vinniza region with help of appeals' account and data of prophylactic reviews. There were putting into research 3 social groups of population. This groups was have the considerable differentiate in levels and structure of morbidity.

УДК 614.2:001.8:002

М.В. ГОЛУБЧИКОВ, О.С. КОВАЛЕНКО, Ю.А. МІХНЕНКО, К.М. ФАРХАН АЛЬ ШІЯБ (Київ)

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБІГУ В ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

МОЗ України

Міжнародний науково-навчальний центр інформаційних технологій та систем НАН України
Інститут математичних машин та систем НАН України

Реформування системи охорони здоров'я України потребує перебудови усіх ланок галузі. Разом з новими формами надання медичної допомоги виникають і нові бізнес-процеси, які раніше не були притаманні медичним закладам. Актуальними є проблема підвищення якості надання медичної допомоги та чіткий облік наданих медичних послуг. А це, в свою чергу, потребує постійного отримання інформації про рух пацієнта як у самому лікувально-профілактичному закладі, так і поза його межами. І тут на допомогу медичному персоналу приходять нові інформаційні технології, які дають змогу задовольнити ці потреби.

Мета – спроектувати автоматизовану інформаційну систему, яка об'єднувала б різні технологічні процеси у медичному закладі, створюючи єдиний інформаційний простір на рівні установи.

Досягнення подібної мети є дуже важливим для лікувально-профілактичного закладу, де існують кілька технологічних процесів, які підтримують функціонування основного – лікувально-діагностичного.

Слід зазначити, що досі єдиного підходу створення інформаційної системи медичного закладу, яка б підтримувала одночасно всі технологічні процеси на теренах України, ще немає. І це пов'язано з низкою причин, важливою з яких є обмежене фінансування медичної галузі і те, що замовниками інформаційних систем, навіть у рамках одного закладу, були різні підрозділи, які вирішували свої вузькі проблеми. Так розроблялися системи, що підтримували функціонування тільки бухгалтерії чи кабінету медичної статистики, чи лабораторії, чи окремих робочих місць лікарів.

Сьогодні у лікувально-профілактичному закладі, як і в інших підприємствах, для підтримки основного технологічного процесу (лікування пацієнтів) існують кілька інших, що є не-

від'ємною частиною будь-якого бізнес-процесу. До них можна віднести бухгалтерський облік і планово-економічну діяльність, адміністрування та матеріально-технічне забезпечення (включаючи забезпечення ліками та медичними засобами), статистичний облік та звітність. Ці процеси пов'язані між собою інформаційними потоками, які мають певну спрямованість та періодичність, а також джерела їх виникнення.

Розглядаючи кожний з цих процесів, можна дійти висновку, що вони мають свої особливості з точки зору формування інформації.

Основний технологічний процес медичного закладу пов'язаний з роботою лікаря і пацієнта. "Продукцією" є медичні послуги, що надаються пацієнтові. Робота лікаря при наданні медичних послуг регламентується принципами пропедевтики та відображується в облікових медичних документах, якими для первинної ланки є Картка амбулаторного хворого (Ф.25\о), а для стаціонарних лікувальних закладів – Картка стаціонарного хворого (Ф.003\о). Але фіксування руху пацієнта починається ще з реєстратури чи приймального відділення медичного закладу, де фіксується його поява та вносяться ідентифікаційні дані. Тобто саме тут починається рух інформації про пацієнта, якому надається медична допомога. Лікар повинен заповнити понад 20 облікових форм.

Те ж саме стосується інших технологічних процесів. Наприклад, у амбулаторно-поліклінічному медичному закладі з 600 відвідуваннями на зміну щоденно заповнюється більш як 2000 документів, які стосуються різнобічної діяльності закладу.

Отже, по-перше, перед розробниками медичних інформаційних систем постає проблема насамперед оптимізації документообігу, по-друге, створення такої інформаційної системи, яка здатна поєднати всі інформаційні потоки у єдиному інформаційному просторі.

Зараз в Україні розробники медичних інформаційних систем все частіше запроваджують спеціальні технології проектування інформаційних продуктів на основі моделювання бізнес-процесів.

Як зазначає російський дослідник цих процесів Г. Верніков, саме поняття “моделювання бізнес-процесів” прийшло з появою на ринку складних програмних продуктів, які призначені для комплексної автоматизації управління підприємством. Подібні системи завжди передбачають проведення поглибленого передпроектного обстеження діяльності підприємства. Для вирішення подібних задач моделювання складних систем існують спеціальні методології та стандарти. До таких стандартів належать методології сімейства IDEF. За їхньою допомогою можна ефективно відобразити і проаналізувати моделі діяльності широкого спектра складних систем у різних розрізах. При цьому обсяги обстеження процесів у системі визначаються самим розробником, що прискорює його роботу. Сьогодні до сімейства IDEF можна віднести такі стандарти:

- IDEF0 – методологія функціонального моделювання. За допомогою наглядної графічної мови IDEF0, бізнес-процеси описуються у вигляді низки взаємопов'язаних функцій (функціональні блоки – у термінах IDEF0). За правилом, моделювання засобами IDEF0 є першим етапом вивчення будь-якої системи;

- IDEF1 – методологія моделювання внутрішніх інформаційних потоків системи, що дає змогу відображати та аналізувати їхню структуру і взаємозв'язки;

- IDEF1X (IDEF1 Extended) – методологія побудови реляційних структур. IDEF1X належить до типу методологій “Сутність-взаємозв'язок” (ER – Entity-Relationship) і використовується для моделювання реляційних баз даних;

- IDEF2 – методологія динамічного моделювання розвитку систем. Це дуже складна методологія і сьогодні існує кілька алгоритмів, за допомогою яких статичні діаграми IDEF0 перетворюються у динамічні моделі, побудовані на базі “розфарбованих мереж Петрі” (CPN – Color Petri Nets);

- IDEF3 – методологія документування процесів у системі, наприклад, при дослідженні технологічних процесів на підприємствах. За допомогою IDEF3 описуються сценарії і послідовність операцій для кожного процесу. IDEF3 має прямий взаємозв'язок з методологією IDEF0 – кожна функція (функціональний блок) подається у вигляді окремого процесу засобами IDEF3;

- IDEF4 – методологія побудови об'єктно-орієнтованих систем. Засоби IDEF4 дають змогу відображати структуру об'єктів і закладені принципи їхньої взаємодії;

- IDEF5 – методологія онтологічного дослідження складних систем. За допомогою методології IDEF5 онтологія системи може бути описана за допомогою визначеного словника термінів і правил, базуючись на яких можна отримувати необхідні дані про функціонування системи і робити висновки з її оптимізації [1;3].

Існуючі сучасні математичні та інформаційні методи теж дозволяють ставити і вирішувати задачу проектування документообігу та задовольняють загальний критерій оптимальності. Наукова організація управління потребує відповідності між структурами і функціями системи та математичними моделями, що використовуються. Тільки узгодження інформаційних потоків може забезпечити оптимальний режим функціонування системи. Управляючі параметри математичних моделей повинні бути коректно віднесені до реальних показників, що характеризують роботу системи. Використовуючи такий підхід до управління, можна детально описати всі інформаційні потоки на підприємстві, що визначає і можливі сценарії їхнього розвитку. При цьому отримують модель, яка значною мірою відповідає реальній системі. Дослідження моделі базується на обґрунтуванні всіх зв'язків елементів даної структури та її параметрів. Результатами моделювання інформаційних процесів є:

1. Оптимізація документообігу.
2. Ліквідація труднощів у технологічному процесі.
3. Ліквідація зайвих етапів, дублювання процесів тощо.

Тепер зупинимось на особливостях власне медичних інформаційних систем. Як відомо, типова інформаційна система виконує низку функцій, які складаються з:

1. Введення документів (з паперу або в електронному вигляді).
2. Зберігання документів.
3. Пошук по запитам.
4. Редагування користувачем.
5. Формування вихідних документів (на паперових носіях або в електронному вигляді).

Зазвичай ці функції реалізуються такими способами:

1. Введення документів спеціалізованими засобами (сканування та розпізнавання паперових документів, введення з магнітних носіїв тощо) з подальшим експортом у будь-який загальний формат (CSV, DBF тощо). Далі –

імпорт файлів з даного формату у внутрішнє середовище СУБД.

2. Зберігання та пошук здійснюється засобами СУБД (частіше реляційної).

3. Редагування здійснюється спеціалізованими для даної системи засобами, пов'язаними з конкретною СУБД.

4. Вихідні документи створюються двома етапами: виконання запиту до бази даних і заповнення на основі отриманих даних вихідних форм.

Життєвий цикл документа в інформаційній системі має декілька етапів: формування, транспорт, обробка та аналіз, трансформація, зберігання.

У системі існує декілька типів документів. У процесі життєвого циклу документ формується, перетворюється з одного типу в інший, стає основою для створення нових документів, а потім надходить до архіву чи утилізується.

Отже, у медичній інформаційній системі всі маніпуляції з документом (чи то документ медичний чи фінансовий, чи ще якийсь) мають бути уніфіковані та виконуватися за оптимальними алгоритмами. Звідси випливає основна задача такої інформаційної системи – управління документообігом. Під управлінням електронним документообігом у загальному вигляді розуміють організацію руху документів між підрозділами підприємства, групами користувачів чи користувачами. При цьому під рухом документів треба розуміти не їхнє фізичне переміщення (вони ж залишаються на сервері), а передачу прав на їх використання конкретному користувачеві і контролем за їх виконанням. Головне призначення систем електронного документообігу – це організація зберігання електронних документів, а також роботи з ними (їх пошук як за атрибутами, так і за змістом). У системах електронного документообігу також повинні бути реалізовані санкціоновані доступи до документів, контролюватися внесені у них зміни, всі їх версії та підверсії.

Системи управління документами можна умовно поділити на 2 категорії. У першу категорію входять програмні засоби (розроблені раніше), які були спочатку орієнтовані на спеціалізоване використання і не мали інтеграції з іншими інформаційними системами. Такі системи часто зустрічаються у медичних закладах, і, за правило, були розроблені локальними програмістами. Ці програмні засоби призначені для вирішення конкретних фінансових задач, управління персоналом, окремих функцій, пов'язаних з діяльністю лікаря. Слід зазначити, що у більшості таких засобів є

суттєві обмеження щодо їх застосування у медичних закладах. Наприклад, для кожного з додатків у такій системі необхідно підтримувати свою базу даних. Витрати на підтримку інфраструктури таких систем дуже великі і вони не виправдовують себе. До другої категорії входять спеціалізовані PDM-системи, які призначені для управління технологічною інформацією і мають засоби інтеграції з іншими програмними системами. PDM-системи працюють вже і з електронними образами складних об'єктів (наприклад, медичні зображення тощо) [2].

Значне місце у роботі лікаря посідає праця з документами. Впровадження електронного документообігу передбачає заміну технології роботи з документами, тобто заміну ручної праці на автоматизовані процедури.

Медична інформаційна система, що впроваджується в медичний заклад у будь-якому разі змінить існуючу (що склалася у закладі) технологію роботи. Природний шлях – перепроектування технології роботи працівників медичного закладу з паперовими документами з урахуванням можливостей сучасних інформаційних технологій.

Висновки

Інформаційне забезпечення повинно надавати можливість інтегрованої обробки всіх видів інформації, що циркулює у медичній установі, включаючи і документи, що генеруються електронним чи паперовим документообігом. У цьому контексті база даних документів стає елементом централізованої бази даних установи і формується як централізований електронний архів документів (що включає медичні записи, копії паперових документів – направлень на консультацію тощо). Система управління базою даних документів повинна забезпечувати:

- централізовану реєстрацію всіх документів, що мають обіг в установі;
- зберігання документів в електронному вигляді у різних форматах;
- ведення централізованого каталогу документів, що стосуються бізнес-процесів із забезпеченням їх пошуку (за ключовими атрибутами чи з використанням повнотекстового пошуку);
- зберігання повної історії роботи з усіма документами (включаючи і медичні записи) тощо;
- надійну систему захисту документів, що регламентують доступ працівників до документів різного призначення;
- можливість підтримки архівів документів для всіх видів зовнішніх пристроїв, включаючи медичну апаратуру;

Прикладне програмне забезпечення повинно включати наступні ключові компоненти:

- систему управління зберіганням документів – програмне забезпечення, що реалізує функції управління єдиним фондом медичних документів закладу і окремо інших документів;
- систему управління документообігом – програмне забезпечення, що реалізує адміні-

стрування документообігу, управління маршрутизацією та рухом документів, координацію документопотоків, контроль за переміщенням документів, за своєчасною їх обробкою.

Усе вищевикладене дасть змогу оптимізувати основний технологічний процес з надання медичної допомоги, підвищити якість та ефективність роботи медичного закладу.

Список літератури

1. Громов А., Каменнова М., Старьгин А., Корпоративная система электронного документооборота. Технологии и решения // http://rcupi.e-burg.su/cnit/inf_tech/auto_doc/el_doc.html.
2. Глинских А. Системы электронного документооборота. – Компьютер-Информ. – 2001. – №3.
3. Електронні публікації компанії "МетаТехнологія" (Росія, Москва) // <http://www.vest.msk.ru>.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВВЕДЕНИЮ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ УКРАИНЫ

М.В. Голубчиков, А.С. Коваленко, Ю.А. Михненко, К.М. Фархан аль Шияб (Київ)

В статье предлагаются методические основы разработки информационных систем для лечебно-профилактических учреждений с введением электронного документооборота.

METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE IMPLEMENTATION OF ELECTRONIC DOCUMENT-CIRCULATION IN UKRAINIAN PUBLIC HEALTH

M.V. Golubchikov, A.S. Kovalenko, Y.A. Mikhnenko, K.M. Farkhan al' Shyiyab (Kiev)

Methodological principles of information systems development for treatment and preventive measures establishments with implementation of electronic document-circulation are proposed in the article.

УДК 616-082.001.36

П.М. КЛИМЕНКО, О.С. КОВАЛЕНКО (Київ)

УПРАВЛІННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ НА ОСНОВІ СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ

Медико-санітарна частина ДП "Завод Арсенал"

Міжнародний науково-навчальний центр інформаційних технологій та систем НАН України

Наука управління має багато шкіл і напрямків, в рамках яких досліджуються різні підходи розвитку теорії управління. Особливе місце серед них належить методам управління підприємствами. У 50-х роках ХХ століття саме у цьому напрямку відбулися якісні зрушення, що вплинули на всі наступні дослідження. Це стосується розгляду підприємств як відкритих систем.

Організація будь-якого підприємства базується на системі виробничих відносин, ієрархії підпорядкованості, системі правил,

прав та відповідальності. Саме формуванню цих складових і присвячені роботи Ф.Тейлора, А.Файоля, Г.Хікса, Р.Джулета та Е.Дейла [5].

Базис-теорії управління підприємством заклали в своїх працях Ф.Тейлор та А.Файоль. Вони сформулювали основні її положення, до яких можна віднести розподіл функцій, авторитет, дисципліну, єдність керівництва та управління, підпорядкованість інтересів, преміювання, централізацію, ієрархію, порядок, справедливість, постійність персоналу, ініціативу та єдність персоналу [5].

Сучасні теорії управління підприємством виходять зі зростаючої ролі людини в процесі виробництва і в суспільстві. На думку Г.Хікса та Р.Джулета [6], основними характерними рисами управління підприємством є системний підхід, динамічний характер процесу виробництва, багатомірна структура підприємства, з великою кількістю рівнів, багатостороння мотивація, стохастичний характер поведінки ринку, мультидисциплінованість, велика кількість змінних, що характеризують діяльність підприємства, адаптивність структур.

Існує кілька моделей структуризації управління підприємствами, які відображають системи підпорядкованості та звітності в межах підприємства і умовно діляться на лінійну, функціональну, штабну, обмежено-функціональну та матричну [2]. Це дає можливість упорядкувати різні підходи до управління підприємством і визначити системи інформаційних потоків та документообігу.

Теорія системного підходу також обумовлює процес прийняття управлінського рішення, який розподіляється на кілька етапів, де перший з них – визначення конкретних цілей управління. Другий етап передбачає аналіз проблеми, яку необхідно вирішити, розглядаючи з точки зору єдиної системи, де кожне окреме рішення взаємопов'язане з іншими і впливає на розв'язання всієї проблеми. Третій етап виявляє альтернативні шляхи вирішення проблеми. Наступний етап визначає найбільш ефективний шлях розв'язання проблеми та йде формулювання рішення.

У процесі прийняття управлінського рішення слід дотримуватися таких принципів:

- мета окремих рішень не повинна вступати у конфлікт з метою вирішення усієї проблеми;
- при аналізі проблеми необхідно йти від абстрактного до конкретного;
- єдність аналізу та синтезу, логічного та історичного.

При використанні системного підходу у процесі проведення маркетингових досліджень спочатку формуються параметри виходу (наприклад, надання медичної послуги): яку послугу надавати; з якими показниками якості; які витрати на її надання та по якій ціні; для кого; в який термін; хто буде споживачем тощо. Потім формуються відповідні відповіді, на основі яких складається конкурентноспроможна маркетингова програма.

Системний підхід покладено в основу такого механізму оптимізації процесу управління підприємством як реінженіринг. Під цим необхідно розуміти якісну перебудову інформацій-

ної бази прийняття управлінських рішень із застосуванням нових інформаційних технологій [1]. За таких умов для організації якісного управлінського процесу підприємством також визначаються необхідні ресурси і інформація. Потреби у ресурсах та інформації прогнозується на основі вивчення організаційно-технічного рівня виробництва (кваліфікація персоналу, якість обладнання і виробничої технології, організація виробництва і праці, система управління тощо) та параметрів зовнішнього середовища (політичної, економічної, соціально-демографічної ситуацій та інфраструктури даного регіону).

Розглядаючи підприємство як систему, слід зупинитися на ролі зворотного зв'язку, тобто формуванні реакції системи на зміни зовнішніх чи внутрішніх параметрів, а також зазначити про важливість планування для функціонування підприємства.

Лікувально-профілактичні заклади є такими ж підприємствами, як і інші, і управління ними не набагато відрізняється від управління підприємствами в інших галузях.

Специфіка управління лікувально-профілактичним закладом обумовлена насамперед тим, що охорона здоров'я – особлива сфера діяльності, яка суттєво відрізняється від інших видів діяльності. Лікувально-профілактичні заклади мають особливі характеристики, які потребують модифікації загальних принципів управління чи змін акцентів.

По-перше, результатом діяльності медичного закладу є послуга, яка визначає специфічний характер взаємодії лікувально-профілактичного закладу з користувачами їхніх послуг. Це передусім прямий контакт з користувачем та включення його у процес надання послуги. При цьому пацієнти – основні елементи зовнішнього середовища для медичного закладу, кожна взаємодія з пацієнтом може розглядатися як прямий контакт з навколишнім середовищем. Але, що найбільш важливо, людина не є пасивним об'єктом, вона реагує на такі впливи і тим самим безпосередньо впливає на весь процес роботи з ним, стає співучасником цього процесу.

Це, в свою чергу, відображається у багатоваріантності технологій, які використовують у роботі з пацієнтом, в особливій значущості етичних цінностей та принципів суспільства, у принципово важливій ролі медичних працівників у процесі надання послуг. Звідси впливає складність оцінки якості і необхідності надання медичних послуг і, відповідно, результатів діяльності медичних організацій у цілому та праці їхніх працівників. Це значною мірою виз-

начає організацію управління у сфері охорони здоров'я.

По-друге, медичні послуги належать до соціальних послуг. Це означає, що, з одного боку, вони, крім безпосереднього ефекту для користувача, мають і суспільний, соціальний ефект, а з іншого – суспільство визнає важливість отримання громадянами медичних послуг і власну роль у забезпеченні медичним обслуговуванням. Невипадково у Конституції України визнається право громадян на охорону здоров'я [3].

Таким чином, серед найбільш суттєвих ознак медичних закладів, які пов'язані з характером їхньої діяльності і мають вплив на процес управління ними, є:

- складність визначення якості та вимірювання результатів роботи;
- висока спеціалізація основної діяльності, яка часто має терміновий і невідкладний характер;
- відсутність права на невизначеність і помилку;
- необхідність у тісній координації роботи різних підрозділів;
- висока кваліфікація працівників. Маючи спеціальні знання і досвід, керуючись у своїй роботі системою моральних норм і приймаючи рішення про лікування пацієнтів, вони прагнуть до самостійності і проявляють лояльність, насамперед стосовно пацієнтів і колег з фаху;
- необхідність контролю з боку адміністрації медичних закладів за діяльністю лікарів, які безпосередньо впливають на визначення обсягів роботи і, відповідно, витрат закладу;
- труднощі координації роботи та розподілу повноважень і відповідальності, пов'язані з подвійним підпорядкуванням, які існують у багатьох медичних закладах [4;7].

Особливість медичних закладів полягає у тому, що для них характерні всі вищенаведені ознаки, які при поєднанні, у свою чергу, приводять до більш інтенсивного їх прояву.

Управління медичними закладами можна розглядати з двох боків: по-перше, з точки зору моделей управління, які залежать від форми власності, по-друге, – методів управління.

Зупинимось на методах управління, які притаманні медичним закладам. Вони залежать від кінцевої мети функціонування закладу, що її ставить перед собою керівник установи. А від того визначаються, насамперед, схеми управління. Однією з таких схем є наступна, яка виходить з ринкових відносин в охороні здоров'я:

- формувачем управління є власник (чи керівник) закладу;

- суб'єктом – адміністрація закладу;
- об'єктом – сам заклад, до якого належать його співробітники, майно, інформація.

Входом для такої системи є людські ресурси, майно, інформація; результатом діяльності – медичні послуги та нова інформація.

Для забезпечення конкурентноздатності медичної послуги необхідно:

- провести маркетингові дослідження, а їх результати повинні гарантувати кращі світові досягнення при наданні конкретної медичної послуги;
- “вхід” системи повинен бути високої якості, тобто висока кваліфікація працівників, сучасні медичні та інші технології та обладнання, якісні приміщення, що відповідають технічним та санітарним нормам тощо.

Крім того, медичні працівники повинні мати певні психологічні якості, які сприяють поліпшенню їх спілкування з пацієнтами:

- гарне володіння мовою та здатність створювати довірливу атмосферу при спілкуванні з пацієнтом чи співробітниками;
- уміння приймати самостійні рішення;
- мати організаційні здібності (бажано).

Інший варіант схеми управління будується на формуванні кінцевого результату лікувально-діагностичного процесу:

- формувачем управління є власник (керівник) закладу;
- суб'єктом – керівний склад закладу;
- об'єктом – медичний персонал закладу.

Входом для такої системи управління є хвора людина (з порушеними параметрами життєдіяльності); виходом або результатом діяльності – здорова людина (людина з відновленими параметрами життєдіяльності). Ця система має на увазі добре організовану роботу об'єкта управління (медичного персоналу) з пацієнтом. Параметрами якості роботи медичного персоналу в цьому випадку є:

- якість і термін визначення стану здоров'я людини;
- терміни процесу лікування, тобто відповідність медичним стандартам;
- якість та кількість інформації про пацієнта.

Звідси впливає один з основних висновків – систематичне спостереження за станом здоров'я населення є необхідною умовою для надання якісної медичної допомоги. Такий висновок має далекоглядне значення, бо він стає основою для розвитку різних форм надання медичної допомоги.

Особливу увагу слід, природно, приділяти роботі функціональних одиниць підприємства. При спотвореному управлінні складні системи мають схильність до зникнення упорядко-

ваності, тобто мають центрострімкі тенденції. Наприклад, діагностичні відділення беруть на себе функції лікувальних відділень, і навпаки, окремі фахівці прагнуть взяти на себе функції всього закладу тощо. Боротьба з такими явищами полягає в екстраполяції поведінки системи та скороченості циклу управління.

Одним з дійових механізмів управління підприємством є вірно організована нормативна база, яка регулює взаємовідносини адміністрації з працівниками, а також всю іншу діяльність закладу. У нормативних документах відбиваються необхідні алгоритми керування підприємством та регулюється система його

взаємозв'язків із зовнішнім середовищем. Нормативна база є складовою і показником керованості закладом.

Таким чином, управління медичним закладом є складним багатофункціональним процесом, який необхідно будувати на системному підході.

Виробництво медичних послуг схоже на виробництво інших товарів та послуг, але має свою специфіку, яка пов'язана з людським фактором.

Вірно організована система управління є запорукою якісної та ефективної медичної допомоги.

Список літератури

1. *Абанкина Т.* Влияние информационных технологий на некоммерческий маркетинг (http://www.kollazh.ru/st_13.html).
2. *Гребнев Л.* Между историей и наукой: к анализу проблемы причинности в экономике // Вопросы экономики. – 1994. – №4. – С. 106.
3. *Конституція України.* – К.: Україна, – 1996. – 54 с.
4. *Нуреев Р.М.* Социальные субъекты постсоветской России: история и современность // Мир России. – 2001. – №3. – С. 19–34.
5. *Управление* – это наука: Пер. с англ. / А. Файоль, Г. Эмерсон, Ф. Тейлор, Г. Форд. – М., 1992.
6. *Хикс Дж. Р.* Стоимость и капитал. – М.: Прогресс, 1988.
7. *Чубарова Т.В.* Управление медицинскими учреждениями: методологические подходы и новые тенденции // Теория и практика управления. – 2002. – №1. – С. 124–131.

УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ НА ОСНОВЕ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА

П.М. Клименко, А.С. Коваленко (Киев)

В статье приводится анализ различных моделей управления предприятиями, анализируются отличия медицинских учреждений от других предприятий, даётся описание различных моделей их управления.

TREATMENT AND PROPHYLACTIC ESTABLISHMENTS' MANAGEMENT ON THE GROUND OF SYSTEMIC APPROACH

P.M. Klimenko, A.S. Kovalenko (Kiev)

Analysis of different models establishments' control, and the description of different control models are given in the article. Differences between medical and other establishments are analyzed.

УДК 616-0.82:006.44:004.4

О.С.КОВАЛЕНКО, К.СТІПХАУТ (Київ, Голландія)

РОЛЬ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ МЕДИЧНИХ СТАНДАРТІВ

Міжнародний науково-навчальний центр інформаційних технологій та систем НАН України
Проект Євросоюзу “Підтримка впровадження медичних стандартів в Україні”

Підвищення рівня надання медичної допомоги прямо пов'язано із запровадженням медичних стандартів. Сучасний стан охорони здоров'я в Україні характеризується зростаючою необхідністю підвищення якості надання медичної допомоги на тлі хронічного дефіциту коштів на охорону здоров'я. Така ситуація потребує розробки медичних стандартів і відповідних критеріїв для оцінки результатів наданої допомоги та проведення заходів щодо ефективного використання виділених коштів. Таким чином, головне завдання для системи охорони здоров'я — досягнення хороших результатів лікування пацієнтів при мінімальних витратах. Інформація, що отримується при здійсненні оцінки результатів медичного обслуговування і заходів, пов'язаних з визначенням ступеня задоволеності пацієнтів, а також витрат, які відповідають результатам лікування, важлива для всіх, хто пов'язаний з охороною здоров'я населення. Це насамперед медичні заклади та установи, фахівці яких зацікавлені у цьому процесі. Така інформація необхідна пацієнтам та їхнім лікарям у момент прийняття ними рішень щодо стратегії лікування та її реалізації, вона корисна покупцям послуг, які повинні вміти вибирати кваліфікованих надавачів якісних медичних послуг.

Таким чином, при запровадженні медичних стандартів інформація про їх використання та якість надання медичної допомоги має надходити на всі рівні системи охорони здоров'я для здійснення відповідного контролю з боку адміністративних органів, страхових компаній чи спеціальних агенцій, які займаються цими питаннями.

Як відомо, медичні стандарти – це комплекс заходів, норм, правил і вимог, що розроблені на основі наукових досліджень та оформлених у вигляді нормативно-технологічних документів, які затверджуються компетентним органом. До переліку цих документів входять:

- клінічні рекомендації (стандарти ведення хворих) – систематично розроблені документи, які описують дії лікаря з діагностики, профілактики та лікування захворювання. Вони відрізняються від традиційних джерел інформації тим, що розроблені за спеціальною методологією, основані на доказовій медицині і регулярно оновлюються. Сьогодні клінічні рекомендації посідають центральне місце в управлінні якістю медичної допомоги;

- клінічний протокол медичної організації — нормативний документ, який визначає вимоги до надання медичної допомоги хворому при певному захворюванні, з певним синдромом чи при певній клінічній ситуації у медичному закладі;

- алгоритми – схематично наведені дії лікаря при роботі з пацієнтом з певним захворюванням;

- лист індикаторів якості – документ, де фіксуються відхилення від виконання медичного стандарту при наданні медичної допомоги пацієнту лікарем.

Сам процес впровадження медичних стандартів супроводжується низкою заходів, які включають: визначення місця впровадження (лікувальний заклад); навчання лікарського складу користуванню стандартами; розробку клінічних протоколів лікувального закладу; вбудовування текстів медичних стандартів в інформаційно-програмне забезпечення, що підтримує діяльність лікаря на робочому місці; формування інформаційної підсистеми контролю за виконанням стандартів, тобто контролю якості.

На цей час в Україні працює Проект Євросоюзу “Підтримка впровадження медичних стандартів в Україні”, основною метою якого є відпрацювання методології впровадження медичних стандартів.

Інформатизація процесу запровадження медичних стандартів включає передусім формування підсистем збирання медичних даних,

їх зберігання та оцінювання. Основні завдання інформатизації такі:

- інтегрування в прикладні програми модулів підтримки функціонування медичних стандартів на основі національних рекомендацій щодо змісту даних, спільних інтерфейсів, наборів кодів та загальних інформаційних послуг;
- підтримка управління системою контролю якості надання медичних послуг на основі медичних стандартів із застосуванням сучасних методів аналізу якості, формування звітів;
- управління мережевими послугами на основі єдиного інформаційного трафіку, мережі та механізмів контролю за використанням мережі;
- організація міжрегіонального обміну інформацією та даними для реалізації принципу єдиного медичного інформаційного простору при запровадженні медичних стандартів.

З вищевказаного можна зробити висновок, що інформаційна система, яка повинна підтримувати процес застосування медичних стандартів, складається з кількох рівнів. Для того, щоб уявити її структуру, розглянемо процес надання медичної допомоги при їх застосуванні та документопотік, який його супроводжує.

Як відомо, в Україні на первинному рівні надання медичної допомоги лікар веде прийом пацієнтів в амбулаторно-поліклінічному закладі. При цьому основним обліковим документом, з яким він працює, є Ф-25/о – Карта амбулаторного хворого. Саме в цьому документі фіксуються медичні відомості про пацієнта, його обстеження та лікування.

Медичні дані про пацієнта, що лікується у стаціонарі, вносяться до Ф-003/о – Медична карта стаціонарного хворого. Таким чином, ці два документи є основними обліковими формами, що застосовуються у медичній практиці.

Далі дані, що знаходяться у цих документах, надходять до кабінетів медичної статистики, де здійснюється їх обробка, систематизація, аналіз та формування цілого переліку звітів державної статистичної звітності, звітності регіонального характеру та внутрішньолікарняної звітності. Після цього інтегрована інформація про діяльність медичних закладів, стан здоров'я населення регіону надходять до відповідних адміністративних рівнів охорони здоров'я.

Не зупиняючись на етапах впровадження медичних стандартів, розглянемо роботу медичного закладу в умовах їх застосування.

Клінічні рекомендації, що розробляються на національному рівні і у формуванні яких беруть участь провідні вчені-медики, стають основою для закладів охорони здоров'я, де безпосередньо здійснюється медична допомога,

при створенні клінічних протоколів медичного закладу. Як вже зазначалося, клінічні протоколи створюються з метою нормативного забезпечення системи управління якістю медичної допомоги у закладі.

Клінічний протокол медичної установи розробляється для розв'язання таких завдань:

- вибір оптимальних технологій профілактики, діагностики, лікування і реабілітації для конкретного хворого;
- захист прав пацієнта і лікаря при розв'язанні спірних і конфліктних питань;
- проведення експертизи і оцінки якості медичної допомоги хворим з певним захворюванням, синдромом чи в певній клінічній ситуації, і планування заходів з його удосконалення;
- планування обсягів медичної допомоги;
- розрахунок необхідних витрат на надання медичної допомоги;
- обґрунтування програми державних гарантій надання медичної допомоги населенню.

Для здійснення таких завдань необхідне відповідне інформаційно-програмне забезпечення. Такі програмні засоби повинні забезпечувати реалізацію низки завдань підтримки роботи лікаря на робочому місці і контролю якості надання медичної допомоги.

На нашу думку, на робочому місці лікаря повинно бути встановлено програмне забезпечення, яке не тільки допомагає лікарю здійснювати свої прямі обов'язки, але також відкриває йому можливість користуватися національними клінічними рекомендаціями з даних нозологій, застосовуючи ІНТЕРНЕТ-технології, клінічними протоколами, які розташовані у регіональній базі даних медичних документів чи базі даних медичного закладу. Для цього на рівні медичного закладу створюється локальна комп'ютерна мережа та формується відповідна база даних документів.

Часто-густо на районному рівні відсутнє деяке медичне устаткування чи клінічні методики, які визначені в медичних стандартах. Для проведення відповідних досліджень пацієнт може бути направлений до іншого лікувального закладу, де ці методики чи устаткування працюють. У такому разі дані про результати досліджень повинні надходити з цих установ до даного лікувального закладу. При цьому використовуються канали зв'язку, які функціонують у регіоні, а така інформація повинна надходити до електронного медичного документа і вноситися у його структуру. Фіксація проведення певного дослідження в терміни, що вказані у медичних стандартах, дасть змогу оцінювати рівень якості наданої медичної допомоги.

Як вже зазначалося, одним з основних завдань при впровадженні клінічних протоколів, є завдання проведення контролю виконання стандартів надання медичної допомоги. Для цього запроваджуються спеціальні Листи індикаторів якості. Зміст такого листа включає кілька розділів, в яких відображаються основні медичні послуги, що характеризують виконання певного медичного стандарту. Заповнення такого листа індикаторів якості здійснює лікар. У випадку невиконання будь-якої процедури він зазначає його причину. Таким чином, на кожний випадок надання медичної допомоги формуються Листи індикаторів якості.

Заповнення таких листів теж можна здійснювати за допомогою інформаційної системи. Для цього у самій системі формується формалізований опис медичних процедур, що їх призначає лікар, а також формалізований опис роботи самого лікаря. Як тільки лікар заповнює певні блоки електронного медичного документа, автоматично відповідні дані переносяться до Листів індикаторів якості. Те, що не можна перенести автоматично, лікар заповнює самостійно. І при закритті медичного документа, тобто при закінченні певного випадку медичного обслуговування, формується і відповідний Лист індикаторів якості.

Ці дані надходять до відповідної бази даних, а працівники кабінету медичної статистики формують відповідні звіти, які містять аналіз виконання медичних стандартів (для даного медичного закладу – клінічних протоколів).

Окремим напрямком обробки результатів виконання медичних стандартів за допомогою Листів індикаторів якості є автоматизована оцінка цих результатів. Відповідно до завдань проекту розробляється структура звітності, яка відбиває кількісні та якісні характеристики виконання медичних стандартів лікарським складом, даного медичного закладу, всього закладу, групи закладів певного регіону тощо. Ці дані повинен аналізувати спеціаліст-аналітик. Спеціаліст-аналітик даних повинен розуміти сутність проведення лікувального процесу за

результатами лікування, рівень використання інформації про медичні стандарти, перспективи лікарів та адміністрації і можливості потенціального використання даних. Ось чому при аналізі отриманих даних необхідно мати справу з достовірною інформацією, яку можна обробити за допомогою сучасних методів статистичного аналізу.

Аналіз даних потребує проведення статистичної експертизи, а інтерпретація результатів – клінічної експертизи. Але більшість лікарів та керівників охорони здоров'я мало розуміється в інтерпретації статистичної інформації. Ось чому аналітичні звіти мають продаватися у зрозумілому для них вигляді таблиць чи графіків.

Інформаційно-програмні засоби повинні відпрацьовувати ці функції та допомагати формувати відповідну звітність.

Звітні дані по локальній мережі регулярно мають надходити до керівництва лікарні, а в разі потреби – передаватися до управління охорони здоров'я даного регіону. Для цього використовуються канали зв'язку з цими установами.

На рівні управління охорони здоров'я має формуватися блок звітів, що стосується результатів управління якістю надання медичної допомоги до вищих органів охорони здоров'я.

Таким чином, інформаційна система для підтримки роботи лікаря в умовах впровадження медичних стандартів повинна мати мережеву структуру для обміну даними між медичними закладами одного регіону, передачі звітних форм в установи управління охороною здоров'я.

На вищій рівні управлінської ланки галузі інформація повинна надходити у тому вигляді і згідно з регламентом, які встановлюються цими установами.

Отже, інформатизація процесу впровадження та підтримки медичних стандартів в Україні, з одного боку, допоможе здійснювати контроль за їх додержанням, з іншого – підвищить ефективність роботи лікаря, що також позначиться на рівні надання медичної допомоги.

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ СТАНДАРТОВ

А.С. Коваленко, К. Стіпхаут (Київ, Голландія)

В статье представлен анализ применения средств информации при внедрении медицинских стандартов в условиях Украины.

INFORMATION TECHNOLOGY ROLE IN USE OF MEDICAL STANDARDS

A.S. Kovalenko, K. Stiphaut (Kiev, Holland)

Analysis of use informational technologies under conditions of application medical standards in Ukraine is given in the article.

УДК 314:001.8(4)

В.М. ПОНОМАРЕНКО, О.М. ОЧЕРЕДЬКО, В.П. КЛИМЕНЮК (Київ, Вінниця)

АНАЛІЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК КРАЇН ПОСТРАДЯНСЬКОГО ПРОСТОРУ І КРАЇН-ЧЛЕНІВ ЄВРОСОЮЗУ НА ОСНОВІ МЕТА-АНАЛІЗУ МІЖНАРОДНИХ БАЗ ДАНИХ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України
Вінницький національний медичний інститут ім. М.І. Пирогова

З моменту зникнення з історичної арени Радянського Союзу пройшло майже п'ятнадцять років. За роки незалежності пострадянські республіки перетворилися на самостійні держави зі своїми системами охорони здоров'я. Ними накопичена достатня статистична база за основними показниками громадського здоров'я, яка представляє науковий та практичний інтерес. Одним з важливих та цікавих завдань аналізу наявної медико-статистичної інформації є визначення інтегративних показників стану та розвитку систем охорони здоров'я незалежних країн, їх порівняльний аналіз. Особливо важливим є визначення ролі та місця України у сфері охорони здоров'я серед інших незалежних країн. Враховуючи євроінтеграційні наміри України, актуальним завданням є порівняльний аналіз з країнами-членами Євросоюзу.

Метою роботи є аналіз медико-демографічних характеристик країн пострадянського простору і країн-членів Євросоюзу на основі мета-аналізу міжнародних баз даних.

Показники: дослідження базується на показниках 15 колишніх республік Радянського Союзу, які зараз є незалежними країнами (НК), та 21 країни-члена Європейського Союзу (ЄС). Естонія, Латвія та Литва, які нещодавно приєдналися до ЄС, в дослідженнях розглядалися у групі НК, тому що ці країни мають подібні історичні і соціальні характеристики. Кіпр не розглядався в дослідженнях через відсутність суттєвої інформації. Крос-аналіз проводився за 152 показниками громадського здоров'я (ГЗ) станом на 2002 р.

Джерела даних: переважно ми використовували дані в режимі on-line з різних джерел, базуючись на даних ООН і ВООЗ (таблиця 1).

Таблиця 1. Джерела даних

№ пор.	Е-адреса	База даних (БД)	Приналежність бази
1.	*[http://data.euro.who.int/hfadb/param.php]	Європейська БД "Здоров'я для всіх" (ЗДВ-БД)	Європейське регіональне бюро ВООЗ
2.	[http://www.unece.org/stats/trends/]	Статистичний Щорічник Європейської комісії з економіки, 2003	Статистичний відділ ЮНІСЕФ
3.	[http://www.unece.org/stat/pau.asp]	Демографічна БД	Підрозділ щодо діяльності населення, ЮНІСЕФ (відділ економічного аналізу)
4.	[http://unstats.un.org/unsd/cdb.cdb_help/cdb_quick_start]	Узагальнена БД (UNCDB)	ООН
5.	http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_30298591&_dad=portal&_schema=PORTAL	БД Нового Кроноса	Євростат
6.	http://unstats.un.org/unsd/snaama/contryAnailability.asp? Code=804	Державний Бюджет, основна сукупна БД	Статистичний відділ ООН
7.	[http://www.who.int/whosis/core/core_select.cfm]	Статистична інформаційна система	ВООЗ
8.	[http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp]	БД показників "тисячоліття"	Статистичний відділ ООН

* Основні джерела

Потреба у використанні даних з різних джерел зумовлена суттєвою розбіжністю в їх показниках. Взяті дані з надійних та подібних державних, найбільш доступних джерел, що дало змогу одержати додаткову інформацію і знизити неминучі розбіжності. У сумарних показниках різних джерел ми використовували методологію збору даних та оцінки кожної додаткової БД. У тому разі, коли окремі стандартизовані показники смертності були одержані нами для різних вікових груп населення, ми ретельно їх перераховували. Якщо неможливо було отримати вірогідні дані за 2002 р., ми брали дані за 2001 або 2003 рр., у деяких випадках використали перспективні показники. У більшості змінних містились неповні дані. Змінні відібрано, і ті з них, що містили неповні дані, відсортовано. Основними джерелами інформації була Європейська база даних "Здоров'я для всіх" (HFA-DB), яка належить Європейському регіональному бюро ВООЗ. Дані щодо валового внутрішнього продукту одержано з Державного Бюджету, основна сукупна база даних Статистичного відділу ООН. Показники стосовно витрат на громадське здоров'я переважно отримано зі Статистичної інформаційної системи ВООЗ.

Відсутність даних. Відсортувавши змінні з множителем, який враховує відсутні значення, ми відібрали 152 змінні. Більшість з них все ще містила в собі відсутні спостереження. Враховуючи постійну і немонотонну природу відсутніх значень, у роботі використано метод нав'язаних (приписаних) значень для кратних нав'язувань Markov Chain Monte Carlo (MCMC) (Schafer, 1997, стор. 226–235; 1999, 3–15). Статистичні обчислення проводились за допомогою SAS 9.1 Level 1M3 XP Home platform, методу M1 з наступними параметрами: Chain=single, Impute=full, Seed=51343672, Nimpute=3, Niter=600, Nbiter=600, CONVERGE=1E-4, MAXITER=200. Вищезазначений метод MCMC зберігає багатоваріантне розподілення, що є дуже важливим для подальшої процедури зменшення величин. З метою збереження розбіжностей у групах багатоваріантних

розподілень застосовувався метод нав'язаних значень окремо для незалежних країн (НК) і країн-членів ЄС. Ми приписували кожній відсутній величині усереднення від 3 MCMC-оцінок (Nimpute=3), коли останні різнилися. Якщо MCMC-оцінка знаходилась поза діапазоном відповідних груп країн, то робилися нав'язування з незначною різницею для гарантування вірогідності даних і збереження від викривлень багатоваріантного розподілення.

Групування і зменшення кількості змінних. Маючи 152 змінні і тільки 36 спостережень, ми були змушені вдатися до групувань і зменшення номеру змінних для досягнення багатоваріантного висновку. Згідно з цим змінні розподілено на шість одиниць: витрати на охорону здоров'я; демографія; охорона материнства; смертність; захворюваність; забезпечення охорони здоров'я і ефективність лікарняної служби. Склад кожної одиниці приведений у таблицях 2–13.

Зменшивши діапазон (розмірність) і представивши кожну одиницю з декількома складовими змінними для найменшої втрати інформації, ми провели аналіз основних компонентів кожної змінної величини в одиниці (процедура princomp, SAS). Припускаючи велику кількість змінних, ми витягли з вибірки таку кількість компонентів, яка становить понад 50% стандартизованої дисперсії.

У таблицях 2; 3 наведено кількість витягнутих компонентів, які кореспондуються зі змінними витрат на охорону здоров'я. Оскільки є тільки три компоненти, ми в основному працювали з першим, який акумулює 54% стандартизованої дисперсії. Перший вектор мав високе позитивне завантаження на ВВП (0,71) і на загальних витратах на охорону здоров'я як відсоток від ВВП (0,68). Другий компонент становив 34% стандартизованої дисперсії, і здебільшого ця інформація витягувалась із загальних витрат на фармакологію як відсоток від загальних витрат на охорону здоров'я (0,95). Враховуючи дефіцит економічних змінних та їх важливість, ми вирішили включити у дослідження обидва компоненти.

Таблиця 2. **Співвідношення власних та стандартизованих показників витрат на охорону здоров'я**

№ пор.	Власні значення	Зведений стандарт. Розбіжність
1.	1,62037642	0,5401
2.	1,02261052	0,8810

Таблиця 3. Компоненти витрат на охорону здоров'я, використані в процесі дослідження

№ пор.	Змінні величини	I комп.	II комп.
1.	Валовий внутрішній продукт, долар США/душу населення	0,712500	-0,049533
2.	Загальні витрати на охорону здоров'я у % до ВВП	0,677736	0,306900
3.	Загальні витрати на фармакологію у % до загальних витрат на охорону здоров'я	-0,181708	0,950452

На рис. 1 наведено виділені НК у лівому нижньому кутку з низьким рівнем показників по першому (ВИТРАТИ 1, вісь X) компоненту, який відображає величину витрат

на охорону здоров'я. Україна знаходиться у центрі серед НК, що показує загальні для цих країн тенденції у представленому діапазоні.

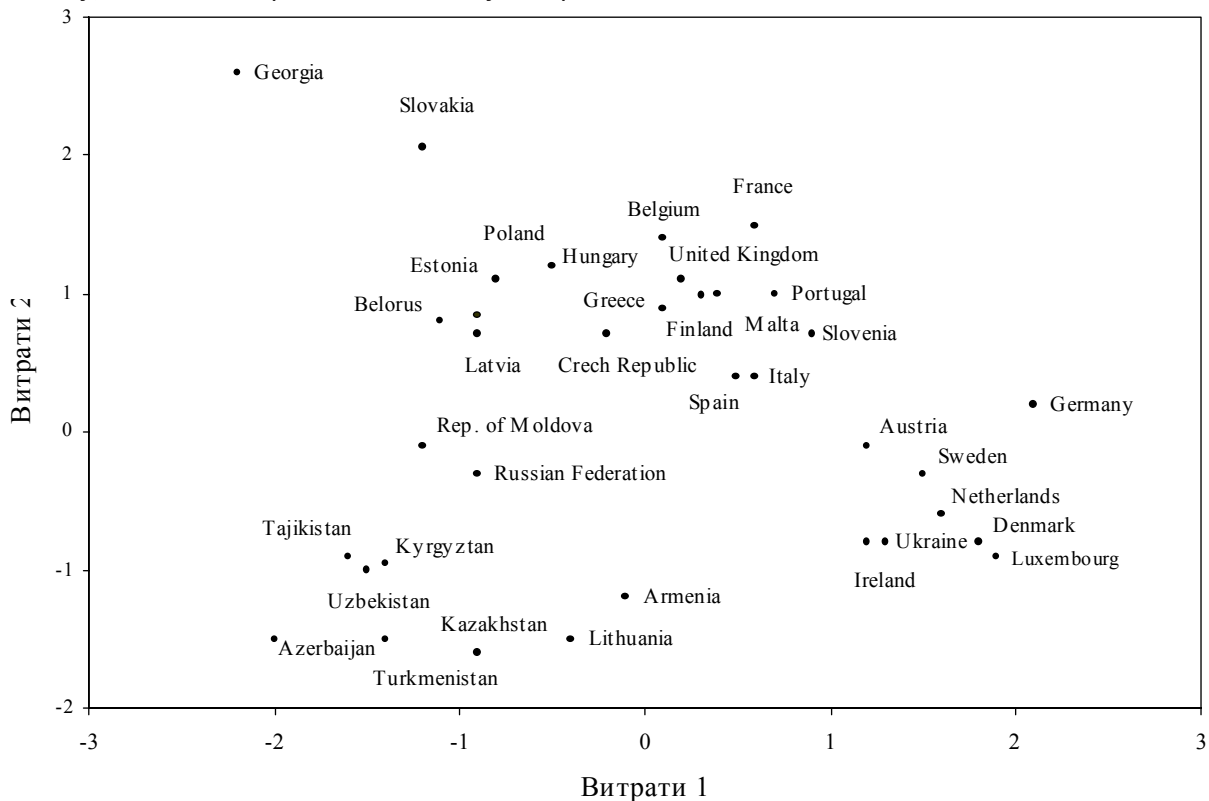


Рис. 1. Система SAS. Перший і другий основні компоненти витрат на охорону здоров'я

Таблиці 4, 5 показують, що 2 компоненти відповідають за 68% стандартизованої дисперсії з 9 демографічних змінних. Тоді як перший (I) основний компонент відображає коефіцієнт народжуваності (негативний показник - 0,43; -0,41) і вікову структуру (-0,45; 0,42),

другий (II) – чисельність населення (0,42), щільність населення (-0,57), HDI (-0,45). Молоде населення, у якого вищий коефіцієнт народжуваності та фертильності, має нижчі показники по першому основному компоненту.

Таблиця 4. Співвідношення власних та сукупних демографічних показників

№ пор.	Демографія	
	Власні показники	Сукупні значення
1.	4,70921787	0,5232
2.	1,41554167	0,6805
3.	0,92274014	0,7831
4.	0,83661785	0,8760
5.	0,71582477	0,9555

Таблиця 5. Характеристика демографічних показників

№ пор.	Змінні величини	I комп.	II комп.
1.	Населення середнього віку	0,144568	0,416762
2.	% від населення віком 0-14 років	-0,453179	0,097099
3.	% від населення віком 65 років і старших	0,421541	-0,166934
4.	Народжених живими на 1000 чол. населення	-0,433926	0,009812
5.	Грубо підрахований коефіцієнт смертності на 1000 чол. населення	0,329321	0,368192
6.	Загальний коефіцієнт фертильності	-0,415009	-0,047449
7.	Середня щільність населення на 1 км ²	0,062675	-0,569253
8.	Коефіцієнт безробіття у %	0,216689	0,354849
9.	UNDP Індекс розвитку людини (HDI)	0,275996	-0,448481

Україна має високий показник по першому основному компоненту DEMO 1, що вказує на демографічну кризу (дуже низька народжуваність і коефіцієнт фертильності, це стосується структури населення старшого

віку). Високі показники по обох основних компонентах відображають високий коефіцієнт смертності. Дійсно, Україна знаходиться серед НК з негативним приростом населення (рис. 2).

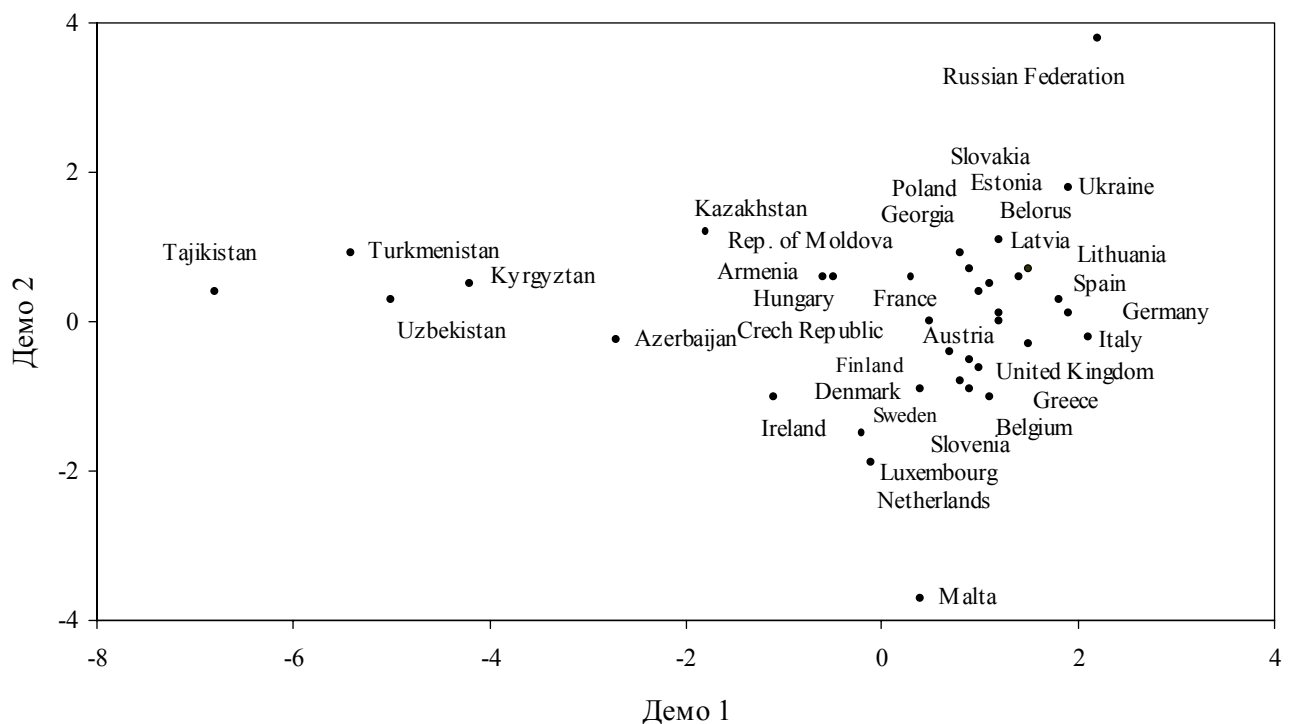


Рис. 2. Система SAS. Перший і другий основні компоненти демографічних змінних

У таблицях 6, 7 наводяться показники охоплення материнства. Ми відібрали три компоненти з масиву обробленої інформації (майже 72%). Третій основний компонент пояснював значення майже 12% стандартизованої дисперсії. Перший компонент є критерієм зведених результатів. Високе значення першого компонента вказує на високий коефіцієнт неонатальної, ранньої неонатальної, постнеонатальної, ембріональної, материнської смерт-

ності і низьке співвідношення дітей, народжених живими, від матерів, старших 35 років, низький показник кесаревих розтинів на 1000 народжених живими. Другий основний компонент мав високий негативний показник по абортів/1000 народжених живими від матерів, старших 35 років (-0,62), і позитивний показник у відсотках до новонароджених, які одержували грудне годування у віці 3 місяців (0,39). Таким чином, високе значення другого ком-

понента вказує на незначну поширеність абортів серед жінок старшого віку. Третій компонент поєднує середнє відхилення змінних у відсотку до народжених живими вагою 2500 г і більше (0,74) і кількість абортів/1000 народ-

жених живими від матерів віком до 20 років (0,46). Отже, високий рівень множини встановлює зв'язок між високим коефіцієнтом абортів серед молодих жінок і співвідношенням новонароджених з надмірною вагою.

Таблиця 6. Співвідношення власних та сукупних показників з охорони материнства

№ пор.	Власні значення	Сукупні значення
1.	5,60748578	0,4673
2.	1,55968952	0,5973
3.	1,42669630	0,7162
4.	0,90549539	0,7916
5.	0,82319070	0,8602
6.	0,55516454	0,9065

Таблиця 7. Характеристика показників з охорони здоров'я

№ пор.	Змінні величини	I комп.	II комп.	III комп.
1.	Кількість абортів/1000 народжених живими, віком до 20 років	-0,191211	-0,079448	0,457681
2.	Кількість абортів/1000 народжених живими, у віці, старшому 35 років	0,167032	-0,618541	0,158006
3.	% народжених живими від матерів віком до 20 років	0,325243	-0,358510	-0,107363
4.	% народжених живими від матерів у віці, старшому 35 років	-0,308399	0,295640	-0,033805
5.	Кесареві розтини/1000 народжених живими	-0,322447	-0,255025	-0,254232
6.	% від народжених живими, вагою 2500 г або більше	0,018197	0,083695	0,741578
7.	Неонатальна смертність/1000 народжених живими	0,365963	0,054086	-0,129771
8.	Рання неонатальна смертність/1000 народжених живими	0,354705	0,010657	-0,192793
9.	Постнеонатальна смертність/1000 народжених живими	0,309020	0,355753	0,161104
10.	Смертність ембріону/1000 народжених	0,360512	-0,044612	0,107598
11.	Материнська смертність/100 000 народжених живими	0,376359	0,189780	0,078018
12.	% немовлят, які одержують грудне годування, віком 3 місяці	0,059075	0,394353	-0,201722

Існує чіткий видимий розподіл між двома групами країн стосовно діапазону першого основного показника (рис. 3, 4). НК мають вищі множини стосовно вищого коефіцієнта неонатальної, ранньої неонатальної, постнеонатальної, ембріональної, перинатальної, материнської смертності і нижчі співвідношення у дітей, народжених живими, від матерів, старших 35 років, низький рівень кесаревих розтинів на 1000 народжених живими. Україна має дещо нижчі множини, але все ще далекі від країн ЄС. Не існує очевидної різниці між двома сукупностями по другому і третьому основних компонентах. Незважаючи на те, що Україна має низький показник по другому ком-

поненту і дещо вищий за середній – по третьому, це вказує на високий рівень поширеності абортів як серед жінок старшого віку, так і серед молодих жінок. За цими результатами можна зробити висновок про несприятливу демографічну ситуацію в Україні по всіх представлених показниках, навіть серед НК.

Основні результати по зниженню показників смертності наведені у таблицях 8, 9. Усі змінні були стандартизовані або брався до уваги питомих вік для усунення відхилень за віком. Усі показники мають так багато спільного, що 2 перші компоненти об'єднали майже 73% стандартизованої дисперсії. Перший основний компонент головним чином являв собою індекси

очікуваної тривалості життя з негативними показниками. Таким чином, вищу множину першого компонента ми розглядаємо як низький показник очікуваної тривалості життя. Другий основний компонент має негативний показник смертності від інфекційних захворювань і

позитивний – у більшості неінфекційних хвороб. Отже, можна припустити, що низький рівень множника по другому основному компоненту вказує на вищий рівень співвідношення смертності від інфекційних захворювань серед усіх причин смертності.

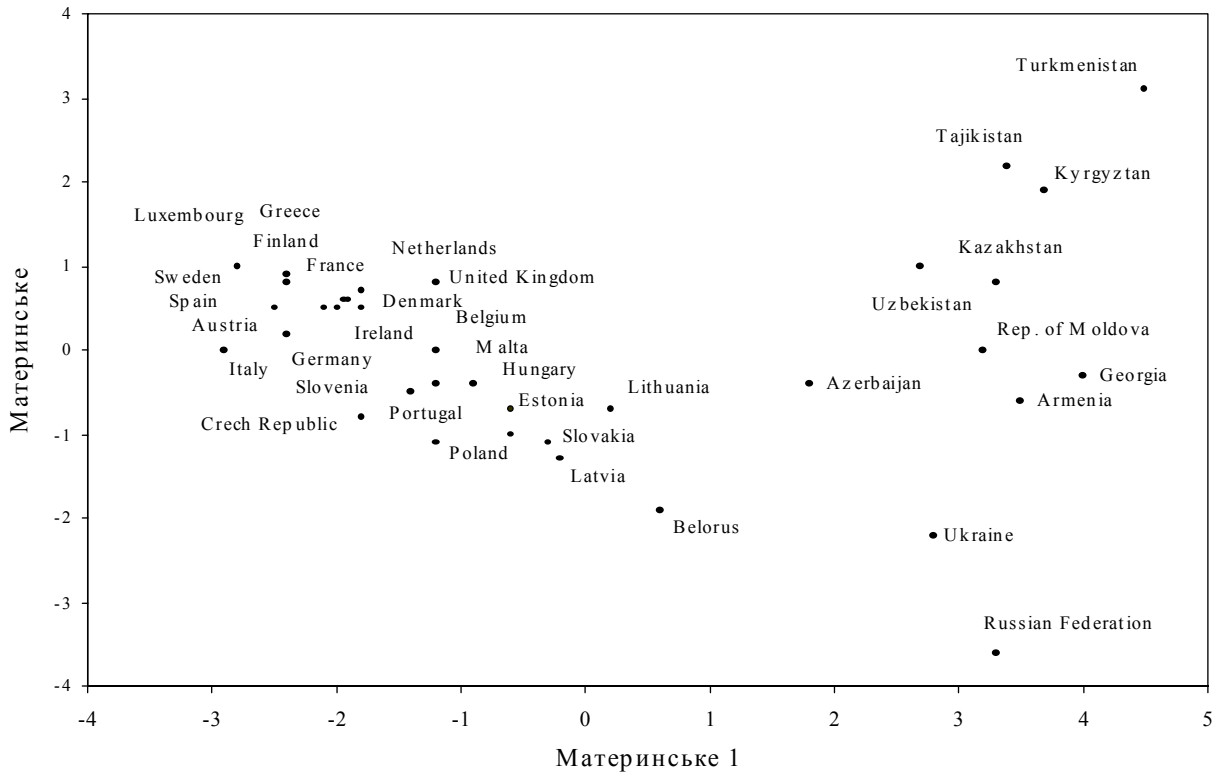


Рис. 3. Система SAS. Перший і другий основні компоненти, які стосуються змінних по материнству і дитячому здоров'ю

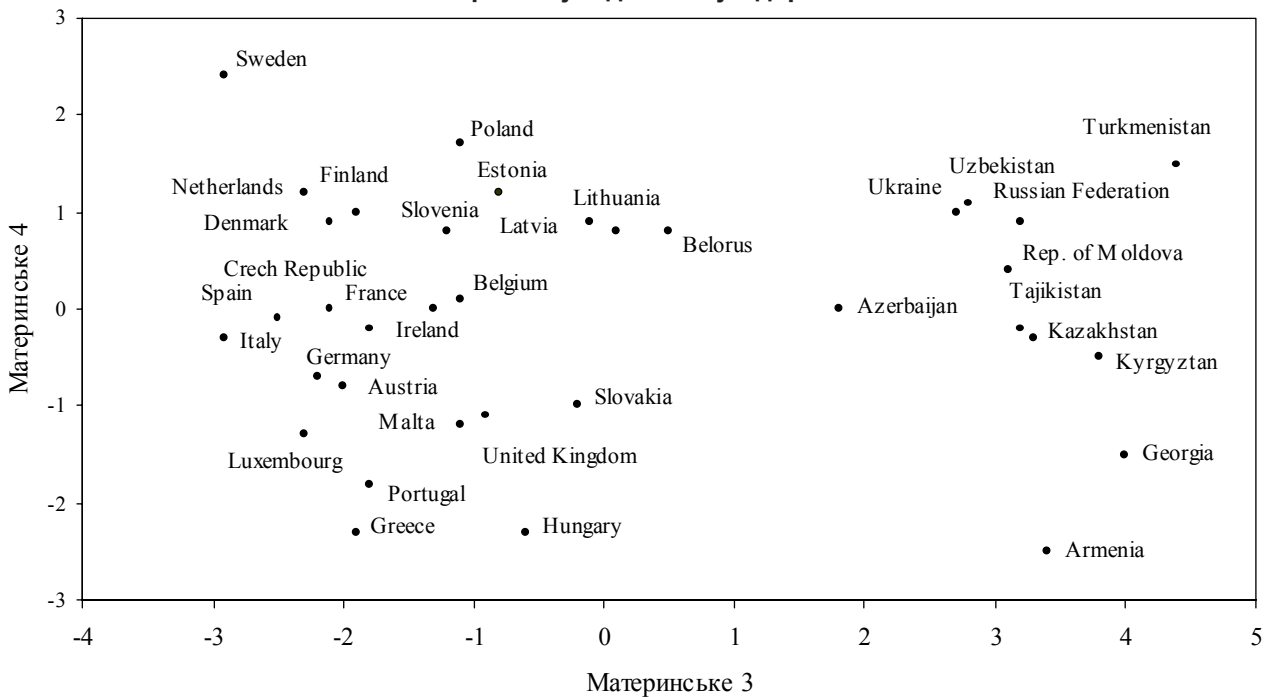


Рис. 4. Система SAS. Перший і третій основні компоненти, які стосуються змінних по материнству і дитячому здоров'ю

Таблиця 8. Співвідношення власних і сукупних показників смертності населення

№ пор.	Власні значення	Сукупні значення
1.	22,3796107	0,5328
2.	8,2323670	0,7289
3.	2,7123289	0,7934
4.	1,8223344	0,8368
5.	1,3731844	0,8695
6.	1,0203834	0,8938

Таблиця 9. Характеристика показників смертності населення

№ пор.	Змінні величини	I комп.	II комп.
1.	Очікувана тривалість життя при народженні, років	-0,208982	-0,038920
2.	Очікувана тривалість життя у віці 15 років	-0,204814	-0,075351
3.	Очікувана тривалість життя у віці 45 років	-0,204199	-0,062523
4.	Очікувана тривалість життя у віці 65 років	-0,198923	-0,017836
5.	Зниження очікуваної тривалості життя внаслідок смерті до 65 років	0,205173	0,051794
6.	Ймовірність смерті до 5 років/1000 народжених живими	0,167262	-0,179241
7.	Очікувана тривалість життя у людей з функціональною обмеженістю, (звіт ВООЗ)	-0,200998	0,067543
8.	Смертність немовлят/1000 народжених живими	0,165955	-0,192222
9.	SDR*, хвороби системи кровообігу у осіб 0–64 роки/100000	0,204782	0,012778
10.	SDR*, ішемічна хвороба серця у осіб 0–64 роки/100000	0,194401	0,033190
11.	SDR*, цереброваскулярні хвороби у осіб 0–64 роки/100000	0,182988	0,070128
12.	SDR*, інші хвороби системи кровообігу у осіб 0–64 роки/100000	0,164488	-0,079519
13.	SDR*, злоякісні новоутворення у осіб 0–64 роки/100000	0,052511	0,279652
14.	SDR*, рак трахеї/бронхів/легенів у осіб 0–64 роки/100000	0,13066	0,259850
15.	SDR*, рак шийки матки у осіб 0–64 роки/100000	0,131625	0,158450
16.	SDR*, злоякісні новоутворення жіночих молочних залоз у осіб 0–64 роки/100000	-0,060769	0,212100
17.	SDR*, зовнішні причини травматизму і отруень у осіб 0–64 роки/100000	0,147132	0,216535
18.	SDR*, дорожньо-транспортні пригоди у осіб 0–64 роки/100000	0,058446	0,255731
19.	SDR*, самогубства та самонанесення травм у осіб 0–64 роки/100000	0,090549	0,253511
20.	SDR*, вбивства і навмисний травматизм у осіб 0–64 роки/100000	0,159350	0,140803
21.	SDR*, нещасні випадки, спричинені транспортом, усі вікові категорії/100000	0,078822	0,255640
22.	SDR*, всі причини у осіб 0–64 роки/100000	0,203719	0,080767
23.	SDR*, всі причини у осіб, старших 65 років/100000	0,197859	0,025527
24.	SDR*, інфекційні і паразитарні хвороби у осіб 0–64 роки/100000	0,183947	-0,129589
25.	SDR*, інфекційні і паразитарні хвороби у осіб, старших 65 років/100000	-0,022254	-0,201765
26.	SDR*, хвороби респіраторної системи у осіб 0–64 роки/100000	0,189307	-0,135030
27.	SDR*, хвороби респіраторної системи у осіб, старших 65 років/100000	-0,001959	-0,124487
28.	SDR*, бронхіти/емфізема/астма у осіб 0–64 роки/100000	0,165166	-0,033325
29.	SDR*, хвороби системи органів травлення у осіб 0–64 роки/100000	0,167548	0,036894
30.	SDR*, хвороби системи органів травлення у осіб, старших 65 років/100000	0,073630	-0,113256
31.	SDR*, хронічні хвороби печінки та цироз у осіб 0–64 роки/100000	0,150473	0,014166
32.	SDR*, хвороби/розлади/ендокринної системи/режиму харчування/обміну речовин, включаючи imm	0,094178	-0,181048
33.	SDR*, діабет у осіб 0–64 роки/100000	0,106620	-0,188497
34.	SDR*, хвороби крові та кровотворних органів у осіб 0–64 роки/100000	0,106664	-0,230617
35.	SDR*, психічні розлади та хвороби нервової системи у осіб 0–64 роки/100000	0,139104	0,095865
36.	SDR*, психічні розлади та хвороби нервової системи у осіб, старших 65 років/100000	-0,140610	-0,007326
37.	SDR*, хвороби статевої та сечової систем у осіб 0–64 роки/100000	0,171077	-0,138664
38.	SDR*, туберкульоз, всі вікові групи/100000, чоловіки	0,198806	-0,043886
39.	SDR*, діарея у дітей до 5 років/100000	0,107812	-0,236734
40.	SDR*, гострі респіраторні інфекції, пневмонія та грип	0,131639	-0,234296
41.	SDR*, причини, пов'язані з вживанням алкоголю/100000, чоловіки	0,162500	0,191570
42.	SDR, причини, пов'язані з табакокурінням/100000, чоловіки	0,192763	0,093629

*SDR – стандартизовані рівні смертності

З огляду на графік (рис. 5) стає очевидним, що НК показують нижчий рівень очікуваної тривалості життя. Існує чітке відокремлювання НК на високому множнику по рівню першого основного компоненту. Україна знаходиться у центрі вісі серед НК. Існує також велике відхилення від 0 серед НК по другому основному компоненту (вісь у). Країни ЄС, які показують вищий коефіцієнт очікуваної тривалості життя і нижчий стандартизований показник смертності, розташувались компактно навколо 0 на вісі у, тоді як НК розсіяні по лінії другого компонента внаслідок високого коефіцієнту смертності і різномірності у структурі причин смертності. Ті країни, які мають значні співвідношення по причинах смертності від інфекційних хвороб, розташовані нижче. Україна знаходиться на вершині вісі у разом з Естонією, Білоруссю, Латвією, Російською Федерацією. Це свідчить про несприятливу демографічну ситуацію, яка значною

мірою зумовлена структурою населення, переважно особами похилого віку, з низьким співвідношенням неінфекційних захворювань у структурі смертності, високим коефіцієнтом смертності і низьким темпом народжуваності.

Дані, наведені у таблицях 10, 11, є результатом обчислення 2 основних компонентів, які становили майже 58% з 27 змінних захворюваності. Перший основний компонент мав позитивні показники захворюваності/виписки пацієнтів з лікарень за показниками неінфекційних захворювань, в той час мали місце негативні показники по змінних захворюваності на інфекційні хвороби. Таким чином, вищий показник по першому компоненту вказує на вище співвідношення по неінфекційних хворобах у структурі захворюваності. Другий основний компонент взагалі може розглядатися як загальний критерій захворюваності. Вищий показник вказує на вищий рівень захворюваності/коефіцієнт виписки пацієнтів з лікарень.

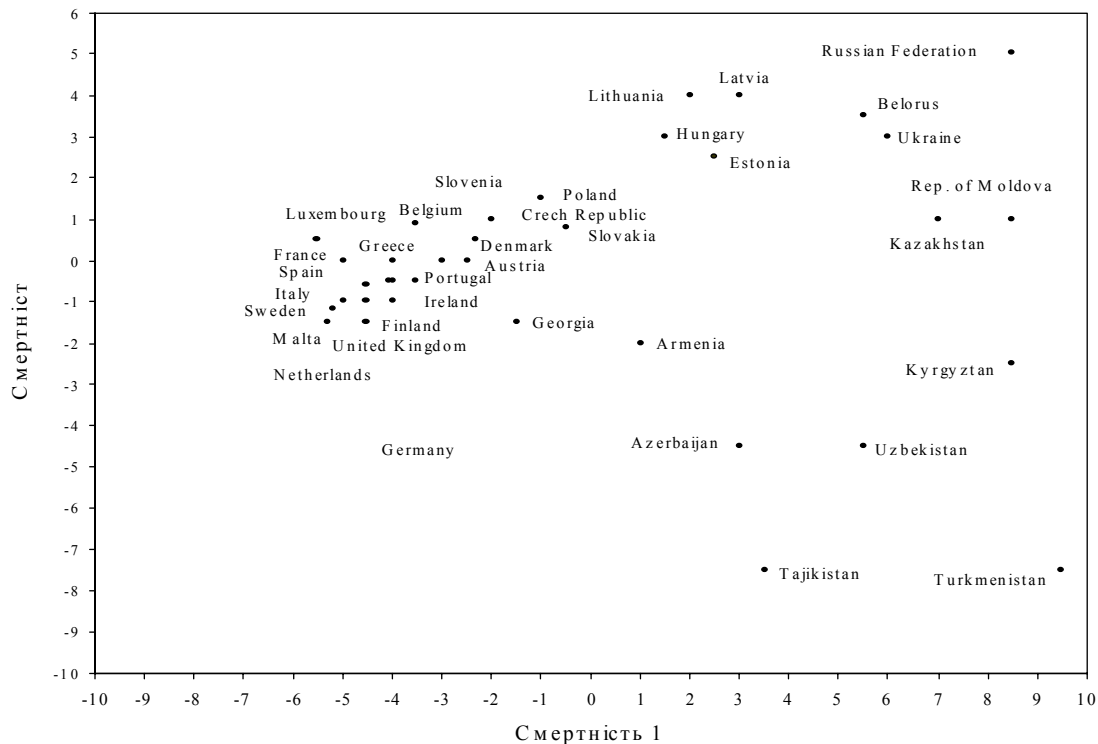


Рис. 5. Система SAS. Перший і другий основні компоненти, змінні по смертності

Таблиця 10. Співвідношення власних та сукупних показників захворюваності населення

№ пор.	Власні значення	Сукупні значення
1.	8,92632732	0,3306
2.	6,69473866	0,5786
3.	1,72706670	0,6425
4.	1,59294306	0,7015
5.	1,25509106	0,7480
6.	1,13999834	0,7902

Таблиця 11. Характеристика показників захворюваності населення

№ пор.	Змінні величини	I комп.	II комп.
1.	Захворюваність на туберкульоз на 100000	-0,248464	0,209199
2.	Захворюваність на вірусний гепатит А на 100000	-0,253091	0,118161
3.	Захворюваність на вірусний гепатит В на 100000	-0,140996	0,218571
4.	Захворюваність на сифіліс на 100000	-0,153469	0,292597
5.	Захворюваність на гонококову інфекцію на 100000	-0,138535	0,297057
6.	Захворюваність на кашлюк на 100000	0,063991	-0,072282
7.	Захворюваність на кір на 100000	-0,106392	0,004994
8.	Захворюваність на дифтерію на 100000	-0,042724	0,149323
9.	Захворюваність на краснуху на 100000	-0,097412	0,248383
10.	Захворюваність на паротит на 100000	-0,135904	0,083661
11.	Серед виписаних зі стаціонару захворюваність на інфекційні та паразитарні хвороби на 10000	-0,135606	0,296430
12.	Серед виписаних зі стаціонару захворюваність на всі випадки раку на 100000	0,297279	0,069150
13.	Захворюваність на рак на 100000	0,299966	-0,032359
14.	Захворюваність на рак трахеї, бронхів та легенів на 100000	0,273544	0,036150
15.	Захворюваність на рак молочної залози у жінок на 100000	0,274879	-0,114013
16.	Захворюваність на рак шийки матки на 100000	0,141567	0,169326
17.	Поширеність діабету, %	0,212768	-0,134604
18.	Серед виписаних зі стаціонару хвороби системи кровообігу на 100000	0,250044	0,238852
19.	Серед виписаних зі стаціонару захворюваність на ішемічну хворобу серця на 100000	0,178396	0,282646
20.	Серед виписаних зі стаціонару цереброваскулярні хвороби на 100000	0,216556	0,254130
21.	Серед виписаних зі стаціонару, хвороби респіраторної системи на 100000	0,038181	0,350501
22.	Серед виписаних зі стаціонару хвороби системи травлення на 100000	0,208528	0,244259
23.	Серед виписаних зі стаціонару хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини на 100000	0,256043	0,145338
24.	Серед виписаних зі стаціонару травмування та отруєння на 100000	0,232989	0,216298
25.	Випадки сальмонельозу на 100000	0,154206	0,028420
26.	Нові випадки хвороб, пов'язаних з професійною діяльністю на 100000	0,061163	-0,046699
27.	Кількість осіб, які одержали травми, пов'язані з нещасними випадками на виробництві, на 100000	0,142830	-0,121151

Існує деяке очевидне відхилення вліво у НК по першому основному компоненту, який відображає всебічне високе співвідношення інфекційних хвороб у структурі захворюваності між НК (рис. 6). Україна на графіку посідає сприятливе місце біля країн ЄС. Щодо розподілу на графіку другого основного компонента слід зазначити, незначні відхилення на вершині графіку не призводять до очевидних відокремлень. Україна розміщена на вершині графіку з високими показниками захворюваності/коефіцієнта виписки пацієнтів з лікарень. Загальна ситуація із захворюваності в Україні дуже подібна до ситуації зі смертністю з перевагою співвідношень неінфекційних захворювань у структурі і високим коефіцієнтом у цілому.

У таблицях 12, 13 показано, що майже 53% стандартизованої дисперсії з 11 змінних по забезпеченню охорони здоров'я можуть відповідати 2 основним компонентам. Перший компонент має позитивний показник стосовно кількості лікарень/лікарень швидкої допомоги, так само як і забезпеченість лікарняними ліжками/ліжками у лікарнях швидкої допомоги, та негативний показник по забезпеченості лікарями загальної практики, стоматологами, фармацевтами. Ці розбіжності не так очевидні при розгляді першого компонента, але вони існують між забезпеченням лікарняної і поліклінічної служби. Вищі показники мають більшу частку у забезпеченні поліклінічної служби, ніж лікарняної. Другий основний компонент має

значний позитивний показник перемінних і є критерієм ступеня всього забезпечення охорони здоров'я. Вищий показник відображає вищий рівень забезпечення охорони здоров'я.

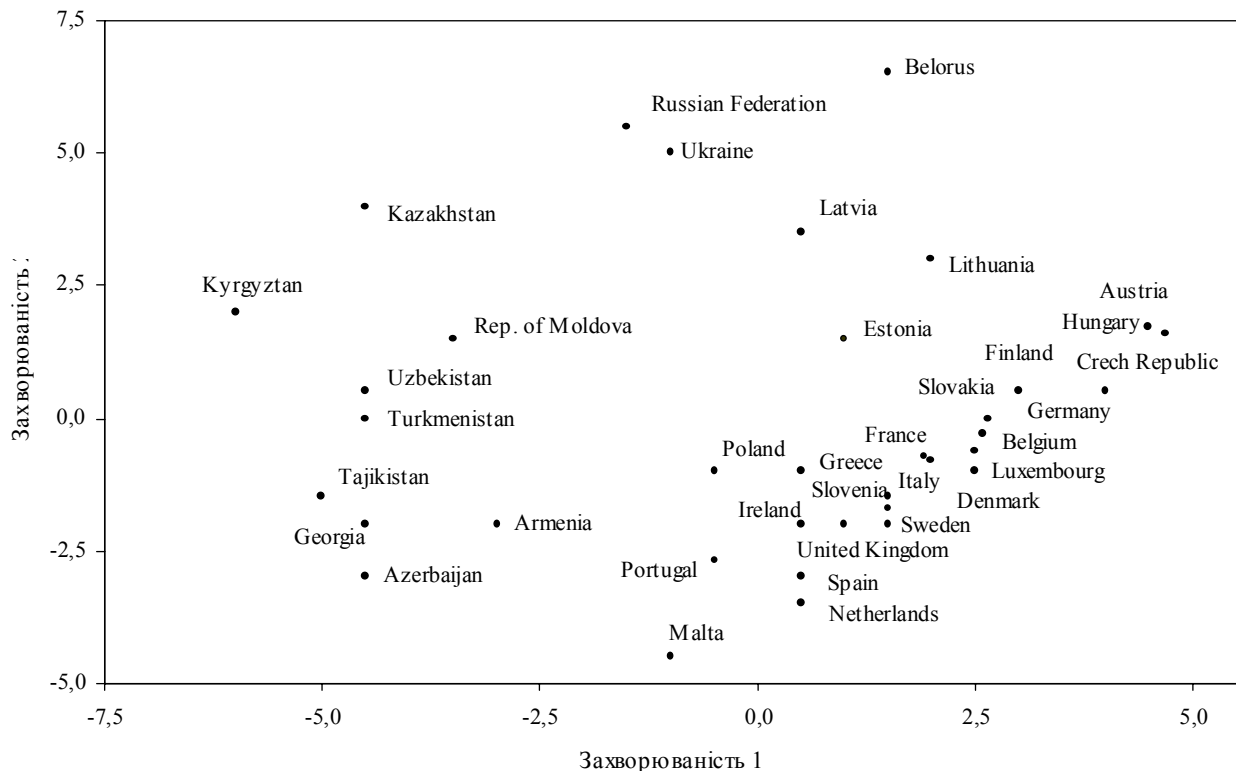


Рис. 6. Система SAS. Перший і другий основні компоненти змінних по захворюваності

Таблиця 12. Співвідношення власних та сукупних значень забезпечення системи охорони здоров'я

№ пор.	Власні значення	Сукупні значення
1.	3,69501376	0,3359
2.	2,12062804	0,5287
3.	1,31126685	0,6479
4.	1,17755529	0,7550
5.	0,82124377	0,8296

Таблиця 13. Характеристика забезпечення системи охорони здоров'я

№ пор.	Змінні величини	I комп.	II комп.
1.	Лікарнями на 100000	0,329791	0,352488
2.	Кількість лікарень швидкої допомоги (короткотривале перебування), на 100000	0,468639	0,042585
3.	Кількість лікарняних ліжок на 100000	0,188604	0,549306
4.	Кількість ліжок у лікарнях швидкої допомоги на 100000	0,343473	0,273112
5.	Кількість ліжок у психіатричних лікарнях на 100000	-0,236391	0,406704
6.	Кількість лікарів на 100000	0,006576	0,211835
7.	Кількість лікарів загальної практики (РР) на 100000	-0,348226	0,226433
8.	Кількість стоматологів (РР) на 100000	-0,338239	0,206137
9.	Кількість фармацевтів (РР) на 100000	-0,362801	0,194657
10.	Кількість медичних сестер (РР) на 100000	-0,107847	0,387063
11.	Кількість акушерок (РР) на 100000	0,288487	0,076520

Існує разюче відокремлення НК з правої сторони графіку по першому основному компоненту, яке виявляє більшу частку забезпечення поліклінічної служби (рис. 7). Це свідчить про вищу частку як забезпечення кадрами, так і ліжковим фондом у НК. Україна має типове

для НК розміщення по першому компоненту. Розподіл двох груп країн по другому компоненту не виявляє будь-яких різких відхилень. Україна знаходиться трохи вище центру графіка.

Результати аналізу основних компонентів ефективності перемінних лікарняної служби охорони здоров'я наведені у таблицях 14, 15. Ми довільно одержали 2 компоненти, які більш ніж на 50% забезпечують стандартизовану дисперсію внаслідок високих показників по кожній перемінній. Перший компонент має позитивний показник щодо середньої тривалості перебування в усіх видах лікарень і лікарнях швидкої допомоги, а саме з приводу роз-

тинів, SDR грижі, кишкової непрохідності і апендиксів. Існують негативні показники по кількості хірургічних втручань у розрахунку на пацієнта в лікарнях і по кількості відвідувань поліклінік на особу. Очевидно, це спричинено як інтенсивними показниками лікарняної служби, так і появою відхилень при суворому відборі випадків. Високий показник множника може бути пояснений як низькою ефективністю/інтенсивністю охорони здоров'я і/або затримкою у проведенні госпіталізації. Другий основний компонент має ті ж ознаки, але діє у протилежному напрямку. Така ситуація свідчить про достатню оцінку обох компонентів.

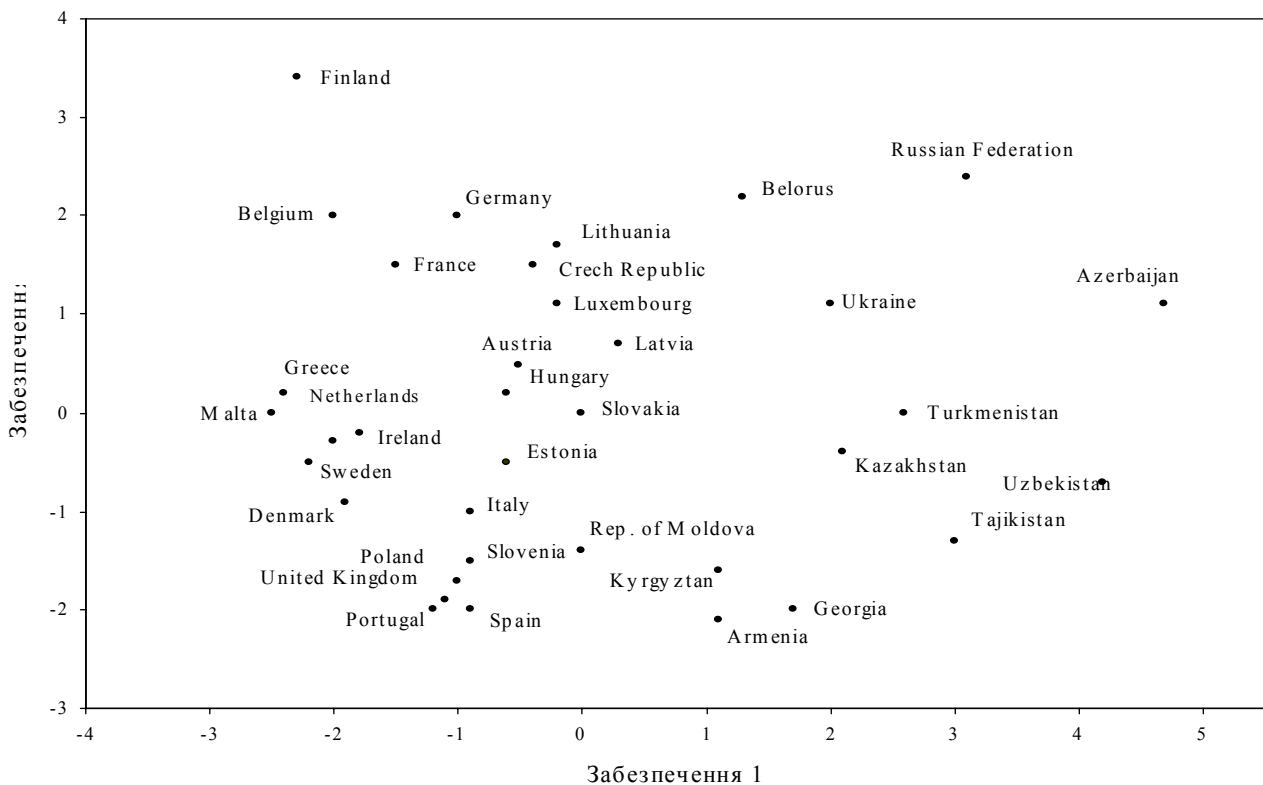


Рис. 7. Система SAS. Перший і другий основні компоненти щодо забезпечення охорони здоров'я

Таблиця 14. Співвідношення власних, сукупних і інтенсивних показників діяльності системи охорони здоров'я

№ пор.	Власні значення	Сукупні значення
1.	2,85912194	0,3177
2.	1,72318221	0,5091
3.	1,56767678	0,6833
4.	0,83837368	0,7765
5.	0,80954597	0,8664
6.	0,51750648	0,9239

Таблиця 15. Характеристика інтенсивних показників діяльності системи охорони здоров'я

№ пор.	Змінні величини	I комп.	II комп.
1.	Кількість хірургічних втручань у стаціонарі, рік/100000	-0,382373	0,259550
2.	Середній термін перебування у стаціонарі, всі стаціонари	0,325182	-0,234218
3.	Середній термін перебування у лікарнях швидкої допомоги	0,485653	-0,224668
4.	Співвідношення зайнятих ліжок у лікарнях швидкої допомоги, %	-0,097804	0,492006
5.	Кількість відвідувань у поліклініках на душу населення за рік	-0,275108	-0,014435
6.	Співвідношення розтинів до кількості смертей, які відбулись у стаціонарах, %	0,400604	0,402863
7.	Співвідношення розтинів до всіх смертей, %	0,127682	0,535292
8.	SDR*, апендицити у осіб 0–64 роки/100000	0,381212	-0,050914
9.	SDR*, грижа і кишкова непрохідність у осіб 0–64 роки/100000	0,323774	0,365505

*SDR – стандартизовані рівні смертності

Розсіювання даних на графіку показує, що показники НК більше відхиляються вправо до високих множників по першому основному компоненту (рис. 8). Вони дуже відрізняються або внаслідок

низької ефективності/інтенсивності охорони здоров'я, або затримкою у проведенні госпіталізації, або внаслідок цих двох факторів. Україна має високі показники множника навіть серед НК.

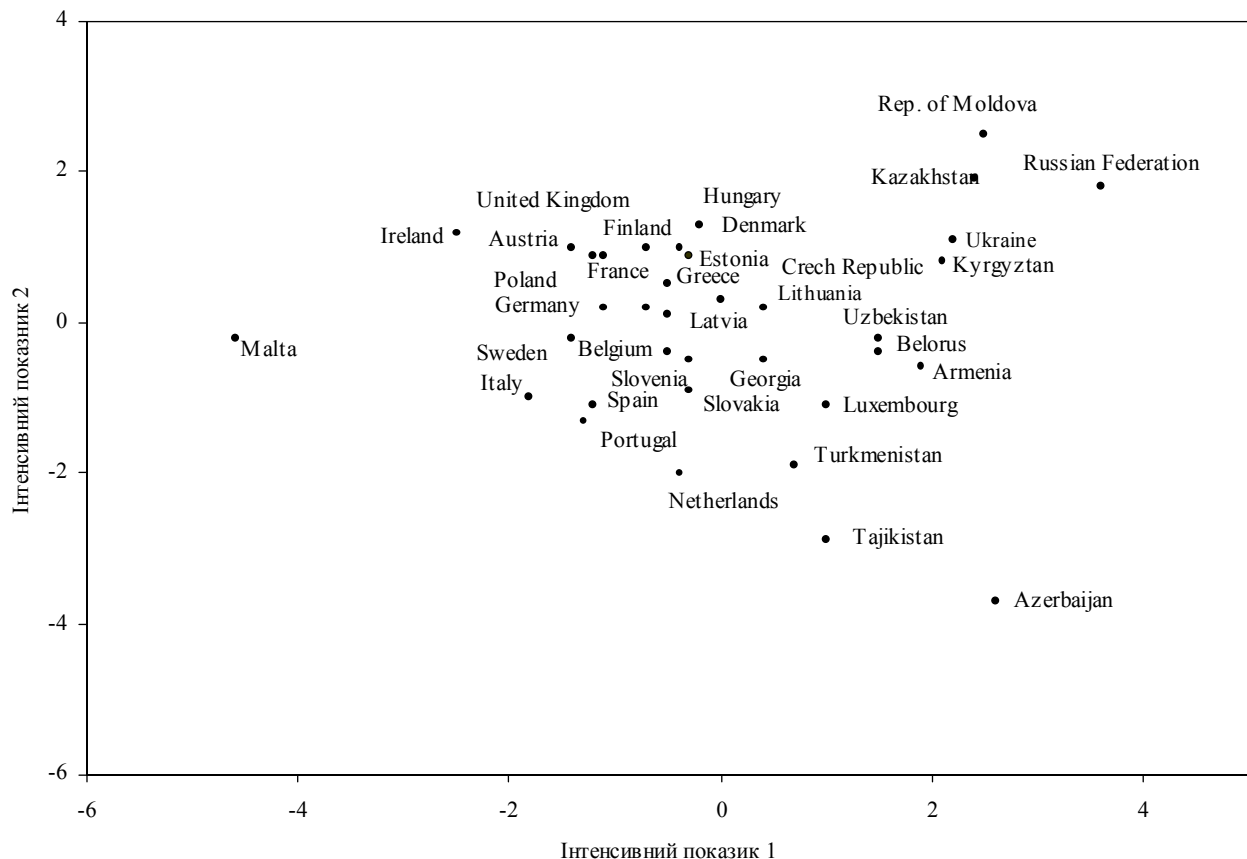


Рис. 8. Система SAS. Перший і другий основні компоненти стосовно лікарняної служби

Аналіз відстані між двома групами країн по основних компонентах діапазону. Для одержання статистично обґрунтованих висновків щодо відхилень між групами країн, а також позиції України серед них ми застосували диференційний аналіз до основних компонентів (процедура DISCRIM, SAS). Використовували кросс-обґрунтовані варіанти для встановлення

кросс-обґрунтованої класифікації з метою застосування методики проведення класифікації кожного спостереження за допомогою диференційного обчислення від іншого спостереження, виключаючи класифіковані спостереження. Також було встановлено METRIC=FULL і POOL=YES для застосування об'єднаної коваріаційної матриці для точного обчислення відстаней.

Ми застосували диференційний метод до кожної групи основних компонентів (витрат на охорону здоров'я, демографії, охорони материнства, смертності, захворюваності, забез-

печення охорони здоров'я і ефективності лікарняної служби) так само, як і до всіх компонентів.

Результати наведені у таблицях 16, 17.

Таблиця 16. Співвідношення основних компонентів

Розміщення основних компонентів	% від чітко класифікованих, НК	% від чітко класифікованих, ЄС	Лямбда Вілкса	Питома вага основних компонентів України, НК	Питома вага основних компонентів України, ЄС
Витрати	93,33	90,48	0,23316*	0,22169	0,00009
Демографія	73,33	90,48	0,43029*	0,02316	0,00341
Охорона материнства	86,67	100	0,19002*	0,00573	1,549Є-8
Смертність	93,33	95,24	0,25743*	0,01075	0,00001
Захворюваність	86,67	100	0,18303*	0,01372	4,844Є-8
Забезпечення охорони здоров'я	80,00	100	0,36202*	0,06779	0,00148
Ефективність лікарняних служб	80,00	90,48	0,45475*	0,05784	0,00181
Усього	86,67	100	0,09476*	6,34Є-9	2,85Є-21

* $p < 0,0001$

Таблиця 17. Характеристика основних компонентів

Основні компоненти	Значення, НК	Стандартизована дисперсія, НК	Значення, ЄС	Стандартизована дисперсія, ЄС	T, НК - ЄС	Множина, Україна	t, Україна -НК	t, Україна -ЄС
Витрати 1	-1,18538	0,5665	0,84670	0,8969	1,916	-1,28189	0,170	2,373
Витрати 2	-0,42496	1,1968	0,30354	0,7448	0,517	-0,74541	0,268	1,408
ДЕМО 1	-1,18134	2,9110	0,84381	0,7176	0,675	1,89928	1,058	1,471
ДЕМО 2	0,82351	0,9296	-0,58822	1,0002	1,034	1,86051	1,116	2,448
Материнство 1	2,40442	1,6293	-1,71744	0,7224	2,313	2,74635	0,210	6,179
Материнство 2	-0,19016	1,7827	0,13583	0,6770	0,171	-2,19580	1,125	3,444
Материнство 3	0,6252	1,0965	-0,18751	1,2516	0,270	0,95265	0,629	0,911
Смертність 1	4,74143	3,2204	-3,38673	1,7322	2,223	5,87296	0,351	5,346
Смертність 2	-0,22561	4,3166	0,16115	1,1393	0,087	3,16666	0,786	2,638
Захворюваність 1	-2,52856	2,6453	1,80611	1,5819	1,406	-1,22356	0,493	1,915
Захворюваність 2	1,62765	2,9585	-1,16261	1,4774	0,844	4,90305	1,107	4,106
Забезпечення 1	1,79114	1,5734	-1,27938	0,7801	1,748	1,98896	0,126	4,190
Забезпечення 2	-0,01605	1,4877	0,01146	1,4702	0,013	1,11019	0,757	0,747
Інтенсивні показники 1	1,45304	1,2017	-1,03789	1,1305	1,510	2,17312	0,599	2,840
Інтенсивні показники 2	-0,07984	1,7351	0,05703	0,9486	-0,069	1,13585	0,701	1,137

Ми використовували статистичний показник – лямбда Вілкса (Wilks' Lambda) до загальної диференційної оцінки. Вона обчислювалась як співвідношення факторів всередині груп дисперсних/коваріаційних матриць при основному факторі загальної дисперсної коваріаційної матриці. Лямбда Вілкса може допускати значення у діапазоні від 0 (повна дисперсія) до 1 (немає дисперсії), що свідчить про ши-

рокий спектр відхилень між двома групами країн.

Щільність у групі по кожному спостереженню вектора x свідчить, як типові спостереження поводять себе серед інших членів групи. Спостереження найбільш імовірно належать до групи з найвищою щільністю. Коефіцієнт щільності свідчить про те, наскільки ближче спостереження належать до тієї чи іншої групи.

Висновки

Проводячи аналіз, можна побачити, що країни ЄС класифіковані більш точно внаслідок меншої диверсифікації величин компонентів. Можна зробити висновок про наявність загальних суттєвих розбіжностей між двома групами країн всередині кожної групи основних компонентів. Статистична F-апроксимація лямбди Вілкса по всіх групах мала p -значення менше ніж 0,0001. Повна модель також демонструє вражаючі загальні розбіжності

щодо ситуації з охороною здоров'я між двома групами країн (лямбда Вілкса=0,095, $p<0,0001$). Україна, базуючись на показниках її питомої ваги, є типовим представником НК щодо стану (статусу) здоров'я населення всередині кожної аналізованої одиниці і взагалі. Питома вага України у групі НК становить 6,34E-9, що набагато більше, ніж її питома вага у групі країн ЄС (2,85E-21). Це свідчить про великі можливості для української системи охорони здоров'я на її шляху до ЄС.

АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СТРАН ПОСТСОВЕТСКОГО ПРОСТРАНСТВА И СТОРОН-ЧЛЕНОВ ЕВРОСОЮЗА НА ОСНОВЕ МЕТА-АНАЛИЗА МЕЖДУНАРОДНЫХ БАЗ ДАННЫХ

В.М. Пономаренко, О.М. Очередько, В.П. Клименюк (Киев, Винница)

В статье приведён сравнительный анализ медико-демографических характеристик стран постсоветского пространства и стран-членов Евросоюза. Основой сравнения послужил мета-анализ международных баз данных.

ANALYSIS OF MEDICAL AND DEMOGRAPHICAL CHARACTERISTICS OF FORMER SOVIET UNION REPUBLICS AND COUNTRIES – MEMBERS OF EUROPE UNION BASED ON META-ANALYSIS OF INTERNATIONAL DATABASES

V.M. Ponomarenko, O.M. Ochered'ko, V.P. Klymenuk (Kiev, Vinnitza)

Comparative analysis of medical and demographical characteristics of former Soviet Union republics and countries – members of Europe Union is given in the article. Base of compare was the meta-analysis of international databases.

УДК 614.2:002.6:353.1

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 (Тернопіль)

ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

Вступ. Прийняття управлінських рішень, поліпшення роботи системи медичної допомоги, реалізація мети і завдань, які стоять перед нею, неможливі без інформаційної системи [6, 7]. Інформаційна система уособлює первинну інформаційну матерію, необхідну для визначення і виконання управлінських рішень [10, 16]. Керівництво системою медичної допомоги на регіональному рівні, яка зосереджує величезні матеріально-кадрові ресурси, вимагає постійного інформаційного забезпечення. Разом з організаційною структурою, інформаційна система забезпечує цілісність системи загалом. Інформаційна система являє собою комплекс методів, процедур та засобів, що використовуються в інформаційному процесі, а саме в зборі, передачі та обробці даних, їхній систематизації, аналізі, зберіганні та використанні [1, 8, 11, 12, 13, 18].

Попри безсумнівні досягнення в автоматизації системи інформаційного забезпечення, які спостерігаються останнім часом, залишається цілий ряд вузьких місць, що стосуються збору інформації із внутрішніх джерел, застосування сучасних наукових методів їхнього аналізу, і використання цих даних в практичній площині, спрямованій на оптимізацію системи загалом.

Мета. Метою дослідження було вивчення сучасного стану та пошуки шляхів оптимізації інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я на регіональному рівні.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось в Тернопільській області протягом 2004-2006 рр. Проаналізована інформація, яка поступала на регіональний рівень (обласне управління охороною здоров'я, обласні медичні заклади, ступінь її відповідності в розв'язанні актуальних проблем організації медичної допомоги на регіональному рівні, застосування в прийнятті практичних управлінських рішень.

Результати дослідження та їх обговорення. Брак об'єктивної інформації значно уск-

ладнює, а іноді унеможлиблює процес реорганізації охорони здоров'я у відповідності з сучасними вимогами. Спостерігаємо картину, яка перейшла ще з радянських часів – збір велетенського числа первинних медичних документів і вельми незначне їхнє використання в отриманні інформаційних даних, встановленні закономірностей і тенденцій, які дозволяли б приймати своєчасні та ефективні управлінські рішення. Проілюструємо це на прикладі тієї інформації, яка, на наш погляд, мала б бути постійною у керівників регіонального рівня організації охорони здоров'я і розберемось з її вузькими місцями. Важливими показниками здоров'я населення є демографічні. Усі керівники регіонального рівня в Україні мають справу з депопуляцією людності. Процес вимирання населення триває і має тенденцію до зростання. Маємо суттєві територіальні відмінності в природному прирості населення в межах регіону (області), але сучасний стан інформаційного забезпечення не дозволяє пояснити причину цих відмінностей. Особливо тривожить зростання смертності від основних причин, передусім у працездатному віці. Як відомо, смертність населення працездатного віку, головне серед чоловіків, в Україні в 4 рази переважає аналогічну смертність в країнах Заходу і Північної Америки. Виходячи із сучасних теоретичних уявлень, смертність в працездатному віці залежить від професійних занять населення, способу життя, яке воно веде, зокрема зловживання шкідливими звичками. Однак для прийняття конкретних управлінських рішень на рівні обласного управління охороною здоров'я цього замало, бо відсутня інформація про те, серед яких професій, і яких соціальних прошарків працездатного люду ця смертність є найвищою.

Не використані матеріали Всеукраїнського перепису населення 2001 року, які дають змогу диференціювати населення регіону згідно

таких важливих соціальних чинників, як джерело доходів, житлові умови, рівень освіти, сімейний стан тощо. Матеріали перепису мали б послужити основою для запровадження постійного моніторингу щодо впливу найважливіших соціальних чинників на здоров'я людей. Запровадження такого моніторингу могло б ґрунтуватись на запровадженні вибіркового методу дослідження, основою якого було б формування репрезентативних статистичних сукупностей в окремих територіях (районах).

На наш погляд, регіональне управління охороною здоров'я повинне постійно тримати в полі зору інформацію про захворюваність – загальну, а також гострими інфекційними хворобами, туберкульозом, злоякісними новоутворами, венеричними захворюваннями, СНІДом, алкоголізмом. З усіх цих захворювань спостерігаємо зростання. Однак, як і з демографічними даними, відсутні прогнози, зокрема в розрізі соціальних прошарків населення.

Важливим інформаційним розділом в управлінській діяльності обласного управління охорони здоров'я є дані щодо розвитку матеріально-технічної бази. Як відомо, сьогодні це одне з болючих місць української охорони здоров'я. Існуюча матеріально-технічна база застаріває, обладнання зношується, ліжка згортаються. Позитивним є нарощування числа сімейних лікарських дільниць, переважно на селі. Аналіз показує, що керівники обласного рівня слабо орієнтуються в першочергових заходах щодо матеріально-технічного оновлення медичної мережі; процес скорочення ліжок базується не стільки на їх відповідності потребам в забезпеченні населення лікувально-профілактичною допомогою, як на таких критеріях, як престижність ліжка або його захищеність. Практично закінчують своє існування ліжка в сільських дільничних лікарнях, що, практично, позбавило сільське населення т.з. непунктових сіл стаціонарної допомоги, поглибилась деформація ліжкового фонду за рахунок переважання таких „престижних” ліжок, як акушерсько-гінекологічні та хірургічні.

Наступним розділом в управлінській діяльності регіонального рівня є кадрова проблема. До сих пір акцент на кадрах є домінантою в розвитку вітчизняної охорони здоров'я. Між тим, аналіз ефективності діяльності системи медичної допомоги показує хибність цього напрямку і потребу зміщення акцентів на розвиток позакадрових факторів медичної допомоги. Керівники регіонального рівня не мають чітких уявлень про економічно доцільне співвідношення факторів виробництва медич-

них послуг як загалом, так і зокрема на рівні конкретних медичних закладів. Все це призводить до неефективних витрат і використання наявних коштів, що в умовах недостатнього фінансування галузі є серйозною проблемою.

Серед найважливіших показників діяльності медичної мережі області в полі зору керівників регіонального рівня мають бути, на наш погляд, такі. Традиційним є використання відвідуваності, як основного показника діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів. Аналіз цього показника свідчить про дві основні проблеми, які слабо вирішуються в сучасних умовах функціонування медичної допомоги. Раніше нарощування відвідуваності вважалося основним критерієм розвитку амбулаторно-поліклінічної допомоги. Як свідчить аналіз відвідуваності з позицій економічної ефективності, це зростання було свідченням занепаду нинішньої системи медичної допомоги. Невпинне зростання відвідуваності тягло за собою падіння пересічної вартості медичної послуги, що в свою чергу призводило до зниження її якості і ефективності. Тепер завдання полягає в тому, щоб підняти цю ціну, а отже якість та ефективність медичних послуг, але цього можна добитись шляхом зниження відвідуваності.

Крім того, відвідуваність характеризує виконання функції лікарської посади. Цікаво, що виконання цієї функції і досі ґрунтується на нормативних навантаженнях, прийнятих в радянські часи, а нормативи робочого часу діють із часів наказу НКОЗ 1940 року. Можливо, ця обставина, а скоріше надмірний акцент на кадрах, як факторах виробництва медичних послуг, у поєднанні з їхньою структурною деформацією, стала причиною того, що функція лікарської посади в амбулаторіях і поліклініках виконується ледве більше, ніж наполовину нормативних вимог. Визначальним завданням в цьому відношенні є переорієнтація відвідуваності з т. з. вузьких фахівців на первинну ланку – дільничного, а в перспективі сімейного лікаря. Регіональні органи управління охороною здоров'я не мають чітких уявлень про приведення структури кадрів у відповідності із вимогами впровадження сімейної медицини.

На регіональному рівні, як і на інших організаційних рівнях системи медичної допомоги, виключне місце в інформаційному забезпеченні посідають інтенсивні та екстенсивні показники, а також абсолютні числа. Такої інформації вкрай недостатньо, щоб приймати управлінські рішення високої якості і ефективності. Вкрай бракує прогнозних даних, які б базувались на математичній обробці динаміч-

них рядів, які б стосувались рівною мірою здоров'я людей та діяльності медичних закладів. Практично відсутні дані про зв'язок між окремими процесами, що відбуваються в охороні здоров'я. Це зумовлено недостатньою обізнаністю керівників цього високого рівня в галузі соціальної медицини і, особливо, медичної статистики. Як це не дивно, але керівник регіонального рівня досі залишається більше клініцистом, ніж організатором охорони здоров'я. Між тим, наше вивчення показало цілу низку зв'язків, які свідчать про актуальні проблеми охорони здоров'я. Для прикладу наведемо зв'язок між зростанням загальної захворюваності гіпертонічною хворобою і смертності від неї. Існуюча система медичної допомоги, володіючи простими засобами виявлення цієї хвороби і ефективними засобами її подолання, не в змозі взяти кров'яний тиск наших пацієнтів під постійний контроль. Через те маємо, на відміну від цивілізованих країн світу, подальше зростання смертності від гіпертонічної хвороби та її ускладнень.

Діяльність системи медичної допомоги в умовах ринку вимагає інформації стосовно економічної ефективності діяльності системи. До сих пір це найвужче місце в інформаційному забезпеченні управління охороною здоров'я, як на регіональному, так і на інших рівнях. Проблема впирається, з одного боку, в розробку сучасних стандартів діагностики і лікування, з іншого – в методику обчислення ціноутворення медичних послуг. На наш погляд, забезпечити економічну ефективність діяльності системи можливо лише тоді, коли матимемо змогу оцінити вартість лікування на рівні конкретного захворювання і лікаря. Така методика ціноутворення нами розроблена ще десять років тому, описана в монографіях і підручниках, використана в численних дисертаційних дослідженнях, але в повсякденній

управлінській практиці керівників різного рівня, в тому числі і регіонального, не використовується. Очевидно діє традиційна для медицини інерція мислення.

Висновки

1. Характерною особливістю існуючої системи інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я на регіональному рівні є невідповідність між великим обсягом первинних медичних документів і обмеженою кількістю інформації, яка використовується в управлінні.

2. Серйозною вадою існуючої системи є відсутність даних щодо соціальної обумовленості здоров'я людей, а також вартості медичної допомоги. Це є головною перепоною на шляху прийняття стратегічних рішень, спрямованих на поліпшення здоров'я людей.

3. Вузькими місцями в системі медичної допомоги є деформація факторів виробництва медичних послуг із переважанням кадрів і браком новітніх медичних технологій, деформація структури самих кадрів з переважанням вузьких фахівців над сімейними лікарями, деформація ліжкового фонду з переважанням хірургічних і акушерсько-гінекологічних ліжок. На регіональному, як і на інших рівнях управління охороною здоров'я до сих пір не прийнято радикальних рішень щодо подолання цих недоліків.

4. Інформація, яку використовують керівники регіонального рівня в управлінні, базується виключно на інтенсивних та екстенсивних показниках з незначним використанням динаміки явищ. Відсутні прогностичні коефіцієнти, визначення зв'язків, комплексні оцінки, багатфакторний аналіз. Між тим, сучасне технічне забезпечення дозволяє подолати ці недоліки, однак основною перепоною є те, що керівники регіонального рівня залишаються більше клініцистами, ніж керівниками охорони здоров'я.

Список літератури

1. Бодак В.М. Проблеми інформаційного супроводження процесів управління розвитком сімейної медицини // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2004. – № 1. – С. 72-77.
2. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Економіка української здоров'яохорони. – Вінниця-Тернопіль. – 1996. – 99 с.
3. Оленін М.В., Хунов Ю.А. Інформаційні технології в охороні здоров'я, стан проблеми // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2002. – № 1. – С. 43-48.
4. Пономаренко В.М., Бодак В.М. Актуальні питання становлення інформаційного забезпечення процесів управління сільськими закладами ПМСД на засадах сімейної медицини // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2002. – № 4. – С. 9-12.
5. Пономаренко В.М., Москалець Г.М., Подрушняк В.Б., Якутович Н.В. До питання стосовно кадрової політики в охороні здоров'я // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – № 4. – С. 82-84.
6. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М. Проблеми удосконалення системи управління в галузі охорони здоров'я і шляхи їх вирішення // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 5-9.
7. Радиш 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.

8. Голяченко А.М., Коляденко А.П., Веденко Б.Г. Управление многопрофильной больницей. – Киев: Здоров'я. – 1983. – 96 с.
9. Комаров Ю. М. О системе управления здоровьем //Рос. мед. журнал. 1992. – № 7. – С.55-57.
10. Крыштопа Б.П., Андреева И.М. Комплексное управление здоровьем населения и его особенности //В кн.: Социальная гигиена, организация здравоохранения, история медицины. Респ. межвед. сборник. – Киев, 1992. – В. 23. – С. 120-123.
11. Пьянов Ю.В. Автоматизированная система управления стационарной помощью. Методические рекомендации. – Алма-Ата, 1997. – 58 с.
12. Толстокоров А.А. Роль автоматизированной информационной системы в управлении многопрофильной больницей //Сов. здравоохранение. – 1992. – № 1. – С. 56-60.
13. Lundberg G.D. National health care reform //JAMA. – 1992. – v. 267. – N 18. – P. 2521-2524.
14. E Laporte R. How to improve monitoring and forecasting of disease patterns //BMJ. – 1993. – v. 307. – № 6919. – P. 1573-1574.
15. Patients rights and citizen empowerment: through visions to reality. – Copenhagen: WHO, Red. off.Eur., 2000. – 50 p.
16. Robey J.M., Lee S.H. information system development in support of national health programme monitoring and evaluation //World Health Stat., Q . – 1997. – v.43. – № 1. – P.37-46.
17. Taylor C. Surveillance for equity in primary health care: policy implications from international experience. //Int. J. Epidemiol. – 1998. – v. 21. – № 6. – P. 1043-1048.
18. Winkelstein W. Determinants of World health //Amer. J. Probl. Hlth. – 1999. – Vol. 82, N 7. – P. 931-932.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНИЕМ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

А.М.Голяченко, А.Г.Шульгай, Л.Н.Романюк, Н.Я.Панчишин, В.Л.Смирнова, О.Н.Литвинова, Н.А.Лисовская, Н.Е.Федчишин, О.Я.Никитюк (Тернополь)

В статье вскрываются проблемы информационного обеспечения управления здравоохранением на региональном уровне. На основании проведенного анализа медицинских учреждений областного подчинения Тернопольской области доказано необходимость сочетания сплошного и выборочного методов сбора статистической информации, логической связи информации, подаваемой на региональный уровень с информацией более низких уровней управления. Разработаны принципиальные подходы к организации автоматизированных информационных систем и автоматизированных систем управления. Приводится информация, источники и средства ее получения для руководителей регионального уровня.

THE INFORMATIVE PROVIDING OF MANAGEMENT OF HEALTH PROTECTION SYSTEM ON REGIONAL LEVEL

O.M.Holyachenko, A.G.Shulgaj, L.M.Romanyuk, N.Ya.Panchyshyn, V.L.Smirnova, O.N.Litvinova, N.O.Lisovska, N.Ye.Fedchysyn, O.Ya.Nykytyuk (Ternopol)

The problems of the informative providing of management a health protection on regional level are unsealed in the article. On the basis of the conducted analysis of medical establishments of Ternopol regional submission the necessity of combination of continuous and selective methods of collection of statistical information is proved, the logical connection of information, given on a regional level with information of lower levels of management. The principles approaches to organization of the automated informative systems and automated management systems are developed. The information, sources and facilities of its receipt, is brought for the managers of regional level.

МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ І НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СУЧАСНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Сучасна цивілізація не має досконалої системи охорони здоров'я людини. Про це свідчить ряд важливих чинників: невисока середня тривалість життя, яка має тенденцію до скорочення, високий рівень загальної і дитячої смертності населення в окремих регіонах земної кулі, наявність ознак раннього постаріння сучасної людини, поява нових хвороб, значне зростання окремих класів хвороб (хвороби цивілізації), вихід на передові позиції хвороб, які раніше (у 18–19 ст.) зустрічалися рідко (ендокринні, алергічні, психічні, обмінних процесів, уроджені), збільшення хвороб, що протікають у стертих, аномальних і важких формах, множинність хвороб в одного індивіда, зменшення частки людей абсолютно здорових, поступове посилення процесу відтворення неповноцінного покоління [5;7;27]. Все це досить чітко підкреслює низьку ефективність існуючих заходів охорони здоров'я людей як з боку профілактичної, так і клінічної медицини.

Порівняльний аналіз показує, що нині охорона здоров'я існує в двох формах: комплексу і системи заходів. Перевага ефективності проглядається з боку того організаційного типу охорони здоров'я, який має риси системи, що складається з чотирьох видів заходів: державних (законодавчі, політичні й управлінські), суспільних (соціологічні, психологічні), соціально-економічних і медичних. Причому ці заходи, як правило, добре взаємопогоджені, випробувані практикою й успішно доповнюють один одного, що в остаточному результаті перетворює охорону здоров'я в систему. Регіони і країни, де охорона здоров'я набула всіх характеристик системи у вигляді взаємодії державних, суспільних, соціально-економічних і медичних складових, домоглися найвищих результатів в охороні здоров'я населення. Це насамперед стосується країн Центральної, Західної і Північної Європи, Північної Америки, Східної Азії (Японія). Отже, під охороною здоров'я логічно розуміти систему державних, суспільних, соціально-економічних і медичних

заходів, спрямованих на охорону і зміцнення здоров'я населення. З системного принципу випливає, що неможливо досягти високого ефекту в охороні здоров'я населення тільки за допомогою однієї групи заходів і, зокрема, за допомогою зусиль тільки однієї медицини. Тим паче, що медицина може виступати як чинник ризику для здоров'я людини, якщо вона не якісна і не володіє ефективною профілактикою. Ступінь можливості появи медичних дій як чинника ризику для здоров'я людини становить близько 5–10% [1;2;3;4].

У тому разі, коли не медичні заходи розвинуті слабко, формується момент соціально-медичної компенсації, при якому максимальний спектр функцій щодо захисту здоров'я людини перекладається на медицину. При цьому починає активно й односторонньо розвиватися медична інфраструктура як наслідок її розширених функцій на шкоду якості медичних послуг. Така ситуація спостерігалася в нашій країні в 70–80-х роках, що призвело до збільшення в 90-х роках інфраструктури по окремих видах медичної допомоги, що стала перевищувати адекватні показники багатьох країн Центральної Європи. Так, кількість медичних ліжок в Україні в 1990 р. дорівнювала 135 на 10 тис. населення, тоді як у Франції – 129, у Німеччині – 103, в Англії – 70, в Італії – 72. Подібна соціально-медична компенсація дала змогу за рахунок тільки медичних заходів вирішувати на достатньому рівні завдання охорони здоров'я. Тому проводити корекцію розширеної медичної сфери у бік її зменшення без урахування функції медицини соціально-медичної компенсації не раціонально, оскільки це зазвичай призводить до різкого погіршення охорони здоров'я населення. Тим більше такі дії є помилковими, якщо вони обумовлюються результатами механічного порівняння параметрів медичної інфраструктури країн з нерівнозначною роллю не медичних заходів, особливо соціально-економічних і державних в охороні здоров'я людини.

Аналіз витоків сучасної охорони здоров'я свідчить, що вона формувалася паралельно зі становленням соціально-економічного суспільства на основі 3 вихідних систем охорони здоров'я: державної, страхової і приватної. Ці вихідні системи охорони здоров'я одержали назву базових (базисних).

Структурний аналіз базових систем охорони здоров'я показує, що жодна з них не досконала. Проте кожна базова система охорони здоров'я має свої переваги та недоліки. Базові системи охорони здоров'я створюються на основі ключових організаційних принципів, що, з одного боку, їх характеризують, а з іншого – різняться від інших систем [6;8;9;10;11].

Державна система охорони здоров'я часто називається системою Бевериджа на честь її фундатора – англійського лорда. Тому Англія є батьківщиною цієї системи, яка характеризується такими параметрами:

- суспільна система, яка базується на повному державному забезпеченні і спрямована на рівноправне медичне обслуговування всіх прошарків населення;
- чітко централізована галузева система керування;
- одноканальний механізм фінансування через державний бюджет;
- єдине централізоване планування медичної галузі;
- моноукладна економіка охорони здоров'я, яка базується на загальній державній власності;
- відсутність конкуренції у сфері надання медичних послуг;
- нормована оплата праці медичних працівників;
- безоплатність медичного обслуговування;
- широка доступність медичної допомоги;
- ощадлива витрата ресурсів охорони здоров'я по нормах і нормативах;
- контроль за якістю медичного обслуговування з боку державних органів;
- мінімально необхідний спектр медичних послуг;
- широкий пріоритет профілактики й основних видів лікувальної допомоги: амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної і швидкої;
- рівномірний поступальний розвиток інфраструктури медичної галузі;
- ефективно управління і результативність діяльності в екстремальних ситуаціях розвитку суспільства [17;18;20;23].

Як бачимо, державна система охорони здоров'я має ряд переваг з першочерговим значенням для суспільства. Такими, зокрема, є такі характеристики системи: управління, над-

ійна (бюджетна) система фінансування, рівномірний розвиток мережі, безкоштовність і доступність, широкий пріоритет профілактики й основних видів лікувальної допомоги. Завдяки цим якостям дана система досить популярна при побудові соціального суспільства, оскільки є засобом соціального захисту широких верств населення.

Проте державній системі охорони здоров'я від початку властиві такі недоліки:

- слабкі стимули для збільшення обсягу, розширення спектра і підвищення якості медичних послуг;
- слабкий зв'язок між обсягом, якістю медичних послуг і розміром заробітної плати медичних працівників;
- монополія держави на медичні послуги;
- обмеження державних витрат на охорону здоров'я;
- відсутність умов для формування конкурентного середовища у сфері надання медичних послуг;
- авторитарне управління галуззю по всій управлінській вертикалі;
- недостатній рівень гарантії якості медичних послуг і комфортності медичного обслуговування пацієнтів;
- недостатнє врахування потреб пацієнтів;
- наявність нерівності в одержанні медичних послуг високої якості;
- дефіцит медичних послуг високої якості;
- висока інертність системи і служб до сприйняття медичних інновацій.

Отже, державній системі охорони здоров'я від початку властивий ряд проблем, що перешкоджають організації охорони здоров'я населення на максимально ефективному рівні. Проте детальна оцінка кожної вихідної проблеми показує, що жодна з них не є жорстко фіксованою, тобто будь-яка може бути досить успішно скоригована або нівельована. Це значить, що система спроможна вийти на найвищий рівень якості і результативності в охороні здоров'я людини. Для цього слід лише створити адекватний для кожної проблеми організаційний механізм оптимізації, тобто усунення нераціональних якостей системи (принцип адекватності дій). Подібний підхід в удосконаленні якостей системи має місце в країнах, де в основі охорони здоров'я населення лежить суспільна система охорони здоров'я, наприклад, Англія, Канада, Скандинавські країни. Тому в цих країнах суспільна система охорони здоров'я відіграє важливу роль в охороні здоров'я населення.

З огляду на це можна сказати, що реформування системи повинно проводитися на ос-

нові принципи адекватності дій, бо в іншому разі це або не дає високого ефекту, або має негативний результат.

До подібного результату призвела спроба удосконалити вітчизняну державну систему охорони здоров'я в середині 80-х років без урахування адекватності оптимізаційних заходів параметрам системи, що підлягали реорганізації. Так, коригувальні заходи були односторонніми (оптимізувались 2-3 параметри системи), не завжди цільовими (адекватними) і не комплексними (80% негативних якостей системи не підлягали удосконаленню). З цієї причини дана реформа не мала успіху. В аналогічному напрямку проходять зміни реформаторського характеру й у системі державної охорони здоров'я України, розпочаті в 90-х роках. Тому ймовірно, що вони завершаться безуспішно, як наслідок ірраціональності для системи проведених реорганізаторських заходів, оскільки більшість із них спрямовані не на усунення споконвічних для системи охорони здоров'я недоліків, а на її корінну зміну.

Страхова система охорони здоров'я має глибокі історичні корені. Її елементи стали зароджуватися у середньовіччя в Європі з розвитком ремісничого виробництва. Страхова медицина виникла з початком промислового виробництва як форма соціального захисту й охорони здоров'я промислових робітників. Проте як система охорони здоров'я вона сформувалася в Німеччині у 1883–1889 рр., коли уряд канцлера Бісмарка ввів ряд законів по страхуванню основних видів медичної допомоги населенню. Тому страхова система охорони здоров'я часто називається системою Бісмарка, а Німеччина – батьківщиною страхової медицини. Сьогодні страхова медицина широко поширена. Близько 1 млрд населення земної кулі отримує медичну допомогу через систему страхування здоров'я. Популярність страхової медицини обумовлена тим, що ця система увібрала в себе ряд кращих якостей державної і приватної систем охорони здоров'я. Ключовими характеристиками страхової системи охорони здоров'я є такі:

- – ринкова система охорони здоров'я, яка базується на страхуванні здоров'я людини;
- – здійснюється за допомогою 3 типів страхування: державного, приватного і змішаного;
- – організовується на основі двох видів страхування: обов'язкового і добровільного;
- – види медичної допомоги включаються в систему страхування за допомогою законів або договорів між страховиками і страхувальниками;
- – демократична децентралізована система управління медичною галуззю;

- – фінансування системи охорони здоров'я здійснюється зі страхових джерел по одно- або багатоканальному механізму;

- – наявність м'якої конкуренції на ринку медичних послуг;

- – наявність вираженого зв'язку між прибутками (заробітною платою) виробників медичних послуг, обсягом і якістю медичного обслуговування;

- – ефективний механізм контролю за якістю медичних послуг, який базується на юридичних і фінансово-економічних діях страховика і страхувальника;

- – опосередкований, економічно вигідний для всіх суб'єктів страхової системи охорони здоров'я механізм оплати за медичні послуги, через страхові внески;

- – наявність стимулів серед виробників для розширення спектра, обсягу і якості медичних послуг;

- – достатній рівень гарантій обов'язкового обсягу і якості медичних послуг;

- – гарантована доступність медичної допомоги для застрахованих верств населення;

- – система виконує роль соціального захисту населення;

- – багатуокладна власність медичної інфраструктури;

- – діяльність системи здійснюється на основі законодавчої або договірної взаємодії страхувальника, страховика, виробника медичних послуг, арбітражної і перестраховальної служб [2;11;13;15;16;19].

Як впливає з переліку ключових параметрів, страхова система охорони здоров'я має ряд виражених переваг. Завдяки їм ця система досить популярна в сучасному суспільстві. До таких якостей насамперед необхідно віднести такі: ринковий характер системи з функцією соціального захисту людини (соціальна ринкова система охорони здоров'я), економічно вигідний і м'який опосередкований механізм оплати медичних послуг, гарантований обов'язковий обсяг і рівень якості медичних послуг, наявність стимулів для розширення спектра й обсягу медичних послуг і підвищення їхньої якості, ефективний механізм контролю за якістю медичних послуг, наявність зв'язку між прибутками медичних працівників та обсягом і якістю медичних послуг, м'яка конкуренція на ринку медичних послуг, що стимулює розвиток системи і попереджає необгрунтовану руйнацію медичної галузі.

Отже, в умовах ринкової системи господарювання як соціальної, так і особливо ліберальної спрямованості страхова система охорони здоров'я спроможна не тільки не обтя-

жувати соціально-економічне становище людини, а навіть гарантувати їй достатній обсяг медичної допомоги. Саме з цієї причини на-самперед страхова медицина настільки активно розвивається в країнах із ринковою системою економіки (США, Японія, Німеччина, Франція) і, навпаки, достатньо повільно входить у життя в країнах із плановою або планово-ринковою (Китай), а також при розвинутій державній (суспільній) системі охорони здоров'я (Англія, Росія, країни СНД і Східної Європи). Так, якщо в США з усієї суми витрат на охорону здоров'я страхові фінанси становлять близько 32%, то в Англії тільки 7–8%.

Порівняльний аналіз державної і страхової систем охорони здоров'я показує, що ці системи виконують близькі або однакові ключові функції. Так, обом системам властива функція соціального захисту, що реалізується шляхом надання населенню повністю (державна медицина) або частково (страхова медицина) безкоштовної медичної допомоги. Тому при розвинутій державній системі охорони здоров'я страхова система охорони здоров'я не може бути абсолютною альтернативою, а тільки додатковою складовою для створення багатокладної системи, бо вона фактично виконує багато функцій державної медицини, але в умовах ринкової економіки. Страхова система охорони здоров'я є перехідною між абсолютною державною і приватною системами охорони здоров'я. Вона має, також як і державна, ряд недоліків. Головні з них такі:

- неоднакова доступність медичних послуг для різних соціальних груп населення;
- невиправдане зростання вартості медичних послуг у період становлення загального і медичного ринку товарів та послуг;
- невиправдане зростання витрат на адміністративно-управлінські потреби і матеріально-технічні засоби;
- низький пріоритет медичних послуг, що не є першочерговою життєвою важливістю й у тому числі профілактичного й оздоровчого характеру;
- нерівномірні витрати на розвиток галузі по окремих регіонах;
- низький пріоритет капітальних витрат на розвиток галузі;
- низький пріоритет інтересів пацієнтів, що часто і довго хворіють, у зв'язку з їхньою економічною невідповідністю;
- неприступність медичної допомоги для населення, яке не потрапило в систему медичного страхування;
- висока питома вага населення (10–40%), яке не потрапило через економічні і соціальні

причини у систему страхування здоров'я;

- складність функціонування системи або повне її неспрацювання в умовах низкої купівельної спроможності населення, глибокого спаду промислового виробництва і високої інфляції;

- заперечення системою спеціалістів-медиків, які не мають професійного стажу або мають незначний (менше 5 років) професійно-практичний досвід [15;16; 19].

Як бачимо, спектр недоліків, властивий від початку страховій системі охорони здоров'я, досить широкий. Причому ряд із них має тісний зв'язок із загальноекономічними умовами і способом життя суспільства, і тому їх важко усунути шляхом реформування тільки медичної галузі, а потребують зміни або оптимізації загальнозаконодавчих, соціально-економічних принципів і механізмів життєдіяльності держави. Отже, страхова система охорони здоров'я від початку не має рис оптимальності і потребує також, як і державна, удосконалення.

Приватна система охорони здоров'я формувалася під впливом ринкової системи господарювання в суспільстві, а також є продуктом і частиною ринкової економіки. Тому найвищого рівня організації вона досягла в країнах з найбільш розвиненою ліберальною ринковою економікою. Ця система характеризується такими ключовими параметрами:

- абсолютно ринкова система господарювання в медицині;
- демократична, максимально децентралізована система управління галуззю;
- багатоканальний механізм фінансування, який базується на приватних джерелах і прямій оплаті за медичні послуги;
- жорстка конкуренція на ринку медичних послуг;
- абсолютна залежність прибутків виробників медичних послуг від обсягу і якості медичних послуг;
- абсолютний спектр медичних послуг;
- високий або абсолютний рівень задоволення попиту населення на медичні послуги;
- високий рівень комфортності при одержанні медичних послуг;
- велика сприйнятливості нових видів медичних послуг;
- висока адаптивність системи до ринку медичних послуг, тобто оперативність в опануванні новими медичними послугами.

Як видно з переліку, фактично всі ключові якості приватної системи охорони здоров'я є привабливими або в економіко-фінансовому, або в соціально-психологічному розумінні. Проте це не означає, що система бездоган-

на. Їй, як і іншим базисним системам, споконвічно властиві недоліки, що формують в результаті проблеми приватної охорони здоров'я. До основних недоліків вихідного характеру належать такі:

- – високий рівень вартості медичних послуг;
- – низький рівень доступності медичних послуг для широких верств населення;
- – нерівномірний розвиток медичної інфраструктури по територіальних регіонах;
- – складність організації медичного обслуговування населення вдома, особливо в умовах фінансової неспроможності суспільства;
- – низький пріоритет медичних послуг суспільного значення (суспільної профілактики, швидкої допомоги, диспансеризації);
- – проблема управління галуззю або службами в екстремальних ситуаціях розвитку суспільства (економічна, екологічна, соціальна, військово-політична криза);
- – складність контролю за якістю медичних послуг;
- – неспрацьовування (параліч) системи в умовах економічної або військово-політичної кризи [12;14;21;22;24].

Як впливає з переліку, деякі недоліки приватної системи охорони здоров'я (низька доступність і висока вартість медичних послуг, низький пріоритет медичних послуг суспільного значення) практично не поборні без глибоких законодавчих і економічних зрушень у суспільстві і, зокрема, без підвищення якості життя населення і виходу суспільства на високий рівень моралі.

Отже, усі базисні системи охорони здоров'я не є ідеальними і не можуть оптимально виконувати завдання охорони здоров'я всіх соціальних верств населення. З цієї причини країни з високим економічним, соціальним і моральним розвитком суспільства йдуть шляхом створення багатоукладних систем охорони здоров'я, насамперед у країнах Центральної, Західної, Північної і Південної Європи, Північної Америки і деяких країн Азії й Океанії (Японія, Австралія).

Багатоукладні системи охорони здоров'я – це системи, які базуються на раціональному поєднанні кращих характеристик і елементів усіх трьох базисних систем. При цьому створюється багатоукладна охорона здоров'я, як

правило, на основі тієї базисної системи, що широко розвинена у даній країні. Інакше кажучи, суворо дотримується принцип послідовності в ході розвитку і переходу системи охорони здоров'я на новий рівень, тобто на багатокладність. Нині в усіх високорозвинених країнах охорона здоров'я населення здійснюється за допомогою багатокладних систем охорони здоров'я. Проте часткове співвідношення в їхній структурі складових елементів базисних систем визначається особливостями економічної системи (ліберальна або соціальна ринкова економіка) і рівнем розвитку базисної охорони здоров'я, яка існувала раніше. Тому сьогодні сформувалися такі типи багатокладних систем:

- 1) багатоукладна переважно державна (Англія, Канада, Скандинавські країни);
- 2) багатоукладна переважно страхова (Німеччина, Франція та інші країни Центральної Європи, Японія);
- 3) багатоукладна переважно приватна (США) [1;2;6;9;11;25;26].

Країни з найбільш розвинутою багатокладністю охорони здоров'я досягли в останні 15–20 років найбільших успіхів у поліпшенні здоров'я населення. Так, Японія, Німеччина, Канада, США, Франція, Країни Скандинавії і деякі інші входять у число країн із найбільш високою середньою тривалістю життя населення.

Висновок

1. Базові системи охорони здоров'я мають вихідні переваги і недоліки, які формують їх проблеми. Ефективне реформування систем охорони здоров'я повинно бути спрямоване на усунення або нівелювання базових проблем цих систем охорони здоров'я.

2. Державна і страхова системи охорони здоров'я мають виражену функцію соціального захисту населення і не можуть виступати як альтернативні.

3. Державна, страхова і приватна системи охорони здоров'я мають якості оптимізаційного характеру, що доповнюють одне одного.

4. Основним напрямком удосконалення і розвитку систем охорони здоров'я на сучасному етапі є формування багатокладних систем охорони здоров'я на основі найбільше розвинутої базової системи охорони здоров'я.

Список літератури

1. Беке Ф., Брехт И., Райнкемайер А. Здравоохранение Германии. – М., 1997. – 224 с.
2. Грандо О.О. Подорож у минуле медицини. – К.: РВА "Тріумф", 1995. – 126 с.
3. Европейская политика по достижению здоровья для всех на двадцать первое столетие // Рабочий документ для консультаций / ВОЗ. – 1997. – 216 с.

4. Журавель В.И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. – К., 1994. – 335 с.
5. Кузьменко, Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики / Под ред. Э.А. Нечаева, Е.Н. Жильцова. – М.: Медицина, 1994. – 304 с.
6. Лошок А.Я. Страхование здоровья в развитых капиталистических странах. Обзор литературы // Экспресс-информация. Социальная гигиена и организация здравоохранения. – 1989. – №7. – С. 68.
7. Шейман И.М. Бюджетно-страховая система здравоохранения. – Кемерово: ИнсЭпз, 1992. – 129 с.
8. Abelin Th. Getting health promotion off the ground in Switzerland // J. Publ. Hith. Policy. – 1988. – 9, 2. – P. 284–285.
9. Appleby J. Future spending on the NHS // Br. Med.J. – 1989. – 298, 6671. – P. 408.
10. Brahams D. The Swedish medical insurance schemes – the way ahead for the United Kingdom? // Lancet. – 1988. – 1, 8575/6. – P. 43–47.
11. Budget process holds health issues captive // Hospitals. – 1985. – 48, 10. – P. 106–108.
12. Day P., Klein T. The NHS reew: the broad picture // Br. Med.J. – 1989. – 298, 6670. – P. 339–340.
13. Dean M. The NHS reverse // Lancet. – 1989. – 2, 8676. – P. 1406–1407.
14. Hermann J. Die Stitacion der Krankenhauser in Frankreich // Krankh. Umschau. – 1986. – 55, 12. – P. 923–924.
15. Ievins F.A., Revenas B. Decentralizes health care in Sweden // Br. Med.j. – 1990. – 300, 6716. – P. 6.
16. Laing W. The white paper and independent sector: score for growth and restructuring // Br. Med.J. – 1989. – 298, 6676. – P. 821–823.
17. Lucrezio-Monticelli G., Pittan F. Publica amministrazione, previdenza e servizio della collectivity // Previd. Soc. – 1986. – 42, 2. – P. 259–281.
18. Merrill J.C., Somers S.A. The changing health care system: a challenge for foundations // Inquiry. – 1986. – 23, 3. – P. 316–321.
19. Nairne P. the National Health Service: reflections on a changing service // br. Med.J. – 1988. – 296, 6635. – P. 518–520.
20. Orros G. Private Health insurance. A new era for the NHS // Hlth. Serc. Marrag. – 1989. – 85, 3. – P. 118–121.
21. Plant A., Cross P. The economic cost of non-compliance with medications in Australian // Austr.J. Pharm. – 1988. – 69, 815. – P. 129–134.
22. Preventive care: Do we practice what we preach? // Am. J. Publ. HLTH. – 1987. – 77, 7. – P. 801–804.
23. Rayner G. HMO in the USA and Britain: a new prospect for health care? // Soc.Sci.Mes. – 1988. – 27, 4. – P. 305–320.
24. S. Eichhorz Krankenhaus betriebslehre Fheorie und Praxis des Krankenhausbetriebes. Band I–II. – Stuttgart–Berlin–Koln–Mainz, 1991. – 326 p.
25. Tindall G. The private sector and the NHS: allies or enemies / meeting reports // J. Roy. Soc. Med. – 1987. – 80, 10. – P. 654–656.
26. Trends and prospect's for the medical care security in Japan // Int. Soc/Sec.Rev. – 1986. – 39, 1. – P. 38–51.
27. Vaydae. The Canadian Health care system: an overview // J. Publ. HLTH.Pol. – 1986. – 7, 2. – P. 205–210.
28. Working papers on the NHS. Review // Lancet. – 1989. – 1, 8635. – P. 454.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.И. Агарков, И.И. Грищенко, Г.К. Северин (*Донецк*)

В основе современных систем здравоохранения лежат три базовых системы: государственная (общественная), страховая и частная. Каждая из базовых систем имеет свои преимущества и изначально свойственные недостатки, которые в будущем формируют проблемы данной системы охраны здоровья. Государственная и страховая системы здравоохранения обладают выраженной функцией социальной защиты общества, что делает их популярными в рыночной системе хозяйствования. Страховая система здравоохранения может оптимально дополнять как государственную, так и частную системы здравоохранения. Главным направлением развития систем здравоохранения на современном этапе является формирование многоукладных систем, сочетающих лучшие качества базовых систем охраны здоровья.

METHODOLOGICAL ANALYSIS AND DEVELOPMENT DIRECTION OF MODERN PUBLIC HEALTH SYSTEMS

V.I. Agarkov, I.I. Grischenk, G.K. Severin (*Kiev*)

There are three basis systems in the nowadays principle of public health system such as state (public), insurance and private. Every basis system has its advantages and disadvantages which form in the future problems of the given public health system. State and insurance systems of public health possess pronounced function of public protection due to they become popular in the market system. Insurance system of public health can complete optimal state and private public health systems.

УДК 615.15.37(083.97)(477)

В.М. ПОНОМАРЕНКО, А.Б. ЗІМЕНКОВСЬКИЙ, О.Ю. ГРЕМ, Л.Є ЗАРУМА (Київ, Львів)

СТАНДАРТИЗАЦІЯ ПІДГОТОВКИ КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА В ІНТЕРНАТУРІ ЯК ПЕРСПЕКТИВНА МОДЕЛЬ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

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

Основними напрямками реформування системи охорони здоров'я України, що в кінцевому результаті покликані на підвищення якості надання медичної допомоги населенню, на сучасному етапі вважаються: реструктуризація галузі з акцентом на первинну медичну допомогу; розвиток сімейної медицини, системи медичної стандартизації; становлення медичного страхування [1]. До цього переліку слід додати пріоритетні для багатьох країн світу, а також рекомендовані ВООЗ – раціональну фармакотерапію, впровадження формулярної системи, трансформацію провізора в активного учасника системи охорони здоров'я – розвиток клінічної фармації (КФ) та фахівця нового ґатунку – клінічного провізора (КП). Кадрова складова системи охорони здоров'я України на етапі її реформування набуває особливого значення – відсутні фахівці з раціональної фармакотерапії та оцінки її коректності й оптимальності, медичної стандартизації, страхової фармації, раціонального фармацевтичного менеджменту тощо. При налагодженні певної стандартизованої до- та післядипломної підготовки КП в Україні він повинен стати висококваліфікованим спеціалістом щодо фармацевтичної складової означених аспектів, а відтак, відповідальним за будь-яку фахову інформацію, яка стосується лікарських засобів (ЛЗ) у закладах охорони здоров'я (лікувально-профілактичних {ЛПЗ} та аптечних). Кінцеве завдання підготовки КП – підвищення якості надання медичної (фармацевтичної) допомоги населенню у вищезазначених установах через діяльність фахівця нового типу для вітчизняної охорони здоров'я.

Метою дослідження було опрацювання навчальної програми інтернатури з клінічної фармації для забезпечення майбутнього КП знаннями та навичками, інтегрованими в сучасні завдання та реформи системи охорони здо-

ров'я України, пов'язані з підвищенням якості надання медичної допомоги населенню.

Методи та матеріали. Для виконання завдань та реалізації мети, поставлених дослідженням, опрацьовано досвід післядипломної підготовки клінічних провізорів: міжнародний – США і Канади [3;5–12;14], Польщі [4] та України (Національний фармацевтичний університет {НФаУ}) [2], а також кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (ЛНМУ). В дослідженні використано метод моделювання. Опрацювання навчального плану і програми спеціалізації (інтернатури) випускників ЛНМУ та фармацевтичних факультетів медичних університетів зі спеціальності “Клінічна фармація” проводилась на основі “Типового навчального плану і програми” НФаУ, затверджених МОЗ України (2005 р.), з адаптацією до програми підготовки КП саме в ЛНМУ, де запроваджено викладання певних дисциплін майбутнім КП вперше в Україні (основи клінічних знань, основи медичної стандартизації, інформаційні технології у фармації, організація охорони здоров'я та медичне страхування) та продовжується навчання за вже традиційними напрямками (фармакоеконіміка, клінічна фармакологія, фармацевтична опіка).

Результати та їх обговорення. Аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду підготовки КП на до- та післядипломному етапах виявив наступне.

1) Підготовка КП в НФаУ проводиться з акцентом на майбутню діяльність цього фахівця переважно в аптечних закладах, через те типовий навчальний план інтернатури з “Клінічної фармації” за насиченням не особливо відрізняється від аналогічного за спеціальністю “Фармація”.

2) У США, Канаді, Польщі та деяких інших країнах спеціалізація з “Клінічної фармації” здобувається лише на післядипломному етапі.

3) У Чехії КП, проходячи загальну підготовку з клінічної фармації, в подальшому скеровується на роботу за вузькою спеціалізацією – КП у відділеннях хірургічного профілю, терапевтичного тощо.

4) У США відмовились від бакалаврату з КФ, оскільки рівень підготовки КП-бакалавра недостатній для фахової діяльності в стаціонарах ЛПЗ за паспортом спеціальності і функціональними обов'язками КП.

Пріоритетним завданням інтернатури для КП є формування системного комплексного підходу до їхньої підготовки з метою здійснення основних завдань практичної діяльності в лікувально-профілактичних та аптечних закладах різного рівня, відповідно до паспорта спеціальності. Завданням заочної частини інтернатури є методичне керівництво здійснюваної КП-інтерном практичної роботи з: формування алгоритмів та стандартів фармацевтичної опіки, спрямованої на лікаря, середній медичний персонал, певного хворого чи членів його родини; обґрунтування потреби у ЛЗ на засадах фармакоеконімічного аналізу, даних доказової медицини, стандартів фармакотерапії, протоколів надання медичної допомоги хворим з певними захворюваннями; корекції замовлень ЛЗ стаціонарними відділеннями ЛПЗ аптекам та гуртовим дистриб'юторам ЛЗ; оцінки раціональності та коректності призначень ЛЗ за листками лікарських призначень у реальній клінічній практиці; опрацювання формулярних переліків та фармацевтичних формулярів відділень ЛПЗ; адаптації фармацевтичної частини протоколів надання медичної допомоги хворим з певною нозологією індивідуально конкретному пацієнту; командної участі КП спільно з лікуючим (дільничним) лікарем та іншим медичним персоналом у діагностично-лікувальному процесі на засадах погодженості, коректності, взаємоповаги та професійної етики і деонтології тощо.

Враховуючи все вищенаведене, нами була опрацьована та адаптована нова програма спеціалізації (інтернатури) зі спеціальності “Клінічна фармація”, очна частина якої структурована за 9 розділами: КФ в хірургії; КФ в сімейній медицині; КФ в анестезіології-реаніматології та інтенсивній терапії; КФ в акушерстві та гінекології; КФ в неврології та нейрохірургії; КФ в пульмонології; КФ в кардіології; КФ в гастроентерології; фармацевтична опіка в аптечному закладі. Заочна частина інтернатури розподілена згідно із запланова-

ними годинами навчання: ЛПЗ (багатопрофільні та спеціалізовані стаціонари та амбулаторно-поліклінічні заклади); аптеки та їхні структурні підрозділи; гуртові та роздрібні фармацевтичні фірми; науково-дослідні лабораторії фармацевтичних підприємств.

Програма післядипломного навчання КП в інтернатурі зорієнтована, передусім на підготовку висококваліфікованого фахівця, діяльність якого спрямована на підвищення якості надання медичної (фармацевтичної) допомоги через фахові поради, рекомендації, консультації лікарів, провізорів, медичного персоналу та безпосередньо пацієнтів щодо коректного та раціонального застосування ЛЗ. Алгоритм опрацьованої нами моделі інтернатури КП логічно структурований, передбачає комплексний підхід до опанування сучасною доказовою фармакотерапією, базується на отриманих на додипломному етапі знаннях та навичках, відображає істотно вищий інтегрований рівень засвоєння фахової інформації (табл. 1).

Усі розділи логічно стандартизовані за єдиним принципом: нозологія (при деталізації – модель пацієнта за МКХ-10); варіанти надання медичної допомоги (рівень надання допомоги – первинний, вторинний, амбулаторний, стаціонарний тощо); принципи раціональної фармакотерапії (стандарты та протоколи надання допомоги, формулярний перелік ЛЗ за нозологічним принципом); клінічна фармакологія формулярних ліків (фармакокінетика, взаємодія, безпека та побічна дія); якість фармакотерапії (клінічна та економічна ефективність – клініко-економічний та фармакоеконімічний аналіз схем фармакотерапії, доказова цінність останніх – обґрунтування доцільності застосування за принципами доказової медицини); остаточна конкретна модель фармацевтичної опіки за базовими напрямками – пацієнт, лікар різного профілю, медичний персонал, провізор, споживач аптечного закладу.

Основу стандартизованого підходу до підготовки КП в інтернатурі становить: системність і комплексність; базування на засвоєних практично-орієнтованих дисциплінах та доказовій інформації; єдність клініко-фармацевтичної методології в застосуванні у різних напрямках клінічної медицини та на різних рівнях надання медичної допомоги; вироблення стандартної ідеології клініко-фармацевтичного мислення КП в різних клінічних ситуаціях; опрацювання моделей та стандартів фармацевтичної опіки в кожному конкретному випадку як остаточного результату фармацевтичної технології підвищення якості надання медичної допомоги населенню.

Таблиця 1. Структура програми підготовки КП-інтерна на прикладі розділу “Клінічна фармація в хірургії”

Назва курсів, розділів, елементів програми	На яких дисциплінах, засвоєних на додипломному етапі, базується
<i>Стационарна та амбулаторна фармакотерапія хворих хірургічного профілю</i>	
Семіотика захворювань хірургічного профілю та особливості їх фармакотерапії на сучасному етапі	Основи клінічних знань
Сучасна раціональна антибіотикопрофілактика та терапія в клініці хірургічних хвороб	Фармакотерапія
Фармакотерапія нестероїдними протизапальними ЛЗ хірургічних хворих	Фармакотерапія
Гормонотерапія хворих хірургічного профілю	Фармакотерапія
Кровоспинна та кровозмісна фармакотерапія. Особливості парентерального живлення	Фармакотерапія
Профілактика тромбоемболічних ускладнень у хірургічних хворих	Фармакотерапія
<i>Організація надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим хірургічного профілю</i>	
Первинна, вторинна, третинна, спеціалізована допомога хворим хірургічного профілю	Організація охорони здоров'я та медичне страхування
Види та особливості медичної допомоги хворим хірургічного профілю в амбулаторних умовах та стаціонарі	Організація охорони здоров'я та медичне страхування
<i>Нормативно-правова база діяльності хірургічного стаціонару</i>	
Накази МОЗ України, що регулюють правила-асептики в ЛПЗ	Організація охорони здоров'я та медичне страхування
Робота КП з медичною документацією	Організація охорони здоров'я та медичне страхування
Основні підходи КП до оцінки раціональності фармакотерапії в хірургічному стаціонарі	Клінічна фармакологія
<i>Стандарти фармакотерапії хворих хірургічного профілю</i>	
Протоколи надання медичної допомоги в хірургії	Основи медичної стандартизації
Застосування методів фармакоекономічного та клініко-економічного аналізів при виборі найбільш раціональних схем фармакотерапії, що використовуються в хірургії	Фармакоекономіка
Опрацювання та впровадження формулярної системи в практику хірургічних відділень та її моніторинг	Основи медичної стандартизації
Роль лікарняних кас у фармацевтичному забезпеченні хірургічних хворих у сучасних умовах реформування та реструктуризації галузі	Організація охорони здоров'я та медичне страхування
Участь КП у раціональному фармацевтичному менеджменті в хірургічній практиці	Основи медичної стандартизації
<i>Фармацевтична опіка в хірургічній практиці</i>	
Особливості фармацевтичної опіки хворих хірургічного профілю, хірургів та іншого медперсоналу хірургічної клініки	Фармацевтична опіка
Роль КП у профілактиці нераціональної фармакотерапії та її ускладнень у хірургічних хворих	Клінічна фармакологія Фармацевтична опіка

Висновки

1. Новий підхід до взаємозв'язку у ланці лікар-пацієнт-клінічний провізор відображає формування програми післядипломної професійної підготовки клінічного провізора для потреб охорони здоров'я, який виконуватиме професійні обов'язки на різних етапах надання медичної допомоги у медичних закладах різного рівня та аптеках з питань ефективного і

безпечного застосування лікарських засобів для профілактики, діагностики та раціональної фармакотерапії найбільш поширених та соціально значущих захворювань.

2. Підготовка фахівця нового для України типу – клінічного провізора в кінцевому результаті покликана на підвищення якості надання медичної допомоги, зокрема фармакотерапії. Післядипломне навчання в інтернатурі з “Клінічної фар-

мації” має бути максимально наближеним до реальної клінічної практики і відобразити логічне поєднання набутих на додипломному етапі знань та навичок з інтеграцією їх практичного застосування на принципово новому якісному рівні за єдиним методологічним принципом.

3. Остаточним результатом застосування цього принципу є вироблення у нового фахівця професійних навичок з раціонального клініко-фармацевтичного менеджменту, однією з найважливіших складових якого є фармацевтична опіка.

Список літератури

1. *Основні шляхи* подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
2. *Пімінов О.Ф., Штриголь С.Ю., Тихонова С.О.* та ін. Типовий навчальний план і програма спеціалізації (інтернатура) зі спеціальності “Клінічна фармація”: Навчальне видання. – Харків: вид-во НФаУ, 2005. – 62 с.
3. *Andrew L. Wilson* Issues in Pharmacy Practice Management, 1997, Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland. – 397 p.
4. *ECTS Informator o studiach 2003–2004 / Wydziai Farmaceutyczny (Kierunek studiow: Farmacja)/Z.Kokot, S.Dyderski, B.Siomicka, A.Przystanowicz, L.Rkbaia, AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.* – 2003. – 123 p.
5. *Eric T. Herfindal, Dick R. Gourley, Linda L. Hart* Clinical Pharmacy and Therapeutics: 5th Edition, Williams & Wilkins. – Baltimore, Maryland, 1992. – P. 1628.
6. *Practice Exam Book A / Morris Cody & Associates, Inc.* Pharmacy Exam Reviews. – 2002. – 71 p.
7. *Practice Exam Book A / Morris Cody & Associates, Inc.* Pharmacy Exam Reviews. – 2003. – 26 p.
8. *Practice Exam Book B / Morris Cody & Associates, Inc.* Pharmacy Exam Reviews. – 2002. – 52 p.
9. *Practice Exam Book C / Morris Cody & Associates, Inc.* Pharmacy Exam Reviews. – 2002. – 50 p.
10. *Practice Exam Book D / Morris Cody & Associates, Inc.* Pharmacy Exam Reviews. – 2002. – 67 p.
11. *Practice Exam Book E₁ / Morris Cody & Associates, Inc.* Pharmacy Exam Reviews. – 2002. – 71 p.
12. *Robert J. Cipolle, Linda M. Strand, Peter C. Morley* Pharmaceutical Care Practice. – 1998, McGraw-Hill. – 359 p.
13. www.morriscody.com
14. *Young L.Y., Koda-Kimble M.A., Guglielmo B.J., Kradjan W.A.* HandBook of Applied Therapeutics: 6th Edition. – Vancouver, Washington, 1996. – 1018 p.

СТАНДАРТИЗАЦІЯ ПОДГОТОВКИ КЛІНІЧЕСКОГО ПРОВІЗОРА В ІНТЕРНАТУРЕ КАК ПЕРСПЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УКРАИНЫ

В.М. Пономаренко, А.Б. Зименковский, О.Ю. Грем, Л.Е. Зарума (Киев, Львов)

Представлена разработанная учебная программа последипломной подготовки (интернатуры) по клинической фармации на основании стандартизированного подхода для обеспечения будущего клинического провизора знаниями и навыками, интегрированными в современные задания и реформы системы здравоохранения Украины, связанные с повышением качества оказания медицинской помощи населению.

STANDARDIZATION OF CLINICAL PHARMACISTS' RESIDENTIAL TRAINING AS PERSPECTIVE MODEL OF INCREASE OF MEDICAL AID QUALITY FOR UKRAINIAN POPULATION

V.M. Ponomarenko, A.B. Zimenkovsky, O.Yu. Hrem, L.Ye. Zaruma (Kyiv, Lviv)

An educational program of post-graduate (residential) training on clinical pharmacy developed basing on standardized approach for providing future clinical pharmacist with knowledge and skills, integrated into modern tasks and Ukraine's health care system reforms, connected with increasing of quality of medical aid providing for population is presented.

УДК 616:98:578.82Віл:001.8(477)

Г.О. СЛАБКИЙ, О.В. ЮРЧЕНКО (Київ)

ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОТИДІЇ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУ В СТОЛИЦІ УКРАЇНИ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України
Міська клінічна лікарня №5 м. Києва

В Україні склалася найскладніша ситуація в Європі з епідемією ВІЛ/СНІДУ. Рівень цієї патології продовжує зростати як в обсягах, так і складності із загрозливими темпами. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, наприкінці 2005 р. в країні офіційно зареєстровано понад 88 тис. випадків ВІЛ-інфекції, включаючи понад 13 500 нових, виявлених в 2005 р. Це найбільша кількість нових випадків на рік з моменту першого виявлення епідемії [4]. Як і раніше, вона переважно сконцентрована серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), які становлять понад 60% усіх випадків ВІЛ-інфекції, зареєстрованих на сьогодні [1]. Відсоток нових випадків інфікування серед СІН дещо знизився, але при цьому залишається неприпустимо високим. Кількість жінок, тестування яких дало позитивні результати, неухильно збільшується (42% усіх нових випадків інфекцій, виявлених у 2005 р.) [2]. Показники передачі ВІЛ статевим шляхом також зростають (понад 30% усіх нових інфекцій з встановленим шляхом передачі у 2005 р.) Це свідчить, що епідемія виходить за межі груп населення найвищого ризику і поступово проникає у його загальну популяцію [3;6].

Місто Київ належить до групи найбільш уражених епідемією ВІЛ/СНІДУ адміністративних територій України [5]. Така складна ситуація, в якій опинилась столиця, призвела до необхідності вжиття комплексу заходів щодо протидії подальшому поширенню інфекції на адміністративних територіях та боротьби з наслідками епідемії. Спільними зусиллями протягом останніх п'яти років вдалося досягнути певних позитивних результатів. Одним з найважливіших висновків є розуміння того, що сьогодні варто категорично відмовитись від заходів, що здійснюються на рівні "демонстраційних проектів". Важливо усвідомити: СНІД не вибачає помилок та байдужості. Це проблема, яка потребує уважного ставлення, поглибленого всебічного вивчення, безкомпро-

місної оцінки ефективності реалізованих заходів та ретельного планування наступних кроків [7]. Саме таке ставлення місцевої громади до проблеми СНІДУ стає домінуючим у формуванні стратегії подолання епідемії у столиці держави м. Києві.

Мета дослідження полягає у вивченні готовності працівників різних відомств м. Києва до протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДУ в місті, а також потреби з їхньої підготовки до даного виду діяльності та визначення можливого джерела одержання інформації.

Методи дослідження: медико-соціологічний, системного аналізу та підходу, описового моделювання. За спеціально розробленою для проведення дослідження анкетною опитано 250 учителів загальноосвітніх шкіл, 32 працівників центрів зайнятості, 59 державних службовців, 34 журналістів, 272 медичних працівників, що надають первинну медико-санітарну допомогу.

Результати дослідження та їх обговорення. Слід зазначити, що проблема ВІЛ/СНІДУ складається з багатьох чинників суспільного життя і торкається усіх аспектів державної політики. З огляду на ситуацію в м. Києві стратегія протидії епідемії повинна ґрунтуватися на визнанні того, що проблема має вирішуватися на засадах міжсекторального підходу, спільними зусиллями держави, приватного сектора та громадськості. Виходячи з вказаного, рішенням XII сесії Київської міської ради IV скликання від 09.03.2006 №161/3252 затверджено Програму протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДУ на період 2006–2008 рр. (далі Програма), метою впровадження якої є реалізація заходів, спрямованих на запобігання подальшому поширенню ВІЛ-інфекції серед мешканців столиці, активізація інформаційно-просвітницької роботи щодо профілактики ВІЛ/СНІДУ, розширення доступу до лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Основними завданнями програми стала координація діяльності державних органів, органів

самоврядування, підприємств, установ, організацій та об'єднань громадян у справі боротьби з ВІЛ/СНІДом та зниженні темпів поширення ВІЛ-інфекції серед населення м. Києва шляхом:

- – формування навиків безпечної поведінки щодо ВІЛ-інфікування серед населення столиці, насамперед серед підлітків і молоді;
- – зміни ризикованої поведінки на безпечну поведінку щодо ВІЛ-інфікування уразливими групами ризику;
- – формування толерантного ставлення суспільства до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД і боротьба зі стігмою;
- – зниження вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- – виключення можливості передачі ВІЛ-інфекції через донорську кров та її компоненти;
- – забезпечення можливості вільного доступу до діагностики на ВІЛ усього населення міста;
- – забезпечення лікування, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом;
- – забезпечення підтримки людей, що постраждали внаслідок ВІЛ/СНІДу;
- – забезпечення проведення наукових досліджень з питань вивчення особливостей розвитку ВІЛ/СНІДу в столиці держави, можливих наслідків епідемії та ймовірних шляхів зменшення шкоди епідемії;
- – запровадження ефективної системи моніторингу та оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу на адміністративних територіях.

Безпосередніми виконавцями Програми визнані державні структури, що безпосередньо впливають на формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я, та їхня участь в реалізації даної Програми є обов'язковою:

- Головне управління контролю за благоустроєм та зовнішнім дизайном м. Києва КМДА;
- Головне управління культури, мистецтва та охорони культурної спадщини КМДА;
- Головне управління соціального захисту населення;
- Головне управління освіти і науки КМДА;
- Головне управління з питань внутрішньої політики КМДА;
- Головне управління праці та зайнятості КМДА;
- Головне управління з питань взаємодії з засобами масової інформації та зв'язків з громадськістю КМДА;
- Головне управління транспорту, зв'язку та інформатизації КМДА;
- Головне управління з питань регуляторної політики та підприємництва КМДА;
- Головне управління у справах сім'ї та молоді КМДА;

- Служба у справах неповнолітніх КМДА;
- Відділ з питань охорони праці КМДА;
- КМЦ перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування, керівників державних підприємств, установ та організацій КМДА;
- Київський міський центр соціальних служб для молоді КМДА;
- Головне управління по фізичній культурі і спорту КМДА;
- Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення КМДА;
- Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом.

Рішенням сесії також визначені організації та відомства, що беруть участь у виконанні спільних заходів у рамках реалізації Програми в м. Києві, – державні та неурядові організації, за участю яких виконуються окремі заходи Програми та реалізуються спільні проекти:

- Головне управління Міністерства внутрішніх справ у м. Києві;
- Державна санітарна служба м. Києва;
- Київський міський комітет Товариства Червоного Хреста України;
- ТРК “Київ”;
- “Всеукраїнська Мережа людей, що живуть з ВІЛ” (НУО);
- Міжнародний благодійний фонд “Вертикаль” (НУО);
- громадська організація “Клуб “Еней” (НУО);
- неурядові структури (організації, об'єднання, асоціації, товариства, фонди);
- засоби масової інформації;

Таким чином, наше дослідження спрямоване на визначення готовності працівників окремих структур-виконавців програми до проведення покладеної на них роботи.

На першому етапі дослідження було вивчено обізнаність респондентів у шляхах передачі ВІЛ-інфекції. Рівень вірних відповідей на запитання анкети наведено в таблиці 1.

Як видно з наведених в таблиці даних, найбільш поінформованими з питань шляхів передачі ВІЛ/СНІДу є медичні працівники. Вони дали найбільший відсоток вірних відповідей на всі поставлені питання. В цілому можна говорити про достатньо високий рівень знань шляхів передачі ВІЛ-інфекції серед респондентів усіх професійних груп. Але слід вказати на недостатній рівень знань окремих шляхів передачі представниками окремих професійних груп. Так, вказали на можливість інфікування при користуванні спільним посудом 21,8% праців-

Таблиця 1. Вірні відповіді щодо найбільш вірогідних нижченаведених шляхів передачі ВІЛ-інфекції (%)

Шляхи передачі ВІЛ	Респонденти				
	вчителі	журналісти	медичні працівники	державні службовці	працівники центрів зайнятості
Сексуальні контакти без використання презервативу	84,8	89,9	94,6	83,3	83,7
Спільне використання шприців та голочок	87,2	84,1	88,3	85,0	77,5
Переливання крові/продуктів крові	89,2	89,9	100,0	98,3	89,9
Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини	92,8	78,3	94,6	86,7	80,6
Контакт з ВІЛ-інфікованою кров'ю	97,4	95,7	96,5	98,3	89,9
Спільні інструменти для приготування наркотику, розчини наркотику	95,6	89,9	91,4	88,4	77,5
Укуси комах	78,4	84,1	96,5	86,7	83,7
Під час поцілунку	86,4	88,3	86,8	83,3	77,5
Спільне користування рушником, милом	84,8	78,3	93,4	81,6	83,7
Спільне користування ванною, туалетом, басейном	82,4	87,0	93,4	81,6	83,7
Спільний посуд	79,4	81,2	91,1	81,6	68,2
Під час розмови, кашлю	91,6	89,9	96,5	88,4	89,9
Під час рукостискання	93,6	92,8	94,6	90,1	77,5

ників центрів зайнятості та 20,6% вчителів. 21,7% журналістів впевнені, що можна інфікуватися при користуванні спільним милом та рушником. Важливо зауважити, що подібні судження є осно-

вою для дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.

Далі вивчалось питання щодо джерела отримання інформації з питань ВІЛ/СНІДу. Одержані результати наведені в таблиці 2.

Таблиця 2. Джерела отримання інформації (%)

Джерело	Респонденти				
	вчителі	журналісти	медичні працівники	державні службовці	працівники центрів зайнятості
Фахові видання	14,8	23,2	70,6	8,5	6,2
Семінари	33,2	17,4	44,3	28,9	9,3
Тренінги	38,4	31,9	32,9	45,9	15,5
Засоби масової інформації	79,2	8,7	13,3	39,1	83,7
Від медичних працівників	31,6	60,9	34,6	32,3	40,3
Буклети, брошури	80,4	14,5	32,8	20,4	15,5
Телепередачі	67,4	20,3	14,7	30,6	18,6
Від товаришів	24,8	26,1	8,3	35,7	55,8
Від колег	22,4	20,3	34,6	39,1	27,9
Спеціальні відеофільми	14,8	31,9	4,3	11,9	12,4
Інші джерела	20,8	26,1	13,3	15,3	18,6

* Кожний респондент міг відмітити чотири джерела інформації, які він вважає для себе основними

Як вказують дані таблиці 2, тільки для медичних працівників основним джерелом інформації з проблем ВІЛ/СНІДу є фахові видання, семінари та тренінги. Також значна частина журналістів

одержують інформацію з надійних джерел: фахові видання, медичні працівники, тренінги.

Враховуючим є те, що таке джерело інформації, як товариші, є основним для 55,8% пра-

цівників центрів зайнятості, 35,7% державних службовців, 26,1% журналістів, 24,8% вчителів, а таке джерело, як колеги, є важливим для 39,1% державних службовців, 27,9% працівників центрів зайнятості та 22,4% вчителів.

Крім цього, було вивчено потребу респондентів в окремих видах інформації з питань ВІЛ/СНІДу (табл. 3).

З таблиці 3 видно, що розвиток хвороби СНІД, її наслідки для здоров'я, лікування та способи захисту – це теми, якими цікавиться абсолютна більшість тих респондентів, хто потребує додаткової інформації з питань ВІЛ/СНІДу.

При цьому необхідно відмітити різний рівень потреби інформації у різних категоріях респондентів.

Так, для вчителів, крім вищезазначеного, високою є потреба в інформації з правових питань боротьби з ВІЛ/СНІДом, державної політики в напрямку протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу та організації профілактичної роботи серед молоді. Ці питання є важливими і для журналістів та працівників центрів зайнятості. Державних службовців більш цікавить питання організації профілактичної роботи на робочих місцях.

Найменший інтерес до отримання інформації проявили медичні працівники та державні службовці. Ці дані можна пояснити тим, що медичні працівники показали найвищий рівень знань щодо ВІЛ/СНІДу та для їх поповнення використовують фахові джерела інформації, а для державних службовців ця проблема ще не стала пріоритетною.

Таблиця 3. Потреби у окремих видах інформації з питань ВІЛ/СНІДу (%)

Вид інформації	Респонденти				
	вчителі	журналісти	медичні працівники	державні службовці	працівники центрів зайнятості
Про шляхи поширення ВІЛ-інфекції	81,4	78,3	92,6	86,7	96,1
Як уберегтися від ВІЛ-інфікування	90,4	92,8	82,4	98,6	93,0
Що таке тест на ВІЛ, де його можна зробити	79,2	100,0	34,6	100,0	93,0
Як ставитися до ВІЛ-інфікованої людини	61,2	84,1	26,3	69,7	83,7
Наслідки ВІЛ для здоров'я людини та лікування хвороби	90,8	89,9	14,8	73,1	80,6
Організація профілактичної роботи серед молоді	100,0	92,8	22,7	78,2	83,7
Організація профілактичної роботи серед споживачів ін'єкційних наркотиків	51,2	69,6	31,0	73,1	80,6
Організація профілактичної роботи серед жінок комерційного сексу	12,4	60,9	34,6	35,7	40,3
Організація профілактичної роботи серед чоловіків, що мають секс з чоловіками	20,8	89,9	28,1	32,3	38,1
Організація профілактичної роботи серед медичних працівників	–	55,1	71,3	66,3	83,7
Організація профілактичної роботи на робочих місцях	38,4	37,7	91,1	88,4	96,1
Правові основи організації профілактичної роботи з ВІЛ/СНІДом	100,0	87,0	74,9	69,7	96,1
Питання державної політики щодо протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні	100,0	78,3	69,8	73,1	74,4

На основі одержаних результатів дослідження розроблено міжсекторальну функціонально-організаційну модель інформаційно-про-

світницького забезпечення всіх зацікавлених у протидії розвитку в місті епідемії ВІЛ/СНІДу (рис.).

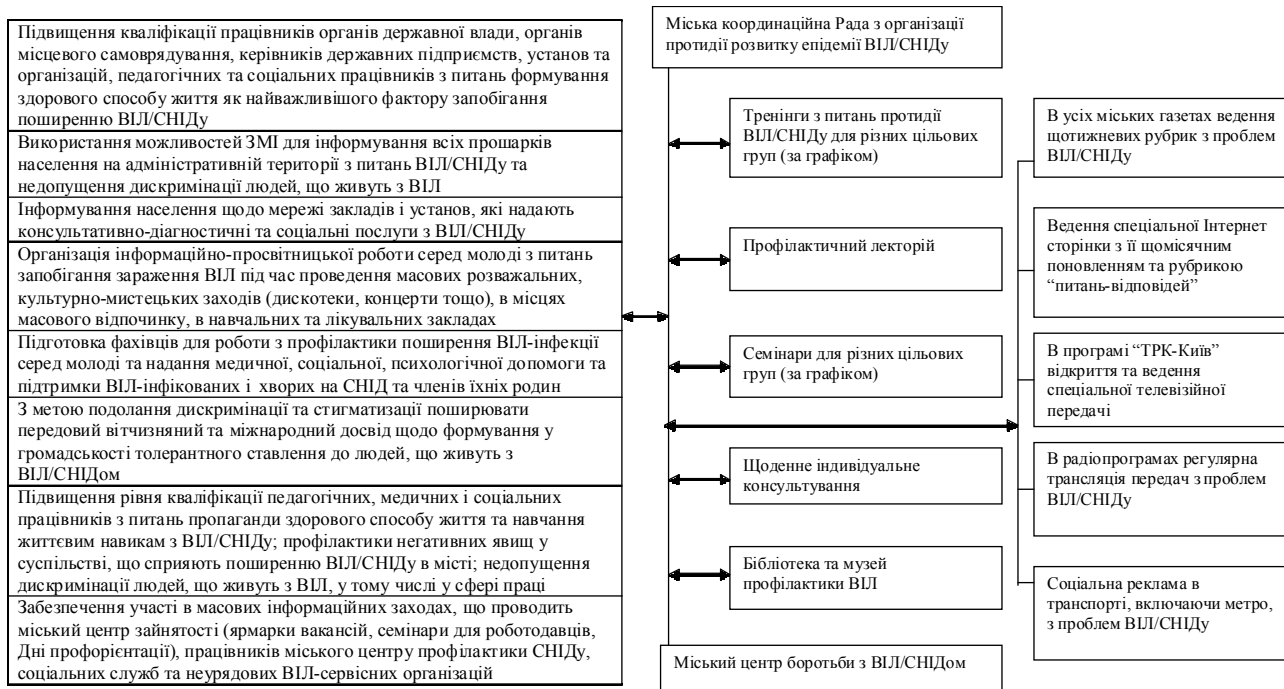


Рис. Функціонально-структурна модель інформаційно-просвітницького забезпечення учасників протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в м. Києві

Інформаційно-просвітницька робота має проводитись через Міський ресурсний центр, який повинен діяти на базі Міського центру боротьби з ВІЛ/СНІДом і його робота підлягає координації Міською координаційною радою з організації протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції.

Висновки

Проведене дослідження спонукало нас до розробки міжсекторальної функціонально-структурної моделі інформаційно-просвітницького забезпечення учасників протидії розвит-

ку епідемії ВІЛ/СНІДу в м. Києві достовірною інформацією.

Базою для проведення вказаної роботи має стати ресурсний центр, що підлягає створенню в міському центрі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Ресурсний центр повинен виконати два важливих завдання: підготовку спеціалістів для організації протидії розвитку епідемії та формування у населення безпечної поведінки щодо ВІЛ-інфікування і подолання упередженого ставлення до людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом.

Список літератури

1. Артюх О.Р., Балакарева О.М., Бочкова Л.В. та ін. Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків. Як компонент епідагляду другого покоління – К.: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні", 2005. – 68 с.
2. Артюх О.Р., Балакарева О.М., Бочкова Л.В. та ін. Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату. Як компонент епідагляду другого покоління. – К.: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні", 2005. – 60 с.
3. Балакарева О.М., Гусак Л.М., Довбах Г.В. та ін. Аналітичний звіт за результатами дослідження "Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні". – 2005. – 40 с.
4. Щербінська А.М. Медичні аспекти проблеми ВІЛ/СНІДу в Україні // Мистецтво лікування. – 2006. – №2. – С. 26–30.
5. Юрченко О.В. Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в м. Києві (ситуаційний аналіз) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – №1. – С. 26–31.
6. Юрченко О.В. Стратегія дій Уряду в протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в країні: Зб. наук. пр. "Сучасні технології вищої медичної освіти". – Донецьк, 2006. – С. 277–281.
7. *Strategis Approaches to the Prevention of HIV Infection in Infants-Report of a WHO meeting*, Morges, Switzerland, 20–22 March 2002. – 22 p.

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА В СТОЛИЦЕ УКРАИНЫ

Г.А. Слабкий, А.В. Юрченко (Киев)

В статье приведены данные медико-социологического исследования среди лиц противодействующих развитию эпидемии ВИЧ/СПИД в г. Киеве. Изучались вопросы осведомленности респондентов о путях передачи ВИЧ-инфекции, источниках получения информации и необходимого её объема. На основании полученных данных разработана функционально-структурная модель информационно-просветительного обеспечения участников противодействия развитию эпидемии ВИЧ/СПИД в г. Киеве.

ORGANIZATION ACTIONS AGAINST HIV/AIDS EPIDEMIC IN THE CAPITAL OF UKRAINE

G.A. Slabky, A.V. Yurchenko (Kiev)

The data of medical and social research received among persons who act against HIV/AIDS epidemic in Kiev are given in the article. Knowledge of respondents about ways of HIV-infection transfer, sources of receiving information and its necessary volume are studied. Functional and structural model of providing information to persons who act against HIV/AIDS epidemic in Kiev is developed on the ground received data.

УДК 614.253.83:616-082

В.М. ЛЕХАН, О.Л. ЗЮКОВ, А.В. ПЯТОВ (Дніпропетровськ)

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЯК КРИТЕРІЙ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИДніпропетровська державна медична академія
Науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності

Забезпечення якісного рівня медичної допомоги є провідною метою структурних перетворень в українській охороні здоров'я, важливим засобом досягнення більш ефективного використання ресурсів [4;7]. Це повною мірою стосується реформування стаціонарної медичної допомоги, основні стратегії якого передбачають оптимізацію взаємодії шпитальних закладів різної підлеглості, ієрархічного рівня і спеціалізації [9]. Тобто організаційні і управлінські перетворення в шпитальному секторі охорони здоров'я сьогодні мають відбуватися задля досягнення високих планових показників, зниження видатків, вирішення проблем задоволення потреб пацієнтів тощо [1].

Серед ключових критеріїв оцінки ефективності ініціатив з охорони здоров'я населення експерти ВООЗ виділяють адекватність лікування, під якою розуміють необхідність досягнен-

ня прийнятної для хворого якості життя [12;14]. Специфіка поняття якість життя (ЯЖ) полягає в тому, що воно включає як об'єктивні, так і суб'єктивні критерії, що характеризують фізичне, психічне і соціальне благополуччя, сукупність яких визначає здоров'я людини (інтегральний показник). ЯЖ лімітується тяжкістю захворювання, ефективністю лікування, ступенем соціальної та економічної дезадаптації, рівнем матеріальних витрат на лікування, мірою позитивності емоційного сприйняття життя тощо [10;11]. Оцінка ЯЖ спонукає лікарів не обмежуватися традиційними підходами до хвороби як нозологічної форми з певним набором симптомів, а оцінювати, яким чином хвороба впливає на людину, і визначити тим самим оптимальні засоби втручання.

Метою проведеного дослідження було обґрунтування вибору показника якості життя он-

кологічних хворих після радикального хірургічного лікування як критерію якості медичного обслуговування в стаціонарах різних типів.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 159 хворих із злоякісними новоутвореннями кишечника, передміхурової залози і сечового міхура, які проходили радикальне лікування у різних хірургічних стаціонарах Дніпропетровської і Херсонської областей. Дослідження проводилось на момент виписки зі стаціонару, в середньому через $25,5 \pm 0,6$ дня після операції.

Серед опитаних було 46,5% чоловіків і 53,5% жінок. 3,7% осіб у віці до 40 років, 42,8% – від 40 до 60 років і 53,5% пацієнтів, старших 60 років (середній вік $56,0 \pm 0,6$ року). Розподіл респондентів за освітою – 23,8% осіб з вищою (в тому числі незакінченою) освітою; решта – з середньою (в тому числі середньо-спеціальною). В обласному центрі проживали 41,0% пацієнтів, в інших містах – 35,9%, у селищах міського типу – 14,1%, решта – у селах. Більшість онкологічних хворих (57,9%) на пенсії, в тому числі по інвалідності, 5,0% тимчасово не працювали, 37,1% працювали. За сімейним статусом: 74,8% хворих мали сім'ю, решта (25,2%) розлучені або овдовіли.

З групи порівняння взято 68 практично здорових осіб і 153 хворих на хронічні захворювання (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, церебро-васкулярні хвороби, бронхіальна астма, хронічний бронхіт, цукровий діабет, остеохондроз, остеоартроз), які перебували під диспансерним наглядом в амбулаторно-поліклінічних закладах м. Дніпропетровська, без клінічно значущих загострень основного захворювання протягом місяця. Середній вік опитаних – $55,3 \pm 1,1$ року, 52% чоловіків, 48% жінок. Основні закономірності ЯЖ пацієнтів груп порівняння описані у статті авторів [5].

Для оцінки ЯЖ респондентів використовувалась русифікована версія опитувальника MOS-SF36 (Medical Outcomes Study – Short Form (ліцензія №C1-120503-17386 Quality Metric Incorporated) [13].

Згруповано 36 пунктів опитувальника у 8 шкал (критеріїв) ЯЖ: фізична активність, що відображає ступінь обмежень виконання фізичних навантажень (ФА); рольове фізичне функціонування або вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (РФ); вплив тілесного болю на активність пацієнта (Б); загальний стан здоров'я (ЗЗ); життєва активність – енергійність (ЖА); соціальна активність (СА); рольове емоційне функціонування (РЕ); стан психічного здоров'я (ПЗ). Показники кожної шкали вимірюються у балах (від 0 до 100), причому більш висока оцінка вказує на вищий рівень ЯЖ. Відхилення ЯЖ у межах 5–10 балів розцінюються як слабкі; 10–20 балів – як помірні; понад 20 балів – як значні [6].

Для оцінки психогенних впливів на онкологічних хворих, зокрема на ЯЖ, нами досліджено рівні ситуативної (реактивної) і особистісної тривожності за допомогою тесту самооцінки Ч.Д. Спілбергера і Ю.Л. Ханіна [7]. Показниками низької тривожності, за даним тестом, є результат до 30 балів; 31–45 балів – помірна тривожність; понад 45 балів – високий рівень тривоги.

Статистична обробка матеріалів дослідження проводилася з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих у пакетах програм БИОСТАТ (Практика, 1998), EXCEL-2003® [3]. Вірогідність відмінностей оцінювалась за допомогою критеріїв відповідності χ^2 , Стюдента, Манна-Уїтні. Для оцінки взаємозв'язку між ознаками розраховувались коефіцієнти лінійної кореляції Пірсона і рангової кореляції Спірмена (r).

Результати та їх обговорення. У результаті проведеного дослідження встановлено, що в онкологічних хворих після радикального хірургічного лікування відбувається вірогідне ($p < 0,001$) зниження показників ЯЖ по всіх шкалах порівняно зі здоровими людьми в середньому на 20,1–61,1 балу (табл.). За критеріями клінічної значущості ці відхилення розцінюються як значні.

Таблиця. Порівняльна оцінка якості життя хворих і практично здорових осіб

Критерії ЯЖ	Онкологічні хворі	Групи порівняння		Зміни ЯЖ у онкологічних хворих в порівнянні	
		практично здорові	хворі	з практично здоровими	з хворими
ФА	$53,0 \pm 2,3$	$96,8 \pm 0,6$	$58,1 \pm 2,1$	-43,8**	-5,1
РФ	$38,9 \pm 3,2$	$100,0 \pm 0$	$46,4 \pm 3,4$	-61,1**	-7,5
Б	$51,0 \pm 2,3$	$100,0 \pm 0$	$53,2 \pm 1,9$	-49,0**	-2,2
ЗЗ	$54,4 \pm 1,3$	$75,5 \pm 0,9$	$41,7 \pm 1,4$	-21,1**	12,7**
ЖА	$45,5 \pm 1,7$	$65,6 \pm 1,9$	$41,3 \pm 1,5$	-20,1**	4,2
СА	$67,1 \pm 1,9$	$98,2 \pm 0,7$	$60,8 \pm 1,9$	-31,1**	6,3*
РЕ	$45,5 \pm 3,5$	$100,0 \pm 0$	$55,1 \pm 3,4$	-54,5**	-9,6*
ПЗ	$50,3 \pm 1,7$	$72,2 \pm 1,3$	$52,0 \pm 1,4$	-21,9**	-1,7

* $p < 0,05$;

** $p < 0,001$ порівняно з онкологічними хворими

Профіль ЯЖ хворих на злоякісні новоутворення після виписки зі стаціонару за більшістю шкал співпадає ($p > 0,05$) з аналогічними показниками хворих на іншу хронічну патологію у стадії ремісії, що можна пояснити характерною для хронічних хворих здатністю адаптуватися до проявів свого захворювання. Водночас, більш високу загальну оцінку онкологічними хворими стану свого здоров'я (на 12,7 балу, $p < 0,001$) і соціальної активності (на 6,3, $p < 0,05$) можна пояснити тим, що клінічні прояви злоякісних новоутворень внутрішніх органів (шлунка, кишечника, легень), навіть у занедбаній стадії, з'являються пізно, а тому суб'єктивна оцінка стану здоров'я в нинішній момент і в перспективі може бути більш оптимістичною.

Зменшення коефіцієнта рольового емоційного функціонування, зумовленого емоційним станом пацієнтів з онкологічним діагнозом, порівняно зі здоровими (на 54,5 балу, $p < 0,001$) і хворими на іншу патологію (на 9,6, $p < 0,05$) відображає високий рівень тривожності у хворих на рак. Онкохворий, насамперед на початку лікування, знаходиться у ситуації невизначеності та очікування, з дефіцитом інформації щодо можливих ускладнень, пов'язаних з оперативним втручанням, наступною інвалідизацією, загрозою для життя. З іншого боку, певним чином впливає госпіталізація: пацієнт ізольований від роботи, родини, звичного кола спілкування та обстановки. Все це створює основу для розвитку реактивного стану, ступінь тяжкості якого залежить не стільки від соматичного благополуччя, скільки від психогенних впливів.

Відомо, що тривожність не є первісно негативною рисою. Певний рівень тривожності – це природна і обов'язкова особливість активної особистості. Існує оптимально індивідуаль-

ний рівень “корисної” тривоги. Проте якщо у людини високий рівень реактивної (ситуативної) тривожності, то це викликає порушення уваги, неспокій, нервозність у конкретній ситуації, іноді спостерігаються порушення тонкої координації. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю у людини невротичного конфлікту, емоційними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що у онкологічних хворих після радикального хірургічного лікування середній рівень реактивної тривожності становив $32,9 \pm 0,8$ балу (помірний рівень), показник особистісної тривожності – $47,9 \pm 0,8$ балу (високий рівень). Слід зазначити, якщо низький показник реактивної тривожності зафіксований у кожного третього хворого (37,1%), то низька особистісна тривожність виявлена тільки у 4,4% хворих. Привертає увагу, що 61,0% хворих з онкологічним діагнозом мають високий рівень особистісної тривоги, який у 8,8 разу перевищує аналогічний рівень по ситуативній тривожності. Ймовірно, висока особистісна тривожність є як причиною, так і наслідком даного захворювання, а також основною особистісною характеристикою хворих з онкологічним діагнозом. При цьому ситуативна тривожність втрачає свою актуальність, тому що особистісна тривожність зумовлює постійний (хронічний) стан таких хворих.

Тісний взаємозв'язок між погіршенням усіх складових якості життя онкологічних хворих і високим рівнем тривожності підтверджений результатами кореляційного аналізу (рис. 1). При цьому найбільш тісні зворотні зв'язки ($r = -0,40$ – $-0,54$) встановлені між рівнями тривожності і загальною оцінкою стану фізичного, психічного здоров'я, обмеженнями життєвої активності.

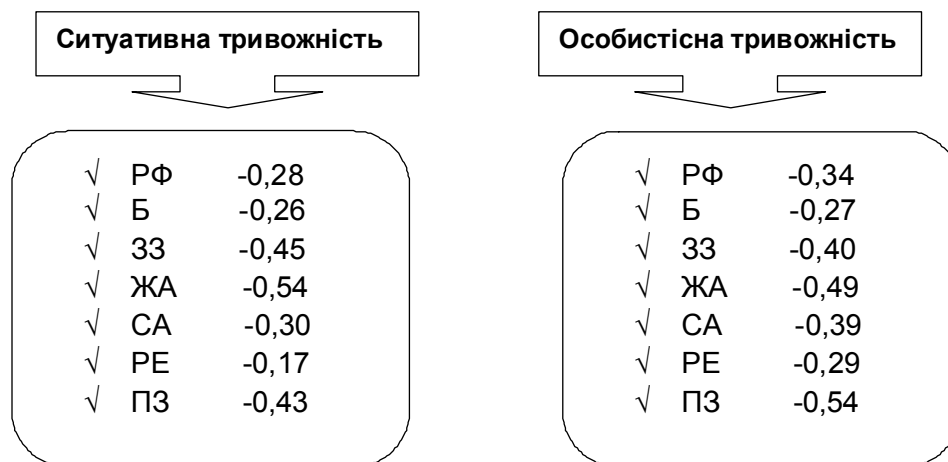


Рис. 1. Взаємозв'язки показників тривожності у онкологічних хворих з компонентами якості життя (r , $p < 0,05$)

Дослідження факторів, які визначають зміни ЯЖ при онкологічних захворюваннях, дали змогу встановити такі закономірності. Гендерні відмінності ЯЖ, виявлені авторами у здорових осіб і хворих на хронічні захворювання [5], були простежені і в групі онкологічних хворих. Чоловіки більш толерантні до захворювання; їхня повсякденна діяльність меншою мірою, ніж у жінок, обмежується фізичними та емоційними проблемами (рис. 2): вірогідний ($p < 0,05$) коефіцієнт кореляції з фізичною активністю дорівнює $r = 0,18$; з рольовим фізичним функціонуванням – $r = 0,23$; з обмеженням життєздатності – $r = 0,19$; з соціальною активністю – $r = 0,22$; з рольовим емоційним функціонуван-

ням – $r = 0,19$; із загальною оцінкою психічного здоров'я – $r = 0,20$ ($p < 0,05$).

На рівень суб'єктивного сприйняття онкологічними хворими стану свого здоров'я, насамперед фізичного і соціального, певним чином впливає рівень освіти. Встановлено підвищення показників оцінки інтенсивності болю, загального стану здоров'я і соціальної активності у осіб з вищою освітою (коефіцієнти кореляції становлять відповідно 0,23; 0,32; 0,18, $p < 0,05$). Аналогічні закономірності встановлені і в групах порівняння, що пояснюється більшими адаптаційними можливостями (переміна роботи, наявність перспектив, вміння вирішувати проблеми) у осіб з вищою освітою [4].

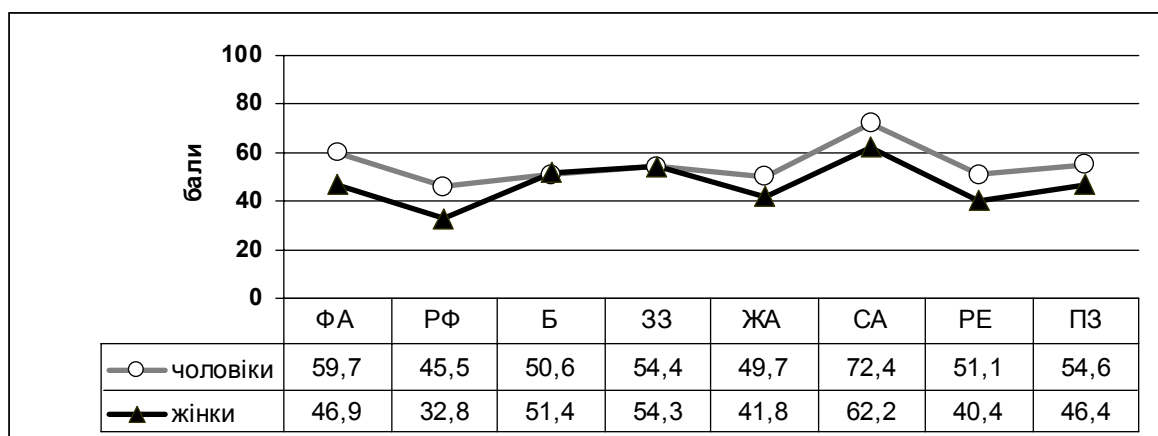


Рис. 2. Профілі якості життя онкологічних хворих залежно від статі

Роль сім'ї у наданні соціальної і психологічної підтримки онкологічним хворим підтверджена наявністю значних відмінностей у рівнях показника РЕ серед хворих, що проживають в сім'ї ($47,6 \pm 4,6$ балу), і одинаків ($24,6 \pm 8,8$ балу, $p < 0,05$).

Тяжкість перебігу післяопераційного періоду і тривалість госпіталізації також впливають на зниження суб'єктивної оцінки здоров'я онкологічних хворих. Встановлений вірогідний ($p < 0,05$) кореляційний зв'язок між обмеженням соціальної активності хворого (спілкування, ізоляція від звичайної діяльності) і тривалістю госпіталізації ($r = -0,23$). Наявність ускладнень у післяопераційному періоді посилює обмеження активності пацієнта внаслідок болю ($r = -0,20$), погіршує загальну оцінку стану фізичного ($r = -0,28$) і психічного ($r = -0,25$) здоров'я, знижує соціальну активність ($r = -0,31$) хворого.

Рівень ЯЖ онкологічних хворих, так само як і хворих на інші хронічні захворювання, пов'язаний з трудовою зайнятістю. Встановлені вірогідно вищі оцінки стану фізичного і психічного здоров'я серед працюючих хворих із зло-

якісними новоутвореннями ($57,6 \pm 2,7$ і $55,4 \pm 2,6$ балу, $p = 0,08$), ніж аналогічні рівні ЯЖ серед непрацюючих ($52,2 \pm 1,4$ і $47,8 \pm 2,2$ балу, $p < 0,05$).

Діяльність системи медичної допомоги орієнтована на задоволення потреб пацієнтів. Тому організація роботи медичної служби або лікувального закладу опосередковано характеризує як об'єктивну тяжкість стану здоров'я, так і ЯЖ хворих, пов'язану зі здоров'ям. Авторами в роботі [2] досліджено задоволеність онкологічних хворих якістю медичної допомоги в хірургічних стаціонарах, серед компонентів якої розглядалися діяльність медичного персоналу; організація лікувального і діагностичного процесу; інформованість пацієнтів; санітарно-побутові умови перебування в стаціонарі. Нами встановлено наявність вірогідного кореляційного зв'язку між задоволеністю пацієнтів діяльністю медичного персоналу і обмеженнями фізичної активності онкохворих ($r = 0,17$), тобто чим вища суб'єктивна оцінка діяльністю медичного персоналу, тим вищий показник ФА. Аналогічний зв'язок з рівнем ФА має задоволеність пацієнтами умовами побу-

ту в стаціонарі ($r=0,19$) – чим зручніші і комфортніші умови перебування хворих, тим менше вони відчують вплив хвороби на самообслуговування. З іншого боку, низька задоволеність організацією діагностики і лікування, передусім через нерегульовані платежі за проведення дослідження, медикаменти тощо, погіршує показники психічної компоненти ЯЖ ($r=-0,21$ і $r=-0,18$ відповідно). Все це слід враховувати при оцінці ефективності діяльності стаціонарів.

Висновки

Таким чином, дослідження ЯЖ онкологічних хворих після радикального хірургічного лікування показали таке:

1. Профіль якості життя онкологічних хворих у найближчому післяопераційному періоді за більшістю шкал (ФА, РФ, Б, ЖА, ПЗ) співпадає з таким у хворих на інші хронічні захворювання в стадії ремісії. Водночас, відмічається вірогідне збільшення загальних оцінок стану фізичного здоров'я і соціальної активності на фоні суттєвих обмежень повсякденної діяльності, пов'язаної з емоційним станом. У підсумку це дає змогу застосовувати оцінку ЯЖ за методикою MOS-SF36

як інтегрального критерію оцінки стану здоров'я пацієнтів після виписки зі стаціонару.

2. ЯЖ онкологічних хворих, так само як і хворих на інші хронічні захворювання, залежить від статі, рівня освіти, наявності сім'ї. Водночас, більшість онкологічних хворих мають високий рівень особистісної тривожності. При цьому ситуативна тривожність як реакція хвилювання і нервозності в конкретній загрозовій ситуації втрачає свою актуальність серед цієї категорії хворих, оскільки вони знаходяться в постійній стресовій ситуації, де будь-яка проблема вважається екстремальною.

3. Наявність залежності ЯЖ онкологічних хворих від тривалості госпіталізації, перебігу післяопераційного періоду, діяльності медичного персоналу, організації лікувального-діагностичного процесу, санітарно-побутових умов перебування в лікарні дає змогу використовувати ці показники як критерії якості медичного обслуговування у стаціонарах.

Отримані результати дослідження слід враховувати при організації і проведенні хірургічного лікування онкологічних хворих, а також при реформуванні стаціонарної допомоги.

Список літератури

1. Гук А.В. Стратегічні напрямки забезпечення якісної медичної допомоги //Главный врач. – 2002. – №9. – С. 63–71.
2. Зюков О.Л. Задоволеність онкологічних хворих якістю медичної допомоги в хірургічних стаціонарах // Медичні перспективи. – 2005. – №4. – С.139–144.
3. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – К.: МОРИОН, 2000. – 320 с.
4. Лехан В., Гук А. Методичні підходи до розробки медичних стандартів. – К.: Сфера, 2000. – 24 с.
5. Лехан В.М., Іпатов А.В., Паніна С.С. Якість життя хворих на хронічні захворювання та інвалідів: загальні закономірності //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2004. – №3. – С. 20–24.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб: Нева, 2003. – 320 с.
7. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні /Під заг. ред. В.М. Лехан, В. М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
8. Столяренко Л.Д. Основы психологии. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – 697 с.
9. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні /В.М. Лехан, Н.М. Лакіза-Сачук, В.М. Войцехівський та ін. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
10. Юшкова О.Г. Якість життя хворих із серцево-судинними захворюваннями //Одеський медичний журнал. – 2003. – Т.77, №3. – С. 104–108.
11. Якість життя в медичних дослідженнях / В.М. Лехан, А.В. Іпатов, А.П. Гук, О.Л. Зюков //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2004. – №1. – С. 56–62.
12. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed // JAMA. – 1988. – Vol.260, №12. – P. 1743–1748.
13. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. – Boston, 1993. – P.1–22.
14. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment (WHOQOL) // Qual. Life Res. – 1993. – Vol. 2. – P.153–159.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.Н. Лехан, О.Л. Зюков, А.В. Ипатов (Днепропетровск)

В статье представлены результаты исследования качества жизни и уровня тревожности онкологических больных после радикального лечения в хирургических стационарах с использованием методик MOS-SF36 и Спилберга-Ханина. Установлена взаимосвязь разных параметров качества жизни с основными медико-социальными факторами (полом, уровнем образования, семейным статусом), уровнем ситуативной и личностной тревожности, продолжительностью госпитализации,

течением послеоперационного периода, деятельностью медицинского персонала, организацией лечебно-диагностического процесса, санитарно-бытовыми условиями в стационаре. Показано, что показатели качества жизни прооперированных онкологических больных характеризуют качество медицинской помощи в хирургических стационарах.

LIFE QUALITY AS CRITERIA OF MEDICAL CARE QUALITY

V.N. Lechan, O.I. Zukov, A.V. Ipatov (*Dnepropetrovsk*)

The article presents the results of investigation of life quality and the level of anxiety of oncologic patients after radical treatment in surgical hospitals with the use of MOS-SF36 and Spilberg-Khanin procedures. The interrelation of different parameters of life quality with the basic medico-social factors (sex, level of education, marital status), level of situational and personal anxiety, duration of hospitalizing, postoperation period course, activity of medical staff, organization of treatment and diagnostic process, sanitary-housing conditions in hospital was established. It was shown that data of life quality of the operated on oncologic patients characterize quality of medical aid in surgical hospitals.

УДК 616.1-07-082

В.В. ВОЛЧЕК (Дніпропетровськ)

АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ В СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВІДДІЛЕННЯХ

Дніпропетровська державна медична академія

Неупереджена, науково обґрунтована оцінка якості медичної допомоги в Україні залишається одним з першочергових питань, що потребують вирішення для подальшого реформування галузі охорони здоров'я. Ключовими критеріями якості є адекватність та своєчасність медичної допомоги, результативність лікування, задоволення потреб пацієнта та ефективне використання ресурсів. Насамперед слід звернути увагу на стаціонарну медичну допомогу як найбільш ресурсозатратну. В лікарнях, які надають кваліфіковану вторинну медико-санітарну допомогу, сконцентровано 70% ліжкового фонду, саме тут приховуються резерви для ефективної роботи всієї системи громадської охорони здоров'я: збільшення потужностей первинної та розвантаження третинної медичної допомоги [7]. У структурі ліжкового фонду країни 22,7% становлять ліжка терапевтичного профілю, а серед них вагому частину (17,6%) займають кардіологічні ліжка.

Метою нашого дослідження було вивчення якості та адекватності лікувально-діагно-

стичного процесу стаціонарних хворих терапевтичного профілю на прикладі пацієнтів з кардіологічною патологією та визначення резервів підвищення ефективності лікування.

Матеріали та методи. Дослідження проведено в 2004–2005 рр. на базі лікарні швидкої допомоги великого міста. Досліджено 207 випадків стаціонарного лікування хворих у спеціалізованих кардіологічних відділеннях (для хворих на інфаркт міокарда) лікарень, які належать до другого рівня надання медичної допомоги. Вибір даного контингенту хворих для дослідження зумовлений першочерговістю інтенсифікації лікувально-діагностичного процесу в закладах, де медична допомога надається пацієнтам з тяжким перебігом захворювання і потребує значних фінансових затрат [2].

За одиницю спостереження було прийнято закінчений випадок лікування пацієнта. Збір інформації проводився методом викопіювання з медичних карт стаціонарних хворих. У дослідженні використано статистичний та експертний методи обробки отриманих даних.

Для вивчення якості та адекватності надання стаціонарної допомоги самостійно розроблено інструменти дослідження – “Карта викопіювання з медичної карти стаціонарного хворого” та “Карта експертної оцінки медичної допомоги стаціонарному хворому”. Остання заповнювалась незалежними висококваліфікованими експертами, які у своїх відповідях спиралась на національні та міжнародні стандарти: міжнародний довідник “Доказательная медицина” [1] та наказ Міністерства охорони здоров’я (МОЗ) України від 27.07.98 р. №266 “Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних установах України...”.

Обґрунтованість використання ліжкового фонду вивчалась за допомогою методики Слабкого Г.О. та Подоляки В.Л. [5]. За критерії обґрунтованості госпіталізації прийнято необхідність вжиття лікувально-діагностичних заходів і нагляду медичного персоналу впродовж усієї доби, а критеріями госпіталізації за профілем – наказ МОЗ України від 30.12.92 р. №206 “Про заходи щодо поліпшення організації та підвищення якості кардіологічної допомоги населенню України” (додаток №3).

Результати. В спеціалізовані кардіологічні відділення для хворих на інфаркт міокарда приймаються найважчі хворі кардіологічного профілю, які потребують невідкладної медичної допомоги. Стаціонарне лікування в цих

відділеннях є прикладом досить чіткої диференціації ургентного лікування від планового. Характеристики дослідженої групи такі: середній вік пацієнтів – 63,7 року (12,1% хворих, старших 75 років), чоловіків – 60,4%; середня тривалість лікування усіх пацієнтів – 13,9 ліжко-дня, а хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) – 16,3 ліжко-дня.

Експертами встановлено, що мали показання до госпіталізації 88,9% досліджених пацієнтів, а до госпіталізації у профільне відділення лише 79,2% хворих. Із загального числа госпіталізованих 23 хворі (11,1%) не потребували надання їм саме стаціонарної допомоги. Її можна було замінити без збитку для здоров’я пацієнтів іншими видами медичної допомоги: в амбулаторних умовах – 12 хворим, в умовах денного стаціонару – 11 хворим. Потребували госпітальної медичної допомоги у відділенні загальнотерапевтичного профілю, а не в спеціалізованому кардіологічному відділенні, 9,7% досліджених пацієнтів. Це хворі, важкість стану яких зумовлена не хворобами системи кровообігу, а супутніми захворюваннями.

За даними експертної оцінки, заключний клінічний діагноз в спеціалізованих відділеннях в усіх випадках був вірним у встановленні основної нозологічної форми, але лише для 8,7% пацієнтів – повністю правильний та повний. В інших 91,3% випадках були допущені більш (7,7% пацієнтів) або менш (83,6% пацієнтів) істотні помилки (табл. 1).

Таблиця 1. Кількість хворих з клінічним діагнозом ГІМ на добу визначення цього діагнозу

Кількість днів ГІМ при надходженні в стаціонар	День стаціонарного перебування, на який встановлений ГІМ											Кількість хворих з ГІМ при надходженні в стаціонар
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11–13	
0	11	8	15	6	4			2	1	2	2	51
1	4	1	5	1	2							13
2	4	1	3	1								9
3	3			1						1		5
4	1		4			1						6
5	6	2	2									10
6	1					1						2
7	3		3									6
9		1	1									2
10–13	2		2									4
14–20	2	3	1									6
21–27	3	1	1				1					6
60		1										1
Кількість хворих за днем стаціонарного перебування, на який встановлений ГІМ	40	18	37	9	6	2	1	2	1	3	2	121

* Νόια +ελάε νόιάρου ὄυαεά αἰδ'αἰρ' αἰά ἰνδαιίαιεε εε'ἰ³+ἰαἰ α³ααἰφó Ā²ἰ ç ἰἰαἰόó ἀεἰεεἰαἰἰἰἰ ἰἰαδεδόó ἂ ὀαε³ε ε³εἰεἰνδ³ ἀεἰαε³α, ἡεά çαἰά+αἰά ἰά ἰαδὰδερ³ ἂ³αἰα³αἰεδ νόιάρου ὄ ὄυαεά

Загальновідомо, що своєчасність початку обґрунтованого стаціонарного лікування залежить від двох складових: часу від початку захворювання до надходження у медичну установу та часу перебування хворого в стаціонарі до встановлення правильного діагнозу. З таблиці 1 видно, що на першу добу після надходження хворого до стаціонару діагноз ГІМ встановлений 40 пацієнтам (33,1%) з 121 дослідженого хворого на ГІМ. Але при детальному аналізі виявлено, що з цієї групи лише 11 пацієнтам діагноз встановлено у першу добу з початку захворювання, хоча у відділення своєчасно був прийнятий 51 хворий. Максимальна кількість встановлених діагнозів ГІМ пацієнтам, які не зволікаючи надійшли до стаціонару, відмічається на третю добу госпітального перебування (29,4%).

З усіх досліджених випадків несвоєчасно, із запізненням на одну добу та більше, діагноз в спеціалізованих кардіологічних відділеннях був встановлений 46,4% хворим. Однією з головних причин несвоєчасної, невірної та неточної діагностики, на думку експертів, є недостатність обсягів лабораторних та інструментальних втручань.

Оцінка лабораторних та інструментальних методів дослідження свідчить про їхню істотну недостатність (у 93,7% та 34,8% пацієнтів відповідно). З обов'язкових найменувань 17 лабораторних та 6 інструментальних досліджень, які визначені стандартами (накази МОЗ України від 30.12.92 р. №206 та від 27.07.98 р. №266), лише 4 лабораторні (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, АСТ, білірубін) та 1 інструментальне (електрокардіографія) дослідження виконані в рекомендованому обсязі більш ніж 80% хворим з відповідними нозологіями. Така низька частота діагностичних досліджень має негативний вплив не тільки на правильність та термін встановлення діагнозу, але й на адекватність та своєчасність лікування хворого, термін його одужання та подальший прогноз.

Однією з причин дефектів у діагностиці, як визнали експерти, є недостатнє обладнання відділень та лікарні в цілому (передусім елек-

трокардіографами, інвентарем та реактивами для лабораторних досліджень тощо). Є дані, що така проблема існує в багатьох лікувально-профілактичних закладах України, що знижує ефективність лікування хворих [3;8]. До того ж слід зазначити, що дані порівняння вартості лікування в лікарнях з різними рівнями оснащення сучасною апаратурою та якості медичної допомоги свідчать про вищу вартість лікування в лікарнях з нижчим рівнем оснащення [9]. Таким чином, недоліки обладнання стаціонару знижують якість медичної допомоги та підвищують її вартість.

При визначенні відповідності проведеного лікування стану хворого експерти визнали, що в 40,1% випадків лікування в спеціалізованих відділеннях було не повною мірою адекватним, а у 3,4% досліджених хворих – неадекватним. Серед причин неповноцінного лікування експертна оцінка відзначила недостатню діагностику основного та супутніх захворювань (93,7% хворих); неврахування фармакодинаміки призначених ліків (4,4%), особливості індивідуального перебігу захворювання (3,9%), призначення дешевших але менш ефективних лікарських препаратів (3,9%). Можливими наслідками неповноцінного лікування (там, де це було можливо передбачити) названі подовження терміну перебування в стаціонарі (4,8%) та прогресування захворювання (5,8%).

Тривалість стаціонарного лікування є інтегральним показником. Стосовно визначення його оптимальних значень у хворих з ГІМ та нестабільною стенокардією існують різні дані (наказ МОЗ України від 27.07.98 р. №266) [4;6]. Але всі автори переконані, що готовність хворих до виписки повинна визначатися об'єктивними клінічними критеріями стабілізації стану і результатами додаткових інструментальних методів дослідження, що це доводять, а також зниженням ризику ускладнень і смерті.

На основі вищевикладеного та за результатами експертної оцінки було визначено, що виправдана тривалість стаціонарного лікування становить 46,7% від фактичної кількості ліжко-днів, а враховуючи специфіку відділення - 40,4% ліжко-днів (табл. 2).

Таблиця 2. Порівняльні показники існуючого та показаного обсягу стаціонарного лікування хворих у спеціалізованому кардіологічному відділенні

Показники		Дані з історій хвороб	З них за показаннями	Існуючий резерв
Госпіталізовано	кількість хворих	207 (100%)	184 (88,9%)	-11,1%
	кількість ліжко-днів	2878 (100%)	1343 (46,7%)	-53,3%
Госпіталізовано за профілем	кількість хворих	207 (100%)	164 (79,2%)	-20,8%
	кількість ліжко-днів	2878 (100%)	1163 (40,4%)	-59,6%
Середня тривалість лікування		13,9 (100%)	7,1 (51,1%)	-48,9%

У 88,6% досліджених пацієнтів стабілізувався стан значно раніше виписки зі стаціонару. До того ж не усім пацієнтам прийнятно довгострокове лікування в умовах стаціонару. Так, з 67 хворих, яких було направлено для подальшого лікування в інші стаціонари, 19,4% пацієнтів відмовились, у зв'язку з чим були направлені лікарями на амбулаторне лікування.

Результати дослідження свідчать про існуючі резерви використання ліжкового фонду стаціонарів. Задіяти ці резерви можна при організації контролю за термінами та якістю лікування пацієнтів, використовуючи стаціонар цілодобового перебування лише для тих, хто дійсно потребує госпітального медичного обслуговування. Для інших пацієнтів слід активно використовувати стаціонарозамінні, амбулаторно-поліклінічні форми медичної допомоги та ліжка медико-соціального профілю.

Висновки

1. Експертна оцінка виявила суттєві недоліки в діагностиці і лікуванні майже усіх досліджуваних хворих.

2. Із загальної кількості пацієнтів, які приймаються в спеціалізовані кардіологічні відділення для хворих інфарктом міокарда, 11,1% взагалі не потребують лікування в умовах стаціонару, а 9,7% потребують госпіталізації у відділення загальнотерапевтичного профілю.

3. При інтенсифікації лікувального процесу, підвищенні адекватності та якості лікування хворих кількість ліжко-днів у спеціалізованих кардіологічних відділеннях можна скоротити на 59,6%. При цьому необхідний ретельний перегляд навантаження на медичний персонал, належне устаткування та обладнання відділень.

Список літератури

1. *Доказательная медицина*. Ежегодный международный справочник: Пер. с англ. Вып. 2. В 7 ч. – М.: Медиа Сфера, 2003. – Ч. 1. – 730 с.
2. *Журавель В.І., Дейкун М.П., Деміда Е.П.* Проблеми та перспективні напрями організації діяльності системи медичної допомоги населенню // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – №1. – С. 58–63.
3. *Мухарська Л.* Епідситуація з внутрішньолікарняних інфекцій // СЕС профілактична медицина. – 2005. – №5. – С. 40–45.
4. *Основи медичних знань та методи лікування за Девідсоном*: Навч. посібник для студ. мед. вузів: У 2 т. – Т.1: Пер. з англ./ За ред. К.Р.В. Едвардза, І.А.Д. Бавчера. – К.: УКСП "Кобза", 1994. – 596 с.
5. *Слабкий Г.О., Подоляка В.Л.* Використання матеріально-технічних ресурсів як основа реформування стаціонарного сектора охорони здоров'я великого промислового міста // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – №2. – С. 62–66.
6. *Тарасов Н.И., Малахович Е.В., Гольдберг Г.А.* Инфаркт миокарда, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью: ближайшие и отдаленные исходы, особенности реабилитации // Российский кардиологический журнал. – 1998. – №6. – С. 31–36.
7. *Lekhan V., Rudyi V., Nolte E.* Health care systems in transition: Ukraine. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – 130 p.
8. *McKee M., Healy J.* Hospitals in a changing Europe. – Open University Press, 2002. – 15 p.
9. *Robertson R.H., Dowd S.B., Hassan M.* Skill-specific staffing intensity and the cost of hospital care // Health Care Manage Rev. – 1997. – P. 61–71.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ

В.В. Волчек (Днепропетровск)

Цель исследования – изучение качества лечебно-диагностического процесса стационарных больных терапевтического профиля и определение резервов повышения эффективности лечения. Исследовано 207 случаев стационарного лечения пациентов в отделениях для больных инфарктом миокарда. За единицу наблюдения был принят законченный случай лечения пациента. Использованы статистический и экспертный методы обработки полученных данных. По результатам экспертной оценки выявлены существенные недостатки в диагностике и лечении почти всех исследуемых больных. По показаниям в специализированных кардиологических отделениях лечились 79,2% пациентов. При повышении адекватности и качества лечения, больных количество койко-дней можно сократить на 59,6%.

THE ANALYSIS OF TREATMENT-DIAGNOSTIC QUALITY OF CARDIOLOGICAL PATIENTS IN THE SPECIALIZED DEPARTMENTS

V.V. Volchek (Dnepropetrovsk)

The aim of the work is to study quality of the treatment and diagnostic process of patients in the therapeutical departments and determination of reserves for treatment effectiveness increasing. 207 cases of inpatient treatment of the patients with cardiac myocardium have been studied. Completed patient treatment was an observation unit. Statistical and expert methods were used for processing of received data. Essential lack in diagnostic and treatment almost among all the patients were revealed by expert estimation results. According to the indicators in special cardiology departments 79.2% of patients have a course of treatment. With the increasing of the treatment adequacy and quality the quantity of bed-days can be reduced to 59.6%.

УДК 614.2

М.К. ХОБЗЕЙ

ДО ПИТАННЯ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Українська військово-медична академія

Під забезпеченням якості та ефективності надання медичної допомоги населенню розуміють досягнення необхідного рівня медичного обслуговування, його вдосконалення, включаючи покращення його результатів у відповідності до конкретних цілей охорони здоров'я та задач медичних установ. В останній час проблема оцінки якості і ефективності медичної допомоги набула особливої актуальності. Контроль якості медичного обслуговування містить у собі методичні питання розробки критеріїв та стандартів якості, проведення на цій підставі її аналізу [1,2,3,4,5,6].

Мета роботи. Визначити напрямки оптимізації медичної допомоги населенню Львівської області, з метою покращення якості та ефективності надання медичної допомоги.

Результати дослідження та їх обговорення.

Як показали наші дослідження, значно покращилась укомплектованість Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ) лікарськими кадрами (1999 – 83,9%, в 2003 - 94,6%), кількість фізичних осіб лікарів загальної практики (1998 – 66% і 2003 – 92,6% відповідно). При цьому, у структурі загальної кількості лікарів, яка аналізувалась, значно збільшилась кількість лікарів зі стажем від 3 до 5 років (в 2,5 рази) та від 5 до 10 років (в 1,7 рази).

Таким чином, характеристика медичних кадрів за віком свідчить, що в ЛОКЛ зменшується кількість лікарів у віці 60 років і збільшується кількість молодих лікарів у групі 25-29 років. Якщо додати, що в цей же період зменшується кількість лікарів спеціалістів і збільшується кількість лікарів загальної практики то стане зрозуміло, що йде процес не вузької спеціалізації, а перехід надання медичної допомоги на засадах лікаря загальної практики-сімейної медицини.

Щорічно на базі ЛОКЛ проходять виробничу практику біля 160 студентів Львівської медичної академії. Завдяки розширенню клінічної бази, кожний студент має можливість брати участь не менше ніж в 255 операціях, з яких

95 виконує самостійно. Всі практичні навички, вказані в наскрізній програмі, засвоюються студентами повністю (в той час як в 1996-1997 рр. практичні навички, передбачені програмою, засвоїли тільки 70% студентів), перехід на засади лікаря загальної практики-сімейної медицини дозволяє проводити кожному студенту самостійно амбулаторний прийом, що на попередній базі було складно. Виробнича практика студентів в нових умовах демонструє нові можливості та перспективу підвищення рівня вмінь тих, хто навчається.

Одним із напрямків оптимізації стаціонарної допомоги є організація ефективного медичного постачання. Відділ медичного постачання ЛОКЛ щорічно проводить: аналіз надходження лікарських засобів та витратного майна; планування потреби лікарні у медичному майні на поточний рік та перспективу; аналіз використання лікарських засобів та витратного майна у відділеннях лікарні, розробку перспективних напрямків у роботі медичного постачання лікарні.

Основними завданнями служби медичного постачання є безперервне та повноцінне забезпечення лікувально-діагностичного процесу лікарні медичним майном і технічне забезпечення служб.

Укомплектованість особовим складом підрозділів медичного постачання лікарні становить 56 %, за сумісництвом 24 особи, вакантних 21 посада (20%).

Аналіз надходжень медичного майна в лікарні тільки у 2003 р. показав, що загальна сума надходжень становила 120,29 млн.грн. (табл.1).

На медичне майно витрачено отриманих коштів ЛОКЛ: у 2000 р. – 53 %; 2002 р. – 42 %; 2003 р. – 62 %. При цьому витрати зросли в 2000 р. на 38 %, а в 2003 р. на 47,9 %.

Економічна діяльність обласної ремонтної майстерні медичної техніки у 2001-2003-роках показана в табл. 2.

Таблиця 1. Джерела надходжень медичного майна в ЛОКЛ у 2003 р. (млн.грн.)

Джерело надходжень	Отримано					
	Всього медичного майна	Меди-камен-тів	Витрат-ного майна	Інвентарного майна		
				Всього	Сервісне обслу-гування	Понов-лення обладнання
Отримано централізовано	20,33	10,32	1,48	1,53	1,50	1,03
Закуплено ЛОКЛ	40,26	20,81	1,63	1,82	1,27	1,55
Гуманітарна допомога	50,06	-	1,46	40,60	-	40,60
Благодійна допомога (через ЛОКЛ)	1,64	1,14	1,24	1,25	-	1,25
Всього ЛОКЛ	40,89	20,95	1,87	10,08	1,27	1,80
Всього отримано	120,29	40,27	10,81	60,21	1,77	50,43

Таблиця 2. Показники економічної діяльності ремонтної майстерні медичної техніки ЛОКЛ у 2001-2003 рр.

Вид діяльності	Роки		
	2001	2002	2003
Кількість відремонтованих одиниць медичної техніки (шт.)	12430	13840	14920
Загальна вартість ремонту (грн.)	4365470	5366210	99782530
Економія від збільшення терміну експлуатації (грн.)	6358910	7917940	16420250
Економія від використання запчастин та матеріалів від списаної медичної техніки (грн.)	21190	29830	31690
ВСЬОГО	12127930	1254760	23657680

У 2003 році за рахунок ремонту більш складної апаратури (наявність відповідних фахівців) зменшаться затрати на сервісне обслуговування та ремонт в сервісних центрах на 1,8 млн. грн. За рахунок сервісного обслуговування зменшиться кількість апаратури на списання (1,5 млн. грн.). Як результат зменшиться потреба для закупівлі медичної техніки. Основні напрямки з удосконалення медичного постачання ЛОКЛ, що здійснені у 2003 р.: відпрацьована методика формулярної системи у ЛОКЛ, складений Перелік ліків, що використовуються у ЛОКЛ, затверджений наказом головного лікаря ЛОКЛ; складений новий уніфікований перелік ліків для шаф невідкладної допомоги, що узгоджений з головними спеціалістами області; складені норми потреби лікувальних підрозділів у шприцах системах рукавичках; складені і затверджені нові посадові обов'язки посадових осіб медичного постачання з урахуванням положень керівних документів; відпрацьована схема виробничих приміщень аптеки; відпрацьована технологічна схема виготовлення стерильних розчинів у аптеці сумісно з фахівцями Головного управління охорони здоров'я області та кафедри фармації; впроваджено систему контролю за відшкодуванням вартості ліків хворим за оп-

лату; розрахована потреба в коштах для сервісного обслуговування і ремонту медичної техніки ЛОКЛ; розроблена уніфікована методика перевірок медичного постачання відділень ЛОКЛ; на основі аналізу витрати ліків складено перелік ліків, що підлягають додатковій оплаті хворим за плату.

Основними напрямками удосконалення медичного постачання ЛОКЛ є подальше впровадження фармако-економічного аналізу і формулярної системи у роботу ЛОКЛ, впровадження комплексної системи сервісного обслуговування медичної техніки; відпрацьовані норм потреби ЛОКЛ у медичному майні; впровадження комплексної системи оцінки ефективності використання сучасного медичного обладнання, що знаходиться на сервісному обслуговуванні; оснащення ЛОКЛ новим обладнанням; розробка перспективної моделі забезпечення медичним майном.

Таким чином, організація медичного постачання у відповідності з вимогами сучасного менеджменту і маркетингу, залучення позабюджетних коштів (до 45-52 %) у прогнозованих видатках для доповнення централізованого медичного постачання і організації сервісного обслуговування розглядається нами як один із напрямків, що дозволяє надавати ста-

ціонарну допомогу в ЛОКЛ без зниження її обсягів. Однією з найбільш помітних тенденцій реорганізації системи медичної допомоги впродовж останніх років є розширення стандартизації діяльності медичного персоналу. Реальні плани у вигляді середніх обсягів лікувальних та діагностичних заходів, відповідно до яких повинен плануватись та реалізовуватись лікувально-діагностичний процес в інтересах конкретного хворого, відображається у медико-економічних стандартах (МЕС). Сучасна концепція доказової медицини відображена в клінічних протоколах, методичних рекомендаціях та інших документах. Нами розроблені соціально та економічно адаптовані до реального ресурсного забезпечення ЛОКЛ медико-економічні стандарти (МЕС).

Для практичної реалізації вимог МЕС в різних умовах ресурсного забезпечення, ми запропонували замінити обсяг лікувальних і діагностичних заходів на обов'язковий обсяг завдань, які повинні вирішуватись лікарем для досягнення поставленої мети лікування. При такому підході до розробки МЕС буде існувати можливість розмежування відповідальності: за ресурсне забезпечення - керівників відділів та установ; за ефективне використання діагностичних і лікувальних засобів лікуючого лікаря. Запропоновані нами МЕС дозволяють встановлювати обсяг лікувально-діагностичних заходів лікарем у відповідності з їх метою та ресурсними можливостями лікувальної установи. Медико-економічні стандарти щодо обсягу медичної допомоги та його ресурсного забезпечення викладені у вигляді спеціально розробленої карти. Стандарти дають змогу застосовувати їх для більшості пацієнтів, оскільки їхні можливості у конкретній ситуації визначаються лікуючим лікарем відповідно до наявних ресурсів. Щодо обов'язковості виконання зазначених в них вимог, то запропоновані стандарти мають рекомендаційний характер. Діапазон допустимих відхилень від стандартів визначається лікарем залежно від клінічної ситуації. Наявність у МЕС розділів діагностичних та лікувальних завдань, переліку обстежень та лікувальних засобів, які проводяться хворому за вибором лікаря, дають свободу останньому при прийнятті ним рішення щодо використання дефіцитних засобів, не знижуючи якості лікування. Зрозуміло, що завдання, викладені у МЕС, повинні бути виконані обов'язково. Але це зовсім не означає, що для цього необхідно провести всі дослідження або використати всі медикаменти. Їх перелік зумовлюється клінічною ситуацією та метою обстеження і лікування. При такому підході до

побудови медико-економічних стандартів, діапазон допустимих відхилень від "обов'язкового" лікувально-діагностичного комплексу буде зумовлений не тільки ресурсними можливостями і завданнями лікувально-діагностичного процесу, а й, значною мірою, компетенцією і кваліфікацією лікаря.

Перевірити виконання вимог стандартів і, деякою мірою, якості медичної допомоги можна на основі оцінки адекватності й сукупності застосованих діагностичних та лікувальних заходів для досягнення цілей лікувально-діагностичного процесу.

Таким чином, запропоновані медико-економічні стандарти медичної допомоги є основою організації медичної допомоги і сприяють визначенню:

- правильності вибору медичної тактики, характеру та обсягу діагностичних досліджень, засобів лікування з урахуванням важкості хвороби;
- нормативів оснащення медичною технікою та обладнанням, регулюванню ресурсного забезпечення;
- реальної вартості медичних послуг при різноманітних формах захворювань;
- економічної ефективності медичної діяльності лікувально-профілактичних установ;
- можливості отримання медичною установою ліцензії або сертифікату, відповідно до яких надаватиметься конкретний обсяг медичної допомоги.

Згідно наказу Головного лікаря Львівської обласної клінічної лікарні «Про медико-економічні стандарти задач та їх ресурсного забезпечення при діагностиці і лікуванні хворих» № 101 від 30.05.2003 р. та № 116 від 2.07.2003 р. МЕС впроваджені в ЛОКЛ для терапевтичних клінік і відділень.

Таким чином, невід'ємною складовою частиною запропонованої системи оптимізації медичної допомоги стало обґрунтування необхідності введення в сучасних економічних умовах формування бюджету на якісно нових засадах. Цього вимагали результати аналізу бюджетного фінансування за 1996–2003 рр., під час якого виявлено не тільки його недостатність (45–50% від потреб) та структурну недосконалість, коли видатки на заробітну плату досягали 80,8%, а на медикаменти - тільки 5,96%, а й відсутність можливості забезпечення гарантованого обсягу надання медичної допомоги, відтворення й розвитку основних фондів (асигнування на ремонт склали всього 4,3%, інші витрати - 2,8%).

В основу запропонованої нової моделі формування бюджету покладена його консоліда-

ція з використанням принципу багатоканальності фінансування (укладання договорів на надання медичних послуг з організаціями різних форм власності, сплата за медичні послуги населенням, внески фонду підтримки й розвитку охорони здоров'я, благодійна допомога та інші джерела, не заборонені чинними законодавством). Реалізація моделі консолідованого фінансування сприяла зростанню надходжень коштів в ЛОКЛ з позабюджетних джерел з 3340,5 тис. грн. – у 1996 р. до 81070 тис. грн. – у 2003 р., а в цілому по медичній службі області – з 6300,2 до 125750,7 тис. грн., що дозволило забезпечити гарантований обсяг та рівень медичної допомоги в Львівській області.

Досягнення у 1998–2003 рр. позабюджетного фінансування в межах 36–44% до бюджетних видатків дозволило обґрунтувати якісно нову модель комплексного фінансування амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги, з обґрунтуванням в ній оптимальної структури асигнувань на заробітну плату в розмірі 40–42% (вдвічі менше від моделі, що діяла раніше), на медикаменти – 10–12% (більш ніж удвічі), на медичне обладнання – 22–24% (раніше не виділялись цільовим призначенням), на комунальні послуги – 12–15% (замість системи взаєморозрахунків), на інші витрати – 7–16% (більш ніж утричі). Особливістю запровадженої моделі стало пропорційне оптимальне за структурою і прогнозоване за рівнем і обсягом фінансування, що поряд з розробкою механізмів ціноутворення і взаєморозрахунків за надання медичних послуг сприяло оптимізації надання медичної допомоги без зниження її гарантованого обсягу.

Як показав аналіз роботи стаціонарної допомоги сільському і міському населенню її ефективність залежала від типу лікувальної

установи (сільська, міська місцевість), наявності висококваліфікованих фахівців та доступності до медичного обслуговування. Аналіз структури хворих цих закладів показав, що у міських і сільських лікарнях від 9 до 15 % хворих не потребують висококваліфікованої допомоги лікарів, а потребують медико-соціальної реабілітації. При цьому, кількість таких хворих збільшується від дільничної до обласної лікарні. Навантаження лікарів в стаціонарах регламентується без врахування цього контингенту хворих. В результаті такої діяльності, ефективність використання державних коштів знаходиться на низькому рівні.

Проведене нами соціологічне дослідження серед фахівців міських і сільських лікарень показало, що більшість із них рекомендує організувати при міських і районних лікарнях відділення медико-соціальної реабілітації із зменшенням кількості лікарів цих відділень. Більшість респондентів прихильні до того, що ці відділення повинні мати не менше 90 ліжок, із штатною чисельністю персоналу відділення на 60 ліжок, або проведення дослідження щодо наукового обґрунтування їх чисельності. Респонденти також вважають, що ці відділення повинні мати субрахунки для бюджетного фінансування цих відділень, а також за кошти інших джерел фінансування (благодійні внески, кошти юридичних та фізичних осіб, тощо).

Висновки

1. Розроблені медико-економічні стандарти медичної допомоги населенню області є основою організації медичної допомоги і сприяють визначенню її якості.

2. Ефективність роботи міських і сільських лікарень окрім матеріально-технічного і кадрового забезпечення, повинна ґрунтуватися на більш ефективному використанні ліжка з врахуванням контингенту населення та структури хворих, що знаходяться на лікуванні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грунченко М.Н. О взаимосвязи качества и эффективности медицинской помощи//Сб. научных трудов "Актуальные проблемы современной терапии". - Харьков. - 1992. - С. 6-7.
2. Кучеренко В.З., Мильникова И.С. К оценке качества медицинской помощи в новых условиях хозяйствования / Здравоохранение РФ. - 1991. - № 3. - С.5-8.
3. Линденбратен А.Л., Шаровар Т.В., Васюкова В.С. Оценка качества и эффективности медицинской помощи: Метод. рекомендации. - М., 1995. - 78с.
4. Овчаров В.К. Акредитация и оценка качества деятельности медицинских учреждений // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. - 1995. - № 4. - С.25-35.
5. Светличная Т.Г., Сидоров П.И., Ковалев О.В. и др. К проблеме оценки качества медицинской помощи / Проблемы социальной гигиены и истории медицины. - 1996. - № 3. - С.29-31.
6. Демченко І.Б. Впровадження державної акредитації закладів охорони здоров'я України // Журнал дерматології і венерології. - 1999. - № 1. - С. 89-90.

А.О. ГОЛЯЧЕНКО

РЕАБІЛІТАЦІЯ В ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.

Тернопільський медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Вступ За даними ВООЗ медичної реабілітації потребують 20-25% стаціонарних хворих і 40-50% хворих амбулаторних [5]. Коли після успішної діагностики і лікування хворого вирішено завдання збереження життя і функцій уражених органів і тканин, на перший план виступає реабілітація хворого [2,3]. За визначенням ВООЗ, реабілітація – це комплексне використання медичних, соціальних, освітніх та професійних заходів для тренування або перепідготовки неповноспроможної особи до якнайвищого рівня функціональних можливостей [6].

Загально визнаним є виділення трьох видів реабілітації, що взаємопов'язані взаємодоповнюють одне одного: медична, професійна (освітня), соціальна. Медична реабілітація – комплекс заходів, який передбачає способи прискорення реституції, стимуляції репаративно-регеративних процесів, виявлення та зміцнення компенсаторних механізмів, корекції загальної резистенції організму та імунітету.

Головні засоби медичної реабілітації: фізіотерапія та ЛФК, психотерапія, дієтотерапія, комплементарні методи (акупунктурна терапія, мануальна терапія, фітотерапія, гомеопатія, еферентна терапія) [1,4,5].

Мета Мета дослідження полягала у вивченні засобів медичної реабілітації, які використовуються в діяльності сімейного лікаря.

Матеріали і методи Вивчено застосування медичної реабілітації в 25 сімейних лікарських амбулаторіях Тернопільської області протягом 2003 – 2005 р.р.

Результати дослідження та їхнє обговорення

Перелік хворих, які підлягають реабілітації, постійно збільшується. Це обумовлено зростаючими можливостями реабілітації. Вивчення контингентів хворих, що проходили реабілітацію в сімейних амбулаторіях дала такі результати. Чоловіки склали 41,8 %, жінки – 58,2 % від числа реабілітованих. Найчисельнішою віковою групою, що проходила реабілітацію, була група від 50 до 59 років. Вона складала

третину (33,9 %) усіх хворих, що пройшли реабілітацію. Далі йшов вік 45-49 років (15,5 %), 40-44 роки (14,3 %), 60 років і старше (11,5 %), 35-39 років (10,0 %), 30-34 років (5,9 %), 20-29 років (5,3 %) і до 20 років (3,6 %).

Дві третини реабілітованих мали трудовий стаж 25 років і більше, стільки ж було людей із середнім і добрим матеріальним достатком. Серед реабілітованих переважали одружені особи (87,2 %) та особи із незакінченою середньою та середньою освітою (62,3 %).

Серед реабілітованих переважали хвороби опорно-рухового апарату. Вони склали більше двох третин усього контингенту. За ними йшли хвороби системи кровообігу (8,6 %), хвороби сечо-статевої системи (7,6 %), хвороби нервової системи та органів чуття (5,6 %).

Сімейні лікарські амбулаторії мали в своєму розпорядженні 5-6 фізіотерапевтичних приладів: для електрофорезу, УВЧ-терапії, електрорікування; ультрафіолетового опромінення; світлолікування; магніто-, лазеро-, ультразвукової терапії тощо. Крім того, використовувався масаж та лікувальна фізкультура.

У осіб з хворобами опорно-рухового апарату найчастіше вдавалися до теплолікування, масажу, електропроцедур, ЛФК; при хворобах системи кровообігу використовувалися теплолікування, електропроцедури, масаж, ЛФК; при хворобах сечо-статевої системи – електропроцедури, теплолікування, ЛФК; при хворобах нервової системи та органів чуття – масаж, електропроцедури, ЛФК.

Вивчення медичної ефективності реабілітації дало такі результати: повторна звертальність пацієнтів за медичною допомогою знизилась в 4,1 рази у порівнянні із дореабілітаційним періодом, шпиталізація хворих зменшилась в 2,3 рази, тимчасова непрацездатність знизилась в 2,1 рази.

Висновок

Медична реабілітація є найважливішою функцією сімейної медицини. Нею може бути охоплено до половини усіх амбулаторних хворих. Серед хвороб, які піддаються медичній реабілітації, переважають хвороби опорно-рухового

апарату, системи кровообігу, сечо-статевої системи, нервової системи та органів чуття. Медична реабілітація призводить до зниження звертальності, шпиталізації та тимчасової непрацездатності.

Література

1. Банадига Н.В., Рогальський І.О., Луцук А.О. Комплексний підхід до реабілітації дітей – інвалідів. Матеріали конгресу педіатрів України (7-9 жовтня 2003 р., Київ). Актуальні проблеми і напрямки розвитку педіатрії на сучасному етапі. – 2003 – с. 242 – 244.
2. Дзяк Г.В., Шабельник В.І., Логвіненко І.О., Татарський О.П., Охрім Г.В. Лікарсько-трудова експертиза в практиці терапевта.- К:Здоров'я - 2004.- 144 с.
3. Завторудько В.Н., Завторудько Г.Н., Иваненкова Н.В. Материалы региональной научно-практической конференции, посвященной проблемам развития медицинской реабилитации в регионе. Медицинская реабилитация. – М.– 2005, № 2(4) – с.28.
4. Реабілітація дітей і підлітків із первинною артеріальною гіпертензією. Методичні рекомендації. Харків 2003 – 28 с.
5. Самосюк І., Лисенюк В., Чухраєв М., Сімейна медицина і медична реабілітація мають крокувати разом.- Ваше здоров'я.- 2005.- №36.- с.10 – 11.
6. Сергієні О.В. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів. Методичні рекомендації. Дніпропетровськ – 2006 – 28 с.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

А.А.Голяченко

В статье обобщен опыт оказания медицинской реабилитации в сельских врачебных амбулаториях Тернопольской области (2003-2005г.г.). Медицинскую реабилитацию получили около половины амбулаторных больных. Достигнуты положительные результаты.

MEDICAL REHABILITATION IN ACTIVITY OF THE FAMILY DOCTOR

A.Golyachenko

In clause the experience of rendering of medical rehabilitation in village medical ambulance stations of the Ternopol area (2003-2005 years) is generalized. Medical rehabilitation have received about half of out-patient patients. Are achieved good results.

УДК 616-001.1:614.8.282.3

А.Я.ПОБЕРЕЖНИЙ (Хмельницький)

ДЕЯКІ ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАДАННЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ В 2006 РОЦІ

Вступ. Організація швидкої медичної допомоги на селі є однією з найгостріших і болючих тем української здорово охорони [1, 5, 6, 9, 11, 16]. Криза, що охопила українську охорону здоров'я, має найбільше вираження на селі [13]. Тут за останнє десятиліття згорнуть найбільше число ліжок, є найнижчою укомплектованість медичними кадрами [3]. Віддаленість сільських жителів від центральної районної лікарні, де, зазвичай, розміщується станція швидкої допомоги, слабе матеріально-технічне оснащення останньої роблять фактично недоступною швидку медичну допомогу для значної кількості сільського населення [7, 8, 10]. Залишається актуальною і нерозв'язаною проблема взаємодії між швидкою та іншими функціональними підрозділами медичної допомоги на селі [2,4,12].

Мета. Виявити проблеми в організації і наданні швидкої медичної допомоги на селі і знайти шляхи їхнього вирішення.

Матеріал і методи. Проаналізовано усі 245414 викликів швидкої допомоги, які зареєст-

ровані в Хмельницькій області в 2005 р. в 20 адміністративних сільських районах. Аналіз проводився з допомогою варіаційного та кореляційного методів.

Результати дослідження та їх обговорення. В табл. 1 представлено обсяг та характер надання швидкої медичної допомоги сільським жителям Хмельницької області в 2005 р. Як видно із табл. 1, всього на кожну 1000 сільських мешканців в 2005 р. здійснено 277,4 виклики швидкої допомоги. Діапазон викликів у окремих районах вклався у межі від 100,2 (Вінковоцький район) до 431,7 (Полонський район), тобто в Полонському районі частота викликів була в 4,3 рази більшою. Із чотирьох викликів три здійснювались з приводу раптових захворювань, а кожен п'ятнадцятий виклик спричиняли нещасні випадки і травми. В жодному з районів частка раптових захворювань не була меншою за дві третини (виняток склав Старосинявський район – 54,5 %), а у 8 районах з 20-ти ця частка перевищила 80 %.

Таблиця 1. Основні показники швидкої медичної допомоги сільському населенню Хмельницької області в 2005 р.

Райони	Частота викликів швидкої допомоги на 1000 нас.	Частка викликів з приводу раптових захворювань, %	Частка викликів з приводу нещасних випадків і травм, %	Відношення числа викликів з приводу травм до рівня травма-тизму, %
Білогірський	189,9	78,0	3,7	22,9
Вінковоцький	100,2	86,6	8,2	31,3
Волочиський	175,0	72,1	5,3	25,8
Городоцький	208,6	82,4	3,3	17,1
Деражнянський	240,0	75,8	8,1	42,5
Дунавецький	208,3	98,9	2,9	31,4
Ізяславський	200,0	80,0	8,8	43,6
Кам'янець-Подільський	155,0	69,4	11,2	74,8
Красилівський	220,1	80,6	6,5	25,8
Летичівський	300,1	88,1	4,6	42,0
Новоушицький	304,4	79,6	2,3	84,6
Полонський	431,7	80,7	4,8	56,9
Славутський	308,4	70,6	6,7	39,3
Старокостянтинівський	406,8	79,0	5,1	49,2
Старосинявський	418,9	54,5	5,9	50,7
Теофіпольський	236,5	72,8	5,1	23,8
Хмельницький	114,5	64,1	6,8	26,0
Чемеровецький	132,3	66,7	3,0	10,6
Шепетівський	324,2	74,7	6,5	83,1
Ярмолинський	215,2	89,5	4,0	22,6
Разом	277,4	73,7	6,4	40,2

Великими є коливання частки викликів з приводу нещасних випадків і травм – від 2,9 до 11,2 %. Цікаво, що у 40,2 % усіх травм була надана швидка медична допомога. Цей показник коливався від 17,1 % в Городоцькому до 84,6 – в Новоушицькому районі, тобто в останньому районі майже при всіх травмах залучалась швидка медична допомога.

В табл. 2 представлено дані про взаємозв-

'язки швидкої медичної допомоги з іншими показниками діяльності медичної мережі. Встановлено наявність зв'язку середньої сили між забезпеченістю станцій швидкої медичної допомоги медичними кадрами і частотою викликів швидкої допомоги, тобто забезпеченість служби медичними кадрами певною мірою впливає на її доступність для сільських жителів.

Таблиця 2. **Взаємозв'язок між звертальністю населення за швидкою допомогою і діяльністю медичної мережі**

№ з/п	Показник взаємозв'язку між:	Коефіцієнт кореляції	Рівень значущості
1	Забезпеченістю лікарями (фізичні особи) і частотою викликів швидкої допомоги	- 0,19	> 0,05
2	Забезпеченістю зайнятими лікарськими посадами і частотою викликів швидкої допомоги	- 0,17	> 0,05
3	Зайнятими посадами сімейних лікарів і частотою викликів швидкої допомоги	- 0,24	> 0,05
4	Зайнятими посадами лікарів швидкої допомоги і частотою викликів швидкої допомоги	0,41	< 0,05
5	Зайнятими посадами середніх медичних працівників швидкої допомоги і частотою викликів	0,33	< 0,05
6	Відвідуваністю амбулаторно-поліклінічних закладів і частотою викликів швидкої допомоги	0,20	> 0,05
7	Забезпеченістю населення ліжками і частотою викликів швидкої допомоги	- 0,18	> 0,05
8	Рівнем шпиталізації і частотою викликів швидкої допомоги	- 0,18	> 0,05
9	Захворюваністю населення і частотою викликів швидкої допомоги	0,11	> 0,05
10	Рівнем травматизму і частотою викликів швидкої допомоги з приводу травм	0,10	> 0,05
11	Частотою викликів швидкої допомоги і наданням термінової хірургічної допомоги з приводу гострого апендициту	0,16	> 0,05

Усі інші показники (забезпеченість медичними кадрами загалом, в т.ч. сімейними лікарями, забезпеченість ліжками і рівень шпиталізації населення, захворюваність населення, відвідуваність амбулаторно-поліклінічних закладів) з частотою звертань населення за швидкою допомогою зв'язку не мали. Отже, спостерігаємо суттєву неузгодженість в роботі різних функціональних підрозділів системи медичної допомоги. Навіть рівень травматизму не впливає на потребу в швидкій допомозі, що, очевидно, свідчить про відсутність єдиної стратегії і тактики і діяльності самої служби швидкої допомоги.

Висновки.

1. Майже кожен третій сільський мешка-

нець Хмельницької області в 2005 р. звернувся за швидкою медичною допомогою. Основні причини звертання – раптові захворювання та нещасні випадки і травми.

2. На рівень звертальності за швидкою медичною допомогою певною мірою впливає лише забезпеченість служби швидкої медичної допомоги кадрами.

3. Великий діапазон звертальності за швидкою медичною допомогою та відсутність будь-якого зв'язку між діяльністю швидкої медичної допомоги та іншими підрозділами медичної мережі свідчить про серйозні недоліки в організації системи медичної допомоги загалом і швидкої медичної допомоги зокрема.

Література.

1. Апанасенко Б.Г., Кирилук І.Г., Нагнибида А.Н., Ширяев А.Х. Скорая медицинская помощь в новых условиях хозяйствования //Здравоохранение Российской Федерации. - 1996. - № 6. - С.8-10.
2. Веневцев А.А. Особенности работы выездных бригад станции скорой и неотложной медицинской помощи. //Мед. помощь. - 1996. - № 3.-С.26-29.

3. Галієнко Л.І. Характеристика основних особливостей реформи первинної медико-санітарної допомоги в нових незалежних державах. //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 1999. - № 1. - С. 95-102.
4. Гелей О.І., Ясинський Г.В. Організація роботи виїзних бригад невідкладної медичної допомоги при станціях швидкої медичної допомоги //Лікарська справа. - 1999. - № 4. - С. 173-175.
5. Голяченко А.М. Сельская врачебная амбулатория - Київ: Здоров'я, 1997. - 320 с.
6. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. - Тернопіль. - 1997. - 328 с.
7. Голяченко О.М. Українська здоровоохорона: як вийти з кризи. - Тернопіль. - Лілея. - 1999. - 70с.
8. Грузева Т.С. Сучасні особливості та тенденції стану здоров'я сільського населення. //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2003. - № 1. - С 21-29.
9. Концепція реформування системи охорони здоров'я України. - Київ., 1997. - 15 с.
10. Коцемир В.Ф., Береговий Д.В. Стан та перспективи розвитку охорони здоров'я сільського району. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2001. - № 2. - С. 64-65.
11. Лехан В.М. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я України. - Київ: Сфера, 2001. - 176 с.
12. Матеріали Першого Українського з'їзду сімейних лікарів. - Київ - Львів: Факт, 2001. - 243 с.
13. Основні показники стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів області за 2004-2005 роки. - Ч. I-III. - Хмельницький, 2006. - 312 с.
14. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Євсєєв В.І. Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації. //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 1999. - №2. - С.57-61.
15. Салтман р.Б., Фигерайс Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. Пер. с англ. - М.: от им. ЕРБ ВОЗ Гэотар Медицина, 2001. - 112 с.
16. Хунов Ю.А. Деякі управлінські аспекти підвищення якості діяльності служби невідкладної медичної допомоги. //Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2001. - № 3. - С. 75-79.
17. Bloom B. The future of public health. //Nature. - 1999. - V. 402. - № 6761. - P. 63-64.

НЕКОТОРЫЕ ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ХМЕЛЬНИЦКОЙ ОБЛАСТИ В 2005 ГОДУ.

А.И.Побережный, г. Хмельницкий.

Приводятся данные об уровнях и структуре оказания скорой медицинской помощи жителям села. Между работой скорой помощи и другими подразделениями системы медицинского обслуживания отсутствует тесная связь.

SOME BASIC RESULTS OF GIVING QUICK MEDICAL HELP TO THE RURAL POPULATION OF THE CHMELNITSKYI REGION IN 2005.

A.I.Poberezhnij, Chmelnytskyi.

Data about levels and structure of giving quick medical help by the villager's habitants down are cited. Between the first-aid work and other subdivisions of the medical service system close connection is absent.

Г.О.СЛАБКИЙ, Г.Д.СИДОРЕНКО

ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНА СИСТЕМА НАДАННЯ АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ ЖІНОЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ В РАМКАХ ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

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

Впровадження сімейної медицини викликає ряд проблем, що пов'язані із спеціалізованою медичною допомогою населенню. До таких проблем в першу чергу відноситься питання організації надання акушерської допомоги жіночому населенню. Згідно до наказу МОЗ України від 28.12.2002 № 503 « Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» сімейні лікарі мають надавати комплекс акушерської допомоги який включає профілактичні, діагностичні та лікувальні заходи. В теперішній час сімейних лікарів під час спеціалізації готують до надання визначеного даним наказом обсягу акушерської допомоги. Треба зазначити, що сімейні лікарі надають акушерську допомогу тільки при фізіологічному перебігу вагітності та розвитку плода. Ця частка вагітних складає біля 30%. Для родорозрішення такі вагітні скеровуються у районні та міські лікарні. Ці лікарні забезпечують родорозрішення вагітних з низьким ризиком розвитку перинатальних ускладнень, але водночас вони мають бути готовими до надання невідкладної допомоги матері та новонародженому (плоду).

Вагітні, що мають більш високий ступінь ризику розвитку перинатальних ускладнень спостерігаються лікарями акушерами-гінекологами жіночих консультацій, а їх родорозрішення проводиться у центральних районних та міських лікарнях, що мають відділення анестезіології та інтенсивної терапії, а також ціло-

добове чергування лікаря-неонатолога.

В Донецькій області створені регіональні перинатальні центри в яких забезпечується надання стаціонарної акушерської допомоги вагітним жінкам з високим ступенем ризику перинатальних та материнських ускладнень.

Родорозрішення вагітних жінок з ризиком вкрай високого ступеня перинатальних та материнських ускладнень проводиться в пологовому центрі обласного клінічного територіального медичного об'єднання та регіонального центру материнства та дитинства, де застосовуються сучасні найбільш ефективні медичні технології, що базуються на доказах.

Важливою складовою наведеної функціонально-організаційної системи є обласний центр екстреної акушерської допомоги, який функціонує на базі обласного клінічного територіального медичного об'єднання.

Впровадження даної системи дозволило з одного боку забезпечити більш доступну, за місцем проживання вагітних жінок, акушерську допомогу за рахунок залучення до її надання сімейних лікарів, з другого боку, забезпечити її більшу ефективність та необхідний обсяг за рахунок етапності надання.

Подальші дослідження за даною темою будуть присвячені визначенню переліку медичних процедур які має виконувати сімейний лікар при наданні акушерської допомоги вагітним жінкам та жінкам в післяпологовому періоді.

МЕДИЧНІ КАДРИ

УДК 614.23(477):615.035

О.Б. ЛУЦИК (Львів)

ВИВЧЕННЯ ДУМКИ ЛІКАРІВ ЩОДО ПРАКТИКИ ТА ЯКОСТІ ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Забезпечення якості надання медичної допомоги – одна з найактуальніших проблем охорони здоров'я України. Менеджмент якості медичної допомоги здійснюється через управління ресурсами, що передбачає, крім їх розподілу, ще й певний вплив на мотивацію та діяльність медичних працівників [1;3]. Однією зі складових якісної медичної допомоги є якісна фармакотерапія, що призначається лікарями [2;4]. Отже, управління якістю фармакотерапії передбачає можливість впливу на вибір лікарських засобів (ЛЗ) лікарями та контроль за правильністю їх застосування. Питання поліпшення якості призначення лікарських засобів (ЛЗ) ще широко не висвітлювались у вітчизняній літературі, хоча ці аспекти досить масштабно вивчались зарубіжними авторами в інших країнах [5–11].

Метою дослідження було вивчення чинників, якими керуються вітчизняні лікарі при призначенні ЛЗ; труднощів, що у них виникають під час призначення та застосування ЛЗ, а також основних шляхів поліпшення якості цього процесу.

Методи та матеріали. Проведено соціологічне дослідження шляхом анонімного опитування лікарів різних спеціальностей за допомогою спеціально розробленого напівструк-

турованого опитувальника. Анкетуванням було охоплено 523 лікарі, серед яких 49,7% становили терапевти, 23,5% – спеціалісти педіатричного профілю (педіатри, дитячі хірурги, неонатологи, дитячі психіатри, підліткові лікарі), 23,4% – лікарі вузьких спеціальностей та 3,4% – сімейні лікарі. Серед опитаних було 62,0% жінок та 38,0% чоловіків. Із загальної кількості респондентів 16,9% перебували у віці до 30 років, 20,8% – 30–39 років, 34,1% – 40–49 років, 21,4% – 50–59 років, 6,8% – 60 років і старші. Серед жінок пенсіонери за віком становили 13,3%, серед чоловіків – 9,9%. Більшість лікарів, охоплених анкетуванням (55,1%), надають лише амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, 22,9% – стаціонарну, решта (22,0%) – обидва види лікувально-профілактичної допомоги. Щодо розподілу респондентів за стажем роботи, то 17,3% мали стаж до 5 років, 13,0% – від 5 до 9 років, 27,6% – 10–19 років, 29,0% – 20–29 років, 13,1% – 30 років і більше. Суттєвих відмінностей у розподілі чоловіків та жінок, охоплених дослідженням, за тривалістю стажу роботи та віком не було. Респонденти працювали у різних типах лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ): 34,4% – у міських, 18,8% – у центральних районних, 11,1% – в обласних, 5,6% – у

районних лікарнях, 2,3% – у дитячих міських лікарнях та поліклініках, 8,6% – у сільських лікарських амбулаторіях, 5,1% – у сільських дільничних лікарнях, 2,1% – в амбулаторіях сімейної медицини, 3,2% – в обласних диспансерах, 3,4% – у різних медичних закладах Української залізниці, 5,4% – в інших типах ЛПЗ. Переважна частина перелічених ЛПЗ (81%) були розташовані в містах та селищах міського типу, 19,0% – в селах. Більшість опитаних (66,7%) працювали у ЛПЗ Львова та Львівської області, 14,7% – Волинської, 13,2% – Закарпатської, решта респондентів (5,4%) – у 9 інших областях України.

Результати дослідження та їх обговорення. У результаті проведеного дослідження нами були вивчені основні чинники, якими керуються вітчизняні лікарі при виборі ЛЗ для фармакотерапії: найбільший ефект при лікуванні; доступна для пацієнта вартість; мінімальний ризик побічної дії; рекомендовані стандартами лікування певного випадку захворювання; інформація, отримана респондентом на курсах підвищення кваліфікації чи наукових конференціях; рекомендовані науковими методичними вказівками (клінічними рекомендаціями); інформація, отримана респондентом через рекламу в медичній періодиці (журналах чи газетах); наявний у ЛПЗ, в якому працює респондент; який традиційно призначають при певному захворюванні в ЛПЗ, де працює респондент; рекомендований медичними представниками фармацевтичних фірм-виробників; який бажає отримати безпосередньо пацієнт; який рекомендують виробники ЛЗ. Виявилось, що найбільше респондентів при виборі ЛЗ враховували ефективність дії ЛЗ (95,5% опитаних), доступну для пацієнта ціну (83,1%), мінімальний ризик побічної дії (82,9%) та наявність певного ЛЗ у стандартах лікування (70,5%). Найменше опитаних лікарів брало до уваги рекомендації виробників ЛЗ (9,6%), побажання пацієнта (16,7%) та рекомендації медичних представників фармацевтичних фірм (17,7%).

Для визначення ступеня важливості чинників для респондентів опитаним було запропоновано ранжування вибраних факторів з присвоєнням найбільш вагомого, з точки зору цього лікаря, вищого рангового місця. Ранжування провело 90,8% проанкетованих. Для кожного чинника була обчислена частота його розподілу за ранговими місцями від загальної кількості респондентів, які провели ранжування. Отже, дослідження показало, що перші три рангові місця займали чинники, які найчастіше вибирали лікарі, – ефективність дії ЛЗ (пер-

ше місце йому надало 76,6% лікарів), мінімальний ризик побічної дії (відповідно 46,4%), доступна для пацієнта вартість ЛЗ (32,2%) та рекомендації стандартів лікування захворювання (24,5%).

Як виявило анкетування, у 94,2% респондентів виникали певні труднощі при виписуванні ЛЗ. Вони не залежали від статі, віку, стажу опитаних та місця розташування ЛПЗ (місто чи село). Лише 5,8% опитаних лікарів вказали на те, що у них ніколи жодних труднощів не виникало при виписуванні ЛЗ. Було вивчено перелік труднощів, на які іноді вказують лікарі при виписуванні ЛЗ пацієнтам. Отже, у 73,9% опитаних проблеми стосувались призначення нових ЛЗ, що порівняно недавно з'явилися на фармацевтичному ринку, у 18,6% – як нових, так і давно відомих ліків, у 1,7% – тільки давно відомих ЛЗ. Найчастіше лікарі не мали достатньо інформації щодо побічної і токсичної дії ЛЗ на організм певного хворого (70,3% респондентів), сумісності призначених ліків (68,8%), а також не завжди знали, як призначати ЛЗ під час вагітності, пологів та в період лактації (50,9%).

Певні труднощі також виникали у 75,1% респондентів при безпосередньому застосуванні ЛЗ пацієнтам. Отож, 56,4% опитаних не завжди знали про можливість одночасного введення різних ЛЗ, 40,0% – іноді не володіли інформацією про стабільність ЛЗ, який вони призначали, 16,5% – зазнавали труднощів при виборі коректної концентрації ЛЗ, а 15,2% – при виборі для нього розчинника.

За результатами нашого дослідження, лише 10,8% респондентів не потребує додаткової інформації щодо фармакотерапевтичної дії окремих груп ЛЗ. Більшість учасників анкетування (56,0%) потребує додаткових даних щодо застосування ЛЗ, які впливають на імунну систему, 39,1% – гормональних ЛЗ, 32,9% – противірусних, 27,8% – ліків, які призначають при серцево-судинній патології. При цьому переважна кількість лікарів вважає, що вони, навпаки, володіють достатнім обсягом інформації щодо антипиретиків, анальгетиків та вітамінів.

Слід відзначити, що на запитання “Чи знають респонденти про фахівця – клінічного провізора?” 83,6% опитаних лікарів відповіли позитивно.

Відповіді респондентів, що стосуються шляхів поліпшення якості призначення ними ЛЗ, наведені у таблиці. Отож, найчастіше лікарі вважають, що поліпшити якість призначення ними ЛЗ можна шляхом проведення семінарів з фармакотерапії та раціонального застосування ЛЗ (57,4%), а також консультацій

клінічного провізора, який би працював у ЛПЗ респондента (50,7%). Найменший відсоток лікарів вибрав такі заходи, як проведення завідувачем відділення чи провідним фахівцем аналізу раціональності виписування лікарями

ЛЗ (відповідно по 12,8%). Слід зазначити, що частота вибору опитаними лікарями перелічених заходів (табл.) не залежала від стажу опитаних та місцезнаходження ЛПЗ, в якому вони працюють.

Таблиця. **Думка лікарів щодо шляхів поліпшення якості призначення ними ЛЗ**

№ пор.	Шляхи поліпшення якості призначення ЛЗ	% респондентів, які вважають даний захід ефективним
1	Проведення семінарів з раціонального застосування ЛЗ	57,4
2	Консультації клінічного провізора ЛПЗ	50,7
3	Використання методичних вказівок (клінічних рекомендацій) щодо фармакотерапії певного захворювання	44,6
4	Отримання друкованих матеріалів про нові ЛЗ від аптек	43,8
5	Використання даних доказової медицини стосовно призначення ЛЗ	37,1
6	Отримання рекламних матеріалів з наукової медичної періодики (журналів та газет)	35,9
7	Співпраця практичних лікарів з медичними представниками фармацевтичних фірм-виробників ЛЗ	32,3
8	Інформування лікарів стосовно ЛЗ працівниками аптек	24,7
9	Аналіз раціональності виписування ЛЗ, проведений завідувачем відділення	12,8
10	Аналіз раціональності виписування ЛЗ, проведений провідним фахівцем	12,8

Висновки

1. Проведене соціологічне дослідження показало, що провідними чинниками, якими керуються лікарі при призначенні ЛЗ, є: ефективність ЛЗ, доступна для пацієнта його вартість, мінімальний ризик побічної дії та наявність ЛЗ у стандартах лікування, зокрема ЛПЗ, де працює респондент.

2. У більшості опитаних лікарів виникають певні труднощі при виписуванні ЛЗ, пов'язані передусім з недостатньою поінформованістю фахівців з питань побічної і токсичної дії ЛЗ на організм хворого, сумісності призначених ліків та особливостей їхнього застосування під час вагітності, пологів чи в період лактації.

Вище перелічені проблеми стосувались як нових, так і давно відомих ЛЗ.

3. Більшість опитаних лікарів потребує додаткової інформації щодо фармакотерапевтичної дії окремих груп ЛЗ, зокрема тих, що впливають на імунну систему, гормональних та противірусних ЛЗ.

4. Більшість респондентів вважає, що ефективними заходами щодо поліпшення якості призначення ЛЗ є проведення для них семінарських занять з раціональної фармакотерапії та консультації клінічних провізорів, які мають працювати в медичних установах разом із респондентами. Крім того, лікарі повинні, так чи інакше, регулярно забезпечуватись методичними вказівками (клінічними рекомендаціями) щодо фармакотерапії певних захворювань та отримувати друковану інформацію щодо нових ЛЗ.

Список літератури

1. Гук А.П. Стратегічні напрямки забезпечення якісної медичної допомоги // Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: В-во "Сфера", 2001. – С. 11–134.
2. Зіменковський А.Б., Сятиня В.Я. Якісне медикаментозне забезпечення населення України як складова якості надання медичної допомоги // Ліки України. – 2003. – №7–8. – С. 57–59.
3. Короткова А.В. Реформи здравоохоронення, как это понимать? // Медицина для Вас. – 1996. – №324(31). – С. 1–3.
4. Правові, медичні та фармацевтичні аспекти створення, реалізації і застосування лікарських засобів / За ред. Т.Г. Калинюка, Б.Л. Парновського. – Львів: Ліґа-Прес, 2002. – С. 92–93.
5. Carthy P., Harvey I., Brawn R. et al. A study of factors associated with cost and variation in prescribing among GPs // Family Practice. – 2000. – Feb., N 17(1). – P. 36–41.
6. Chapman S., Durieux P., Walley T. Good prescribing practice // Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality / Elias Mossialos, Monique Mrazek, Tom Walley (eds.). – Open University Press, 2004. – P. 144–157.

7. Grimshaw J., Shirran L., Thomas R. et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions // *Medical Care*. – 2001. – N 39. – P. 112–145.
8. Jacoby A., Smith M., Eceles M. A qualitative study to explore influences on general practitioners' decisions to prescribe new drugs // *Br J Gen Pract*. – 2003. – Feb., N 53(487). – P. 120–125.
9. Lipton H.L., Bero L.A., Bird J.A. et al. The impact of clinical pharmacists' consultations on physicians' geriatric drug prescribing. A randomized controlled trial // *Med Care*. – 1992. – Jul., N 30(7). – P. 646–658.
10. Nutescu E.A., Park H.Y., Walton S.M. et al. Factors that influence prescribing within a therapeutic drug class / *J Eval Clin Pract*. – 2005. – Aug., N 11(4). – P. 365–367.
11. Pedersen C.A., Schneider P.J., Scheckelhoff D.J. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital setting: prescribing and transcribing – 2005 // *Am J Health Syst Pharm*. – 2005. – Jul. 1, N 62(13). – P. 1393–1397.

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ О ПРАКТИКЕ И КАЧЕСТВЕ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

О.Б. Луцик (Львов)

Основными факторами, которыми руководствуются врачи при назначении лекарственных средств, являются: эффективность препарата, доступная для пациента стоимость, минимальный риск побочного действия и наличие препарата в стандартах оказания медицинской помощи.

Среди опрошенных 94,2% респондентов испытывали затруднения при назначении лекарственных средств, а у 75,1% возникали проблемы при их парентеральном введении пациентам. 89,2% врачей нуждались в дополнительной информации о фармакотерапевтическом действии отдельных групп лекарственных средств (в первую очередь препаратов, влияющих на иммунную систему, гормональных и противовирусных).

Среди мероприятий, направленных на улучшение качества назначения лекарственных средств, врачи отдают предпочтение семинарским занятиям по фармакотерапии и консультациям клинических провизоров.

INVESTIGATION OF PHYSICIANS OPINIONS ABOUT PRACTICE AND QUALITY OF DRUG PRESCRIPTIONS

О.В.Лутык (Lviv)

The main factors that influence on physicians drug prescriptions are: drug efficacy, cost access, minimal risk of the adverse effect and presence of the drug in standards of health care rendering.

94,2% of the respondents had difficulties prescribing drugs and 75,1% started that sometimes were problems during parenteral ones, 89,2% of physicians needed in addition information about pharmacotherapy influence of separate drug groups (above all drugs influencing on immunity, hormones and antiviral drugs).

According to the respondents the best way for improving the quality of prescriptions are pharmacotherapy training and consultations of pharmacists.

*В.М. ПОНОМАРЕНКО, В.Л. ВЕСЕЛЬСЬКИЙ, В.С. ШВЕЦОВ, С.В. ІСТОМІН,
М.М. НОВІНСЬКА (Київ)*

ПРАВА ПАЦІЄНТІВ (РЕАЛІЇ ТА ПРОБЛЕМИ)

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Законодавство з питань охорони здоров'я, створене за роки незалежності країни, базується на Конституції України і орієнтоване на забезпечення як соціальних, так і особистих прав людини. Характерною його ознакою є високий рівень систематизації, наявність приписів, розроблених з урахуванням основних міжнародних законів [3]. Це свідчить про те, що на виконання Закону України "Про загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу" [2]. При формуванні національного законодавства у сфері охорони здоров'я йде процес його гармонізації із законодавством Європейського Союзу та міжнародним медичним правом. У 1992 р. Верховна Рада України приймає Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" (далі Основи). У преамбулі Основ проголошено, що "кожна людина має природне і непорушне право на охорону здоров'я... Основи законодавства України про охорону здоров'я регулюють суспільні відносини з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їхнє здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості" [1].

В Основах вперше в Україні визначені права та обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я, основні правові норми стосовно прав пацієнтів та гарантії права на охорону здоров'я.

Подальший розвиток правового регулювання відносин "пацієнт – лікар, заклад охорони здоров'я" було визначено низкою інших законів, зокрема про психіатричну допомогу, про боротьбу з інфекційними захворюваннями, туберкульозом, СНІДом, а також адміністративним, цивільним, кримінальним законодавством.

В Основах закладені основні правові норми європейського зразка. Зокрема, про обов'язок надання медичної інформації пацієнту

(стаття 39), про право пацієнта вільного вибору лікаря і лікувального закладу (статті 34, 38), про порядок та умови надання згоди на застосування методів профілактики, діагностики, лікування (статті 42, 44) про лікарську таємницю (стаття 40) та згоду на медичне втручання (стаття 43).

Однак зіставлення європейського законодавства з вітчизняним дає підстави вважати, що відповідність його європейським стандартам ще недостатня. Оскільки ще не всі суспільні відносини, які виникають в процесі реформування системи охорони здоров'я, знайшли законодавчо визначені права, обов'язки, відповідальність усіх учасників цієї діяльності – держави, громадян, юридичних та фізичних осіб, пацієнтів та медичних працівників. Цей закон неповністю гармонізований: з Лісабонською декларацією щодо прав пацієнта (Лісабон, Португалія, 1981 р., 34-та Всесвітня медична асамблея) в таких нормах, наприклад, як право пацієнта прийняти або відхилити духовну і моральну підтримку, включаючи допомогу священника відповідної конфесії, право на достойну смерть та інше; Венеціанською декларацією щодо невиліковних хвороб (Венеція, Італія, 1983 р., 35-та Всесвітня медична асамблея); з Положенням про доступність медичної допомоги (Відень, Австрія, 1988 р., Всесвітня медична асамблея), що має особливе значення для сільської ланки первинної медико-санітарної допомоги; з Гонконгівською декларацією щодо поганого ставлення до людей похилого віку (Гонконг, 1989 р., Єрусалим, Ізраїль); стандартами Ради Європи (1980, від 30.04.NR (80/4), в яких передбачається формування відносин між пацієнтом і лікарем на основі партнерства та активної участі пацієнта в лікуванні, профілактиці, а також у підтримці, укріпленні і відновленні свого здоров'я та здоров'я оточуючих, що повинно стати нормою в роботі лікаря [7].

Однією з причин цього є те, що Україна не приєдналась до ряду європейських документів, які стосуються охорони прав пацієнтів. Зокре-

ма таких важливих документів Ради Європи, як Європейська переглянута соціальна хартія, Європейський кодекс соціального забезпечення, Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу, Європейська конвенція про правовий статус трудящих мігрантів, Конвенція про права людини та біомедицину [8]. Ці європейські документи визначають шляхи регулювання та формування державної політики у сфері охорони здоров'я та подання медичної допомоги населенню. Досі не прийняті рішення щодо реалізації рекомендацій Всесвітньої організації

охорони здоров'я та Ради Європи про необхідність прийняття самостійного закону про права пацієнтів, хоча вже не один рік, в порядку законодавчої ініціативи народного депутата України С.Шевчука, такий законопроект зареєстровано у Верховній Раді України. В європейських країнах в останні роки відповідно до Амстердамської декларації [4] з прав пацієнтів (Декларація про розвиток прав пацієнтів у Європі, 1994) прийнято низку нормативно-правових актів щодо реалізації, економічного і правового забезпечення пацієнтів [6] (таблиця 1).

Таблиця 1. Законодавство про права пацієнтів у країнах Західної та Східної Європи

Країна	Назва нормативно-правового акту	Рік прийняття
Фінляндія	Про статус пацієнта та його права – постанова	1992
Нідерланди	Медичне контрактне право – закон	1995
Італія	Трибунал з прав людини	н.д.
Великобританія	Хартія пацієнтів	1991
Польща	Акт про права пацієнтів	1991
Франція	Хартія пацієнтів	1974
Німеччина	Хартія пацієнтів Соціальний кодекс	1975
Туреччина	Статут Міністерства охорони здоров'я з прав пацієнтів	1998
Швеція	До 25 різних нормативно-правових актів	–
Норвегія	Закон щодо пацієнтів у системі охорони здоров'я	2000
Ісландія	Устав про права пацієнтів	1997
Ізраїль	Устав прав пацієнтів	1996
Австрія	Поправка до Федерального уставу лікарні	1993
Чеська Республіка	Кодекс прав пацієнтів	1992
Литва	Закон про права і відшкодування збитків пацієнтам	1996
Словаччина	Постанова про охорону здоров'я	1994
Угорщина	Закон про охорону здоров'я	1997
Росія	Основи законодавства РФ про охорону здоров'я громадян – закон	1993
Грузія	Про охорону здоров'я – закон	1992
Казахстан	Про охорону здоров'я громадян – закон	1997
Узбекистан	Про охорону здоров'я громадян – закон	1996
Білорусь	Про охорону здоров'я – закон	1993

Аналіз нормативно-правових актів, наведених у таблиці 1, показав, що в європейських країнах мають різні рівні визначення прав пацієнтів. Найбільш детально вони викладені у законодавчих актах Фінляндії, Нідерландів, Швеції, Ізраїлю та в хартіях пацієнтів Франції, Великобританії, Німеччини [4]. Ці документи стали важливим правовим інструментом регулювання відносин між страховими компаніями, надавачами медичних послуг та їх споживачами – пацієнтами. Зокрема, у забезпеченні прав пацієнтів щодо якості та ефективності лікування, поваги до особистості та можливості оскарження дій медичних працівників через омбудсмена чи в судовому порядку.

Суспільні відносини, що виникають при на-

данні медичної допомоги громадянам, – процес динамічний і зумовлений розвитком та впровадженням новітніх медичних технологій, переглядом форм організації охорони здоров'я (наприклад, впровадження засад сімейної медицини). Певні особливості цих відносин виникають залежно від організації, культури та якості надання медичної допомоги на первинному, вторинному та третинному рівнях у міській або в сільській місцевості, віковому і соціальному статусі пацієнтів та їх зростаючих потребах у збереженні та відновленні здоров'я. На реалізацію прав пацієнтів щодо якості надання медичної допомоги також впливають стан та обсяг матеріально-технічних ресурсів закладу охорони здоров'я, забезпеченість кадрами.

Таким чином, потреба у подальшому правовому регулюванні відносин “пацієнт – лікар (медичний працівник)”, “заклади охорони здоров'я різних форм власності – пацієнт” виникає також при змінах в організації надання медичної допомоги, при реформуванні галузі. Огляд стану реалізації правових норм, визначених законодавством України в сфері охорони здоров'я, свідчить, що найбільш проблематичною є норма про безоплатність медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я (стаття 49 Конституції України). Некерована співучасть пацієнтів в оплаті наданих медичних послуг є грубим порушенням конституційних прав громадян. Проголошене в Основах право пацієнта вільного вибору лікаря або закладу за відсутності закону про державне загальнообов'язкове соціальне медичне страхування лишається декларацією. Широке коло проблем щодо визначення прав пацієнтів не знайшло відтворення у законодавстві України і, зокрема, в Основах.

Як відомо, найважливішою складовою процесу інтеграції України до Європейського Союзу є адаптація національного законодавства до законодавства ЄС. У “Копенгагенських критеріях” (Саміт глав держав Європейського Союзу, червень 1993, Копенгаген) визначено, що країни для набуття статусу членів повинні забезпечити: стабільність демократичних інститутів, верховенство права, дотримання прав людини тощо. Оскільки пріоритетною сферою гармонізації із європейськими стандартами є законодавство про охорону життя та здоров'я, розробка законопроекту про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я здійснювалась у рамках *acquis communautaire*. В цьому законопроекті, розробленому відповідно до плану законотворчої роботи Кабінету Міністрів України, суттєво доповнено та розширено правовий інструментарій стосовно пацієнтів.

Так, вперше сформульовано визначення терміну “пацієнт”, тобто це “людина, яка звертається в заклади охорони здоров'я або до медичного працівника по медичну допомогу (медичну послугу) та якій подається медична допомога (медична послуга)”. Право пацієнта на доступну і рівноправну медичну допомогу, її безпеку і ефективність, гідне ставлення до себе з боку медичного та обслуговуючого персоналу закріплено статтею 16 проекту Основ. У цій статті також передбачено право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвока-

та, а також священнослужителя для відправлення релігійного культу та ритуального обряду. Такі приписи відповідають Лісабонській декларації відносно прав пацієнтів (34-та Всесвітня медична асамблея, 1981 р.), Стаття 15 проекту Основ забезпечує право на доступність медичної допомоги. Її зміст відповідає Конвенції про медичну допомогу та допомогу у разі хвороби (МОП №130, Женева 1969 р.) та Положенню про доступність медичної допомоги (Всесвітня медична асамблея, Відень, 1988 р.).

У проекті Основ також здійснено розмежування прав пацієнтів за окремими соціальними групами. Зокрема, **права іноземців** викладені відповідно до Хартії основних прав Європейського Союзу; **права дитини** – згідно з Конвенцією про права дитини (Генеральна Асамблея ООН 20.10.1989 р.); в **правах громадян похилого віку** закріплені положення Європейської соціальної хартії (переглянута, Страсбург, 1996 р.); **права інвалідів** узгоджені з вимогами Декларації ООН про права інвалідів (1975 р.); **права затриманих, арештованих осіб та тих, що відбувають покарання у місцях позбавлення волі**, визначені відповідно до Європейських пенітенціарних Правил, прийнятих Радою Європи і Кабінетом Міністрів 12.02.1987 р.; також визначені **права громадян в умовах надзвичайних ситуацій** техногенного і природного характеру та **права військовослужбовців і громадян, які підлягають призову або поступають на військову службу за контрактом**.

У проекті Основ розширено на засадах європейських стандартів правовий інструментарій стосовно збереження таємниці інформації про стан здоров'я пацієнта. Зокрема, забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз і методи лікування фізичної особи, передбачена також відповідальність за незаконне розголошення таємниці про стан здоров'я. Приписи статті 67 законопроекту передбачають, що будь-яке втручання у сферу здоров'я може відбуватися тільки після добровільної та свідомої згоди на нього відповідної особи. Таким чином юридично закріплено принцип “інформованої згоди пацієнта” згідно із засадами європейських стандартів.

Приписи статей законопроекту стосовно застосування методів стерилізації, корекції статі, трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів базуються на нормах, закладених у таких європейських документах: Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини (Рада Євро-

пи, 04.04.1997 р.), Хартія основних прав Європейського Союзу (94-524 від 07.12.2000 р.), Резолюція про приведення у відповідність до законодавства держав-членів з питань вилучення, пересадки і трансплантації матеріалів організму людини (Рада Європи 11.03.1978 р.), Мадридська Декларація щодо трансплантації людських органів (39-та Всесвітня медична асамблея, жовтень 1987р.) та інші.

Проект Основ порівняно з чинним законом закріплює положення про надання медичної допомоги особі у разі визначення її стану як незворотна смерть в обсязі, що полегшує заключну фазу хвороби та забороняє еутаназію. Ці доповнення внесені на підставі Декларації стосовно еутаназії (Всесвітня медична асамблея, 30.10.1987 р.) та Положення про самовбивство за допомогою лікаря (44-та Всесвітня медична асамблея, 1992 р.).

У чинних Основах не передбачено правове регулювання проблеми репродуктивного та терапевтичного клонування, що стало підставою для внесення до законопроекту визначення поняття репродуктивного клонування і його заборони як однієї з умов забезпечення пра-

ва на особисту недоторканість (Хартія основних прав Європейського Союзу). Водночас, з метою регенерації органів тієї ж людини або виробництва медичних препаратів дозволено терапевтичне клонування. Отже, внесені доповнення у проект Основ законодавства України про охорону здоров'я стосовно прав пацієнтів переважно відповідають нормам міжнародного права. Однак їх реалізація значною мірою залежить від процесів реформування системи охорони здоров'я, зокрема, вирішення проблеми фінансування галузі, створення контрактних засад функціонування закладів охорони здоров'я як постачальників медичних послуг на принципах регульованого ринку та соціального підприємництва [5]. Формування сучасної моделі охорони здоров'я, яка базується на принципах "правової" медицини, передбачає впровадження сучасних технологій розподілу ресурсів, ефективного їх використання, поліпшення якості та доступності медичної допомоги, широкої участі громадськості у вирішенні нагальних проблем організації роботи закладів охорони здоров'я та реалізації законодавчо визначених прав пацієнтів.

Список літератури

1. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19 листопада 1992 р. //Відомості Верховної Ради України. – 1993. – №4. – С. 19.
2. Закон України "Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу" від 18 березня 2004 р. №1629-IV // Урядовий кур'єр. – 2004, 20 квітня. – №74.
3. Конституція України/ Українська правнича фундація. – К., 1966. – 62 с.
4. Лехан В.М. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2003. – 174 с.
5. Лехан В.М., Рудий В.М. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні (спеціальний звіт). – К., 2005. – 151 с.
6. Панорама охорони здоров'я населення України. – К.: Здоров'я, 2003. – 380 с.
7. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. – К.: Сфера, 1997. – 122 с.
8. Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001 р.). – К., 2002. – 382 с.

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ (РЕАЛИИ И ПРОБЛЕМЫ)

В.М. Пономаренко, В.Л. Весельский, В.С. Швецов, С.В. Истомин, М.Н. Новинская (Киев)

В статье проведен анализ процессов гармонизации национального законодательства в сфере охраны здоровья с европейским в части правового статуса пациентов. Проанализированы причины несовершенства законодательства в этом вопросе. На примере законопроекта "О внесении дополнений в Основы законодательства Украины о здравоохранении" приведен правовой инструментарий совершенствования защиты прав пациентов.

PATIENTS RIGHTS (REALITY AND PROBLEMS)

V.M. Ponomarenko, V.L. Veselsky, V.S. Shvetzov, S.V. Istomin, M.N. Novinskaya (Kiev)

Analyze of the harmonization process of national legislation in health care system with European in particular patient legal statues. The cases of legal imperfection in this field are analyzed. Legal tools of improvement of patients' rights protection are given on the example of draft law "About implementation additions in the Basic Ukrainian Health Care Legislation".

В.Б. ФИЛАТОВ, Р.В. КОРОТКИХ, К.К. КАСИМОВСКИЙ (Москва)

ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ЧАСТНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН

На современном этапе развития здравоохранения в Российской Федерации все более меняются отношения врача и пациента. В частной системе здравоохранения, в которой медицинская помощь в силу разных причин начинает рассматриваться как товар, а отношения врачей и пациентов – как отношения производителей и потребителей медицинских услуг, пациент все более наделяется правами активного субъекта взаимоотношений. В этих условиях успешная работа частных медицинских организаций и лиц, занимающихся частной медицинской деятельностью, требует: наличия объективной информации о стратификационных характеристиках потребителей; мотивации их обращения; соответствия их ожиданий предоставляемым медицинским услугам; осведомленности о своих правах и целого ряда других вопросов. Эта информация позволяет выявить наиболее привлекательные для частных врачей организационные и правовые формы их деятельности, пути удовлетворения потребнос-

тей и спроса пациентов в различной медицинской помощи.

Цель работы заключается в изучении отношения населения к оказанию медицинской помощи, которая предоставляется частными медицинскими организациями.

Одним из путей получения подобной информации являются опросы населения, обращающегося за медицинской помощью к врачам частных медицинских организаций.

Результаты исследования. Рассмотрим результаты проведенного нами социологического исследования мнения пациентов по определенному кругу вопросов. Исследованием было охвачено более 400 пациентов, при этом возвращено и обработано 377 анкет пациентов, обратившихся за получением медицинской помощи к врачам, работающим в частных медицинских организациях.

Социально-демографический портрет респондентов представлен следующим образом. Большую часть опрошенных (50,9%) составили женщины и 49,1% – мужчины (рис. 1).

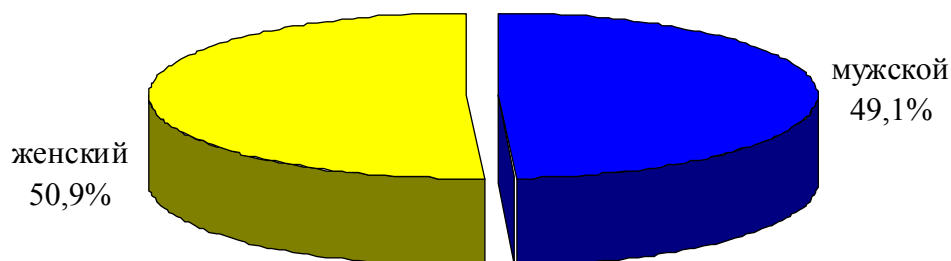


Рис. 1. Распределение опрошенных пациентов по полу (%)

На рисунке 2 представлено распределение пациентов по возрасту.

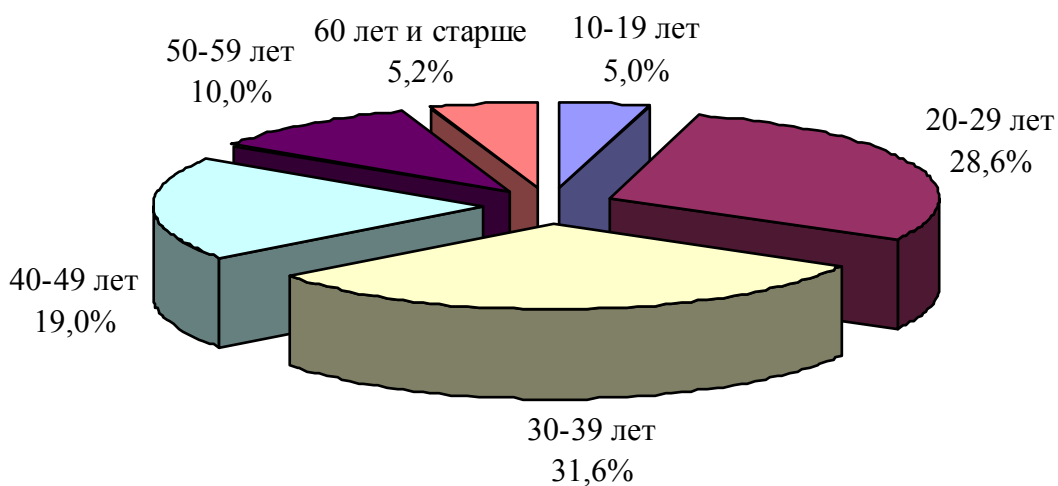


Рис. 2. Распределение пациентов по возрасту (%)

Большая часть опрошенных пациентов относится к средней и молодой возрастным группам (30–39 лет – 31,6%; 20–29 лет – 28,6%), несколько более 5,2% составляют

лица старшей возрастной группы.

На рисунках 3 и 4 представлено распределение пациентов по образованию и месту работы.

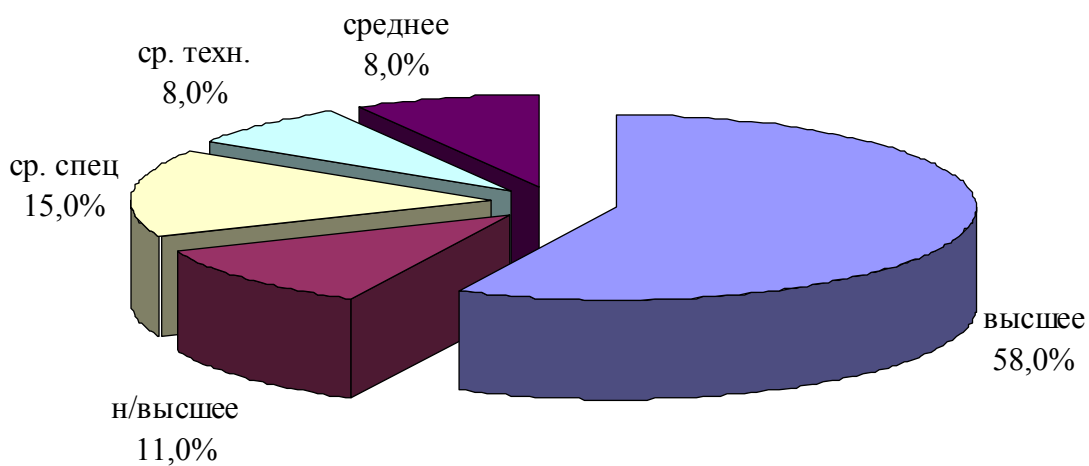


Рис. 3. Распределение пациентов по образованию (%)

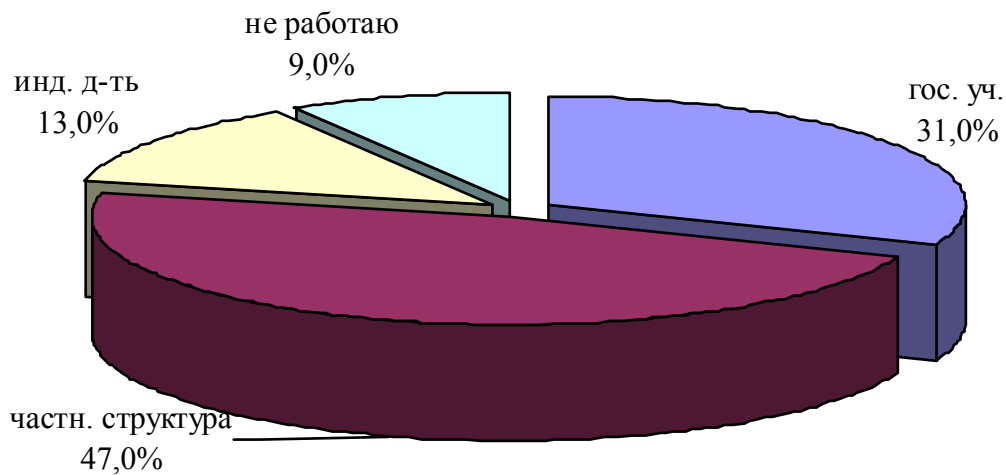


Рис. 4. Распределение пациентов по месту работы (%)

При изучении мнения пациентов о состоянии своего здоровья выявлено, что 55,9% оценивают его как удовлетворительное, 38,7% – как хорошее и 5,3% – как плохое. Таким образом, пациенты, обращающиеся к врачам частных медицинских организа-

ций, изначально оценивают свое здоровье в основном как удовлетворительное и хорошее.

Важными являются данные о доходах лиц, обращающихся в частные медицинские организации (рис. 5).

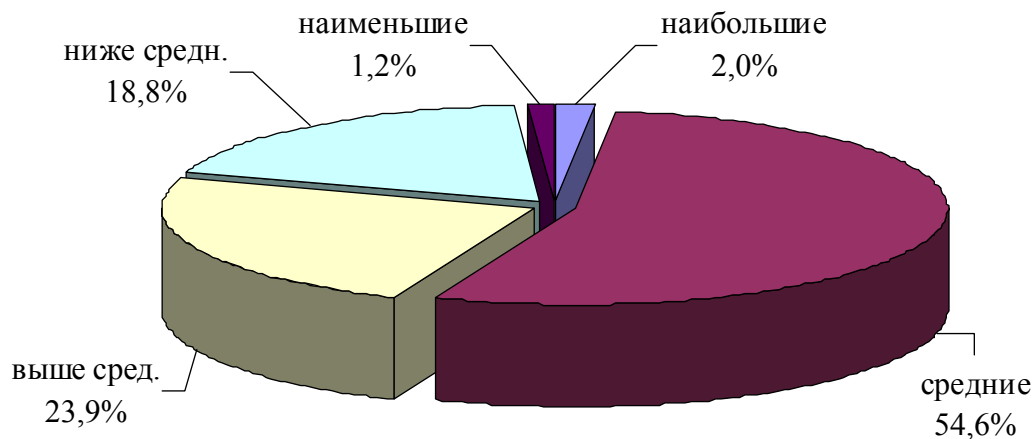


Рис. 5. Распределение опрошенных пациентов по уровню получаемого дохода (%)

Анализ приведенных данных подтверждает, что подавляющее большинство обращающихся за медицинской помощью в частный сектор относится к населению со средним (54,6%), выше среднего (23,9%) и ниже среднего (18,8%) уровня дохода. “Крайние” группы населения по уровню дохода составляют немногим более 1,0%

от числа обратившихся. При этом мотивы обращения данных групп к врачам частных медицинских организаций, безусловно, различны.

Мы предприняли попытку изучить, какой процент от среднемесячного дохода потратили на лечение пациенты при обращении в частные медицинские организации (табл. 1).

Таблица 1. Мнение пациентов о затратах на лечение при обращении в частные медицинские организации (% от среднемесячного дохода)

Процент от среднемесячного дохода, затраченный на лечение	%
До 5%	12,4
До 10%	18,0
10–20%	9,8
20–30%	13,8
Свыше 30%	15,6
Свыше 50%	8,2
Свыше 70%	7,9
150% и более	9,8
Затрудняюсь ответить	4,5
<i>Всего</i>	100,0

Данные таблицы 1 показывают, что около 40,0% респондентов затратили на лечение до 20,0% от своего среднемесячного заработка; 15,6% пациентов – до 50,0%; при этом 18,0% затрачивают на лечение свыше 70,0% своего заработка. Стоит отметить при этом, что суммы, расходуемые на лечение, могут сильно варьировать в силу разного среднемесячного дохода граждан.

Более важным, на наш взгляд, является тот факт, что более 45,0% опрошенных отметили, что затраченная сумма на лечение является

для них финансовым бременем. Вместе с тем такой же процент пациентов не считает обременительными данные расходы. Затруднились с ответом на этот вопрос 7,7% респондентов.

Более половины опрошенных пациентов (56,8%) оценивают ситуацию, сложившуюся в настоящее время в здравоохранении, как неудовлетворительную; 37,7% – как удовлетворительную, и 5,6% затруднились с оценкой.

Мнение пациентов о частной системе здравоохранения приведено в табл. 2.

Таблица 2. Мнение пациентов о необходимости развития частной системы здравоохранения РФ (%)

Мнение о частной системе	%
Считаю это направление необходимым дополнением к государственной системе здравоохранения	80,9
Считаю его приоритетным в развитии отечественного здравоохранения	15,9
Частная система здравоохранения не нужна	3,2
<i>Всего</i>	100,0

Как видно, 80,9%, то есть основная часть опрошенных пациентов, считают это направление необходимым дополнением к государственной системе здравоохранения, 15,9% назвали его приоритетным в развитии отечественного здравоохранения и только 3,2% опрошенных считают, что частная система здравоохранения не нужна.

Мнение пациентов о доле, которую могла бы занимать частная система в российской системе здравоохранения в ближайшие 5–10 лет, распределилось следующим образом:

24,4% пациентов считают, что она должна составлять не более 10,0%; 37,4% отводят частной системе 10–20%; 29,7% считают, что ее доля должна составлять свыше 30,0%. 8,5% пациентов придерживаются мнения, что доля частной системы должна быть 50,0% и более. Таким образом, население считает необходимым развитие частной системы здравоохранения.

Среди основных причин обращения населения к врачам частных медицинских организаций можно назвать следующие (табл. 3).

Таблица 3. Основные причины обращения населения к врачам частных медицинских организаций

Причины обращения	Абсолютное значение	%
Отсутствие подобных медицинских услуг в государственных ЛПУ	132	35,0
Большая очередь к специалистам необходимого профиля в государственных ЛПУ	125	33,2
Недоверие к специалистам, работающим в государственных ЛПУ	119	31,6
Отсутствие анонимности обращения в государственных ЛПУ	73	19,4
Недостаточный комфорт в государственных ЛПУ	195	51,7

Подчеркнем, что, по приведенным данным, более 50,0% пациентов указывают на недостаточный комфорт в государственных ЛПУ, 45,9% отмечают недостаточно доброжелательное отношение со стороны медицинского персонала. Более 30,0% считают ведущим фактором своего обращения к врачам частных медицинских организаций отсутствие подобных медицинских услуг в государственных ЛПУ, большую очередь к специалистам необходимого профиля или недоверие к специалистам, работающим в государственных ЛПУ, для 26,2% – важным является анонимность обращения, для 11,0% – престижность лечения в частном медицинском секторе.

Сравнивая приведенные выше данные с данными опроса врачей, можно отметить, что в обоих случаях ведущими причинами обращения в частный медицинский сектор названы не прямые медицинские причины, а комфортность, сервис, анонимность. Поэтому не случайно, что 79,8% пациентов удовлетворены условиями приема в плане комфортности,

84,6% – оценили отношение к ним медицинского персонала как внимательное; почти 70,0% отметили удовлетворенность проведенным обследованием и лечением, более 60,0% указали на улучшение состояния своего здоровья после проведенного лечения. Высокую оценку работы врачей частных медицинских организаций подтверждает и тот факт, что большинство пациентов (68,4%) указывают на то, что, по их мнению, результаты лечения соответствуют затраченным средствам. О позитивном отношении пациентов говорит и повторность обращений пациентов к врачам частных медицинских организаций (в 32,1% случаев).

По сведениям, полученным при анкетировании пациентов, в 33,2% случаев прием частным врачом осуществлялся в частной медицинской организации, в 27,0% – в арендуемом помещении в государственном ЛПУ и столько же – в другом арендуемом помещении. По сравнению с данными, полученными от врачей, гораздо большее число пациентов

(21,0%) указали на прием врачом на дому у пациента, а примерно в 5,0% – на дому у врача. По всей видимости, частные врачи по разным причинам склонны преуменьшать объемы оказываемых ими услуг на дому.

Отвечая на вопрос: “Откуда Вы узнали о враче частной медицинской организации, к которому обратились?”, пациенты дали следующие ответы:

- от знакомых – 48,2%;
- из рекламы (радио, ТВ, пресса) – 39,0%;
- от лечащего врача государственного ЛПУ – 11,9%;
- от другого частного врача – 7,4%.

Остановимся на вопросах, характеризую-

щих знание пациентами законов и своих прав в области охраны здоровья граждан. Прежде всего отметим, что очень высокий процент из числа опрошенных пациентов (47,2%) не знает указанных в анкете законов. Почти 35% знакомы с “Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан”, 13,5% знают закон о ВИЧ-инфекции, 11,4% – “Закон об основных гарантиях прав ребенка в РФ”, остальные из названных в анкете законов знают менее 10% респондентов.

В табл. 4 нами приведено сравнение по предмету знания врачами частных медицинских организаций и пациентами основных законов в области охраны здоровья граждан.

Таблица 4. **Данные, характеризующие знание пациентами и врачами частных медицинских организаций основных законов РФ в области охраны здоровья граждан (%)**

Законы РФ	Пациенты	Врачи
Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан	34,5	66,4
Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании	9,3	23,4
Закон об основных гарантиях прав ребенка в РФ	11,4	19,0
Закон о предупреждении распространения в РФ ВИЧ-инфекции	13,5	51,2
Закон об иммунопрофилактике инфекционных болезней	7,9	25,4
Закон о трансплантации органов и (или) тканей человека	9,5	22,7
Не знаю законов	48,0	14,9

В таблице 5 раскрыто знание пациентами своих законодательно закрепленных прав и приведе-

но сравнение с данными, полученными при опросе врачей частных медицинских организаций.

Таблица 5. **Сравнительные данные, характеризующие знание пациентами и врачами законодательно закрепленных прав пациента (%)**

Права пациента	Знание прав пациентами	Знание прав врачами
Уважительное и гуманное обращение	25,9	42,0
Выбор врача и лечебно-профилактического учреждения	37,1	73,9
Соответствующие санитарно-гигиенические условия пребывания в ЛПУ	18,6	40,7
Проведение консилиума и консультаций другими специалистами	20,2	51,5
Облегчение боли	20,9	40,7
Врачебная тайна	48,8	76,6
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство	24,7	57,6
Отказ от медицинского вмешательства	36,9	63,7
Получение информации о своих правах и обязанностях и о состоянии своего здоровья	21,2	54,9
Получение медицинской помощи в рамках программ добровольного медицинского страхования	35,8	51,9
Возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью	25,5	48,5
Допуск адвоката или иного законного представителя	10,9	27,5
Допуск священнослужителя	15,4	20,7
Не знаю прав	20,2	6,8

Из таблицы 5 видно, что более 20,0% пациентов не знают своих прав. Наиболее осведомлены пациенты о таких своих правах, как право на врачебную тайну (48,8%), выбор врача и лечебно-профилактического учреждения (37,1%), отказ от медицинского вмешательства (36,8%), получение медицинской помощи в рамках программ добровольного медицинского страхования (35,8%). Важно, что только четверть пациентов знают свое право на возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью.

Сравнение данных, характеризующих знание врачами и пациентами законодательно закрепленных прав пациента, убедительно показывает гораздо лучшую осведомленность врачей в этом вопросе.

На вопрос: “Соблюдают ли врачи частных медицинских организаций Ваши права?” почти 50,0% пациентов ответили утвердительно, 3,7% указали на несоблюдение их прав, остальные пациенты затруднились ответить. Мы не можем не отметить, что часто мнение пациентов, в силу незнания ими правовых вопросов в сфере охраны здоровья граждан, может быть мало достоверным. Полученные данные убедительно свидетельствуют о необходимости повышения правовой грамотности как пациентов, так и самих врачей.

Анкета пациента предусматривала ряд вопросов, раскрывающих организационные аспекты деятельности врачей частных медицинских организаций в оценке пациентов. На вопрос о том, как производится оплата медицинских услуг в частных медицинских центрах, только 78,8% пациентов ответили, что оплата происходит через кассу. В 5,8% – через страховую компанию, а в 20,0% случаев оплата происходит непосредственно врачу, что является прямым нарушением действующего законодательства.

Также нами выявлено, что в 30,8% случаев пациенты указали, что им приходилось, помимо оплаты через кассу, платить врачу лично. В вопросах закрытого типа они часто отмечали добровольность этого действия, но в ряде случаев указывали на явные вымогательства со стороны врача, либо указывали на то, что им приходилось благодарить врача как-то по-другому (подарки, оказание услуг и т.п.) – 37,7%.

Высказывая свое мнение относительно частной системы здравоохранения, более 85,0% пациентов оценили в целом ее положительно, при этом 74,5% опрошенных указали на важность того, что существование частного сектора дает возможность реализовать право

на выбор. Около 10,0% пациентов относятся к этому явлению как вынужденной мере, а отрицательное суждение высказали около 2,0% респондентов.

Непосредственно положительный опыт взаимодействия пациентов с врачами частных медицинских организаций проявляется и в том, что свыше 65,0% обращаются к ним либо время от времени, либо постоянно, а также в том, что пациенты рекомендуют своим родным и знакомым обращаться в частные медицинские центры и к врачам, работающим в них. Около 60,0% планируют обращаться к врачу частной медицинской организации повторно. Возможно, повторное обращение может быть связано и с необходимостью продолжения лечения или неудовлетворенностью результатом проведенного лечения, но все же у нас больше оснований рассматривать эти данные в позитивном плане.

Важным критерием в оценке систем здравоохранения, предлагаемым ВОЗ, является соответствие системы или ее составляющих, ожиданиям пациента. В нашем исследовании 82,0% респондентов указали на это соответствие.

На открытый вопрос: “Что Вы можете предложить в целях улучшения работы врача частной медицинской организации?” – пациенты давали такие ответы, как: ввести гибкую систему оплаты, более внимательно относиться к проблемам пациента, повысить качество медицинского оборудования, расширить помещение, не назначать лишних процедур, поддерживать связь с пациентом о результатах лечения по телефону, работать в выходные дни, увеличить сеть клиник в регионах, расширить спектр услуг, повысить зарплату медицинским работникам, проводить более тщательный отбор персонала, думать больше о пациенте, чем о прибыли, повысить социальную защищенность врачей, ввести консультации по телефону, повысить доступность частных услуг для основного населения и др.

В таблице 6 приведено мнение пациентов о перспективах развития частной системы здравоохранения и приведено сравнение с мнением врачей частных медицинских организаций по этому же вопросу.

Данные таблицы 6 показывают, что пациенты гораздо в меньшей степени, чем врачи, считают необходимым принятие закона о частной системе здравоохранения, но более значимыми считают меры по увеличению взаимодействия с государственной системой здравоохранения, более широкое участие врачей частных медицинских организаций в реа-

Таблица 6. Мнение пациентов и врачей частных медицинских организаций о путях оптимизации частной системы здравоохранения РФ (%)

Пути развития	Мнение пациентов	Мнение врачей
Принятие закона о частной системе здравоохранения	38,7	60,7
Создание Ассоциации	23,6	51,9
Укрупнение и специализация частных медицинских организаций	14,8	27,8
Создание многопрофильных практик	10,6	25,4
Расширение объемов медицинской помощи	22,0	28,0
Изменение стандартов медицинской помощи	11,7	21,4
Более широкое участие в реализации программ ОМС	31,3	25,1
Увеличение взаимодействия с государственной системой здравоохранения	47,2	35,9
Затрудняюсь ответить	11,4	2,0

лизации программ ОМС. По всей видимости, в настоящее время население продолжает воспринимать всю систему здравоохранения как единое целое, а частное здравоохранение – как продолжение и дополнение государственного.

Таким образом, проведенное исследование раскрывает социально-демографический портрет пациентов, причины и мотивацию их обращения в частные медицинские органи-

зации, показывает распределение опрошенных пациентов по образованию, месту работы, уровню получаемого дохода, затратам на лечение в частном секторе здравоохранения, соответствия их ожиданий предоставляемым медицинским услугам, знанию пациентами своих прав и целого ряда других вопросов, дает возможность видеть основные направления совершенствования частной медицинской деятельности.

ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ЧАСТНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В.Б. Филатов, Р.В. Коротких, К.К. Касимовский (Москва)

В статье приведены данные медико-социологического исследования 377 пациента частных медицинских организаций Российской Федерации о причинах обращения в вышеуказанные учреждения. Рассматривается: соответствие полученных медицинских услуг ожидаемым надеждам, а также цен на лечение уровню доходов и др. как фактор основных направлений совершенствования частной медицинской практике.

PEOPLES' ATTITUDE TO PROVISION MEDICAL AID OF PRIVATE MEDICAL INSTITUTIONS IN RUSSIAN FEDERATION

V.B. Fylatov, R.V. Korotkykh, K.K. Kasymovsky (Moscow)

Data of medical and sociological research of 377 patients concerning cause of treatment in private medical institutions in Russian Federation is given in the article. Accordance the obtained medical services to expected hopes and price of treatment to level of income is examined as a factor of main directions of improving private medical practice.

МЕДИКАМЕНТОЗНІ ПРОПИСИ В ТВОРАХ Т.Г.ШЕВЧЕНКА

Лікарня Миколаївського морського торговельного порту.

В художніх творах Т.Шевченка згадуються ряд лікувальних середників, які в середині XIX ст. застосовувалися офіційною і народною медициною. В той же час аналізу медикаментозних прописів в творах Т.Шевченка до сьогодні не робилося.

У російських повістях Т.Шевченко згадує деякі рослини, що використовувалися в народному лікуванні. Серед них тричі згадано малину [9.-Т.3.-С.295,297], один раз ромашку [9.-Т.3.-С.297], двічі шавлію [9.-Т.3.-С.96,151]. В українській народній медицині малина звичайна (*Rubus idaeus* L.) використовувалася здавен. За фармакологічними властивостями малина звичайна є ефективним потогінним, в'язучим, протизапальним і протипростудним засобом. У народній медицині призначають при нежиті, ангіні, ларингіті, артритях, хронічному ревматизмі [8.-С.112-113; 6.-С.167; 4.-С.194-195]. Ромашка лікарська (*Matricaria Chamomilla* L.), а в Україні зустрічається й ромашка без'язичкова (*Matricaria suaveolens* або *Matricaria discoidea*), відома в народній та науковій медицині перш за все як протиспазматичний, заспокійливий, болетамуючий, потогінний, вітрогінний, протизапальний, дезінфікуючий засіб. У народній медицині цю рослину застосовують для самодопомоги при запаленнях слизової оболонки рота, ангінах, ларингітах, різних хворобах шлунка, нирок, печінки, сечового міхура, при простудах навіть з гарячкою, ревматизмі [8.-С.160-162; 6.-С.245-246; 4.-С.144-146]. Відома народу з давніх часів та визнана сьогоднішньою науковою медициною шавлія. У повістях "Наймичка" і "Варнак" Т.Шевченко згадує застосування шавлії у першому випадку у вигляді відвару чи настою та відвару з молоком у другому [9.-Т.3.-С.96,151]. За фармакологічними властивостями шавлія лікарська (*Salvia officinalis* L.) має болетамуючу дезінфікуючу, в'язучу, протизапальну, відхаркувальну, вітрогінну, сечогінну, протигнильну властивості [8.-С.202-203; 6.-С.317-319; 4.-С.185-186]. Відповідно до народного лікувального досвіду, шавлію лікарську застосовували при запальних хворобах горла, при

ангіні, наприклад, у вигляді згущеного відвару і до того ж з молоком [6.-С.317-319]. Гаряче кип'ячене молоко, дуже часто з іншими компонентами (їх кількість і види варіювали по-різному у різних місцевостях) загальновідомий засіб при простудних захворюваннях, кашлі, болях горла тощо [1.-С.124]. У повісті "Близнець" Т.Шевченко в образному виразі згадує сабур. Сабур це згущений і затверділий сік листя алое деревовидного (*Aloe arborescens* Mill.) у вигляді кусків або порошку, що застосовувався в медицині як сильний проносний засіб при боротьбі з хронічним закрепом та як жовчогінний, а в невеликих дозах для збудження апетиту та поліпшення травлення [8.-С.13-14; 6.-С.12; 4.-С.21]. В тій же повісті "Близнець" згадані гоффманівські краплі для покращення апетиту [9.-Т.4.-С.35]. Запропоновані вони німецьким терапевтом, лейб-медиком при пруському королівському дворі Ф.Гоффманом, вчення якого було популярним у XVIII-XIX ст. в багатьох європейських країнах. Гоффманівські краплі (*Gtt. Hoffmanni*) – це комбінація етилового спирту (*Spiritus aethylici* 90° 2,0) з медичним ефіром (*Aetheris medicinalis* 1,0), які у свій час широко приписувалися, правда як збуджуючий середник при серцевій слабкості [3,11].

У повісті "Наймичка" згадано як лікарство "семибратскую кровь", яка "ото всех болезней помогает" [9.-Т.3.-С.76]. "Это небольшие кусочки чего-то окаменелого вроде мелкого ракушника тёмно-розового цвета" [9.-Т.3.-С.76]. У "Прогулке с удовольствием и не без морали" це лікарство згадане вже у наливці [9.-Т.4.-С.273]. Коментарі до повістей у зібранні творів Т.Шевченка пояснень назві не дають. Віднайти в літературі відомості про лікарство з такою назвою також не вдалося. Звертає увагу те, що із семи випадків вживання назви "семибратська кров" п'ять пов'язані із мандрівним знахарем "венгерцем" [9.-Т.3.-С.75-77]. Венгерцями в Україні називали угорців. Угорська територія південно-східних Карпат називається Трансільванією, або ще "Семиград-дям", "Семиградською землею". Ця територія

багата мінеральними і лікувальними джерелами. Здавен тут добували золото, срібло, а ще мідь, ртуть, залізо, свинець, сірку, миш'як, купороси, квасці, мармур, дорогоцінне і напівдорогоцінне каміння, крейду, графіт, фарфорову (фаянцеву) глину та багато інших корисних копалин [10]. Квасці – кристалогідрати подвійних сульфатів з одно- (Na, K, Rb, Cs та інші) і тривалентними (Al, Ga, In, V, Cr, Fe, Ca та інші) металами. Різні метали дають квасцям різне забарвлення. Квасці добре розчинні у воді, нерозчинні у спирті. Водний розчин має кислу реакцію і солодкувато-в'язучий смак [2.-С.124-125]. В медицині використовуються й сьогодні як в'язучий, підсушуючий, місцевий протизапальний середник, для припинення кровотечі при порізах. Сьогодні використовуються квасці калію-алюмінію сульфату – безколірні прозорі кристали або білий кристалічний порошок [5.-Т.1.-С.345]. Винуватцем червоного забарвлення багатьох гірських мінералів є гематит (Hematit, від гр. heima - кров) – сполука підкласу простих оксидів (Fe_2O_3). Колись його називали “кровавиком” приписуючи силу призупиняти будь-яку кровотечу. Вважали, що гематит має надзвичайні цілющі властивості і помічним був при захворюваннях печінки, нирок, підшлункової залози, послабленні зору, запальних процесах. До простих оксидів червоного кольору входить куприт (Cu_2O) – червона мідна руда, що зустрічається в місцях окислення мідних родовищ. Вказаним мінералом або вхожим у його склад міг бути гексаціано (III) феррат калію ($K_3[Fe(CN)_6]$) – червона кров'яна сіль – кристали червоного кольору, добре розчинні у воді [2.-С.95]. Цим кристалам також приписували магічну силу зцілення при багатьох хворобах. Враховуючи назву “семибратська кров” і порівнюючи її із назвою та властивостями згаданих мінералів з приведеного переліку, найменше підходить куприт, а найбільшу ймовірність мають гематит, квасці, червона кров'яна сіль. Чи не був

згаданий Т.Шевченком у повістях мінерал темно-розового кольору із Семиградської землі? Дуже ймовірно. Назва могла, свідомо чи не свідомо, трансформуватися у “семибратську”. Друга половина назви мінералу червоного кольору говорила сама за себе і цьому є підтвердження які ми вже приводили. Можна тільки припускаючи констатувати, що семибратська кров це знахарський лікувальний середник у вигляді твердої речовини мінерального походження із, скоріш за все, Трансільванії (Семиградської землі) або настойки, який за хімічною будовою міг бути гематитом (Fe_2O_3), квасцем або червоною кров'яною сіллю ($K_3[Fe(CN)_6]$) чи сумішшю цих гірських мінералів, який пропонувався як панацея.

Один раз у повісті “Наймичка” згаданий нашатирний спирт (Solutio Ammonii caustici 10%) як медикамент, різким запахом якого приводили до тями [9.-Т.3.-С.266]. Рефлекторний збуджуючий вплив препарату на дихальний центр через рецептори верхніх дихальних шляхів й сьогодні використовується як засіб швидкої допомоги для збудження дихання і приведення хворого до тями [5.-Т.1.-С.354-355]. Загальне слова “лекарство”, як засіб для лікування хворого, без конкретизації якого саме, Т.Шевченком вжито у творах вісім разів, а ще у двох випадках вжито у переносному значенні [7]. Без деталізацій по одному разу вжито слова “медикамент” [9.-Т.3.-С.77], “слабительное” [9.-Т.5.-С.22], “микстура” [9.-Т.5.-С.186].

Висновки:

1. У художніх творах Т.Г.Шевченка лікарі застосовували сучасні їм препарати у відповідності до медичної практики XIX ст.

2. В російських повістях Т.Г.Шевченком частіше згадані лікарські рослини з народних методів лікування запалення горла і верхніх дихальних шляхів.

3. В середині XIX ст. знання про більшість хвороб були недостатні, а їхнє лікування носило емпіричний характер.

Література.

1. Болтарович З.Є. Народна медицина українців. -К.:Наукова думка,1990.-229 с.
2. Гончаров А.И., Корнилов М.Ю. Справочник по химии К.:Вища школа,1977.- 301 с.
3. Дарабан Е.В. Готовые лекарственные средства. -К.:Здоров'я, 1976.-С.291.
4. Кархут В.В. Ліки навколо нас. -К.:Здоров'я, 1978.-229 с.
5. Машковский М.Д. Лекарственные средства. -М.:Медицина, 1986.-Т.І. -624 с.
6. Попов О.П. Лікарські рослини в народній медицині. -К.: Здоров'я,1965.-344 с.
7. Словарь языка русских произведений Шевченко. В двух томах. -К.:Наукова думка,1985.-Т.І.-754 с.; Т.ІІ.-747 с.
8. Харченко М.С., Карамішев А.М., Сила В.І., Володарський Л.Й. Лікарські рослини і їх застосування. -К.:Здоров'я,1982.-230 с.
9. Шевченко Тарас. Твори у п'яти томах. -К.:Дніпро,1984-1985.
10. Энциклопедический словарь Изд.Ф.А.Брокгауз, И.А.Ефрон. -С.Петербург.: Издательское дело,1901.-Т.XXXIIIА.-С.699,701.
11. Vardiniai receptal. Авторские и рецептурные прописи. Vilnius,1965.-С.28.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПРОПИСИ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ Т.Г.ШЕВЧЕНКО

И.Б.Марцинковский

В работе уточняются лечебные средства которые применялись официальной и народной медициной в середине XIX века и упоминаемых в произведениях Т.Г.Шевченко. На основании позиций современной науки дана их фармакологическая характеристика.

MEDICAMENTAL PRESCRIPTIONS IN THE WRITINGS OF CHEVCHENKO T.G.

I.B.Martsinkovsky

The work defines more exactly the remedies which were used by official and folk medicine in the middle of 19 century and mentioned in the writings of Chevchenko T,G. Their pharmacological characteristics was given on the basis of position of modern science.