ВІСНИК

СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

- ЮВІЛЕЇ
- ЗДОРОВ'Я І СУСПІЛЬСТВО
- МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
- ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
- ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
- МЕДИЧНІ КАДРИ
- ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ
- ДИСКУСІЇ

1/2007

ДО ВІДОМА АВТОРІВ!

Редакція журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров`я України” інформує, що у зв`язку з прийняттям постанови президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. №7-05/1 “Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України”, до розгляду з приводу надрукування в журналі будуть прийматися тільки ті статті, які відповідають вимогам нижченаведеної постанови.

Бюлетень ВАК України, №1, 2003

Атестаційний процес: нормативна база

ПРО ПІДВИЩЕННЯ ВИМОГ ДО ФАХОВИХ ВИДАНЬ, ВНЕСЕНИХ ДО ПЕРЕЛІКІВ ВАК УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА
ПРЕЗИДІЇ ВИЩОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ УКРАЇНИ
від 15.01.2003 №7-05/1

Необхідною передумовою для внесення видань до переліку наукових фахових видань України є їх відповідність вимогам пункту 7 постанови президії ВАК України від 10.02.1999 р. №1-02/3 “Про публікації результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук та їх апробацію”. Однак окремі установи-засновники таких видань не дотримуються вимог до складу редакційної колегії видань, не організовують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. № 16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв`язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.
2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.
3. Редакційним колегіям організувати належне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов‘язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 році та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв‘язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв‘язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.
4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційних робіт зарахувати статті, подані до друку, починаючи з лютого 2003 року, як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п.3 даної постанови.
5. Встановити обов‘язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.
6. Зобов‘язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 року надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.
7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 року аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

Голова ВАК України **В.В.Скопенко**
Вчений секретар ВАК України **Л.М.Артюшин**

Óêðà¿íñüêèé ³íñòèòóò ãðîìàäñüêîãî çäîðîâ'ÿ
Òåðíîï³ëüñüêèé äåðæàâíèé ìåäè÷íèé óí³âåðñèòåò
³ì. ².ß. Ãîðáà÷åâñüêîãî

ВІСНИК СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ÙÎÊÂÀÐÒÀËÜÍÈÉ ÍÀÓÊÎÂÎ-ÏÐÀÊÒÈ×ÍÈÉ ÆÓÐÍÀË

1

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

BULLETIN OF SOCIAL HYGIENE AND HEALTH PROTECTION ORGANIZATION OF UKRAINE

QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ – Тернопіль
"Укрмедкнига"
2007

Свідоцтво про державну реєстрацію серія КВ № 374 від 23.03.99

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.Я. Панчишин (*відповід. секретар*), М.Є. Поліщук, А.М.Сердюк, Г.О. Слабкий (*заст. головного редактора*), І.М.Солоненко, А.Р.Уваренко, А.О.Шелюженко

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.І.Агарков (*Донецьк*), 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*), 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 №57 від 26.01.2007 р.)

Передплатний індекс – 22867

©Український інститут громадського здоров'я,
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського, 2007

ЗМІСТ

CONTENT

Ювілей науково-дослідної установи

Anniversary of scientific-research establishment

В.М. Пономаренко, Ю.О. Гайдаєв. Наукова діяльність Українського інституту громадського здоров'я МОЗ України. 5

V.M. Ponomarenko, U.O. Gaydaev. Scientific activity of the Ukrainian Institute of Public Health.

Здоров'я і суспільство

Health and society

В.М. Пономаренко, В.Й. Шатило. Парентеральні вірусні гепатити як важлива медико-соціальна проблема (аналітичний огляд наукової літератури). 12

V.M. Ponomarenko, V.I. Shatylo. Parenteral virus hepatitis as a medical-and-social problem (the analytical reviw of the scientific literature).

О. Олексієнко Система прогнозування пригранічної гіпертонії та гіпертонічної хвороби у молоді 22

O.Oleksienko. System of forecasting of a boundary hypertonia and idiopathic hypertensias among youth

Л.А. Чепелевська, Р.О. Моісеєнко, Г.І. Баторшина, О.В. Любінець, О.О. Нежинська. Регіональні особливості смертності населення України. 25

L.A. Chepelevska, R.A. Moiseenko, A.I. Batorshina, O.V. Lubynets, E.A. Nezhynska. Regional features of mortality of the Ukrainian population.

В.І. Агарков, І.І. Грищенко, О. О. Семикоз, Г.К. Северин, В.В. Ніколаєнко. Закономірності й особливості виникнення, поширення цереброваскулярних хвороб, інсультів серед населення сучасного Донбасу. 29

V.I. Agarkov, I.I. Grishchenko, O.O. Semikoz, G.K. Severin. V.V. Nikolaenko. Brainvascular deceases' and insults: regularities and peculiarity of emergence and spreading among the population of modern Donbass.

Г.К. Северин. Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення населення Донецької області за останнє десятиріччя. 36

G.K. Severin. Dynamics of morbidity malignant neoplasm the population of Donetsk oblast for last decade.

Л.М. Бєлєнська, Б.Л Подлужний, С.М. Янченко. Деякі питання щодо ставлення медичних працівників до проблеми ВІЛ/СНІДу. 42

L.N. Belenska, B.L. Podluzhny, S.N. Janchenko. Some questions of the attitude of medical workers to problem HIV/AIDS.

В.Ф. Марієвський, В.П. Маркович, М.М. Балко, І.М. Рогач. Роль дератизації в профілактиці лептоспірозу на прикладі ліквідації наслідків повеней в Закарпатській області. 46

V.F. Mariyevskiy, V.P. Markovich, M.M. Valko, I.M. Rogach. The role of deratization in prophylaxis of leptospirosis citing as an example of liquidation of catastrophically high floods' consequences in Transcarpathian region.

Методологічні підходи в системі охорони здоров'я

Health Care System Management

М.П. Гребняк, О.Б. Єрмаченко, В.В. Машиністов, В.Б. Сиротенко. Методологічні основи соціально-гігієнічного моніторингу. 48

N.P. Grebnjak, O.B. Ermachenko, V.V. Mashinistov, V.B. Sirotenko. Methodological bases of social - hygienic monitoring.

Р.Й. Василишин, Я.С. Березницький. Класифікатор хірургічних операцій. 53

R.I. Vasilishin, J.S. Bereznitskij. The qualifier of surgical operations.

Організація медичної допомоги

Organization of Medical Care Provision

А.О. Голяченко. Медична реабілітація в Україні: досягнення і проблеми. 57

A. Goljachenko. Medical rehabilitation in Ukraine achievement and problemz

Г.О. Слабкий, О.В. Шевчук. Деякі питання організації реабілітації дітям з церебральними паралічами (аналітичний огляд). 62

В.М Лехан, А.В. Іпатов. Характеристика якості медичного обслуговування хворих в період до встановлення інвалідності. 65

В.М. Лехан, В.В. Волчек, І.В. Тищенко. Результати соціологічного дослідження думки лікарів та організаторів охорони здоров'я щодо актуальних питань розвитку стаціонарних закладів. 71

Б.Л. Подлужний, В.Г. Панченко. Сучасні міжнародні підходи до організації паліативної допомоги (аналітичний огляд). 74

О.Ф. Гаврилюк. Потреба сільських жителів в доступній стаціонарній допомозі. 81

О.А. Канюра. Медично-соціологічна оцінка організації стоматологічної допомоги дитячому населенню. 84

В.Д. Чопчик. Концептуальні напрямки оптимізації стоматологічної допомоги в поліклінічних комунальних закладах. 86

Правове забезпечення охорони здоров'я

О.М. Орда, В.М. Пономаренко, В.С. Швецов, В.М. Бодак, С.В. Істомін. Проблеми нормативно-правового забезпечення контрактних державних закупівель медичних послуг. 92

Медичні кадри

В.М. Богомаз, Н.М. Лелюх. Проблеми підготовки лікарів до надання страхових медичних послуг. 96

Історія медицини

О.М. Ціборовський. Перші кроки до становлення системи охорони здоров'я в незалежній Україні. 102

Дискусії

В.М. Пономаренко, Г.А. Слабкий, Е.А. Дудина, О.А. Валиев. Подходы к организации процесса адаптации клинических рекомендаций / медицинских стандартов в системе здравоохранения Украины. 109

G.O. Slabkiy, O.B. Shevchyuk. Some questions of the organization of children rehabilitation suffering on cerebral paralyses (analytical review).

V.N. Lehan, A.V. Ipatov. Characteristics of quality of medical service given to the patients during the period up to an establishment of disability.

V.M. Lekhan, V.V. Volchek, I.V. Tishchenko. Results of sociological research of opinion of doctors and health care organizers in relation to the actual questions of development of in-patient departments.

B.L. Podluzhnyj, V.G. Panchenko. Modern international approaches to the organization of the palliative aid (analytical review).

A. F. Havriljuk. Demand rural people in department care.

O.A. Kanjura. Medical and sociological estimation of stomatologic aid organization to the children's population.

V.D. Chopchik. Conceptual directions of optimization of service in communal stomatology polyclinic.

Legal provision of public health

O.N. Orda, V.S. Shvetsov, V.M. Bodak, S.V. Istomin. Problems of normative-legal ensuring of contract state purchases of medical services.

Medical Profession's Manpower

V.M. Bogomaz, N.N. Lelyukh. Problems connected with preparation of doctors for rendering insurance medicine services.

History of Medicine

O.M. Tsiborovsky. First steps of becoming of public health system in independent Ukraine (the period of Central Council).

Discussions

V.M. Ponomarenko, G.A. Slabky, E.A. Dudina, O.A. Valiev. Approaches to the organization of process of adaptation of clinical recommendation / medical standards in public health system of Ukraine.

УДК 614.2:001.891

В.М. ПОНОМАРЕНКО, Ю.О. ГАЙДАЄВ (Київ)

НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ УКРАЇНСЬКОГО ІНСТИТУТУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

В основу наукової діяльності Українського інституту громадського здоров'я МОЗ України покладено обґрунтування пріоритетних завдань розвитку національної системи охорони здоров'я та шляхів їх реалізації для забезпечення кожного громадянина України доступною, своєчасною та якісною медичною допомогою, наближення її до світових стандартів, збереження трудового та інтелектуального потенціалу нації. Відповідно до цього основними напрямами діяльності інституту стали: моніторинг та прогнозування показників стану здоров'я населення України, науковий аналіз факторів, що на нього впливають; обґрунтування потреби населення в медичній та медико-соціальній допомозі, визначення їх фактичних обсягів; дослідження закономірностей розвитку системи профілактики хвороб і формування здорового способу життя; наукове обґрунтування та розробка питань організації і управління, формування і супроводження державних та галузевих програм розвитку охорони здоров'я; наукове обґрунтування розвитку нормативно-правового забезпечення; дослідження економічних проблем, медичного страхування; інформаційне забезпечення системи охорони здоров'я; розробка науково-теоретичних підходів до створення стандартів медичних технологій та впровадження принципів науково-доказової медицини.

На замовлення МОЗ України інститут виконує науково-дослідні роботи за пріоритетними напрямами розвитку медичної науки та потребами практичної охорони здоров'я. Протягом п'яти років завершено 28 науково-дослідних прикладних та фундаментальних робіт (рис. 1).

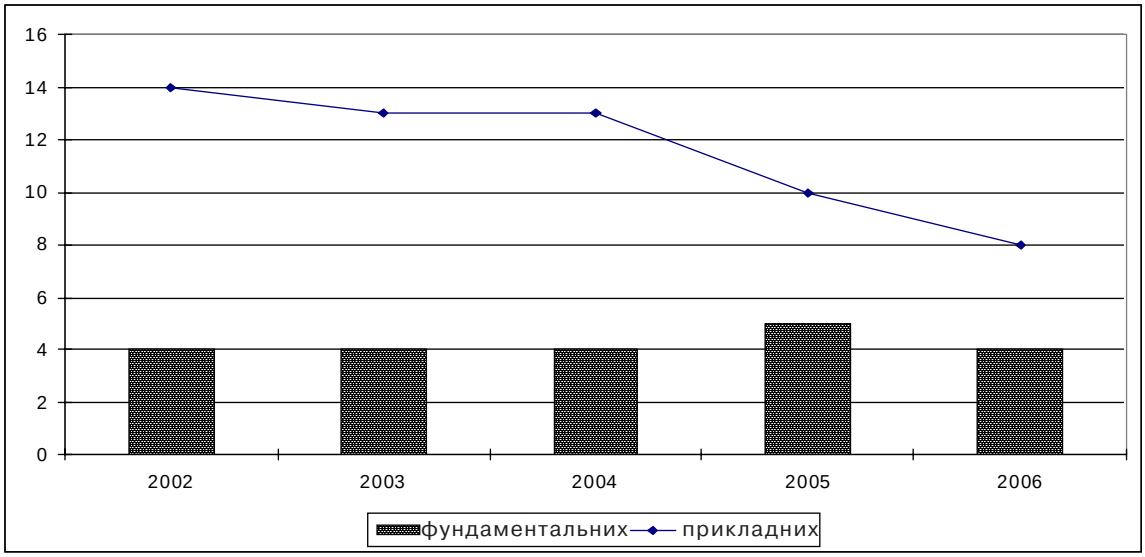

Рис. 1. **Динаміка кількості науково-дослідних робіт, що виконувалися в інституті у період 2002–2006 рр.**

Наукова тематика інституту виконується у співробітництві з органами законодавчої та виконавчої влади, науково-дослідними, навчальними і практичними установами охорони здоров'я. Налагоджено співпрацю з Комітетом Верховної Ради з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства, Кабінетом Міністрів України, Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством економіки та з питань Європейської інтеграції України, Міністерством освіти та науки України, Національною медичною академією післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика; більш ніж 30 профільними науково-дослідними інститутами МОЗ та АМН України і вищими медичними навчальними закладами.

© В.М. Пономаренко, Ю.О. Гайдаєв, 2007

Наукові розробки з формування нормативно-правової бази охорони здоров'я проводяться у співпраці з Кабінетом Міністрів України, Академією правничих наук, Національним медичним університетом ім. О.О. Богомольця.

Інститут проводить значну роботу з підготовки наукових кадрів, як докторів, так і кандидатів наук. За десятирічний період під керівництвом науковців інституту виконано 5 докторських та 24 кандидатські дисертації; 24 дисертації, в т.ч. 4 докторські та 20 кандидатських, виконуються в теперішній час (рис. 2).

Рис. 2. **Підготовка наукових кадрів**

Серед дисертантів інституту такі відомі організатори охорони здоров'я, як В.В. Єлагін, З.М. Парамонов, Ю.А. Хунов, В.Й. Шатило, А.В. Степаненко та ін.

Наукові співробітники Українського інституту громадського здоров'я МОЗ України є членами спеціалізованих рад Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця та Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика за спеціальністю 14.02.03 "Соціальна медицина".

Інформацію про результати наукової діяльності співробітників інституту викладено у монографіях, підручниках, посібниках, наукових статтях, методичних рекомендаціях тощо (табл. 3).

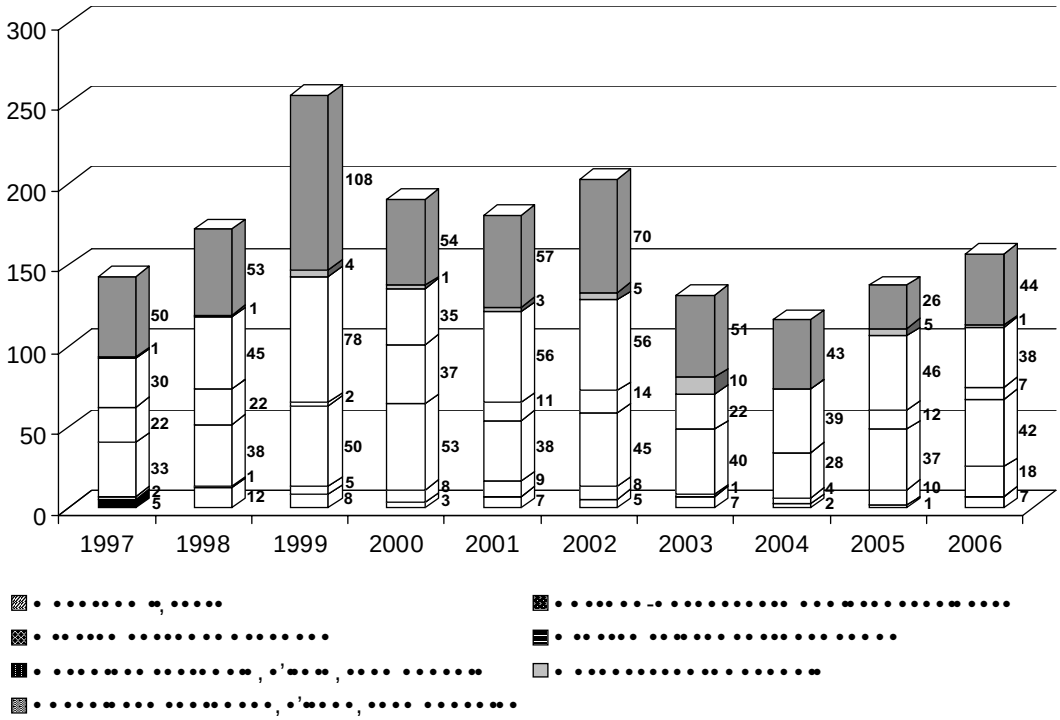

Рис. 3. **Науково-видавнича діяльність інституту**

Науковці інституту протягом 10 років готують "Щорічну доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію". Дане видання містить аналіз сучасних особливостей і тенденцій стану здоров'я населення України та впливу на нього комплексу чинників, оцінку діяльності закладів охорони здоров'я. Крім того, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України є співзасновником 4-х журналів: "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України", "Современная педиатрия", "Здоровье женщины", "Україна. Здоров'я нації".

Основні результати діяльності інституту за науковими напрямами такі.

Обґрунтування і розробка питань організації та управління охороною здоров'я, формування і супроводження програм реформування галузі, аналіз стану здоров'я, демографічних показників

Співробітниками інституту та за їх участю розроблено Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України та заходи щодо її виконання, Міжгалузеву комплексну програму "Здоров'я нації" і заходи МОЗ України та АМН України щодо її виконання, Концепцію та Програму розвитку сімейної медицини, Тимчасові уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України, Концепцію та Програму державної політики у сфері здійснення контролю над тютюном, Програму інтеграції України до Європейського Союзу в галузі охорони здоров'я, Комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в системі охорони здоров'я, Концепцію інформаційного забезпечення сімейного лікаря тощо.

Інститутом проведено значну роботу з розробки української версії Міжнародної класифікації хвороб та споріднених проблем Десятого перегляду в трьох томах, розроблено статистичні форми первинної медичної облікової документації та інструктивні матеріали щодо їх застосування (сім альбомів – понад 450 форм).

Опрацьовано і впроваджено удосконалені та нові статистичні форми обліку та критерії оцінки надання ПМСД на засадах сімейної медицини. Обґрунтовано концептуальні підходи та комплексний план інформаційного забезпечення процесів управління закладами (підрозділами) сімейної медицини на різних рівнях. Визначено основні параметри медичних баз даних АРМ лікаря загальної практики на основі дослідження документопотоків. Проведено аналіз стану надання ПМСД міському та сільському населенню на засадах сімейної медицини, розроблено і розповсюджено інструкцію про здійснення моніторингу її впровадження в усіх регіонах. Проводяться консультації працівників обласних (міських) управлінь охорони здоров'я, відділень медичної статистики, сімейних лікарів, науковців з цих питань. Розроблено методичні підходи та схеми перерозподілу обсягів надання медичної допомоги між фахівцями і закладами первинного, вторинного та третинного рівнів в умовах переходу до сімейної медицини.

Здійснено аналіз нормативно-правових засад для реструктуризації системи медичної допомоги, розроблено пакет нормативно-правових документів, інструктивно-методичних рекомендацій та нових статистичних форм для проведення експертних оцінок щодо реструктуризації основних видів спеціалізованої медичної допомоги.

Обґрунтовано методичні підходи до розробки стандартів госпіталізації населення в лікарняні заклади. Здійснено медико-соціологічне дослідження щодо ставлення медичних працівників та населення до різних форм медичної допомоги на догоспітальному етапі.

Розроблено методичні підходи до формування систематизованого набору показників щодо оцінки обсягів, якості та ефективності діяльності сімейного лікаря з надання акушерсько-гінекологічної, педіатричної допомоги та сучасні функціональні моделі надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини відповідним контингентам населення.

Триває щоквартальний, щопівріччний, щорічний моніторинг за переліком інтегральних показників стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я адміністративних територій, визначених у наказі МОЗ України від 31.05.2002 р. №197 "Про рейтингову оцінку стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я".

Розроблено методичні рекомендації: "Методика розрахунку основних інтегральних показників рейтингової оцінки закладів охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, областей України, міст Києва та Севастополя", щорічно видаються бюлетені "Рейтингова оцінка інтегральних показників стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, областей України, міст Києва та Севастополя".

Науково обґрунтовано і розроблено програму комплексних досліджень стану здоров'я,

приурочених до переписів населення. Розроблено і впроваджено комп'ютерні програми аналізу даних про стан здоров'я, звертання в ЛПЗ, медичні огляди, медико-соціологічні дослідження. Розроблено методичні рекомендації "Організація та проведення медичних оглядів у комплексному вивченні здоров'я, приуроченому до Всеукраїнського перепису населення 2001 р.", "Методика дослідження стану здоров'я за даними звертань у лікувально-профілактичні заклади", "Методика комплексної обробки матеріалів вивчення стану здоров'я населення на основі сучасних комп'ютерних технологій".

Зібрано, проаналізовано інформацію за 110 статистичними показниками виконання політики ЗДВ в Україні в різні роки. Здійснено оцінку впровадження принципів Європейської політики ЗДВ в охорону здоров'я України та розроблено пропозиції щодо удосконалення моніторингу ЗДВ.

Проаналізовано соціально-економічні аспекти смертності населення від нещасних випадків, травм та отруєнь, виявлено кореляційну залежність рівня смертності від зовнішніх причин з соціально-економічними факторами, такими як: середньомісячна заробітна плата, рівень безробіття, ресурсне забезпечення системи охорони здоров'я. Проведено аналіз медико-демографічної ситуації в Україні, закономірностей та особливостей смертності залежно від регіону, адміністративно-територіальної одиниці, віку, статі, причин смерті, місця проживання.

Дослідження економічних проблем охорони здоров'я та медичного страхування

Здійснено оцінку найбільш важливих елементів економічного механізму для вирішення проблем реорганізації в охороні здоров'я.

Розроблені пропозиції щодо удосконалення формульного підходу до визначення обсягів видатків на охорону здоров'я, опрацювання механізму державного замовлення на надання медичної допомоги.

Запропоновано схему реформування механізму фінансових відносин за участю територіальних громад, на рівні яких можуть залучатися на солідарній основі додаткові обсяги фінансування.

Запропоновано модель удосконалення механізму господарської діяльності суб'єктів охорони здоров'я на основі принципу контрактних відносин. Доведена необхідність інтенсивного відтворення матеріально-технічної бази охорони здоров'я.

Розроблено і науково обґрунтовано застосування коефіцієнту відносної вартості затрат на надання медичних послуг згідно зі статево-віковою структурою населення (Kpj) для удосконалення формульного підходу при формуванні бюджетів усіх рівнів. Розроблено методичні рекомендації "Формування та економічне обґрунтування регіональних програм надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги", "Розробка державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я (гарантований рівень медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я)".

Науково обґрунтовано введення до Формули розподілу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним та місцевими бюджетами показника додаткового обсягу видатків місцевих бюджетів для медикаментозного забезпечення лікувального процесу.

Систематизовано фактори та опрацьовано концептуальні засади формування кадрової політики. Визначено основні її напрями у сфері планування та використання наявної чисельності кадрових ресурсів, з виявленням структурних диспропорцій та шляхів їх подолання; напрями удосконалення системи підготовки, перекваліфікації та оцінки якості медичних кадрів (атестація, сертифікація тощо).

Розроблено наукові підходи до схеми формування державної кадрової політики в закладах охорони здоров'я з урахуванням ринкових відносин, пріоритетного розвитку медичної допомоги на засадах сімейної медицини, впровадження нових ефективних медичних технологій.

Законодавче і нормативно-правове забезпечення управління галуззю охорони здоров'я

За цим напрямом здійснюється законодавче і нормативно-правове регулювання забезпечення соціальних та особистих прав людини у сфері охорони здоров'я.

Науково обґрунтовано пропозиції та рекомендації щодо законодавчого забезпечення різних соціальних груп населення з урахуванням положень нормативно-правових актів ЄС та Ради Європи з питань охорони здоров'я.

Створено нормативно-правову базу з питань охорони здоров'я (закони, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України) за період 1991–2002 рр. та проведено її аналіз на відповідність нормам і стандартам ЄС.

Сформовано базу міжнародних законодавчих актів та стандартів ЄС стосовно сфери охорони здоров'я.

Продовжено формування базових інформаційно-пошукових систем законодавства України та Європейського Союзу щодо нормативно-правового регулювання в охороні здоров'я, підготовлено проекти висновків щодо чинних нормативно-правових актів на їх відповідність нормам європейського медичного права, розроблено проекти змін та доповнень до чинних актів законодавства, проведено експертизу нормативно-правових актів за методикою порівняльного аналізу та порівняння відповідних правових механізмів.

Визначено інформаційно-правові потреби керівників медичних закладів. Обґрунтовано пріоритетні шляхи вдосконалення інформаційно-правового забезпечення фахівців у галузі охорони здоров'я, змін до існуючого законодавства та розробки нових законодавчих актів.

Визначено стан відповідності європейському законодавству нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я, орієнтованих за правовою сутністю на перерозподіл повноважень на різних рівнях управління охороною здоров'я, забезпечення захисту прав пацієнтів, розвиток самоврядування закладів охорони здоров'я.

Інститут брав участь у проведенні експертизи 648 нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я, у тому числі на відповідність європейському законодавству.

Визначено характер та черговість нормативно-правових і практичних заходів щодо реформування системи охорони здоров'я. Підготовлено проекти Законів України: "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я", "Про лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування населення".

Контроль якості лікування та розвитку національних стандартів

Науково обґрунтовані методичні підходи до розробки протоколів надання медичної допомоги та визначені основні принципи розробки систематизованого класифікатора протоколів.

Відповідно до запропонованої методології розроблено державні соціальні стандарти надання медичної допомоги дорослому населенню за 27 профілями лікарських спеціальностей. Обґрунтовано вимоги до створення класифікатора протоколів надання медичної допомоги; визначено методологію їх впровадження. Проведено моніторинг за розробкою протоколів надання медичної допомоги населенню та науково-експертну оцінку проектів протоколів надання медичної допомоги за профілями лікарських спеціальностей. Клінічні протоколи, розробку яких завершено, затверджено відповідними наказами МОЗ України (всього 26 наказів).

Основні результати діяльності з цього напрямку:

- запропоновано методологію розробки державних соціальних стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів;
- організовано та забезпечено розробку державних соціальних стандартів надання медичної допомоги населенню в амбулаторно-поліклінічних умовах за 59 профілями та в стаціонарних умовах – за 56 профілями;
- забезпечено розробку клінічних протоколів за 32 профілями надання медичної допомоги населенню;
- проведено моніторинг за впровадженням державних соціальних стандартів у лікувально-профілактичних закладах України;
- взято участь в реалізації проекту Європейського союзу "Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні", результатом якого є відкриття центру розробки національних медичних стандартів та тренінгового центру доказової медицини;
- здійснено підготовчу роботу щодо вступу України до Європейської організації з контролю якості медичної допомоги.

Профілактична діяльність

Розроблено проект моделі обсягу та якості надання профілактичної допомоги дорослому населенню, спрямований на збереження та зміцнення індивідуального потенціалу здоров'я, попередження виникнення та розвитку хронічних неінфекційних захворювань; розроблено Інструкцію до моделі та підготовлено макети галузевих обліково-звітних форм установ первинної медико-санітарної допомоги щодо профілактичної роботи.

Визначено методичні підходи та розроблено графічну схему алгоритму моделі надання медичної допомоги за профілактичними технологіями в амбулаторно-поліклінічних закладах. Розроблено доповнення до переліку практичних навичок, якими повинен володіти сімейний лікар, дільничний терапевт щодо профілактичної роботи та гігієнічного виховання населення.

Розроблено алгоритм аналізу змісту підготовки дільничних терапевтів/сімейних лікарів з питань формування здорового способу життя в закладах післядипломної освіти та проаналізовано типову програму та тести комп'ютерного контролю за фахом "Загальна практика/сімейна медицина" на предмет перевірки знань сімейних лікарів другої, першої, вищої кваліфікаційних категорій та лікарів-інтернів щодо формування здорового способу життя і гігієнічного виховання населення.

Розроблено методику короткочасних втручань (інтервенції) з питань кореляції способу життя для дільничних терапевтів/сімейних лікарів під час прийому пацієнтів. Розроблено методичні рекомендації для лікарів загальної практики/сімейних лікарів і дільничних терапевтів "Організація, методика та зміст пропаганди здорового способу життя з метою профілактики артеріальної гіпертензії" (за результатами спеціальних обстежень понад 1700 осіб). Здійснено оцінку висвітлення питань профілактики артеріальної гіпертензії та пов'язаних з нею проблем на основі контент-аналізу преси. На основі соціологічних досліджень визначено ставлення дільничних/сімейних лікарів до питань первинної профілактики артеріальної гіпертензії.

Інформаційне забезпечення системи охорони здоров'я

Досліджено стан впровадження телемедичних технологій у країнах СНД, проаналізовано концепції і програми з телемедицини, які затверджені за останні роки.

Розроблено проекти Концепції Державної програми інформатизації охорони здоров'я України на 2006–2010 роки та Програми інформатизації охорони здоров'я України на 2006–2010 роки, складено паспорт Програми; Державної цільової програми "Телемедицина в Україні", складено паспорт Програми.

Обґрунтовано вимоги до типових баз знань та їх структури. Створено методологічну та інформаційно-програмну базу у вигляді групового програмного забезпечення для подальшого розвитку процесів інформатизації охорони здоров'я. Обґрунтовано архітектуру взаємодії систем телемедицини в єдиному інформаційно-медичному просторі. Розроблено макети програмного забезпечення: розрахунку рейтингів діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я адміністративних територій; інтелектуалізації процесів документообігу інформаційно-консультативної системи; аналізу та моніторингу стану здоров'я населення України в інформаційно-аналітичній системі.

Розроблено галузеві статистичні форми з інформатизації щодо розвитку телемедичних технологій для закладів охорони здоров'я та зведену форму для обласних органів управління охороною здоров'я України.

Розроблено регламент організації та проведення відкладених телемедичних консультацій і необхідний для цього перелік документів.

Завершено розробку автоматизованої програми збору, обробки та узагальнення інформації про стан виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" та розроблено інструкцію користування нею.

Розроблено та апробовано галузеву форму оперативної звітності з інформатизації регіонів України.

Удосконалення системи управління медичною наукою

Розроблено Рубрикатор та визначено пріоритетні напрями наукових досліджень з соціальної медицини. Визначені самостійні системи (підсистеми) вищого і середнього рівнів управління соціально-гігієнічними дослідженнями та їх функціональні завдання. Розроблено інформаційний лист "Сучасний ступінь розвитку та пріоритетності напрямів з соціальної медицини як критерій їх планування та виконання".

Здійснено оцінку технологій планування наукових досліджень, оцінку організації наукового процесу у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах і закладах післядипломної освіти та впровадження наукових результатів у практику охорони здоров'я. Проаналізовано існуючу систему планування НДР у галузі, використання програмно-цільового та проблемно-тематичного принципів планування наукових досліджень, системи конкурсного відбору НДР на пріоритетне фінансування на основі експертних оцінок.

Запропоновано систему експертної оцінки НДР, що плануються, та результатів наукових досліджень. Розроблено науково-обґрунтовані пропозиції щодо удосконалення організації наукового процесу в медичних вузах.

Забезпечення науково-методичного моніторингу виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки

Здійснено розробку автоматизованої уніфікованої програми збору, обробки та узагальнення інформації про стан виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації на" 2002–2011 роки (далі Програма), створено відповідну базу даних.

Щорічно здійснюється аналіз стану виконання Програми за 8 методологічно-поєднаними блоками: основні складові державної політики системи охорони здоров'я в сучасних соціально-економічних умовах України; здоров'я різних верств населення; захворюваність населення на найбільш поширені хвороби; організація медико-соціальної допомоги; фінансове, кадрове, медикаментозне та технічне забезпечення системи охорони здоров'я; діяльність санітарно-епідеміологічної служби; профілактична спрямованість та формування здорового способу життя; інформатизація та наукове забезпечення охорони здоров'я.

Проведено коригування переліку якісних та кількісних показників з одиницями їх виміру та характеристиками щодо виконання відповідних заходів Програми МОЗ та АМН України, 16 міністерствами, 11 державними комітетами. Розроблено механізм зняття з контролю заходів Програми, термін виконання яких закінчився у 2002–2003 рр. Розроблено та удосконалено інструкцію з підготовки інформації про стан виконання пунктів Програми всіма її виконавцями.

За результатами виконання НДР у 2006 р. проведено Національну науково-практичну конференцію "Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки – крок до реформування галузі". Досвід виконання даної Програми узагальнено в двох монографіях.

Історія медицини

Виявлено особливості становлення соціальної медицини в Україні, охарактеризовано процес формування поняття "соціальна медицина", його трансформацію в процесі історичного розвитку, обґрунтовано періодизацію розвитку соціальної медицини в Україні і світі. Дано характеристику джерел соціальної медицини в Україні XIX ст., становлення медичної освіти в університетах України, розвитку земської та інших форм громадської медицини. Вивчено роль українських соціальних медиків, демографів, статистиків у створенні перших кафедр соціальної гігієни, демографічної та санітарної статистики.

Міжнародна діяльність

Інститут тісно співпрацює зі штаб-квартирою ВООЗ у Женеві, Європейським регіональним бюро ВООЗ, є учасником виконання міжнародних проектів та програм, у тому числі проектів Ради Європи, міжнародних проектів ВООЗ "Міста Здоров'я", "Європа без тютюну", CINDI, "Здоров'я для всіх", "Обстеження стану здоров'я населення за допомогою опитувань" (EuroHIS), програми "TACIS".

Директор інституту є національним координатором міжнародного проекту "Міста Здоров'я" та програми EuroHIS, зокрема щодо стратегії діяльності, ознайомлення з досвідом роботи міст здоров'я інших країн. Проведено організаційно-методичну роботу щодо створення системи регулярної оцінки здоров'я та якості життя населення України, адаптованої до європейської програми EuroHIS. Здійснено польове випробування міжнародного уніфікованого опитувальника, який запропонований ВООЗ для даної Програми, з метою його адаптації до умов України.

Партнерами інституту є Канадське товариство міжнародного розвитку, Агенція США з міжнародного розвитку (USAID), Представництво мережі EASTNET, Міжнародний союз "Здоровий спосіб життя та його пропагування", Університет штату Айова США.

Для інформування міжнародної спільноти про діяльність інституту, результати його наукових розробок, стан охорони здоров'я в Україні та її реформування створено Web-сторінку.

Таким чином, соціально-гігієнічний моніторинг проблем охорони здоров'я, що здійснюється в Українському інституті громадського здоров'я МОЗ України, дає змогу постійно удосконалювати систему організації та управління галуззю, надання медичної та медико-соціальної допомоги з урахуванням медико-демографічних, соціально-економічних, організаційно-структурних особливостей, які змінюються.

Перспективи

Згідно з основними напрямами державної політики у сфері охорони здоров'я, науковцями інституту опрацьовано і обґрунтовано пріоритетні напрями наукових досліджень з соціальної медицини та управління охороною здоров'я в Україні. Основні з них:

- розробка нових інформаційних технологій, створення єдиного інформаційного простору в галузі та пов'язане з цим реформування вищої медичної освіти та реорганізація медичної допомоги населенню;
- формування системи забезпечення якості медичної допомоги;
- забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я та удосконалення правової бази галузі;
- запровадження міжвідомчої та міжгалузевої системи управління для координації діяльності галузі з метою збереження та зміцнення здоров'я населення;
- розробка сучасних положень та заходів зміцнення здоров'я населення шляхом формування здорового способу життя, вдосконалення роботи центрів здоров'я та санітарно-просвітницької діяльності, розвиток міжнародного співробітництва з цього питання.

Для забезпечення подальшого розвитку медичної галузі необхідно тісне спілкування і співробітництво організаторів охорони здоров'я України для обговорення, визначення і взаємоузгодження пріоритетних комплексних наукових досліджень, для підняття рівня наукових розробок та професіоналізму фахівців з проблеми соціальної медицини, тому одним з найближчих завдань, які стоять перед інститутом, є підготовка та проведення наступного з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я.

УДК 616.36-002.12:364.444(048)

В.М. ПОНОМАРЕНКО, В.Й. ШАТИЛО (Київ, Житомир)

ПАРЕНТЕРАЛЬНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ ЯК ВАЖЛИВА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

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

Парентеральні вірусні гепатити розглядаються Всесвітньою організацією охорони здоров'я як серйозна проблема в суспільній охороні здоров'я, що пояснюється їх глобальним поширенням, часто тривалим і важким перебігом, несприятливими безпосередніми та віддаленими наслідками. Понад 2 млрд населення Землі протягом життя перехворіли в тій чи іншій формі на гепатит В, а більше 400 млн залишилося носіями (антигену вірусу гепатиту В) HBsAg на все життя. Чверть носіїв гепатиту В помирає від негативних наслідків цієї хвороби в майбутньому. Кількість інфікованих гепатитом С становить близько 1 млрд чоловік.

За частотою ураження населення вірусні гепатити посідають друге місце після грипу та гострих респіраторних захворювань, переважаючи їх значно за тривалістю, тяжкістю перебігу, не кажучи про схильність до затяжного, рецидивного розвитку з формуванням хронічного патологічного процесу [19;67].

Щорічно у світі від цієї патології помирає близько 2 млн людей, з них 100 тис. – від блискавичної форми, ще півмільйона – від гострої інфекції, близько 700 тис. – від цирозу та 300 тис. – від карциноми печінки [8;66].

В Європі гепатит С (ГС) є найпоширенішою інфекційною хворобою. В країнах цього регіону зареєстровано більше 10 млн хронічно інфікованих ГС людей. У Росії загальна кількість інфікованих наближається до 5 млн чоловік [79].

Україна за рівнем інфікованості вірусом гепатиту В посідає одне з перших місць в Європі. Основні прояви епідемічного процесу вірусного гепатиту С-інфекції (HCV-інфекції) в Україні, групи підвищеного ризику інфікування, частота реалізації різних шляхів передачі збудника вивчені недостатньо, тому оцінити поширеність ГС в Україні можна лише на підставі окремих наукових розробок [14].

За даними наукової літератури, офіційна реєстрація захворюваності на парентеральні вірусні гепатити (ПГВ) відображає лише невелику частку (до 20%) від загальної кількості захворілих. Тобто в Україні, де щорічно реєструється до 10 тис. нових випадків гепатиту В, сформована значна група населення з різними формами інфекційного процесу, які є нерозпізнаним джерелом збудника інфекції [57].

Особливостями епідеміологічного процесу нині є зростання в етіологічній структурі мікст-гепатитів. "Омолодження" контингенту хворих на тлі широкого поширення наркоманії та невпорядкованих сексуальних зв'язків серед молоді, широка розповсюдженість із схильністю до прогресуючого хронічного перебігу з втратою працездатності та несприятливим прогнозом для життя поставили проблему хронічних парентеральних вірусних гепатитів в Україні в ряд медико-соціальних проблем, вирішення яких потребує обов'язкового використання методів у площині соціальної гігієни з широким залученням відповідних фахівців [11].

Множинність шляхів парентерального механізму передачі збудника ГС визначає існування різних осередків інфекції і груп підвищеного ризику інфікування. На думку вчених, для забезпечення необхідного рівня медико-профілактичної допомоги необхідні подальші дослідження, спрямовані на вивчення поширеності ГС, частоти природних і штучних шляхів передачі вірусу, груп підвищеного ризику інфікування, епідеміологічних паралелей між ГС та ВІЛ-інфекцією тощо [34].

Особливості епідеміологічної ситуації на парентеральні вірусні гепатити В і С. Поширеність вірусного гепатиту В-інфекції (HBV-інфекції) має географічні відмінності. В країнах Північної Європи носіями вірусу є близько 1% населення, тоді як у країнах Південної Азії число носіїв сягає 15% [72;78].

До високоепідемічних районів щодо вірусного гепатиту В належать території світу, де

© В.М. Пономаренко, В.Й. Шатило, 2007

8% населення є HBsAg-позитивними. У цих районах 70–80% популяції мають серологічні докази мікст-інфекції. Майже в усіх випадках інфікування відбувається в перинатальному періоді або в ранньому дитячому віці. В таких регіонах спостерігається високий відсоток смертності від гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК), асоційованої з вірусним гепатитом В [76].

До регіонів із середнім рівнем поширення HBV-інфекції належать території з HBsAg-позитивним населенням 1–7%, а серологічні докази мікст-інфекції мають місце у 10–60% популяції. В таких регіонах інфікування відбувається однаково як у малюковому та ранньому дитячому віці, так і у дорослих. У більшості розвинених країн світу поширення хронічної HBV-інфекції становить не більше 1%, а поширення мікст-інфекцій – 5–7%. У цих регіонах зафіксовано високий ризик інфікування серед дорослого населення. Основні шляхи інфікування – парентеральний і статевий [13].

У зв'язку з особливостями перебігу, поширеності, прогресуючим зростанням очікується, що на початку XXI століття кількість потерпілих тільки від ГС буде більша, ніж від ВІЛ-інфекції, хоча вже зараз число інфікованих HBV як мінімум у три рази більше, ніж ВІЛ-інфікованих.

У США кількість інфікованих досягає 4 млн. Від хронічних уражень печінки, викликаних ГС, у цій країні вмирають близько 810 тис. чоловік на рік [81].

Про значну поширеність ГС свідчать дані, отримані при обстеженні здорової популяції населення, насамперед донорів крові. При обстеженні здорового населення найчастіше антитіла до ГС (анти-HCV) виявлені в Японії (1%) та країнах Південної Європи: Бельгії, Франції, Італії, Іспанії (0,9–1,0%). У Центральній та Північній Європі (Швейцарія, Німеччина, Данія, Скандинавія, Англія) анти-HCV виявляються значно рідше – у 0,23–0,48% здорових осіб, приблизно з такою ж частотою, як у Канаді (0,39%) та США (0,6%) [70].

У різних країнах питома вага частоти післятрансфузійних гепатитів (ПТГ) різна: в Австралії, Фінляндії та Голландії – 5%; у США, Японії, Німеччині – 10%, Іспанії та Італії – 21%. У країнах СНД цей показник менше 10%. Таким чином, значущість різних факторів ризику на виникнення ГС у різних країнах неоднакова. Частота носійства HCV у донорів переважає над частотою носійства HBV. Причому носійство HBV і HCV, яке виявляється у донорів, значно менше за число донорів серед хворих ХВГ В і ХВГ С. Така достовірна різниця свідчить, що в певної кількості донорів при обстеженні на пункті переливання крові маркери вірусів не виявляються, в тому числі, можливо, через те, що у них визначаються не всі необхідні маркери. Для ХВГ В – це наявність маркеру серцевинного антигену (анти-HBcor) при відсутності HBsAg [75].

Для HCV – це може бути така ситуація: донор, будучи вже хворим на гострий гепатит, обстежується у період "серологічного вікна", коли антитіла (анти-HCV) ще не виявляються. Цей період може становити 5–6 тижнів. Крім того, важливо визначення анти-HCV cor імуноглобулін М (JgM), що вказує на реплікацію вірусу [27].

Оскільки основними джерелами інфекції при ГВ є вірусоносії, ряд дослідників припускає територіальний збіг частоти виявлення HBsAg у популяції і рівня захворюваності на гепатит В. Рівень носійства HBsAg у різних областях України визначався за частотою виявлення цього маркера у донорів. Дане припущення є цілком доречним, оскільки з них 98% є безоплатними донорами.

Середні показники рівня HBsAg за 1997–2000 рр. у розрізі областей України показують, що найвищі рівні HBsAg в Одеській, Херсонській областях, тобто на Півдні України, де реєструються високі показники захворюваності. Водночас, повного збігу з територіальним поширенням захворюваності на гепатит В немає. Високий рівень носійства HBsAg зафіксовано серед донорів Вінницької (6,01%), Львівської (3,54%), Закарпатської (2,07%) областей, де захворюваність на вірусний ГВ, яка реєструється, не перевищує 10–15 випадків на 100 тис. населення, що нижче за середній показник по Україні (18,8 на 100 тис. населення) [29;53].

Особистими дослідженнями донорів крові Житомирської області в період 2001–2003 рр. встановлена середня частота виявлення HBsAg у первинних донорів у межах 2,7–4,7%; анти-HCV – 6,9–10,4% [63].

Захворюваність на парентеральний вірусний гепатит В у період 2000–2004 рр. знаходиться в межах 8,3–11,7 на 100 тис. населення, водночас, в окремих містах показник захворюваності досягав рівня 37,6 на 100 тис. населення [64].

Дані офіційної статистики щодо захворюваності на вірусний ГВ в Україні неповні, оскільки вони базуються на реєстрації, головним чином, клінічно виражених гострих жовтяничних форм хвороби. Хворі з безжовтяничними, субклінічними формами гострого ГВ здебільшого залишаються нерозпізнаними. Між тим, за даними літератури, на один випадок гос-

трого ГВ, який протікає з жовтяницею, припадає від 2 до 10 випадків безжовтяничних форм. Недіагностовані хворі на безжовтяничні, субклінічні форми гострого ГВ, латентні форми хронічного ГВ і хронічні вірусоносії є основним джерелом збудника хвороби і слугують тією ланкою, яка підтримує високу інтенсивність епідемічного процесу і поповнює число хворих з хронічними ураженнями печінки [42].

Аналіз факторів, що впливали на епідеміологічний процес ГВ показав, що в певний період статистично достовірно відмічається зростання багатьох показників, що характеризують рівень і інтенсивність медичної допомоги: зростання ліжкового фонду та рівня госпіталізації на 25%, зростання показників надання амбулаторно-поліклінічної допомоги на 42%, значного збільшення показників забезпечення населення лікарями на 60% тощо. Все це сприяло збільшенню показників охоплення медичною допомогою, а значить збільшенню парентеральних втручань: гемотрансфузій, ін'єкцій і т.ін. [4;59].

Показником поширення ГВ в Україні можуть служити дані, отримані при серологічному обстеженні різних груп населення. Кількість хронічних носіїв вірусу ГВ становить понад 1 млн осіб. Частота виявлення серологічних маркерів вірусів гепатиту (HBsAg та анти-HBC) серед донорів крові – 14,5%, пацієнтів лікувальних закладів – 26,8%, хворих на венеричні захворювання – 49,5%, ін'єкційних наркоманів – 77,2%, медичних працівників – 33,3%. За іншими даними, при вивченні всього спектру маркерів HBV-інфекції інфікованими виявились 42,4% донорів; 54,4% медпрацівників; 56,0% вагітних та 61,8% дітей. Стосовно вагітних існують нечисельні повідомлення. Так, за даними деяких авторів, з 1990 р. серед вагітних частота виявлення HBsAg зросла в 2,5 разу та становить 5,15%. Найбільша кількість носіїв HBsAg реєструється у вікових групах 22–28 років і становить 6,0%, поступово знижуючись у вікових групах 22–28 та старших 29 років і відповідно становить 4,96 та 4,33% [43;49].

В цілому, за результатами досліджень, наведених у науковій літературі, епідеміологічна ситуація з вірусними гепатитами в Україні залишається нестабільною, враховуючи можливість зараження від хворих пацієнтів та наявність носійства збудників цієї інфекції. За даними деяких авторів, серологічні маркери ГВ, ГС виявляються у 63,9–69,4% хворих на хронічний гепатит і у 60,8–85,0% хворих на цироз печінки [46].

Показники захворюваності на вірусний ГВ в Україні з 1970 р. (початок офіційної реєстрації) до 1989 р. зросли у 4,6 разу – з 6,8 до 31,5 на 100 тис. населення. Вирішальним фактором, який сприяв зростанню рівня захворюваності на вірусний ГВ у цей період, був штучний – парентеральний шлях передачі збудника при проведенні різних медичних маніпуляцій. У 1990 р. захворюваність на вірусний ГВ залишалась високою (29,6 на 100 тис. населення), а в наступні 6 років (1991–1996 рр.) її рівень трохи знизився і становив у середньому 24,6 на 100 тис. населення. У 1997–2002 рр. намітилась тенденція до зниження захворюваності, проте її рівень залишався досить високим (середньорічний показник був 18,5 на 100 тис. населення) і свідчив про те, що епідемічне неблагополуччя щодо вірусного ГВ у країні триває і досі [18].

Основні прояви епідемічного процесу HCV-інфекції в Україні, групи підвищеного ризику інфікування, частота реалізації різних шляхів передачі збудника вивчені недостатньо. Для цієї інфекції типовою є висока варіабельність клінічних проявів і наслідків захворювання, що обумовлено різною географічною поширеністю генотипів та квазівидів вірусу гепатиту С [7;9].

Фахівці США вважають, що 50–60% випадків ГВ є наслідком інфікування через статеві контакти; кожний носій HBsAg може заражати своїх статевих партнерів ВГВ протягом усього життя, так само як і ВІЛ-інфікований; щороку в США майже 1% пацієнтів клінік для хворих з інфекціями, що передаються статевим шляхом, інфікуються ГВ. З точки зору інших авторів, частота статевого інфікування ГС становить 3–6% у структурі шляхів передачі, особливо серед осіб, які мають супутні патології або кофактори ризику (ВІЛ-інфекція, внутрішньовенна наркоманія тощо) [68].

За активізацію статевого шляху інфікування свідчить рівень поширення венеричних хвороб. Останнє десятиріччя характеризується високим рівнем захворюваності на сифіліс в Україні. Найвищий – у 1996 р. (150,9 на 100 тис. населення). Незважаючи на те, що в останні роки цей показник знизився до 91,5 на 100 тис. населення, у 2000 р. серед жінок репродуктивного віку у віковій групі 15–19 років він становив 199,1, а в групі 20–29-річних — 306,0 на 100 тис. населення [15].

Відомо, що в оточенні активних джерел збудників ГВ (хворих на гострий та хронічний ГВ, вірусоносіїв) дуже часто формуються довготривалі вогнища інфекції. Основою такого шляху передачі є мізерна для зараження доза вірусу при ГВ. Тобто незначні подряпини, інші випадки попадання біологічної рідини від інфікованого призводять до інфікування. В си-

стемі епідеміологічного нагляду (ЕН) доцільно розглядати горизонтальну передачу залежно від місця інфікування: в побуті чи на виробництві. За даними літератури, сімейні вогнища передусім виникають в оточенні активного джерела інфекції (хворого на гострий та хронічний ГВ). Зараження відбувається не лише серед подружжя, що можна було б пояснити статевими контактами, а і серед інших членів сім'ї. Відмічається часте формування вогнищ ГВ серед дітей, що оточують носія HBsAg [32;60].

Ризик вертикальної трансмісії вірусного гепатиту вельми високий, а наслідки захворювання для новонароджених погано передбачувані, у зв'язку з чим профілактика перинатального інфікування є дуже актуальною.

У літературі також висвітлено можливі фактори поширення ризику вірусного гепатиту С. Так, частота виявлення маркеру ГС серед соматичних хворих (4,7%) була в 3,4 разу вищою, ніж у донорів крові (1,4%), які слугували групою порівняння. Найбільш високі показники виявлення антитіл відмічені серед пацієнтів пульмонологічного (11,4%), хірургічного (6,5%), гастроентерологічного (6,2%) і неврологічного (5,8%) відділень. Трохи нижчі ці показники у хворих терапевтичного (3,9%), акушерського (3,9%), кардіологічного (2,7%) відділень, проте і вони були достовірно вищими (у 2,8 і 1,9 разу), ніж у донорів [56]

За даними інших авторів, частота виявлення маркера цієї інфекції серед пацієнтів спеціалізованих відділень різноманітного профілю становила 6,9%. Найвищі показники виявлення анти-ВГС відзначено при обстеженні пацієнтів відділень гемодіалізу – 27,5%, шкірно-венерологічного диспансеру – 16,3%. Досить високі показники зафіксовані в пацієнтів відділення гематології – 8,8%, пульмонологічних – 7,7% і гастроентерологічних стаціонарів – 6,3%.

За даними ряду дослідників, у медичних працівників, які мають стаж роботи в лікувальних установах понад 10 років, анти-HCV виявляли в 4,5 разу частіше, ніж зі стажем менше 10 років. Показники виявлення антитіл до вірусу ГВ і ГС серед медичних працівників (3,2%) були в 2,3 разу вищими, ніж у донорів [17].

Дані літератури про групи ризику і мікствірусні інфекції свідчать, що до цього часу питання взаємодії гепатотропних вірусів при одночасному паразитуванні в організмі людини вивчені недостатньо. Близькість епідеміологічних властивостей гепатотропних вірусів визначає значну частоту поєднаної інфекції. Мікстінфекція найчастіше реєструється серед осіб, які вживають наркотики [80].

Відомо, що природна сприйнятливість до ГВ та вірусу ГС дуже висока, проте встановлення шляхів, якими можуть передаватися збудники, і факторів, що сприяють інфікуванню, дало змогу відокремити певні групи населення, для яких інфікування ГВ та ГС більш ймовірне, так звані "групи ризику". До цих груп, на думку авторів, слід віднести хворих на гемофілію, пацієнтів лікувальних закладів, які знаходяться на гемодіалізі, підлягають багаторазовим гемотраснфузіям або іншим довготривалим і чисельним медичним парентеральним маніпуляціям; працівників медичних установ; дітей, які народились від хворих матерів або матерів-носіїв збудників ВГ; ін'єкційних споживачів наркотиків (СІН); осіб з безладними сексуальними стосунками, які мають багато статевих партнерів, та деяких інших [31;33].

У групах ризику необхідно проводити санітарноосвітню і медико-профілактичну роботу.

Медичні, соціально-економічні наслідки ПВГ В і С. Система організації медичної допомоги хворим на гострі і хронічні форми ПВГ. Про актуальність проблеми свідчить значна частота несприятливих медичних і соціальних наслідків цих захворювань, при досить скромних успіхах терапії. Зокрема, у 50–70% хворих на гостру HCV-інфекцію та у 5–8% пацієнтів з HBV-інфекцією формуються хронічні форми гепатитів з розвитком у подальшому у частини з них цирозу та первинного раку печінки. Ризик виникнення гепатоцелюлярної карциноми при гепатиті С сягає 30% [65].

Враховуючи неповну реєстрацію захворювань на ГВ, а також той факт, що 50–80% випадків інфікування вірусом ГВ протікає безсимптомно, експертами ВООЗ було розраховано, що кількість людей, інфікованих вірусом у регіоні, може становити до 1 млн чоловік на рік, із цього числа близько 10% стануть хронічними носіями вірусу, а близько 20 тис. загинуть від хвороби печінки (ВООЗ, 2001 р.).

Хворі на ПВГ С можуть мати позапечінкові прояви, які зумовлені результатом імунопатологічних реакцій у відповідь на реплантацію вірусу в печінці і поза нею, і поділятися на дві групи. Перша група представлена реакціями гіперчутливості сповільненого типу у поєднанні з аутоімунними реакціями. Їх клінічними проявами є ураження суглобів, скелетних м'язів; міокардит, перикардит, ураження легень (фіброзуючий альвеоліт, васкуліт, гранульоматоз), панкреатит, гастрит, синдром Шегрена, тубулоінтерстиціальний нефрит тощо.

Друга група – це патологія переважно імунокомплексного ґенезу, яка характеризується надзвичайним поліморфізмом. Вона обумовлена, головним чином, васкулітами, що розвиваються внаслідок ушкодженого впливу імунних комплексів, які утримують антигени вірусу і антитіла до них. У цих хворих відзначаються астенічний, астено-вегетативний, іноді астено-невротичний синдром у вигляді загальної слабості, нездужання, зниження апетиту, працездатності, підвищеної стомлюваності, вегетативних розладів – похолодання кистей і ступень, "мармуровості" кистей рук, дихальної аритмії [12;39].

За допомогою розробленого ЦНДІ гастроентерології (Москва) опитувальника у хворих із ПВГ виявлено виражені зміни показників якості життя, які свідчать про зниження їхньої фізичної активності, емоційного фону, енергійності і розвитку астено-дипресивного синдрому. В цілому вираженого позитивного впливу терапії (12 місяців) на якість життя хворих ПВГ не одержано, що очевидно, пов'язано з безперервно прогресуючим перебігом захворювання і недостатньо ефективно проведеного лікування. Вірусний ГС є основною причиною хронічних хвороб печінки, що свідчить про його більш високий хроніогенний потенціал порівняно з іншими збудниками вірусних гепатитів. Так, гострий ГС закінчується розвитком хронічного процесу приблизно у 85% випадків, що більш ніж у 15 разів перевищує аналогічний показник при ГВ. Персистенції HCV розтягується на довгі роки, що нерідко приводить до термінального ураження печінки [36].

За даними ряду авторів, в осіб, які брали участь у ліквідації аварії на ЧАЕС, первинна інвалідність з визначенням ступеня втрати професійної працездатності (40–80%) при хронічних гепатитах у ліквідаторів становить 16,7–19,8% випадків, без встановлення групи інвалідності відсотки втрати професійної працездатності визначають в 32,3–37,5% випадків [23;38].

Соціально-економічні наслідки ПВГ. Вірусні гепатити, за своєю медичною значущістю та розмірами соціально-економічних збитків, посідають провідне місце в інфекційній патології в Україні.

Соціально-економічна значущість ВГ обумовлена досить високим рівнем захворюваності переважно з тяжким перебігом, частою хронізацією процесу (10–15%). Частота фульмінантних форм досягає 1%. У 20–25% хворих на хронічні гепатити формується цироз та первинний рак печінки. Орієнтовні економічні збитки від одного випадку ГВ становлять 2800 грн. Консолідована вартість витрат на лікувально-діагностичні заходи, протирецидивне лікування, диспансеризацію хворих на вірусні гепатити В, С, хронічні гепатити, цирози та первинний рак печінки, за даними окремих регіональних досліджень щороку зростає і становить майже 45 млн грн у середньому на 16 тис. хворих [21].

За деякими даними авторів із Росії, проблема парентеральних вірусних гепатитів із медичної проблеми переросла в соціальну.

Економічний збиток визначається значною вартістю і тривалістю стаціонарного лікування, яке в середньому коливається в різних стаціонарах від 37 до 59 днів, в частині випадків період непрацездатності триває до 3 місяців.

За даними дослідників, економічний збиток від одного випадку гострого ГВ становив 14,0–22,5 тис. руб. (гострого випадку гепатиту А – 14,2 тис. руб., гепатиту С – 17,8 тис. руб., ПХВГ – 140 тис. рублів). Загальні економічні витрати за 2000 р., пов'язані з ГВ, склали 2,3 млрд руб. (гострі випадки ГВ – 1,4 млрд руб., хронічні – 0,6 млрд руб., випадок "носійства" вірусу ГВ – 0,3 млрд руб.) [58].

Широка поширеність, схильність до прогресуючого хронічного перебігу з трансформацією в нозологічні форми з втратою працездатності та несприятливим прогнозом для життя поставили проблему хронічних вірусних гепатитів в Україні в ряд гострих соціальних проблем. Зміна соціальних і економічних умов життя населення, погіршення показників громадського здоров'я, різке скорочення тривалості життя, зростання смертності і захворюваності населення, зростання рівня інфекційних захворювань на фоні дефіциту фінансових ресурсів потребують більш раціонального їх використання, зосереджуючись на найбільш важливих напрямках медико-санітарної допомоги, з акцентом на соціально значущих захворюваннях. Отже, удосконалення системи медико-санітарної допомоги хворих на парентеральні вірусні гепатити сьогодні є актуальною проблемою для вчених, організаторів охорони здоров'я, лікарів-практиків і пацієнтів [24].

Принципи ведення і лікування хворих з ХВГ розроблено Національним інститутом здоров'я (США) в 2000 р., консенсус-конференцією по гепатиту В, яка відбулася в Женеві (Швейцарія) у вересні 2002 р. [71].

Лікування хворих на хронічний гепатит С визначено низкою документів: Європейським (Париж, 2002), Американським (1997–2002), Російським (2002) консенсусами, які базуються на етіотропній терапії з використанням інтерферонотерапії (ІФН).

Поряд із загальними принципами специфічної терапії ПВГ не втратила свого значення і патогенетична терапія. Але у зв'язку з висо-

кою ціною та недостатністю коштів на лікування збільшується кількість хронічних форм, цирозів печінки (ЦП), ГЦК. При цьому здебільшого лікування проводиться за рахунок хворих [51].

Система організації медичної допомоги хворим на гострі і хронічні форми ПВГ. В останні роки проблема хронічних вірусних гепатитів стає все більш актуальною, а її вирішення представляє не тільки медичний, але й соціальний інтерес, а численні негативні наслідки хвороби потребують організації ефективної спеціалізованої служби для комплексного вирішення проблеми [30;62].

Сьогодні парентеральними вірусними гепатитами опікуються амбулаторії, поліклініки, інфекційні, терапевтичні та гастроентерологічні стаціонари, діагностичні центри, центри крові, центри протидії синдрому набутого імунодефіциту (СНІД), шкірвендиспансери, наркодиспансери, жіночі консультації, центри генетичного консультування, санепідслужба, медико-соціальні експертні комісії і лікарсько-консультативні комісії (МСЕК і ЛКК), служби реабілітації і відновного лікування, стат-відділи, громадські об'єднання тощо. Результати невтішні. Захворюваність, втрата працездатності і смертність продовжують зростати.

Рахманова А.Г., Тайц Б.М., Яковлєв А.А. і співавтори (2000) вважають за доцільне реорганізацію кабінетів інфекційних захворювань у відділення інфекційно-паразитарних захворювань та імунопрофілактики із введенням у штат додатково інфекціоніста-імунолога, відповідального за вакцинопрофілактику в районі обслуговування поліклініки. Також рекомендується відкриття у великих інфекційних стаціонарах відділень медико-соціальної допомоги. Авторами встановлено позитивне значення організації Центру з профілактики і боротьби з інфекційними захворюваннями, який об'єднує на функціональній основі інфекційно-епідеміологічну службу, центр вірусологічних досліджень, службу СНІДу, міський гепатологічний центр і центр патоморфології [44].

За результатами роботи у 2000–2002 рр. досвідом організації і функціонування гепатологічного центру діляться Чабанов Ф.А., Мороз Л.В., Рудинський В.Ф., Бектеміров В.В. (2002). У складі міського гепатологічного центру розгорнуто стаціонар на 40 ліжок, диспансерно-консультативний кабінет з кабінетом щеплень, лабораторія. Обладнано маніпуляційну для проведення пункційної біопсії печінки. Диспансерний контингент, за інформацією авторів, набирається з району діяльності міської лікарні №1, надається консультативна допомога жителям міста і області [42].

Андрейчин М.А., Коваль В.Б., Іщук І.О. (2003) в комплексному лікуванні хворих на хронічні гепатити рекомендують використання лікувальної фізкультури, що дає змогу скоротити термін лікування в умовах стаціонару [6].

Аналіз різних джерел інформації вказує на часткове вирішення проблеми організації медико-санітарної допомоги хворим на ПВГ, це стосується передусім діагностики та лікування, поряд з цим потребує удосконалення система надання медичної допомоги, актуальною є проблема вивчення достовірних масштабів поширення інфекції, забезпечення достатнього рівня етіологічної та диференційної діагностики парентеральних гепатитів, розширення можливості лабораторних досліджень чутливими методами на визначення специфічних маркерів, проведення в повному обсязі лабораторних досліджень на HBsAg осіб із "групи ризику" [73].

Позитивні результати серологічних обстежень, при відсутності клінічних проявів, автори пропонують розглядати як наявність в цих осіб не діагностованих, субклінічних форм гострого або хронічного ГС, і рекомендують проводити поглиблене клініко-лабораторне обстеження і лікування, що є необхідною передумовою попередження формування хронічних уражень печінки [1;77].

Профілактична робота зі зниження захворюваності на ПВГ В і С. Інтенсивна розробка проблеми захворюваності населення на ГВ та проведені заходи з профілактики цієї інфекції в багатьох країнах світу дали досить серйозні результати. Так, за даними ВООЗ, у більшості країн Північної та Західної Європи спостерігається достатньо низький рівень поширеності ГВ. Показник носійства поверхневого антигену в цих країнах становить менше 0,5%. Водночас, вірус ГВ є високоендемічним у ряді країн Східної Європи та нових незалежних держав.

У 1996 р. Марко А. Кейн, учасник розширеної програми імунізації ВООЗ, повідомив, що хоча ми не можемо досягти ерадикації вірусу до наступного століття (сучасними засобами), оскільки існує 350 мільйонів носіїв ВГВ, а також внаслідок неможливості цілком запобігти перинатальній трансмісії вірусу, однак ми можемо перетворити всі країни в зони низької ендемічності (з числом носіїв ВГВ у популяції до 2%), якщо наступні покоління дітей будуть імунізовані [82].

За даними окремих досліджень, здійснювані профілактичні заходи в 17,3 разу нижчі за економічні збитки від захворюваності на гепатити та їх ускладнень.

На даному етапі найбільш ефективною і соціально виправданою стратегією боротьби з ГВ є впровадження програми вакцинопрофілактики. Сучасні генно-інженерні вакцини ("Engerix-B", "Ervax-B" тощо) характеризуються високою імунологічною і епідеміологічною ефективністю. Використання вакцин приводить до створення протективного імунітету у 90–95% прищеплених [54]. У 2000 р. вакцинація проти ГВ включена у календар профілактичних щеплень в Україні (наказ МОЗ України № 276 від 31.10.2000 р.).

Вчені Росії вважають за необхідне введення вакцини проти гепатиту В зразу ж після народження виправданим лише тоді, коли існує високий ризик інфікування дитини у пологах або зразу після народження, тобто у дітей від матерів-носіїв вірусу гепатиту В або хворих на ГВ, а також у регіонах із високою розповсюдженістю HBV. У регіонах з низьким рівнем носійства HBsAg (менше 1%) вакцинацію проти гепатиту В не виключають у пізніші терміни. Першочергової вакцинації проти ГВ підлягають діти із сімей, де є носій HBsAg чи хворий на ГВ. Обов'язкова вакцинація дітей, які під час лікування одержують кров чи її компоненти та перебувають на гемодіалізі [52;61].

Профілактика вертикальної передачі на етапі планування родини полягає в лікуванні одного (обох) з подружжя, якщо вагітність може бути відкладена, чи вакцинації дружини, чоловік якої хворий на ГВ. У будь-якому разі рішення про вагітність приймається подружжям після обговорення з лікарем можливого ризику інтра- і перинатального інфікування в тому чи іншому конкретному випадку й ознайомлення з усіма можливими варіантами його попередження [25].

У деяких популяціях виявлений "високий ризик" захворювання чи носійства внаслідок порушення імунної відповіді. Реакція в осіб з імунодефіцитом (які потребують гемодіалізу, ін'єкційних наркоманів, ВІЛ-позитивних, алкоголіків і гематологічних хворих) зазвичай буває більш млявою, ніж в імунологічно нормальних людей. Корекція дози і схеми щеплень також дає можливість досягти адекватної імунної відповіді в інших підгрупах, зокрема у алкоголіків [22].

Численні дослідження свідчать про те, що імунна відповідь організму залежить від ряду факторів, з яких найістотнішим є вік. З практичної точки зору здорові молоді люди після триразового щеплення не потребують серологічного контролю з метою визначення рівня поствакцинальних антитіл. Однак особи, що мають один або більше факторів ризику, внаслідок чого імунна реактивність в яких може бути недостатньою, повинні підлягати обстеженню через місяць або два після останньої ревакцинації для визначення наявності серопротекції [74].

У осіб високого ризику розвитку інфекції визначення концентрації антитіл з ревакцинацією при титрах, які нижчі за протекторні, дає змогу досягти адекватного захисту. Хоча остаточно доцільність такого захисту поки ще не визначена: у рамках глобальної програми подолання вірусного ГВ – це питання не основне. Головна мета вакцинації – охопити якомога більшу частину населення первинною імунізацією [41].

Порівняння клініко-епідеміологічних, біохімічних та імунологічних показників у групах хворих на ХГ С із нормальною та підвищеною активністю аланін амінотрансферази (АлАТ) дало змогу визначити певні особливості перебігу хронічної HCV-інфекції в зазначених групах. Насамперед достовірно частіше у хворих без ознак цитолізу інфікування пов'язане з професійною діяльністю (медичні працівники). Клінічний перебіг характеризувався відсутністю або ж незначною вираженістю симптомів. Встановлені зміни свідчать про доцільність виділення груп хворих на ХГ С за показниками активності АлАТ, на основі чого запропоновано схему диспансерного спостереження в амбулаторно-поліклінічних умовах [55].

Враховуючи тривалий та малосимптомний перебіг HBV та HCV інфекції, є необхідним встановлення диспансерного нагляду за інфікованими донорами з виконанням клініко-біохімічних, імунологічних, молекулярно-біологічних та морфологічних досліджень [2].

Ряд вчених звертає увагу на подальше удосконалення заходів неспецефічної профілактики цієї інфекції. Серед цих заходів важливе місце займає поліпшення реєстрації різних типів гострих і хронічних форм ВГ (насамперед введення реєстрації ВГ змішаної етіології) [36].

Основні шляхи підвищення ефективності епідеміологічного . нагляду та профілактики ГВ в Україні:

- попередження внутрішньолікарняного поширення інфекції серед пацієнтів і персоналу лікувально-профілактичних закладів;

- профілактика заражень при ін'єкційному введенні наркотичних речовин, природних шляхах передачі збудника (статевому, перинатальному, в умовах побутового спілкування);

- впровадження сучасних методів і стратегії специфічної лабораторної діагностики на всіх рівнях практичної охорони здоров'я тощо [37].

З метою зниження ризику професійного інфікування необхідно впровадити в усіх ЛПЗ програми універсальних заходів профілакти-

ки, застосовувати індивідуальні засоби захисту (рукавичок, окулярів, шапочок, масок-респіраторів, халатів тощо); дотримуватись протиепідемічного і санітарно-гігієнічного режиму, техніки безпеки, насамперед при роботі з гострими інструментами і предметами, при взятті крові, інших біологічних рідин та проведенні їх дослідження.

Хворі лікувальних закладів різного профілю, які належать до груп підвищеного ризику інфікування, пацієнти, котрі потребують оперативних втручань, перед госпіталізацією повинні обстежуватися на маркери інфікування HCV [48].

Висновки

Аналіз сучасної літератури засвідчив, що вірусні гепатити – світова проблема медицини, ще далека від свого остаточного вирішення. Пропоновані сьогодні заходи не забезпечують надійного попередження інфікування.

Наявність значної кількості пацієнтів з прихованими формами захворювання потребує пошуку більш чутливих маркерів печінкової дисфункції та розробки рекомендацій щодо оптимальної тактики ведення таких пацієнтів.

В останні роки проблема хронічних гепатитів стає все більш очевидною і актуальною не тільки для гепатологів і вірусологів. Ця проблема представляє медичний і соціальний інтерес для терапевтів широкого профілю, соціал-гігієністів та інших спеціалістів.

Широка поширеність, схильність до прогресуючого хронічного перебігу з трансформацією в нозологічні форми з втратою працездатності та несприятливим прогнозом для життя поставили проблему хронічних вірусних гепатитів в Україні в ряд гострих соціальних проблем, вирішення яких потребує використання методів соціальної гігієни з широким залученням відповідних фахівців.

Потребує удосконалення модель епідеміологічного нагляду, система організації медичної допомоги, наступності в роботі закладів охорони здоров'я, які займаються питаннями виявлення, діагностики і лікування гепатитів.

Список літератури

1. *Адурахманов Д.Т.* Латентна HBV-інфекція і "неактивні" носійства HBsAg: роль в розвитку хронічних захворювань печенки // VII Рос. конф. "Гепатологія сьогодні". – М., 2002. – С. 5.
2. *Арямкіна О.Л., Григорьєва Ю.Б., Фадєєв Г.Є. та ін.* Про діагностику інфікування вірусом гепатиту С донорів крові та хворих // Журнал мікробіол. – 1998. – №1. – С. 74–77.
3. *Берглезова Л.Н., Єрьомін І.Г., Ващелева Т.В. та ін.* Вірусний гепатит В як професійна хвороба медичних працівників // Журнал мікробіол., епідеміол. та імунобіології. – 2000. – №3. – С. 111–112.
4. *Бондаренко А.Л.* Прогнозування хронічного вірусного гепатиту // Рос. мед. журн. – 2002. – № 1. – С. 15–17.
5. *Бредихіна Н.А., Мінушкін О.Н., Журавська І.Ф.* Сучасне рішення питання про організацію диспансерного нагляду носіїв HBsAg та хворих хронічними вірусними гепатитами на амбулаторному етапі // Кремл. мед. клін. вісник – 2000. – №1. – С. 49–55.
6. *Використання* лікувальної фізкультури в комплексному лікуванні хворих на хронічні гепатити: Метод. рекомендації. – Тернопіль. – 2003. – С. 20.
7. *Вірусний* гепатит С / В.Ф. Зеваков, А.М. Михайлов, С.А. Пілагін, С.Н. Гончарук // Інфекції, що не знають меж. – Харків, 1999. – С. 42–43.
8. *Виявлення* маркерів гепатитів В та С у ВІЛ-інфікованих ін'єкційних наркоманів методом ІФА / О.В. Максименюк, О.М. Кислих, М.Ю. Ватаманюк, Л.О. Зощенко // Лабораторна діагностика. – 1999. – №3. – С. 35–38.
9. *Возіанова Ж.І., Городецький М.М.* Хронічні гепатити: актуальність і особливості // Фарм. новини. – 1998. – №3–4. – С. 37–40.
10. *Голяченко О.М., Романюк Л.М., Михайлів Л.М.* Медико-статистичні критерії здоров'я людності та причини його зумовленості // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – №3. – С. 23–26.
11. *Городецький М.М., Курпіта В.І.* Вірусний гепатит В – професійне захворювання медичних працівників // Сучасні інфекції. – 1999. – №2. – С. 55–59.
12. *Громашевська Л.Л.* Вірусні гепатити як поліорганна, системна патологія // Вірусні гепатити із парентеральним механізмом передачі збудників та їх наслідки. – К.,2000. – С. 97–101.
13. *Гур'янова Н.С., Коза Н.М., Астротян А.А. та ін.* Обгрунтування побутового шляху передачі в сімейних вогнищах хронічного вірусного гепатиту В // Гепатит В, С і Д – проблеми діагностики, лікування і профілактики: Тези доп. III рос. конф. – М., 1999. – С. 250.
14. *Гураль А.Л.* Шляхи підвищення ефективності епідемічного нагляду за гепатитом В в Україні // Журнал практ. врача. – 1998. – №6. – С. 710.
15. *Гураль А.Л., Марієвский В.Ф., Сергєєва Т.А. та ін.* Епідеміологічні паралелі між гепатитами В, С та ВІЛ-інфекцією // Вірусні гепатити з парентеральним механізмом передачі збудника та їх результати. – К., 2001.– С. 25–28.
16. *Гураль А.Л., Марієвський В.Ф., Сергєєва Т.А.* Епідеміологічні особливості гепатитів В і С На Україні і стратегія профілактики цих інфекцій: Тези доп. IV Рос. наук.-практ. конф. – М., 2001. – С. 94–95.

17. *Гураль А.Л., Марієвський В.Ф., Сергєєва Т.А. та ін.* Гепатит С: сероепідеміологічне вивчення розповсюдження // Клінічні проблеми боротьби з інфекційними хворобами. – Тернопіль, 2002. – С. 400–401.
18. *Гураль А.Л., Марієвський В.Ф., Сергєєва Т.А., та ін.* Епідеміологічна характеристика гепатиту В в Україні і шляхи підвищення ефективності його профілактики // Матеріали наук.-практ. конф. "Керовані інфекції". – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – С. 315.
19. *Гураль А.Л., Марієвський В.Ф., Сергєєва Т.А.* Епідеміологічні аспекти проблеми гепатитів В і С в Україні: Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2000. – Вип. 9, Кн. 4. – С. 56–60.
20. *Гураль А.Л., Шагінян В.Р., Сергєєва Т.А.* Сучасний стан проблем вірусних гепатитів в Україні // Сімейна медицина. – 1996. – № 1. – С. 14–16.
21. *Дербак М.А.* Про поширеність маркерів вірусних гепатитів серед різних груп населення Закарпатського регіону // Наук. вісн. Ужгород. у-ту: Серія "Медицина". – 1999. – №7. – С. 111–114.
22. *Досвід* застосування дріжджової рекомбінантної вакцини проти гепатиту В // Нова медицина. – 2002. – №3. – С. 66–69.
23. *Жаворонюк С.В., Михайлов М.І., Крисенко І.А. та ін.* Вірусні гепатити В і С у осіб, що постраждали від аварії на ЧАЕС // Нові направлення в гепатології: Тез. Міжнар. Фальк. симп. № 92. – СПб, 1996. – С. 140.
24. *Ждан В.М., Лисак В.П., Дубинська Г.М. та ін*. Профілактика та протиепідемічна робота в практиці сімейного лікаря. Протиепідемічна робота // Журнал "Інфекційний контроль". – 2005. – №1. – С. 16–18.
25. *Зайцев А.І., Мірошниченко В.А., Бабаєв Ю.Я. та ін*. Вертикальна трансмісія вірусних гепатитів і основи стратегії її профілактики // Клінічні проблеми боротьби з інфекційними хворобами. – Тернопіль, 2002. – С.408–409.
26. *ванова Р.І.* Оцінка якості життя і ризик втрати здоров'я // Медична допомога. – 2003. – №1. – С. 12–14.
27. *Івашкін В.Т., Мамаєв С.Н., Буєвєров А.О. та ін.* Механізми імунного "зникнення" при вірусних гепатитах // Рос. журн. гастроентерології, гепатології, колопроктології. – 2000. – №5. – С. 7–13.
28. *Калінін А.Л., Жайворонок С.В., Антипова С.І.* Особливості розповсюдження хронічних захворювань печінки серед населення Республіки Бєларусь, постраждалого від катастрофи на Чорнобильській АЕС // Рос. журн. гастроентерології., гепатології, колопроктології. – 2000. – №2. – С. 45–48.
29. *Кіш П.П., Туряниця С.М., Когутич А.І* Особливості епідеміології та перебігу гепатиту С в умовах Закарпаття // Клінічні проблеми боротьби з інфекційними хворобами. – Тернопіль, 2002. – С. 113.
30. *Кобрин Т.І., Скляров Є.Я.* Особливості диспансерного нагляду за особами, у яких виявлені антитіла до вірусу гепатиту С, та хворих на хронічний гепатит С в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу // Практична медицина. – 2002. – № 4. – С.3–8.
31. *Кожевнікова Г.М.* Епідеміологічні та клінічні особливості форм вірусних гепатитів В і С у споживачів наркотиків // Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2000.
32. *Кузін С.Н., Шахгільдян І.В., Бурієв А.Я. та ін.* Закономірності внутрішньородинної передачі вірусів гепатитів В, дельта і С // Епідеміологічні і інфекційні хвороби. – 1998. – №6. – С. 25–28.
33. *Кузнєцова І.О.* Оцінка впливу вакцинації проти гепатиту В підлітків, новонароджених та осіб із групи ризику на активність епідемічного процесу НВ-вірусної інфекції // Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1999.
34. *Лопаткіна Т.Н., Танащук Е.Л.* Алкоголь і хронічна HCV-інфекція // Вірусні гепатити: інформ. бюл. – 2000. – №1 (8). – С. 11–14.
35. *Майер К.П.* Гепатит і наслідки гепатиту / За ред. А.А. Шептуліна. – М.: ГЕОТАР Медицини, 1999. – С. 432.
36. *Малий В.П.* Хронічний гепати С: клініка, діагностика та лікування // Вірусні гепатити. – 2004. – № 2. – С. 8–24.
37. *Марієвський В.Ф.* Стратегія профілактики внутрішньолікарняних гепатитів В і С // Журнал "Інфекційний контроль". – 2005. – №1. – С. 11–12.
38. *Матвієнко Л.И., Цимбаль М.Е., Тертишнік О.Н.* Основні критерії медико-соціальної експертизи при хронічних гепатитах у осіб, які приймали участь в ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС // Медико-соціальна експертиза і реабілітація інвалідів. – 1999. – Вип. 28. – С. 30–33.
39. *Медична* реабілітація реконвалесцентів після перенесеного гострого гепатиту В / А.Д. Старік, В.М. Фролов, В.О. Терьошин, І.В. Декалюк // Керовані інфекції. – Тернопіль: Укр. мед. книга, 2003. – С. 315.
40. *Онищенко Г.Г., Шахгільдян І.В.* Актуальні питання епідеміології та профілактики вірусних гепатитів В і С в Російській Федерації // Медицина для всіх. – 1999. – №2(3). – С. 1–3.
41. *Онищенко Г.Г.* Про державні міри по попередженню розповсюдження в Російській Федерації захворюваності на інфекційні гепатити // Епідеміологія та інфекційні хвороби. – 2002. – №3. – С. 4–8.
42. *Організація* та перший досвід роботи гепатологічного центру в м. Вінниця / Ф.А. Чабанов, Л.В. Мороз, В.Ф. Рудинський, В.В. Бектеміров // Матеріали наук.-практ. конф. "Клінічні проблеми боротьби з інфекційними хворобами". – Тернопіль, 2002. – С. 440–442.
43. *Рандюк Ю.О.* Носійство HBsAg та захворюваність на вірусний гепатит В серед жителів Буковини: Зб. "Вірусні гепатити з парентеральним механізмом передачі збудників та їх наслідки". – К., 2001. – С. 58–60.
44. *Рахманова А.Г., Тайц Б.М., Яковлев А.А.* Стан та перспективи розвитку інфекційної служби Санкт-Петербурга // Епідеміологія і інфекційні хвороби. – 2000. – №4. – С. 30–35.
45. *Сайт* Національного центру США по профілактиці хронічних захворювань і пропаганді здоров'я (CDC).

46. *Севальнєв А.І.* Особливості епідемічного процесу при парентеральних гепатитах В, С і Д у регіоні Південного Сходу України у 1994–1997 рр. // Матеріали наук.-практ. конф. та пленуму Асоціації інфекціоністів України "Вірусні гепатити. СНІД". – Запоріжжя, 1999. – С. 92–95.
47. *Севальнєв А.І.* Щодо ситуації з парентеральним вірусними гепатитами // Проблема епідеміології, діагностики, клініки, лікування та профілактики інфекційних хвороб. – К., 2002. – С. 124–126.
48. *Сельнікова О.П., Поліщук О.І., Авдєєва Л.В.* Внутрішньолікарняні інфекції – актуальна проблема сучасної епідеміології // Інфекційний контроль. – 2003. – №1(9). – С. 16–18.
49. *Специфічна* імунодіагностика в системі епідеміологічного нагляду за гепатитом В / А.Л. Гураль, В.Ф. Марієвський, В.Р. Шагінян, А.Н. Мартиненко // Лаб. діагностика. – 1998. – №1(3). – С. 35–38.
50. *Стародубов В.І.* Наукове обґрунтування розвитку охорони здоров'я Росії в умовах соціально-економічних реформ. // Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1997.
51. *Сухов В.М*. // Матеріали наук.-практ. конф. "Клініко-фармацевтичні формуляри в стаціонарі і поліклініці". – Самара, 2000. – С.42–45.
52. *Учайкін В.Ф., Шамшева О.В.* Вакцинація проти гепатиту В і календар профілактичних щеплень в Росії // Рос. журн. гастроентерології, гематології, коло проктології. – 1997. – №5. – С. 27–32.
53. *Чабанов Ф.А., Шкондіна О.Ф., Рудинська Н.В. та ін*. Захворюваність дорослих м. Вінниці в 1996–2002 рр. Некеровані вірусні гепатити. Керовані інфекції. // Матеріали наук.-практ. конференції. – Тернопіль. Укрмедкнига, 2003. – С. 31–55.
54. *Чернишова Л.І., Лапій Ф.І.* Вакцинація, проблеми сьогодення та перспективи розвитку // Журнал практ. лікаря. – 2001. – № 5. – С. 52–55.
55. *Чорна Т.Т.* Соціально-економічне обґрунтування організації міського амбулаторного консультативно-реабілітаційного центру реконвалісценті інфекційних хвороб // Інфекційні хвороби. – 1999. – № 2. – С. 67–69.
56. *Чумак А.А*. Віруси гепатитів В і С в гематологічній і онкологічній патології // Укр. мед. часопис. – 1999. – № 1(9). – С. 23–26.
57. *Шагінян В.Р., Гураль А.Л., Клякіна Л.Д. та ін.* Розвиток епідемічного процесу при вірусних гепатитах з парентеральним механізмом передачі збудника в Україні // Проблеми епідеміології, діагностики, клініки, лікування та профілактики інфекційних хвороб. – К., 2002. – С. 163–167.
58. *Шаханіна І.Л., Радуто О.Н*. Вірусні гепатити в Росії в 2000 році: розповсюдженість і економічні втрати // Матеріали VIII з'їзду Всеросійського товариства епідеміологів, мікробіологів, паразитологів. – М., 2000. – Т.3. – С.85–86.
59. *Шахгільдян В.Й.* Парентеральні вірусні гепатити в Росії (епідеміологічна характеристика і шляхи удосконалення профілактики) // Журнал практ. лікар. – 2003. – № 12. – С. 8–11.
60. *Шахгільдян І.В.* Характеристика груп високого ризику інфікування вірусом гепатиту С // Інформ. бюл. "Вірусні гепатити". – № 2(9). – 2000. – С. 3–4.
61. *Шахгільдян И.В., Михайлов М.И., Хухлович П.А.* Вакцинопрофілактика гепатиту В в Росії – досягнення, проблеми та перспективи // Журнал мікробіології. – 2000. – №2. – С. 44–49.
62. *Шахгільдян І.В.* Парентеральні вірусні гепатити в Росії (епідеміологічна характеристика та шляхи удосконалення профілактики) // Журнал практ. лікар. – 2003. – №12. – С. 8–11.
63. *Шатило В.Й., Чугієв А.М.* Використання результатів лабораторного скринінгу служби крові для оцінки інфікованості вірусами гепатиту В і С // Вісник гігієни і епідеміології. – 2006. – Т. 10, № 1. – С. 26–30.
64. *Шатило В.Й.* Деякі особливості епідеміології хронічних вірусних гепатитів В і С у Житомирській області // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2004. – № 3. – С. 36–39.
65. *Alberti A. Hepatitis C*. Epidemiology Update // Pagination Investigariors Update Meeting-Barcelona, Spain. – 2002. – P. 546.
66. *Arbuthnot P, Kew M.* Hepatitis B virus and hepatocellular carcinoma // Ind J Exp Pathol. – 2001. – Vol. 82(2). – P. 77–100.
67. *Benvegnu L, Alberti A.* Patterns of hepatocellular carcinoma development in hepatitis B virus and hepatitis C virus related cirrhosis // Antiviral Res. – 2001. – Vol. 52(2). – P. 199–207.
68. *Brusaferri S., Bardone F., Andrian P. et al.* A study on the role of the family and other risk factors in HCV transmission // Eur. J. Epidemiol. – 1999. – Vol.15, N 2. – P. 125–132.
69. *Da Villa G. Sere A.* Immunization program again hepatitis B virus infection in Italy // Vaccine. – 1999. – Vol.17. – P.731–738.
70. *Dodd R.Y.* Current viral risks of blood and blood products // Ann Med. – 2000. – Vol. 32(7). – P. 469–474.
71. *EASL* International Consensus conference on Hepatitis B, 3–14 September. – Geneva, 2002.
72. *Gaeta G.B., Stornaiuolo G., Precone D.F., et al.* Epidemiological and clinical burden of chronic hepatitis B virus/ hepatitis C virus infection. A multicenter Italian study // Hepatol. – 2003. – Dec, 39(6). – P. 1036–1041.
73. *Gholson C.F., Morgan K., Catanis G., et al.* Chronic hepatitis C with normal aminotransferase levels: a clinical histologic study // Am. J. Gastroenerol. – 1997. – Vol. 10. – P. 1788–1792.
74. *Kane M.* Global Status of hepatitis B immunization // Lancet. – 1996. – Vol. 348, 696.
75. *Laperche S.* Detection of nucleic of hepatitis B and C viruses and human immunodeficiency virus for the biological screening of blood donations. Viral Hepatitis and Retrovirus // Transfus. Clin. Boil. – 1998. – Vol. 5, N 2. – P. 139–146.

76. *Maddrey WC.* Hepatitis B: an important public heaith issue // J. Med. Virol. – 2000. – Vol. 61(3). – P. 362–366.
77. *Mathurin Ph., Moussalli J., Cadranel J.F.* Slow progression rate of fibrosis in hepatitis C virus patients with persistently normal alanine transaminase activity // Hepatology. – 1998. – Vol. 27, N3. – P. 868–872.
78. *Merican I, Guan R, Amarapuka D. et al.* Chronic hepatitis B virus infection in Asian countries // J Gastroenterol Hepatol. – 2000. – Vol. 15(12). – P. 1356–1361.
79. *Miriam I. Alter*. Epidemiology of hepatitis B in Europe and worldwide: EASL International Consensus Conference on Hepatitis B. – P. 75–77.
80. *Pontisso P, Gerotto M, Benvegnu L, et al.* Coinfection by hepatitis B virus and hepatitis C virus // Antivir Ther. – 1998. – Vol. 3, Suppl 3. – P. 137–142.
81. *Rosenblum A., Nuttbrock L., McQuistion H.L. et al.* Hepatitis C and substance use in a sample of homeless people in New York City // J. Addict. Dis. – 2001. – Vol. 20(4). – P. 15–25.
82. *Viral hepatitis B* / C.L. Lai, V. Ratziu, M.F. Yeun, T. Poynard. Departament of Medicine, University of Hong Kong, Queen Mary Hospital, Hong Kong, Peoples Republic of China. Hrmelcl@hkucc.hku.hk // Lancet. – 2003. – Dec.20, 362 (9401). – P. 2089–2094.

ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ КАК ОСТРАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)

В.М. Пономаренко, В.И. Шатило *(Киев, Житомир)*

В обзорной статье проведен анализ эпидемиологической ситуации по парентеральным вирусным гепатитам, медицинских и социально-экономических последствий. Представлено состояние медицинской и медико-профилактической помощи населению.

PARENTERAL VIRUS HEPATITIS AS A SHARP MEDICAL-AND-SOCIAL PROBLEM (THE ANALYTICAL REVIEW OF THE SCIENTIFIC LITERATURE)

V.M. Ponomarenko, V.I. Shatylo *(Kyiv, Zhitomir)*

In a review the analysis of an epidemiological situation on parenteral virus hepatitis, medical and social-and-economic consequences are carried out. The condition of the medical, medical and preventive aid is submitted to the population.

УДК 614.838.005

О. ОЛЕКСІЄНКО

СИСТЕМА ПРОГНОЗУВАННЯ ПРИГРАНИЧНОЇ ГІПЕРТОНІЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У МОЛОДІ

Погребищенська центральна районна лікарня Вінницької області

Вступ. Серцево судинні захворювання є проблемою номер №1 громадської охорони здоров'я. Серед серцево-судинних захворювань такою проблемою є гіпертонічна хвороба (3, 9, 10, 14, 15, 16). Профілактика артеріальної гіпертензії повинна починатись з молодого віку (8, 7, 13, 17, 18). Профілактика пригранічної гіпертонії і гіпертонічної хвороби може бути поділена на 2 типи: первинна, коли усуваються фактори ризику, що спричиняють хворобу, і вторинна, коли своєчасно виявляються ранні прояви хвороби і застосовується компллекс лікувально-оздоровчих заходів, спрямованих на їхнє подолання. В останньму випадку потрібна система прогнозування, якою слід озброїти сімейного (дільничого) лікаря, що стоїть на передньому рубежі боротьби з цією хворобою і по суті здатен забезпечити повний обсяг необхідної допомоги (1, 2, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 19, 20).

Мета. Розробити систему прогнозування пригранічної гіпертонії та гіпертонічної хвороби у молоді.

Матеріал і методи. Вивчені фактори ризику артеріальної гіпертензії в дослідній і контрольній групах , що налічували по 400 осіб кожна у віці 17-26 рр., які проживали в сільській місцевості. Прогностичні коефіцієнти обраховувались з використанням методів Байєса і послідовного аналізу Вальда.

Результати дослідження та їхнє обговорення. Представлена робоча таблиця прогностичних коефіцієнтів для раннього виявлення пригранічної гіпертонії і гіпертонічної хвороби серед сільськоъ молоді.

© О. Олексієнко, 2007

Таблиця. **Прогностичні коефіцієнти для раннього виявлення приграничної гіпертонії і гіпертонічної хвороби серед сільської молоді Вінницької області**

Найменування ознаки	Розмежування ознаки або виокремлення факторів	Порядковий номер фактора	Прогностичний коефіцієнт
Стать	Чол.	1	0
	Жін.	2	0
Вік	17-18	3	-2
	19-20	4	1
	21-22	5	0
	23-24	6	0
	25-26	7	3
Сімейний стан	одружені	8	-7
	заміжні	9	-2
	живуть без сім'ї	10	1
Характер стосунків в сім'ї та колективі	витриманий	11	-4
	конфліктний	12	7
	запальний	13	4
	образливий	14	2
Харчування	регулярне	15	-7
	нерегулярне	16	3
	надмірне споживання солі	17	6
Вживання алкоголю	не вживає	18	-2
	рідко	19	0
	помірно	20	1
	зловживає	21	4
Вживання тютюну	не палить	22	-1
	помірно	23	-1
	зловживає	24	2
Фізична активність	не займається спортом	25	6
	не займається вранішньою руханкою	26	2
	займається спортом регулярно	27	-9
	не регулярно	28	3
	займається вранішньою руханкою регулярно	29	-3
	не регулярно	30	0
	сидячий спосіб життя	31	3
	не хворів	32	-8
Супутні хвороби	серцеві вади	33	0
	аритмії	34	7
	стенокардія	35	9
	цукровий діабет	36	0
	захворювання нирок	37	6
	інфекційні хвороби	38	3
	інші хвороби	39	0
Сон	регулярний	40	-6
	нерегулярний до 6 годин на добу	41	4
	сонливість	42	4
	безсоння	43	6
Психічні травми в анамнезі	були	44	3
	не було	45	-1
Часті психічні перевтоми	були	46	3
	не було	47	-3
Надлишкова маса тіла(ожиріння)	є	48	1
	немає	49	-1
Головна біль	є	50	2
	немає	51	-2
Головокружіння	є	52	2
	немає	53	-1
Порушення зору (мурашки перед очима, розпливчате зображення)	є	54	3
	немає	55	-1
Прискорене серцебиття	є	56	5
	немає	57	-1
Задуха	є	58	4
	немає	59	-1
Дратівливість	є	60	1
	немає	61	-1
Носові кровотечі	є	62	7
	немає	63	-1
Диспансерне спостереження	не підлягав	64	0
	спостерігається регулярно	65	-1
	нерегулярно	66	2

Якщо сума прогностичних коефіцієнтів(ПК) більша за +13, то це свідчить про наявність високої вірогідності захворювання гіпертонічною хворобою. Якщо сума ПК менша-13, то це група сприятливого прогнозу.

В групі від суми ПК -13 до суми ПК+13 потрібні додаткові обстеження з метою визначення вірогідності захворювання. Вірогідність похибки менше 0,01.

Висновки.

1. Встановлено 17 факторів ризику пригранічної гіпертонії і гіпертонічної хвороби у молоді, провідними з яких є спадкова схильність, перенесені інфекційні захворювання, вживання алкоголю, нехтування спортом і фізичними вправами, недостатній сон, психоемоційні травми, ожиріння, вживання тютюну.

2. З допомогою методів розпізнавання серед молоді можна виділити групи сприятливого і несприятливого прогнозу стосовно захворювання гіпертонічною хворобою.

Література

1. Алгоритм лечения первичной артериальной гипертензии у детей. // Вестник физиотерапии и курортологии.-2002.-Т.8, №1.- С.22-23.
2. Бережной В.В., Курило Л.В., Орлюх И.Б. Вторичная артериальная гипертензия у детей (классификация, диагностика). // Український медичний часопис.- 2000.- №4.- С.104-108.
3. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я // Тернопіль, Київ, Вінниця. – 1997. – 327 с.
4. Горбась І.Н., Смирнова І.П., Грицай Н.М., Середюк Н.М., Катеринчук І.П., Вакалюк І.П., Кайдашев І.П., Кваша О.О., Давиденко Н.Б., Малацьківська О.В., Срібна О.Б., Шляренко М.П., Якимчук В.М., Волинський А.І, Шумелько І.Ф., Зінковський О.Л. Епідеміологічні аспекти артеріальної гіпертензії в сільській популяції України // Українськи кардіологічний журнал.-2006.-№2.-С.9-12.
5. Грузєва Т.С. Фактори ризику в формуванні здоров'я населення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. - № 2.–С.9-17
6. Заремба Є.Х., Топілко О.Й. Шляхи оптимізації профілактики серцево-судинних захворювань в роботі сімейного лікаря // Сімейна медицина.-2004.-№4.-С.40-41.
7. Клумбенс Ю., Милашаускенс Ж., Мисявиченс И., Шачкуте А. Динамика артериального давления и прогнозирование артериальной гипертензии: даные 20-летнего наблюдения детской когорты. // Кардиология.-2004.-Т.44.-№2.-С.30-34.
8. Коваленко В.М., Сіренко Ю.М., Дорогой А.П. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Український кардіологічний журнал.-2005.-№1.-С.9-15.
9. Корнацький В.М. Медико-соціальні аспекти серцево-судинної захворюваності і смертності серед населення України в сучасних економічних умовах // Матеріали науково-практичної Конференції, 26-28 травня, 1999 р. – К., 1999. – С. 255-257
10. Москаленко В.Ф., Коваленко ВМ. Артеріальна гіпертензія: медично-соціальні результати і шляхи виконання Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії // Український кардіологічний журнал.-2002.-№4.-С.6-10.
11. Поляков И.В., Зеленская Т.М. Проблемы сельськой (общеврачебной) практики // Здравоохранение Российской федерации.-2001.- №1.- С.24-26.
12. Пономаренко В.М., Польченко В.І., Ціборовський О.М. Сільська лікарська дільниця, як базовий елемент у системі первинної медико-санітарної допомоги // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. - № 4. – С 5-8.
13. Прогнозування та профілактика артеріальної гіпертензії в дитячому та підлітковому віці. // Збірник доповідей симпозіуму.-Харків.-2001.-78с.
14. Сіренко Ю.М., Горбась І.М., Смірнова І.П. Динаміка статистико-епідеміологічних показників реалізації Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Український кардіологічний журнал.-2003 .- №1.- с.9-13
15. Смірнова І.П. Національна програма профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Клінічна фармакологія, фізіологія, біохімія. – 1996.- №2. – С.6-9
16. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я України / В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
17. Шаповалова В.А., Ареф'єва М.О. Вплив тютюнопаління на реактивність серцево-судинної системи у студентів-медиків, які займаються оздоровчим фізичним тренуванням // Український кардіологічний журнол.- 2003.- №2.- с.95-98
18. Assessing hypertension control and managment – Copenhagen: WHO, Reg. off. Eur. – 1999. – 181 p.
19. Gupta R., Gurm H., Bartholomew I. R. Smokeless tobacco and cardiovascular risk // Arch. Intern. Med.- 2004.- vol.164, № 17 – p.1845-1849.
20. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience // Arch. Intern. Med. – 2002.- vol.162, №16.- p.1867-1872

СИСТЕМА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

О.Олексиенко *(г. Погребище Винницкой обл.)*

Погребищенская центральная районная больница Винницкой области.
Установлены прогностические коэффициенты риска гипертонической болезни среди сельской молодежи.

SYSTEM OF FORECASTING OF A BOUNDARY HYPERTONIA AND IDIOPATHIC HYPERTENSIAS AMONG YOUTH

O.Oleksienko *(Pogrebiche of reqion Vihnitsa)*

The central regional hospital of Pogrebische in Vinnitsa region.
The prognostic factors of risk of an idiopathic hypertensia among village youth fixed.

УДК 314.9

Л.А. ЧЕПЕЛЕВСЬКА, Р.О. МОІСЕЄНКО, Г.І. БАТОРШИНА, О.В. ЛЮБІНЕЦЬ, О.О. НЕЖИНСЬКА (Київ)

РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

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

Україна характеризується великим різноманіттям своєї території, культури окремих регіонів, різним рівнем екологічного забруднення, соціально-економічного розвитку. Все це акумулюється на здоров'ї населення і кінцевому її виразі – смертності. Виявити тенденції смертності населення в окремих регіонах для прийняття відповідних управлінських рішень є актуальною проблемою [2–4;6;8].

Мета дослідження – виявлення регіональних особливостей смертності населення України на підставі даних офіційної статистики в динаміці за 10 років.

За типологією території України, запропонованої П.П. Грабовським [1;5;7;9;10], країна поділяється на 5 регіонів: Південно-Східний, Південний, Північно-Східний, Центральний, Західний. Найвищий серед регіонів рівень смертності спостерігається в Північно-Східному регіоні – 19,9%, досить високий – в Південно-Східному (17,6%), середні значення – в Центральному (17,0%), Південному (16,1%), найнижчі – в Західному (13,4%) регіонах.

За 1995–2005 рр. темп росту коефіцієнта загальної смертності по Україні становив 7,8%, найвищим він був у Північно-Східному (12,4%) та Західному (11,8%) регіонах (рис. 1).

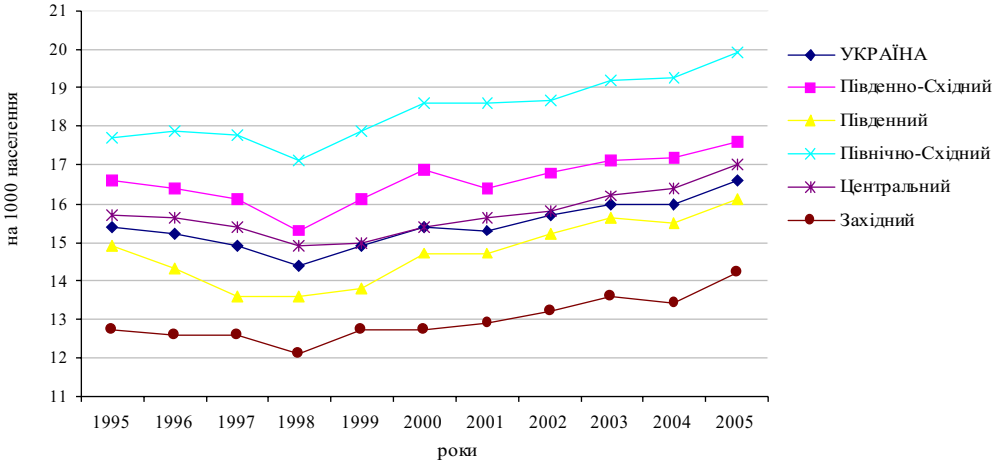

Рис. 1. **Динаміка смертності всього населення по регіонах України за 1995–2005 рр.**

Спостерігається особливість, притаманна всім регіонам, – зниження смертності від 1995 р. до 1998 р. і підйом з 1999 р. до 2005 р. Темпи зниження смертності були найвищими в Південному (на 8,7%), Південно-Східному (на 7,8%), помірними – в Центральному (на 5,1%),

© Л.А. Чепелевська, Р.О. Моісеєнко, Г.І. Баторшина, О.В. Любінець, О.О. Нежинська, 2007

нижчими – в Західному (на 4,7%) та Північно-Східному (на 3,4%).

Темпи росту смертності після 1998 р. зареєстровано вдвічі більші за темпи зниження. Найбільшими вони були у Південному (на 18,4%), Західному (на 17,3%) та Північно-Східному (на 16,4%) регіонах.

Але в окремих адміністративно-територіальних одиницях темпи росту смертності досягали більш значних величин: в Автономній Республіці Крим – 18,9%, у Житомирській області – 16,6%, у Полтавській – 14,8%, у Луганській –14,7%, у Донецькій – 14,4%, у Дніпропетровській областях – 14,1% і навіть у м. Севастополі – 21,8%.

Смертність чоловіків в Україні на 23% вища за жіночу і темпи росту її за минуле десятиліття були значно вищі. За темпами росту смертності чоловіків лідирує Північно-Східний (14,8%), далі Центральний (11,2%), Західний (9,2%), Південно-Східний (8,3%) регіони.

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

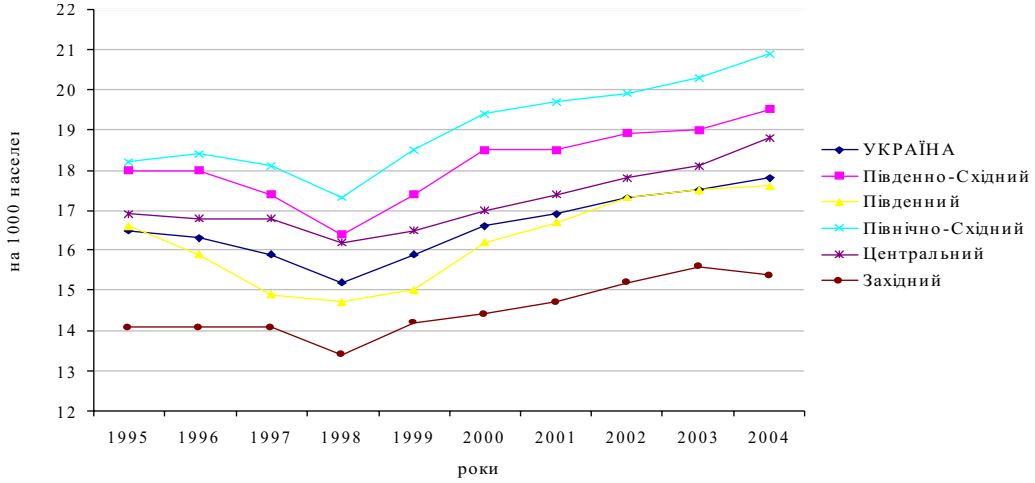

Рис. 2. **Динаміка смертності чоловіків по регіонах України за 1995–2004 рр.**

Темпи збільшення смертності у період 1995–2004 рр. серед чоловіків були найвищими в Північно-Східному регіоні – 20,8%, далі йдуть Південний – 19,7%, Південно-Східний – 18,9%. Трохи нижчими спостерігалися темпи зростання в Центральному (16,0%) та Західному (14,9%) регіонах.

В окремих адміністративно-територіальних одиницях темп росту смертності серед чоловіків період 1998–2005 рр. досягав в Автономній Республіці Крим 27,0%, у м. Севастополі – 25,2%, у Житомирській – 20,1%, у Київській, Донецькій, Черкаській областях – 15,0–15,6%.

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

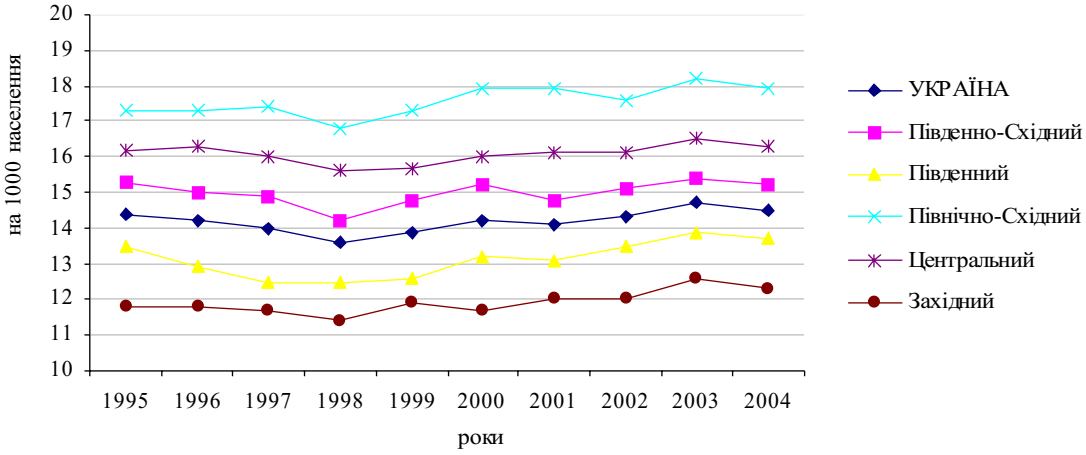

Рис. 3. **Динаміка смертності жінок по регіонах України за 1995–2004 рр.**

Темпи зниження смертності жінок у 1995–1998 рр. зареєстровано менші порівняно з чоловіками (5,5% проти 7,8%). По регіонах найбільші темпи зниження рівня смертності серед жінок, як і серед чоловіків, були в Південно-Східному (9,1%) та Південному (7,4%) регіонах. В інших регіонах – на рівні 2,9–3,7%. Особливістю смертності жінок за минуле 10-річчя є повторне зниження її в 2001 р. В цілому по Україні воно незначне і становило лише 0,7%, але в Південно-Східному регіоні вже – 2,6%, в Південному – 0,76%. У Північно-Східному зафіксовано однакові рівні смертності в 2001 р. і в 2000 р., а в 2002 р. відбулося зниження на 1,7%. У Центральному і Західному регіонах рівень смертності підвищився на 0,6 та 2,6% відповідно.

Смертність жінок підвищувалась в 2002–2003 рр., а в 2004 р. почала знижуватися на 1,4% в цілому по Україні, від 1,2% у Центральному до 2,4% у Західному регіонах.

Зниження смертності жінок в 2004 р. порівняно з 2003 р. відбулося майже в усіх адміністративно-територіальних одиницях. Найбільше зниження спостерігалось в Чернівецькій (на 4,6%), Херсонській (на 4,2%) та Полтавській (на 3,4%) областях. Однак рівень смертності жінок збільшився в Закарпатській області на 3,7% та в м. Севастополі на 3,2%.

Аналіз смертності серед міського населення свідчить про такі особливості: в 2004 р. порівняно з 1995 р. вона збільшилась у цілому по Україні на 5,9%, в Північно-Східному регіоні – на 12,8%, у Західному – на 11,1%, у Центральному – на 9,6% (рис. 4).

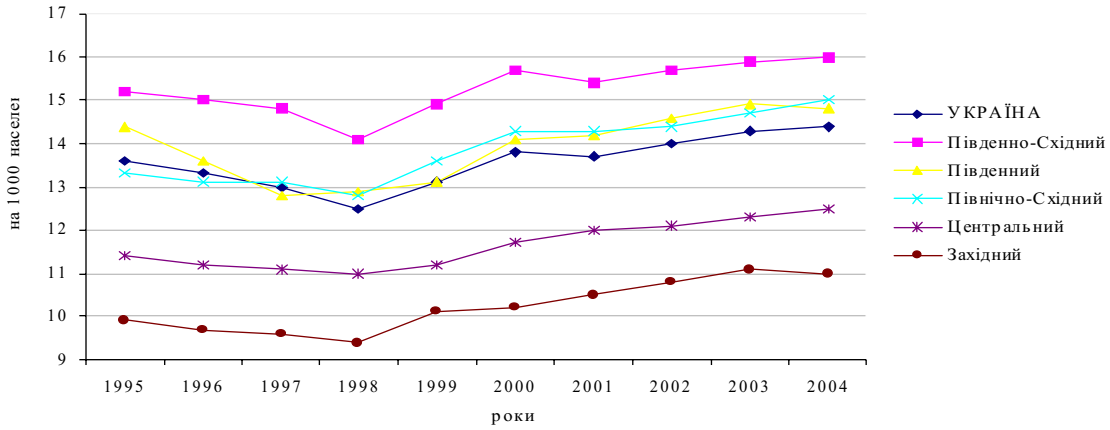

Рис. 4. **Динаміка смертності міського населення по регіонах України за 1995–2004 рр.**

Серед міського населення спостерігалось також зниження (на 8,1%) смертності в період 1996–1998 рр. По регіонах найбільші темпи зниження зареєстровано в Південному (на 10,4%), Південно-Східному (на 7,2%) та Західному (на 5,0%) регіонах. У Північно-Східному та Центральному регіонах зниження було меншим – 3,7 та 3,5% відповідно.

Серед міського населення збільшення смертності відбувалось у 1999 р. та 2000 р., а з 2001 р. наступило незначне її зменшення – на 0,72% в цілому по Україні та в Південно-Східному регіоні (на 1,9%).

Однак починаючи з 2002 р. до 2004 р. смертність міського населення в цілому по Україні та в окремих її регіонах неухильно збільшувалась, і в 2004 р. найвищий рівень спостерігався в Південно-Східному (16,0%), Північно-Східному (15,0%) та Південному (14,8%) регіонах. У Центральному та Західному регіонах цей показник був значно нижчим – 12,5 та 11,0% відповідно. В окремих областях найбільш високі коефіцієнти смертності зафіксовано в Луганській (17,2%), Донецькій (17,1%), Дніпропетровській (16,1%), Харківській (15,2%) областях. У динаміці за 10 років найбільші темпи приросту смертності зареєстровано в Житомирській (на 21,2%), Івано-Франківській (на 15,3%), Сумській (на 15,3%), Тернопільській (на 14,8%), Закарпатській (на 13,9%), Волинській (на 13,7%), Черкаській (на 13,1%) областях. І лише в м. Києві за цей час відбулося зниження смертності на 7,0%.

Рівень смертності сільського населення в Україні значно вищий, ніж міського (рис. 5).

В цілому по Україні в 2004 р. він становив 19,6‰ і був на 36,1% вищим за міський рівень, а по окремих регіонах досягав 26,2‰ – у Північно-Східному (на 74,7% вищий за міський рівень), у Центральному – 22,9‰ (на 83,2% вищий), у Південно-Східному – на 21,1‰ (на 31,8% вищий), у Південному – 16,7‰ (на 12,8% вищий), у Західному – 15,6‰ (на 41,8% вищий за міський рівень).

Серед сільського населення зареєстровано зниження смертності, яке спостерігалось в цілому по Україні в 1996–1998 рр., однак воно було менш значним і не зачепило 1996

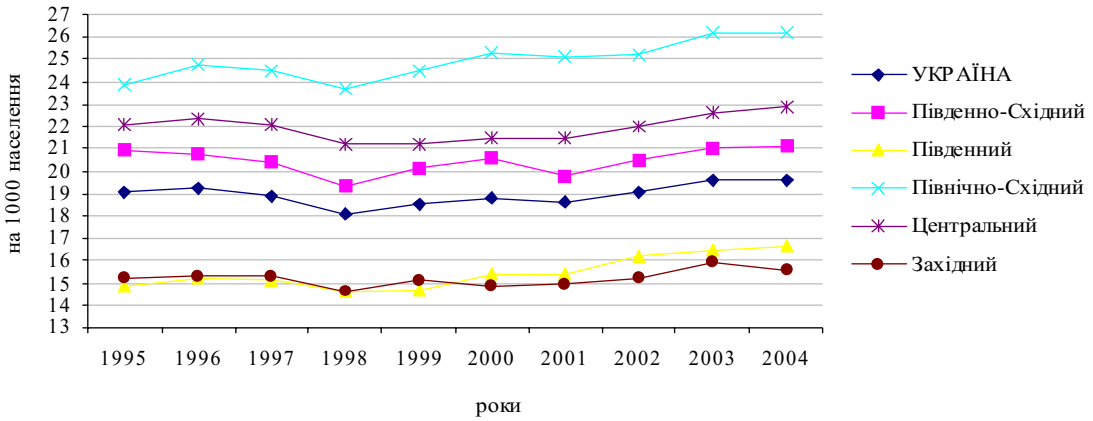

Рис. 5. **Динаміка смертності сільського населення по регіонах України за 1995–2004 рр.**

р., за винятком Південно-Східного регіону, де зниження фіксувалось протягом трьох років і становило 7,6%. В інших регіонах і по Україні в цілому в 1996 р. було збільшення рівня смертності в Північно-Східному на 3,8%, у Південному – на 2,0%, у Центральному – на 1,3%, у Західному на 0,6% та в цілому по Україні – на 0,5%.

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

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

Взагалі за досліджуване 10-річчя смертність сільського населення, попри коливання, збільшилась по Україні на 2,6%, у Південному регіоні – на 12,1%, у Північно-Східному – 9,6%, в інших регіонах – від 3,6% до 1%.

По областях рівні смертності сільського населення в 2004 р. досягали: у Чернігівській – 29,2%, у Сумській – 25,7%, у Полтавській – 23,8%, у Київській – 23,7%, у Житомирській – 23,4%, у Черкаській областях – 23,2%.

В динаміці за 1995–2004 рр. найзначніше збільшення смертності спостерігалось в Автономній Республіці Крим (на 12,8%), у Чернігівській області (на 12,3%), Житомирській (на 11,4%) та в м. Севастополі (на 72,3%).

Висновки

1. Найвищі рівні смертності населення України спостерігаються в Північно-Східному (19,9%), Південно-Східному (17,6%), Центральному (17,0%) регіонах, найгірша динаміка за 1995–2005 рр. була в Північно-Східному (+12,4%), Західному (+11,8%) та Центральному (+8,0%) регіонах. В областях найвищі рівні смертності зафіксовано в Чернігівській (20,7%), Сумській (18,7%) та Полтавській (18,4%), темпи приросту були найвищими в Житомирській (17,0%), Івано-Франківській (14,4%) та Закарпатській (12,8%) областях.

2. Смертність чоловіків перевищує смертність жінок на 23,0%, найвищий рівень спостерігається в Північно-Східному (20,9%), Південно-Східному (19,5%) та Центральному (18,8%) регіонах та в Чернігівській (22,6%), Кіровоградській (20,5%) і Донецькій (20,4%) областях. Серед жінок смертність була найвищою в Північно-Східному (17,9%) та Центральному (16,2%) регіонах, динаміка була незначною. В областях найвищу серед жінок смертність зареєстровано в Чернігівській (19,2%), Сумській (17,3%) та Полтавській (17,2%) областях.

3. Рівень смертності сільського населення на 36,1% вищий за міський. Темпи збільшення серед міського населення були найвищими в Північно-Східному (на 12,8% за 10 років) та Західному (на 11,1%) регіонах, серед сільського населення – в Південному (на 12,1%) та Північно-Східному (на 9,6%) регіонах. Серед областей за темпами збільшення смертності в містах лідирують Закарпатська (22,2%), Житомирська (21,1%) та Волинська (19,6%), в селах – Чернігівська (16,9%) та Житомирська (13,8%).

4. Щодо показника загальної смертності найгірша ситуація складається в Північно-Східному регіоні, який лідирує за темпами збільшення смертності як серед усього населення, так і серед чоловіків, міського та сільського населення. Найбільші темпи приросту смертності населення спостерігались в таких областях, як Житомирська, Чернігівська, Закарпатська, Волинська, м. Севастополі.

Список літератури

1. *Демографічна* криза в Україні: Проблеми дослідження, витоки, складові, напрямки протидії / За ред. В. Стешенко. – К.: Ін-т економіки НАН України, 2001. – 560 с.
2. *Жиль Пизон.* Все страны мира (2003) // Население и общество: Информац. бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. – 2003. – №74. – 8 с.
3. *Населення* України. 2000. Демографічний щорічник. – К.: Держкомстат України, 2000. – 515 с.
4. *Населення* України. 2004. Демографічний щорічник. – К.: Держкомстат України, 2005. – 408 с.
5. *О развитии* демографических процессов в Российской Федерации в 1998 г. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2000. – № 2. – С. 13–29.
6. *Погорелова Э.И.* Система мероприятий по повышению достоверности статистики смертности населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – М.: Медицина, 2006. – №2. – С. 45–49.
7. *Статистичний* щорічник України за 2003 рік. – К.: Консультант, 2004. – 632 с.
8. *Статистические* материалы // Здравоохранение Российской Федерации. – М.: Медицина, 2006. – №2. – С. 41–51.
9. *Фойт Н.А.* Тривалість життя в похилому віці: еволюція, сучасність, перспективи. – К.: Ін-т економіки НАН України, 2002. – 298 с.
10. *Atlas* of health in Europe. – WHO/EURO, 2003. – 112 p.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Л.А. Чепелевская, Р.А. Моисеенко, А.И. Баторшина, О.В. Любинец, Е.А. Нежинская *(Киев)*

Исследована смертность населения Украины по полу, возрасту, месту жительства, в регионах, в динамике за 10 лет. Выявлены региональные особенности смертности населения.

REGIONAL FEATURES OF MORTALITY OF THE UKRAINIAN POPULATION

L.A. Chepelevskaya, R.A. Moiseenko, A.I. Batorshina, O.V. Lubynets, E.A. Nezhynskaya *(Kyiv)*

Mortality of the population of Ukraine on a sex, age, a place of residing in dynamics for 10 years is investigated. Regional features of mortality of the population are revealed.

УДК 616.831-005.1(477.6)

В.І. АГАРКОВ, І.І. ГРИЩЕНКО, О.О. СЕМИКОЗ, Г.К. СЕВЕРИН, В.В. НІКОЛАЄНКО (Донецьк)

ЗАКОНОМІРНОСТІ Й ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ, ПОШИРЕННЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ХВОРОБ, ІНСУЛЬТІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ СУЧАСНОГО ДОНБАСУ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Хвороби системи кровообігу в сучасному суспільстві набувають епідемічних рис. Цей клас хвороб фактично визначає середню тривалість життя людей в економічно високорозвинених країнах і входить у групу “хвороб цивілізації”. Однією з провідних нозологічних форм у структурі хвороб системи кровообігу є цереброваскулярні захворювання і їхні найбільш часті висходи – інсульти [1–4].

Ця група хвороб широко поширена серед населення України. Причому існують досить виражені територіальні відмінності в частоті формування їх серед українського населення. Зокрема, цереброваскулярні захворювання стали однією з головних причин інвалідності й смертності серед населення сучасного Донбасу. Це пов’язано зі станом і розвитком сучасного Донбасу, для якого сьогодні характерні такі риси: інтенсивні урбанізаційні процеси, депресивні: екологія, соціальне середовище, демографія, жорсткі умови і напруженість промислового виробництва, велика насиченість території промисловими об’єктами та процесами.

Мета роботи – встановити закономірність формування серед постійного населення су-

© В.І. Агарков, І.І. Грищенко, О.О. Семикоз, Г.К. Северин, В.В. Ніколаєнко, 2007

часного Донбасу провідних нозологічних форм хвороб системи кровообігу – цереброваскулярних хвороб та інсультів.

Методи дослідження. Санітарно-статистичними дослідженнями на основі суцільного і вибіркового спостереження охоплено населення 19 міст і 14 сільських районів Донецької області за 21 рік (1980–2001 рр.). Машинній обробці було піддано понад 300000 випадків захворювань міського і близько 120000 випадків сільського населення.

Піддано поглибленому медичному оглядові понад 1000 осіб, що проживають у великих і середніх містах Донецької області. Для статистичної обробки використовувалися архівні матеріали Донецького обласного кардіологічного центру, обласного центру медичної статистики, обліково-звітні й копіювальні дані, міських, районних і залізничних лікарень. Статистична обробка результатів здійснювалася за законами класичної варіаційної статистики з одержанням відносних і середніх величин, коефіцієнтів вірогідності розходжень Стьюдента (t) з використанням комп'ютерних програм "Statistics for Windows".

Результати та їх обговорення. Як випливає з таблиці 1, цереброваскулярні хвороби досить широко розповсюджені серед населення Донецького регіону та посідають 3-тє рангове місце в структурі хвороб системи кровообігу (19,2%).

Таблиця 1. **Рангова структура захворюваності на основні нозологічні форми хвороб системи кровообігу населення Донецької області**

Нозологічні форми	Рангове місце	Питома вага (%)
Гіпертонічна хвороба	1-е	36,8
Ішемічна хвороба серця	2-е	24,5
Цереброваскулярні хвороби	3-е	19,2
Стенокардія	4-е	8,2
Інсульти	5-е	5,8
Інфаркти міокарду	6-е	3,4
Ендартеріїт, облітеруючий тромбангіїт	7-е	1,7
Ревматизм	8-е	0,4

Більшість випадків захворювань (80,5%) населення на хвороби системи кровообігу формують: гіпертонічна хвороба, ІХС і цереброваскулярні хвороби, а 97,9% випадків створюють 6 нозологічних форм хвороб системи кровообігу: гіпертонічна хвороба, ІХС, цереброваскулярні хвороби, стенокардія, інсульти, інфаркти міокарду.

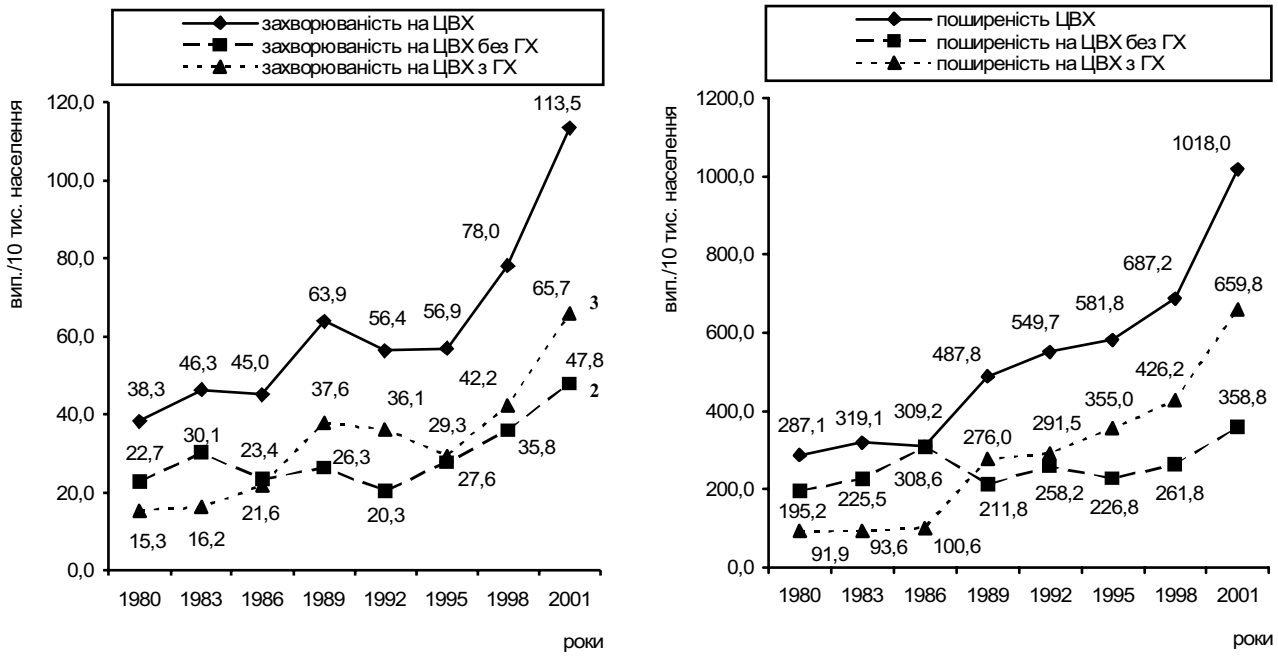

Рис. 1. **Динаміка захворюваності на цереброваскулярні хвороби та їх поширеність серед населення Донбасу**

Динаміка частоти виникнення нових випадків цереброваскулярних хвороб (ЦВХ) характеризується хвильовими властивостями (рис. 1). Так, зростання рівня ЦВХ почалося на початку 80-х років і завершилося наприкінці. Протягом першої половини 90-х років йшов процес їхнього зниження, а в другій половині 90-х років почалося повторне, дуже інтенсивне, зростання ЦВХ. Причому, якщо перший підйом завершився на рівні 63,9 випадку на 10000 чоловік (зростання на 64,7%), то другий досяг рівня 113,5 випадку на 10000 осіб (зростання на 99,5%). Інакше кажучи, у другій половині 90-х років відбувся надзвичайно великий спалах ЦВХ. Прогресивне збільшення кількості цереброваскулярних хвороб відбулося насамперед за рахунок поєднаної патології – ЦВХ із гіпертонічною хворобою. Як видно з характеру кривих 2 і 3 рис. 1, якщо в першій половині 80-х років рівень ЦВХ із гіпертонічною хворобою (крива 3) був значно нижчим за рівень ЦВХ без гіпертонії, то в другій половині 80-х років відбувся перехрест цих кривих у результаті чого ЦВХ із гіпертонією стали значно і стабільно перевищувати ЦВХ без гіпертонії, а форма їхньої динаміки повторювала таку з загальними показниками ЦВХ, тоді як крива динаміки ЦВХ без гіпертонії залишалася на стабільному рівні аж до другої половини 90-х років.

ЦВХ без гіпертонії також стали зростати (крива 2, рис. 1). Однак якщо ЦВХ із гіпертонією збільшилися в другій половині 90-х років на 124,2% випадку, то ЦВХ без гіпертонії – тільки на 73,2% випадку на 10000 населення.

Дещо інша динаміка характерна для показників поширеності ЦВХ (крива 4, рис. 1). Так, процес поширеності ЦВХ проходив з наростанням: перший незначний підйом відбувся в першій половині 80-х років (на 11,1%), другий більш активний – у другій половині 80-х років і в першій половині 90-х років (на 82,3%), а третій – у другій половині 90-х років (на 75,0 % випадку).

Поширеність ЦВХ відбувалась переважно за рахунок сполучення ЦВХ із гіпертонією (крива 6, рис. 1), поширеність яких виросла за останні 15 років в 6,5 разу, тоді як поширеність ЦВХ, не ускладнена гіпертонією, збільшилася тільки в 1,2 разу, а за 20 років – в 1,84 разу (крива 5, рис. 1).

Як свідчать дані табл. 2, сучасний рівень захворюваності населення ЦВХ становить 70,6±3,5 випадку, а їхня поширеність – 642,4±19,0 випадку на 10000 осіб. При цьому захворюваність і поширеність ЦВХ більш висока серед міського, ніж серед сільського населення – захворюваність на 27,1%, а поширеність – на 26,1%.

Цереброваскулярні хвороби більше вражають жіноче населення, ніж чоловіче (табл. 3). Захворюваність ЦВХ серед міського жіночого населення вища, ніж серед чоловічого, на 30,6%, а поширеність – на 63,7%.

Таблиця 2. **Рівень захворюваності на цереброваскулярні хвороби і їх поширеність серед різних контингентів населення Донецького регіону (випадків на 10000 населення)**

Контингент населення	Захворюваність	Поширеність
Міське	79,1±3,7	716,6±21,2
Сільське	62,1±3,0	568,2±20,4 t=5,1
Взагалі	70,6±3,5	642±19,0

Таблиця 3. **Рівень захворюваності на цереброваскулярні хвороби та їх поширеність серед жіночого й чоловічого населення Донецького регіону (випадків на 10000 населення)**

Показник	Жіноче населення		Чоловіче населення	
	міське	сільське	міське	сільське
Захворюваність	74,2±3,0	61,2±3,0 t=3,1	56.8±2.5 t_1=3,7	42,5±3,0 t=3,7 t_1=3,1
Поширеність	739,7±15,5	584,0±14,0 t=7,5	451,9±19,0 t_1=11,8	262,8±18,2 t_1=14

Примітка: *t – вірогідність розходження між міським і сільським населенням;*
t_1 – вірогідність розходження між чоловічим і жіночим населенням.

Більш істотне розходження захворюваності і поширеності ЦВХ існує між сільським жіночим і чоловічим населенням. Так, захворюваність ЦВХ сільського жіночого населення вища, ніж чоловічого, на 44,0%, а поширеність ЦВХ – на 62,2% випадків. Це розходження формується насамперед за рахунок більш низької захворюваності ЦВХ сільського чоловічого населення, ніж чоловічого міського (на 25,2% випадків), тоді як захворюваність міського жіночого населення вища, ніж сільського, на 17,5%. Інакше кажучи, цереброваскулярні хвороби більше уражають жіночу частину міського й сільського населення, а також міське чоловіче й жіноче.

Таблиця 4. **Територіальні розходження і якісні рівні захворюваності на населення цереброваскулярні хвороби (випадків на 10000 осіб)**

Міське населення		Сільське населення		Якісний рівень захворюваності ЦВХ, M±m
міські населені пункти	частота випадків ЦВХ, M±m	сільські населені пункти	частота випадків ЦВХ,	
Донецьк	138,8±8.5	Тельманівський	131,6±7,5	високий
Дебальцеве, Горлівка, Харцизьк, Макіївка	97,3±4,0	Ясинуватський	98,0±4,5	вищий за середній
Добропілля, Красноармійськ, Сніжне	81,2±3,0	Старобешевський, Краснолиманський, Володарський, Новоазовський, Слов'янський	73,3±4,5	середній
Дружківка, Маріуполь, Костянтинівка, Єнакієве, Селидове, Шахтарськ, Дзержинськ	72,2±3,0	Волновахський, Мар'їнський	47,5±4,0	нижчий за середній
Артемівськ, Торез, Краматорськ, Слов'янськ	53,2±4,0	Шахтарський, Першотравневий, Амвросіївський, Великоновоселківський, Олександрівський	35,6±3,0	низький

Однак, як видно з результатів табл. 4, є істотні територіальні розходження захворюваності ЦВХ як міського, так і сільського населення, що характеризуються якісними рівнями. Захворюваність міського і сільського населення поділяються на 5 якісних, що статистично вірогідно різняться, рівнів: високий, вищий за середній, середній, нижчий за середній, низький.

Серед міського населення високі рівні ЦВХ знаходяться в межах 138,8±8,5 випадку (вищі за середні – 97,3±4,0 випадку, середні – 81,2±3,0 випадку, нижчі за середні – 72,2±3,0 випадку, низькі – 53,2±4,0 випадку на 10000 осіб).

Серед сільського населення високі рівні знаходяться в межах 131,6±7,5 випадку, вищі за середні – 98,0±4,5 випадку, середні – 73,3±4,5 випадку, нижчі за середні – 47,5±4,0 випадку, низькі – 35,6±3,0 випадку на 10000 осіб.

Кожний з цих якісних рівнів характерний для конкретних сільських районів і міських анклавів, де захворюваність населення ЦВХ стійко утримується в межах цих рівнів протягом останніх 20 років, що вказує на наявність серед даних популяцій населення факторів, що детермінують виникнення ЦВХ зі стійко розрізнюваною частотою.

Інсульти є, як правило, результатом цереброваскулярних хвороб, особливо ускладнених гіпертонією. Однак їхня питома вага в структурі хвороб системи кровообігу досить висока і займає 5 місце (5,8% випадків захворювань).

Як випливає з рис. 2 (крива 1), частота виникнення нових випадків інсульту була досить стабільною протягом 80-х і першої половини 90-х років і знаходилася на рівні 14–

17 випадків на 10000 осіб. У другій половині 90-х років почалося інтенсивне зростання інсультів серед населення з темпом 15,3% випадків на рік. Це привело до того, що до початку 2001 р. рівень нових випадків інсультів серед населення збільшився порівняно з початком 80-х років у 2,1 разу і майже досяг рівня 30 випадків на 10000 населення, тобто найбільш високого рівня в Донбасі за останні 40 років.

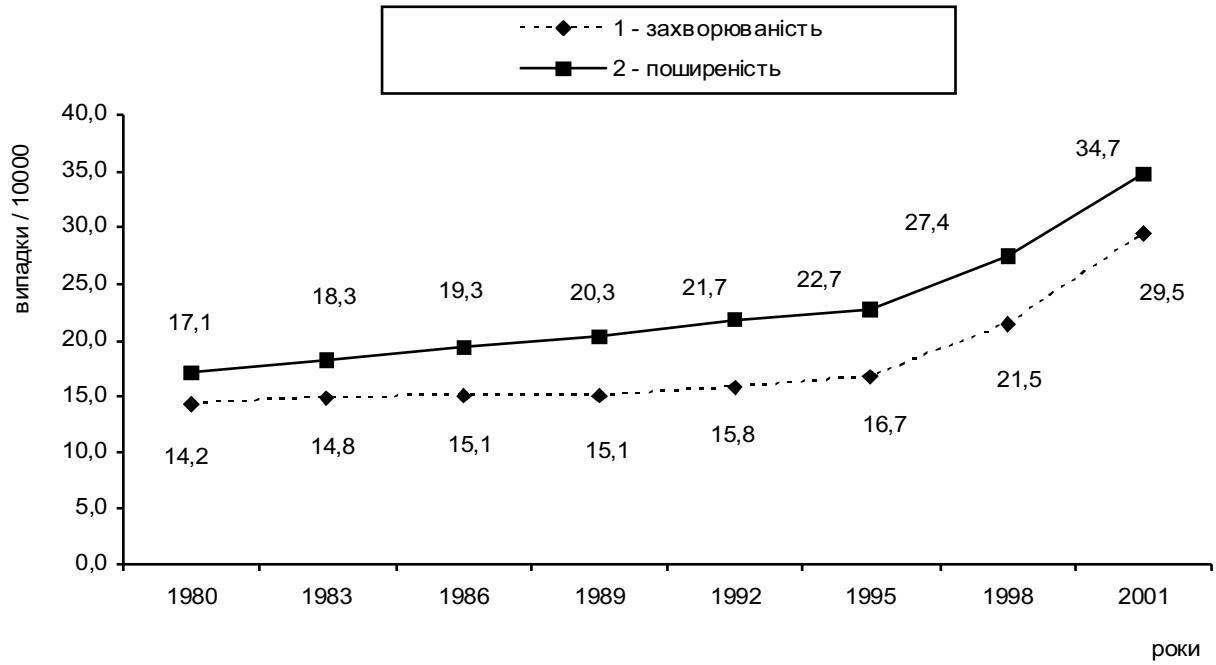

Рис. 2. **Динаміка захворюваності на інсульти і поширеності їх серед населення Донбасу**

За аналогічними закономірностями змінювалася протягом останніх 20 років і поширеність серед населення інсультів (рис. 2, крива 2). Особливість цієї динаміки полягала лише в тому, що для частоти поширеності інсультів характерна слабко виражена прогресивна тенденція підвищення протягом 80-х і початку 90-х років, а в другій половині 90-х років перейшла в інтенсивне прогресивне підвищення. У результаті такої динаміки поширеність інсультів серед населення виросла за 20 років більш ніж у 2 рази і досягла майже 35 випадків на 10000 осіб, що також є найбільшою величиною поширеності інсультів серед населення Донбасу за останні 40 років.

Сучасні середні рівні захворюваності на інсульти населення Донецького регіону знаходяться в межах 22,1±2,0 випадку на 10000 осіб та істотно відрізняються як у сільських, так і в міських жителів (табл. 5). Так, захворюваність на інсульти міського населення вища, ніж сільського, на 62,5%, і склала 27,3±2,0 випадку проти 16,8±1,2 випадку на 10000 сільських жителів.

Таблиця 5. **Рівень захворюваності на інсульти і поширеності їх серед різних контингентів населення Донецького регіону (випадків на 10000 чоловік)**

Контингент населення	Захворюваність	Поширеність
Міське	27,3±2,0	33,8±1,5
Сільське	16,8±1,2 t=4,5	24.4±1,0 t=5,2
Усього	22,1±2,0	29,1±1,8

Поширеність інсультів також значно вища серед міського (33,8±1,5 випадку на 10000), ніж серед сільського населення (24,4±1,0 випадку на 10000), що підкреслює велику уразливість цією патологією міського населення.

Як видно з показників табл. 6, мають місце суттєві статеві розходження як у захворюваності населення інсультами, так і їхньої поширеності. Захворюваність інсультами жіночого населення вища за чоловічу (міського – на 16,5%, сільського – на 28,1%).

Таблиця 6. **Рівень захворюваності на інсульти та їх поширеність серед жіночого і чоловічого населення Донецького регіону (випадки на 10000 населення)**

Показник	Жіноче населення		Чоловіче населення	
	міське	сільське	міське	сільське
Захворюваність	24,6±1,0	18,2±0,9 t=4,7	21,2±1,1 t_2=2,3	14,2±0,8 t_1=3,8 t_2=3,3
Поширеність	31,3±0,6	27,3±0,6 t=4,7	28,3±0,4 t_2=4,3	20,0±0,6 t_1=11,1 t_3=8,6

Примітка: *t – вірогідність розходження між жіночим міським і сільським населенням;*
t_1 – вірогідність розходження між чоловічим міським і сільським населенням;
t_2 – вірогідність розходження між жіночим і чоловічим міським населенням;
t_3 – вірогідність розходження між жіночим і чоловічим сільським населенням.

Крім того, захворюваність міського жіночого населення вища за жіноче сільське на 26,0%, а міського чоловічого вища чоловічого сільського на 33,0%. Поширеність інсультів серед жіночого і чоловічого населення має такі ж закономірності, як і захворюваність.

Отже, інсульт – це патологія переважно вражаюча міське жіноче й чоловіче населення.

Як і при цереброваскулярних хворобах, відзначаються виражені і стійкі територіальні розходження захворюваності на інсульт населення Донецького регіону (табл. 7).

Таблиця 7. **Територіальні розходження і якісні рівні захворюваності населення на інсульти в умовах Донецького регіону (випадків на 10000 чоловік)**

Міське населення		Сільське населення		Якісний рівень захворюваності на ЦВХ, M±m
міські населені пункти	частота випадків ЦВХ, M±m	сільські населені пункти	частота випадків ЦВХ,	
Дзержинськ, Дружківка, Костянтинівка	45,2±1,9 39,7±1,1x	Новоазовський Мар'їнський, Ясинуватський, Волноваський	31,6±1,3 20,5±1,5x	високий вищий за середній
Шахтарськ, Єнакієве, Селидове, Горлівка, Добропілля	31,7±1,2x	Старобешівський, Краснолиманський, Слов'янський	17,0±0,7x	середній
Харцизьк, Макіївка, Донецьк, Сніжне, Краматорськ, Артемівськ, Торез, Дебальцеве	23,8±1,2x	Амвросіївський, Олександрівський, Володарський	14,0±0,8x	Нижчий за середній
Красноармійськ, Слов'янськ, Маріуполь	15,3±1,3x	Шахтарський, Першотравневий, Великоновосілківський, Тельманівський	10,2±0,8x	низький

Примітка: *x – вірогідність розходження щодо попереднього рівня.*

Захворюваність населення на інсульти поділяється на 5 якісних рівнів: високий, вищий за середній, середній, нижчий за середній і низький. Кожен з цих рівнів властивий визначеним сільським районам і міським анклавам. Так, високий рівень захворюваності на інсульти характерний для населення, що постійно проживає в м. Дзержинську (45,2±1,0 випадку на 10000 осіб) і сільського Новоазовського району (31,6±1,3 випадку на 10000 осіб), рівень

вищий за середній має місце серед населення в містах: Дружківці й Костянтинівці (39,7±1,1 випадку на 10000 осіб) і сільських районах: Мар'їнському, Ясинуватському, Волноваському (20,5±1,2 випадку на 10000), середній – у містах: Шахтарську, Єнакієвому, Селидові, Горлівці, Добропіллі (31,7±1,2 випадку на 10000) і сільських районах: Старобешівському, Слов'янському, Краснолиманському (17,0±0,7 випадку на 10000), нижчий за середній – у містах: Харцизьку, Макіївці, Донецьку, Сніжному, Краматорську, Артемівську, Торезі, Дебальцевому (23,8±1,2 випадку на 10000) і сільських районах: Амвросіївському, Олександрівському, Володарському (14,0±0,8 випадку на 10000), низький – у містах: Красноармійську, Слов'янську, Маріуполі (15,3±1,3 випадку на 10000) і сільських районах: Шахтарському, Первомайському, Тельманівському, Великоновосілківському (10,2±0,8 випадку на 10000 чоловік).

Порівняння динаміки захворюваності населення на інсульти і поширеності серед цього населення цереброваскулярних хвороб показує наявність деяких закономірностей зв'язку між цими двома видами патології. Як видно з динамічних кривих, представлених на рис. 3, вираженою детермінантою прогресивного росту захворюваності населення інсультами є динаміка прогресивного збільшення поширеності серед населення цереброваскулярних хвороб з гіпертонією (криві 1 і 2, рис. 3). При цьому латентний період між різким підйомом захворюваності населення на інсульти та інтенсивним процесом, що почався, збільшення поширеності серед даного населення ЦВХ із гіпертонією становить 8–10 років.

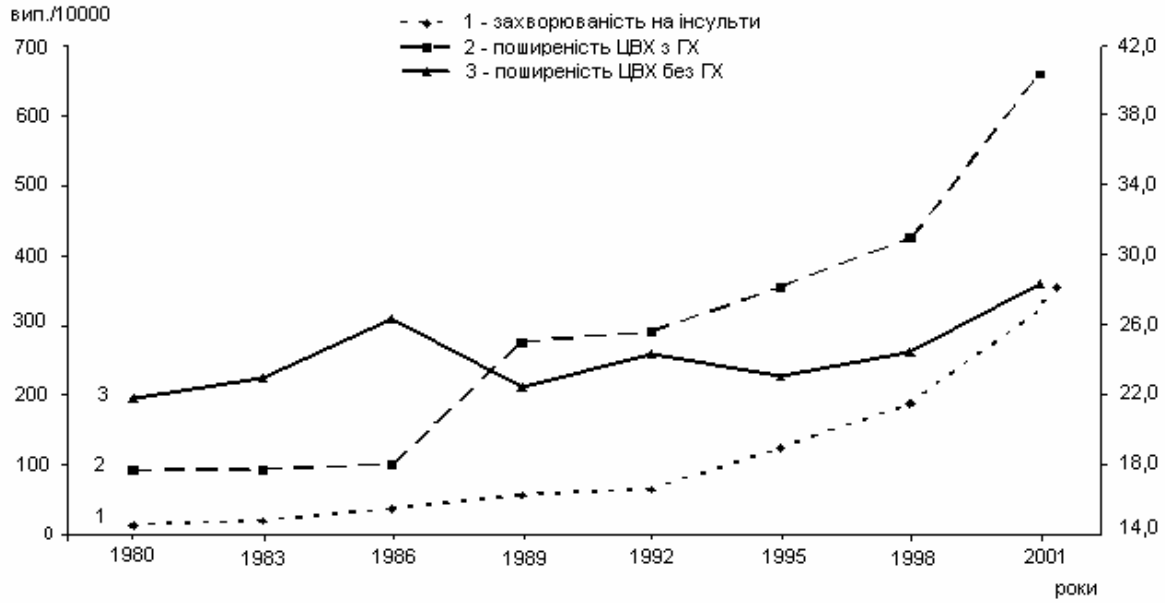

Рис. 3. **Порівняльна динаміка захворюваності на інсульти і поширеності серед населення цереброваскулярних хвороб з гіпертонічною хворобою та без неї**

Інакше кажучи, різкому підйомові частоти первинних випадків інсультів серед населення передує процес активного нагромадження серед населення ЦВХ, ускладнених гіпертонічною хворобою, що продовжується протягом 8–10 років. Водночас поширеність серед населення цереброваскулярних хвороб без гіпертонії практично не підсилює зростає захворюваності населення на інсульти (криві 1 і 3, рис. 3). Так, з 1986 по 1995 роки незначне зростання кількості первинних випадків інсультів відбувалося на тлі зниження поширеності серед населення ЦВХ без гіпертонії, і тільки після 1995 р. намітився невиражений паралелізм між динамічними кривими цих двох видів хвороб.

Причому темп зростання інсультів у періодах їхнього активного підйому (з 1995 р.) істотно перевершував такий поширеності ЦВХ без гіпертонії (11,0% випадків проти 8,8% випадків на рік), тоді як у цей же період темп зростання поширеності ЦВХ із гіпертонією перевершував такий при підйомі інсультів (12,5% випадків проти 11,0% випадків на рік).

Отже, у формуванні первинної захворюваності населення на інсульти ключову роль відіграє рівень і динаміка поширеності серед населення цереброваскулярних хвороб з гіпертонією.

Висновки

1. Рівень захворюваності населення ЦВХ в умовах Донбасу становить 70,6±3,5 випадку, а їх поширеність – 642,4±19,0 випадку на 10000 осіб.

2. За останні 15–20 років захворюваність населення ЦВХ виросла майже в 2 рази, а їх поширеність – у 10 разів.

3. Цереброваскулярні хвороби більше уражають жіноче населення, міське чоловіче й жіноче.

4. Захворюваність населення Донбасу на інсульти виросла за останні 20 років у 2,1 разу і стала найвищою за останні 40 років.

5. Інсульти більш часто уражають міське жіноче і чоловіче населення.

6. Зростання рівня захворюваності населення на інсульти визначається переважно цереброваскулярними хворобами, ускладненими гіпертонією.

Список літератури

1. *Апанасенко Г.Л., Попова Л.А.* Медицинская валеология. – К.: Здоров'я 2000. – 243 с.
2. *Брегхман И.И.* Введение в валеологию – науку о здоровье. – Л.: Наука, 1987. – 125 с.
3. *Войтенко В.П.* Здоровье здоровых. Введение в санологию. – К.: Здоровье, 1991. – 246 с.
4. *Показники* здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2003–2004 роки/ МОЗ України, Центр медичної статистики. – К: 2005. – 315 с.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ИНСУЛЬТОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ДОНБАССА

В.И. Агарков, И.И. Грищенко, Е.А. Семикоз, Г.К. Северин, В.В. Николаенко *(Донецк)*

Приведены результаты углубленного анализа динамики заболеваемости городского и сельского населения Донецкой области инсультами, а также распространенность среди этого контингента цереброваскулярных болезней за 20-летний период. Установлено, что в формировании первичной заболеваемости населения инсультами ключевую роль играет уровень и динамика распространенности среди всего населения Донбасса цереброваскулярных болезней с гипертонией.

BRAINVASCULAR DECEASES' AND INSULTS: REGULARITIES AND PECULIARITY OF EMERGENCE AND SPREADING AMONG THE POPULATION OF MODERN DONBASS

V.I. Agarkov, I.I. Grishchenko, E.A. Semikoz, G.K. Severin. V.V. Nikolaenko *(Donetsk)*

In work the results of the profound analysis of insults' morbidity brainvascular deceases' spreading among the urban and rural population of Donetsk region in dynamics for the 20-years period are given. It's established, that a level and dynamics of spreading of brainvascular deceases with a hypertension is played the key role in the formation of primary insults' morbidity among Donbass population.

УДК 312.6:616-006(477)

Г.К. СЕВЕРИН (Донецьк)

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ОСТАННЄ ДЕСЯТИРІЧЧЯ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Сучасний стан онкологічної допомоги населенню тісно переплітається з соціально-економічними, екологічними та матеріально-технічними умовами розвитку України.

Ситуація, що складається на сьогодні з профілактикою, своєчасним виявленням та лікуванням онкологічних хворих, потребує більш пильної уваги з боку державних установ щодо забезпечення цього напрямку медицини не тільки висококваліфікованими фахівцями, але й необхідною технікою, технологіями та адекватним фінансуванням, забезпеченням хворого в повному обсязі високоефективними методами лікування та лікарськими препаратами.

З огляду на те, що у 2005 р. на території України зареєстровано 157500 випадків на злоякісні новоутворення (334,4 випадку на 100 тис. населення), і за останні 5 років показник захворюваності зріс на 5,8% [1], виникає не-

© Г.К. Северин, 2007

обхідність глибокого вивчення всіх чинників, що впливають на зростання цієї патології серед усього населення держави не тільки в розрізі віко-статевих особливостей, а й еколого-гігієнічних та соціально-економічних умов проживання в різних регіонах України. Майже 100 тис. жителів країни помирають від онкологічної патології, причому 35% померлих – особи працездатного віку [2].

За прогнозами фахівців, до 2020 р. кількість вперше виявлених хворих на рак в Україні може перевищити 200 тис. на рік [1].

Не менш актуальною є проблема онкологічної захворюваності й серед населення Донецької області, незважаючи на 17-те рангове місце в 2005 р. серед адміністративних територій України за показником захворюваності на злоякісні новоутворення (порівняно з 2001 р.) [2].

Особливістю сучасного Донбасу є збільшення останнім часом кількості територій з депресивною системою економіки, що призвело до агресивної урбанізації регіону, неконтрольованої маятникоподібної міграції населення до промислових центрів. Зменшилася можливість проведення контрольованих медичних оглядів та активної диспансеризації населення (особливо сільського), що ускладнює, а інколи і унеможливлює своєчасне виявлення та профілактику онкологічної патології на сучасному етапі.

Метою даного дослідження стало вивчення динаміки онкологічної захворюваності населення Донецької області на злоякісні новоутворення за їхньою локалізацією у 1995–2005 рр. та особливостей структури онкопатології серед чоловічого та жіночого населення у 2000–2005 рр.

Матеріалом для даного дослідження були показники онкологічної захворюваності населення Донецької області за локалізацією протягом 1995–2005 рр. і показники структури захворюваності на злоякісні новоутворення у період 2000–2005 рр., надані інформаційно-аналітичним центром медичної статистики управління охорони здоров'я Донецької облдержадміністрації [3–8].

Результати та їх обговорення. Порівняльний аналіз одержаних результатів, наведених в табл., свідчить про те, які серед усіх захворювань, що формують онкологічну патологію. Перші три місця займають станом на 2005 р. відповідно: захворюванняя трахеї, бронхів і легень (43,1 на 100000 населення); шкіри (34,4 на 100000 населення) і шлунка (27,9 / 100000 населення).

Аналізуючи одержані результати, ми звернули увагу на те, що виникнення окремих онкологічних захворювань характерне для конкретної статі й при розрахунках нівелюється загальним показником. До таких захворювань належать злоякісні новоутворення молочної залози. Дана патологія на 99% пов'язана зі статтю й у жінок посідає 2-ге місце після злоякісних новоутворень трахеї, бронхів та легень.

Слід вказати і на злоякісні новоутворення молочної залози, оскільки цей показник становить 33,5 випадку на 100000 населення. Специфічність даного показника полягає в тому, що, на відміну від попередніх, у своїй структурі він посідає у чоловіків 0,2% (або 0,8 на 100000 чоловічого населення) від загальної кількості онкологічних захворювань, тоді як у жінок становить 20,1% (61,3 на 100000 жіночого населення). Загальний показник захворюваності на злоякісні новоутворення молочної залози склав по Донецькій області в 2005 р. 33,5 на 100000 населення, що свідчить про невпинне зростання даної онкологічної патології серед жителів сучасного Донбасу. З огляду на це вивчення онкологічної патології молочної залози повинно бути предметом окремого глибокого наукового дослідження.

Враховуючи специфічність ураження чоловічого та жіночого населення онкологічною патологією, в таблиці наведено динаміку захворюваності на злоякісні новоутворення за локалізацією, щоб зосередити увагу на проблемах переважного ураження певної групи населення.

Сьогодні спостерігається також тенденція до зростання серед чоловічого населення злоякісних новоутворень передміхурової залози. Так, якщо в 1995 р. цей показник дорівнював 14,8 випадку на 100000 чоловічого населення, то в 2005 р. він виріс до 22,3 на 100000 чоловічого населення, що також викликає стурбованість і настороженість. Враховуючи значення зростання рівня даної патології слід поглиблено вивчити поширеність цієї хвороби з урахуванням вікових груп і факторів ризику, які викликають ураження зазначеного органу.

Порівняльна характеристика захворювань трахеї, бронхів та легень серед чоловіків і жінок свідчить про переважне ураження цією патологією перших (за даними 2005 р.) майже в 6 разів. На наш погляд, дана патологія превалює у чоловіків передусім за рахунок зловживання тютюном та несприятливих умов праці (оскільки більшість професій, в яких задіяні чоловіки, є небезпечними для бронхо-легеневої системи), пов'язаних з роботою в середовищі з високою концентрацією пилу та газів (вугільна, металургійна, хімічна промисловість тощо).

Таблиця 1. **Захворюваність населення Донецької області на злоякісні новоутворення за їх локалізацією (на 100 тис. населення) у 1995–2005 рр.**

Локалізація злоякісних новоутворень	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Усі злоякісні новоутворення	314,2	312,6	312,9	327,9	323,4	319,7	326,8	326,5	322,6	322,4	321,3
в тому числі: губи	3,6	3,6	3,4	3,8	3,4	2,4	3,1	2,2	2,8	2,4	1,8
ротової порожнини, глотки	7,3	7,0	6,1	6,9	7,1	6,4	6,7	6,8	5,7	6,2	7,2
стравоходу	3,8	3,8	3,5	3,8	3,8	3,7	3,5	3,2	3,0	2,5	3,0
шлунку	34,1	32,2	30,9	32,0	30,6	30,8	29,9	30,3	30,2	27,6	27,9
ободової кишки	16,8	17,9	18,6	18,5	20,2	20,5	19,8	21,5	21,7	20,7	22,5
прямої кишки	16,7	16,0	16,2	16,4	16,9	16,7	18,2	18,5	19,6	19,4	19,7
гортані	6,2	6,2	6,3	5,9	6,3	16,2	5,7	6,0	5,1	5,3	5,4
трахеї, бронхів, легень	57,8	49,4	49,4	51,2	51,6	51,2	53,0	48,3	44,8	45,6	43,1
кісток та сполучної тканини	4,4	4,7	4,7	4,0	3,8	3,5	3,6	3,8	3,3	3,3	2,9
шкіри	31,8	27,1	28,5	31,4	35,4	35,5	35,8	35,1	31,8	34,7	34,5
молочної залози	52,7*	31,2*	31,5	59,5*	58,3*	59,2*	64,0*	56,8*	62,4*	63,1*	61,3*
шийки матки	19,2*	17,0*	10,0*	18,2*	17,9*	16,7*	17,7*	19,9*	18,3*	18,9*	16,8*
тіла матки	22,1*	21,1*	12,1*	24,2*	24,0*	24,6*	24,4*	28,0*	26,8*	25,6*	24,8*
яєчника	17,8*	19,3*	9,2*	17,7*	16,9*	17,1*	15,8*	17,4*	16,2*	16,1*	15,7*
нирки	-	-	-	-	-	-	-	9,2	10,0	8,6	8,8
передміхурової залози	14,8**	14,9**	6,9**	17,5**	16,2**	16,3**	18,0**	18,5**	21,6**	23,4**	22,3**
сечового міхура	8,7	9,3	8,9	9,8	10,5	10,1	10,3	9,4	10,0	9,9	10,7
щитоподібної залози	3,3	3,0	3,2	3,7	3,1	3,0	3,3	3,7	3,2	3,6	3,7
лімфатичної та кровотворної тканини	12,4	11,6	12,3	14,5	14,0	12,8	12,8	12,6	13,4	12,0	12,2

Примітки: ** на 100 тис. жіночого населення*
*** на 100 тис. чоловічого населення*

Що ж стосується розгляду впливу на організм тютюнопаління як суттєвого фактора ризику на дихальну систему, виникають певні сумніви, оскільки останнім часом спостерігається частіше зловживання тютюном жінками, а показники захворюваності на злоякісні новоутворення трахеї, бронхів та легень залишаються у жінок майже без змін (рис.1).

Отже, необхідно більш поглиблено вивчити не тільки статево-вікові особливості захворюваності на цю недугу, але й провести аналіз щодо факторів ризику, які формують дану патологію, та розробити адекватні заходи профілактики й стандартів щодо умов праці на виробництві з високим ступенем впливу умовно канцерогенних та канцерогенних складових.

Не менш цікавою є і динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення шлунка чоловічого та жіночого населення Донецької області в 1995–2005 рр. (рис. 2).

Як і в попередньому випадку, серед чоловіків онкологічні ураження шлунка майже вдвічі зустрічаються частіше, ніж у жінок. Враховуючи таку суттєву різницю між двома статевими групами, слід звернути особливу увагу на соціально-гігієнічні, біологічні та екологічні фактори, які зумовлюють виникнення захворювань на злоякісні новоутворення шлунка.

При цьому треба враховувати вплив на зростання шлункової онкопатології рівня достатку обстежуваного, його можливість відповідно до фізіологічних норм приймати їжу, а також ступеня збалансованості харчових продуктів у меню, вітамінізації та достатньої калорійної цінності продуктів.

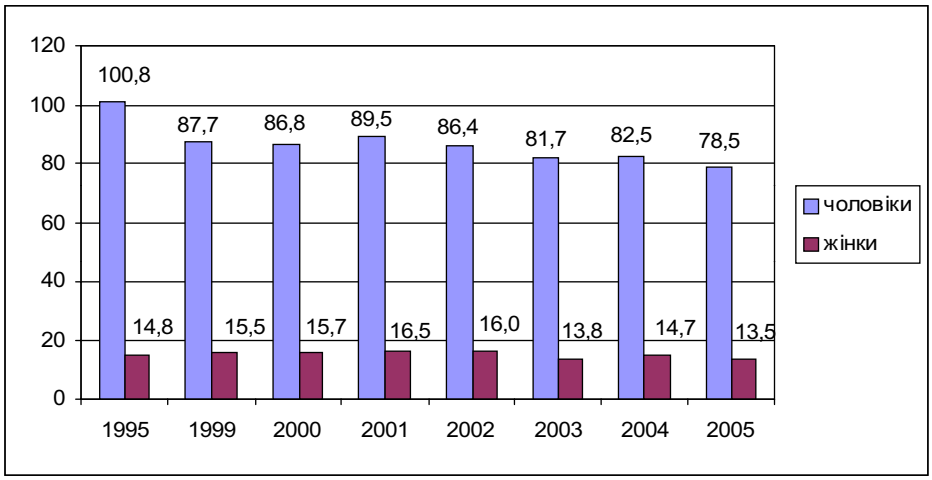

Рис. 1. **Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення трахеї, бронхів та легень серед населення Донецької області в 1995–2005 рр. (на 100 тис. населення)**

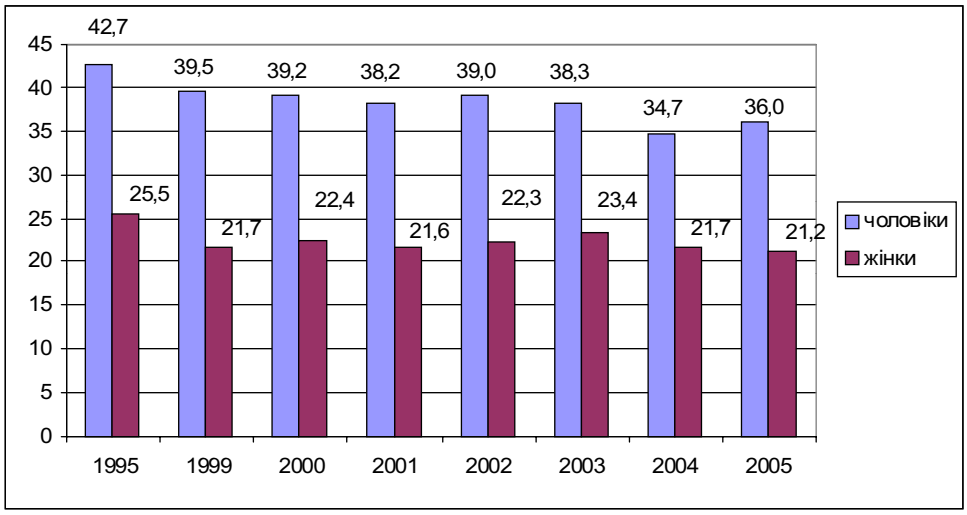

Рис. 2. **Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення шлунка серед населення Донецької області в 1995–2005 рр. (на 100 тис. населення)**

Третє місце за ступенем ураження людини посідають злоякісні новоутворення шкіри. На відміну від попередніх двох класів захворювань, ураження онкопатологією шкіри частіше (в 1,2–1,3 разу) зустрічаються у жінок (рис.3).

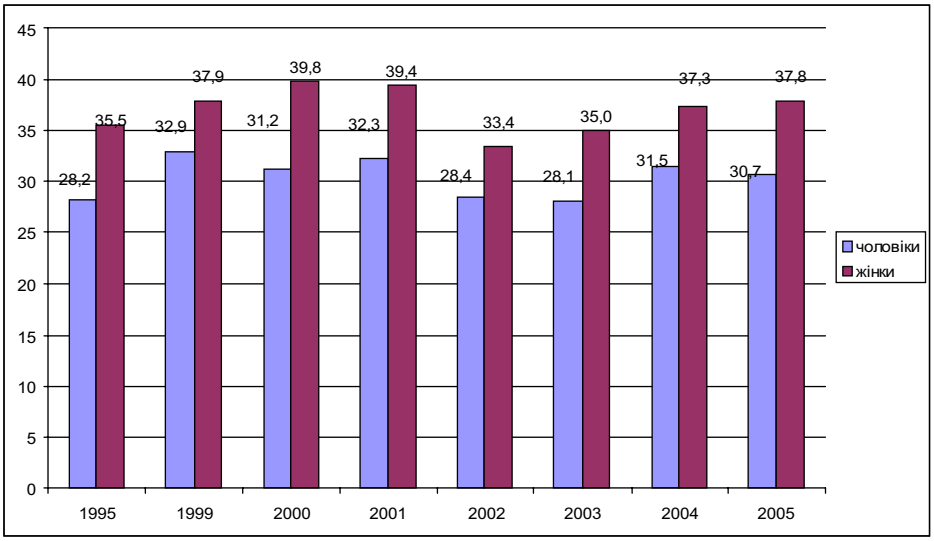

Рис. 3. **Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення шкіри серед населення Донецької області в 1995–2005 рр. (на 100 тис. населення)**

Враховуючи, що хвороби шкіри більше піддаються своєчасній діагностиці, можна припустити, що рівень виявлення тут значно вищий, а тому й захворюваність посідає 3-тє місце серед усієї онкологічної патології. Оскільки основна причина злоякісних новоутворень шкіри полягає в постійному порушенні епітелію фізичними та хімічними канцерогенами (близько 75%), необхідно простежити, які чинники передусім впливають на ураження шкіри, а також які виробничі процеси найбільше призводять до пошкодження цілісності шкіри та її ураження. Це дасть змогу якісніше проводити профілактичні заходи з метою нівелювання факторів ризику на здоров'я працюючих в умовах хімічного забруднення та використання в побуті агресивних сумішей, що призводять до негативних наслідків.

Порівняльний аналіз структури захворювань на онкологічну патологію серед чоловіків та жінок проводився з урахуванням статевих особливостей тієї чи іншої групи, у 2000 та 2005 рр. Одержані результати показали, як перерозподіляються захворювання, що найбільше вражають ту чи іншу стать онкологічними захворюваннями протягом 6 років.

Як видно з рис. 4, структура захворювань на злоякісні новоутворення серед чоловічої статі у 2005 р. змінилася на краще щодо хвороб: трахеї, бронхів та легень (з 25,6% у 2000 р. до 22,9% у 2005 р.); шлунка (відповідно з 11,5% до 10,5%); шкіри (з 9,2% до 9,0%). Водночас відзначається збільшення питомої ваги захворювань: ободової кишки (з 6,0% у 2000 р. до 6,5% у 2005 р.); прямої кишки (відповідно з 5,3% до 5,6%); сечового міхура (з 5,0% до 5,5%); передміхурової залози (з 4,8% до 6,5%).

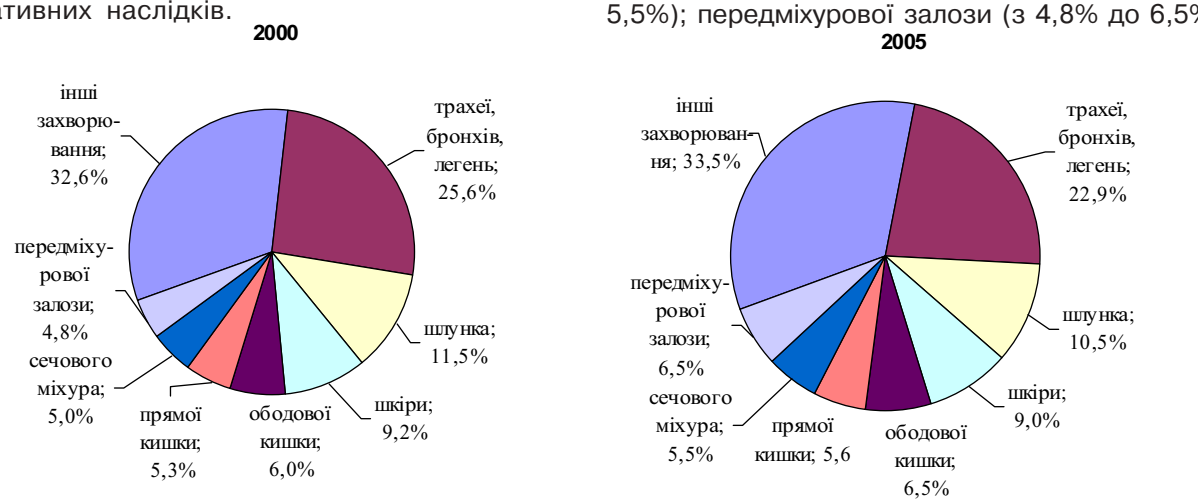

Рис. 4. **Структура захворюваності на злоякісні новоутворення чоловічого населення Донецької області в 2000 і 2005 рр.**

Дещо інша ситуація у жінок (рис. 5). Порівняно з 2000 р. відмічається незначне зменшення питомої ваги онкологічних захворювань: тіла матки (з 8,1 у 2000 р. до 8,1% у 2005 р.); шлунка (відповідно з 7,4% до 7,0%); яєчника (з 5,6% до 5,2%), трахеї, бронхів і легень (з 5,2% до 4,4% відповідно). Зростання питомої ваги спостерігалося серед захворювань: молочної залози (з 19,6% в 2000 р. до 21,1 у 2005 р.); ободової кишки (відповідно з 6,7% до 7,5%); прямої кишки (з 5,1% до 6,6%).

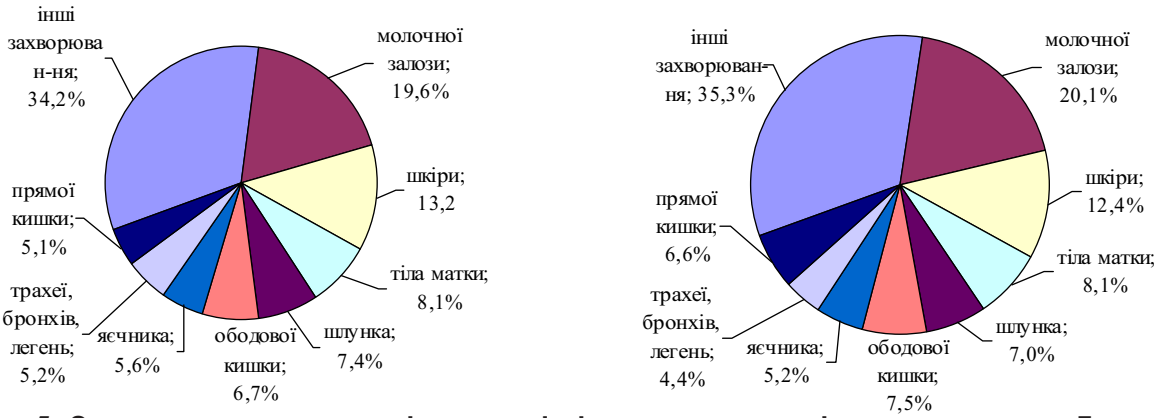

Рис. 5. **Структура захворюваності на злоякісні новоутворення жіночого населення Донецької області у 2000 і 2005 рр.**

Незважаючи на поліпшення останніми роками ситуації щодо онкології в Україні, результати дослідження не свідчать про зменшення цієї патології в Донецькій області. Враховуючи сучасний стан економіки, низький прожитковий рівень населення та відсутність чіткої системи виявлення і попередження онкологічної патології, необхідно: звернути увагу на розробку теоретичних обґрунтувань причин виникнення і розвитку злоякісних новоутворень, шляхів якнайширшого та найактивнішого виявлення передракових станів і пухлин на ранніх стадіях розвитку; розробити комплекс заходів з попередження онкологічних захворювань серед населення екокризових регіонів, яким є Донецька область.

Висновки

Одержані в ході дослідження дані вказують на необхідність розробки оптимізованої системи своєчасного виявлення онкологічної патології на початкових стадіях її розвитку на рівні первинної ланки надання спеціалізованої висококваліфікованої медичної допомоги населенню лікарями загальної практики (сімейними лікарями), а також створення всіх умов для якісного попередження виникнення злоякісних новоутворень при нинішньому стані економіки держави.

Список літератури

1. *Гордиенко С.М.* Онкологические заболевания в Украине. Парламентские слушания // Здоров'я України / Медична газета. – 2004.
2. *Здоров'я* населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 2001–2005 рр. (статистично-аналітичний довідник). – К., 2006. – 205 с.
3. *Показники* здоров'я населення та діяльності медичних установ Донецької області за 1995, 1999, 2000 роки (статистичні матеріали). – Донецьк, 2001. – 325 с.
4. *Показники* здоров'я населення та діяльності медичних установ Донецької області за 2001 рік (статистичні матеріали). – Донецьк, 2002. – 237 с.
5. *Показники* здоров'я населення та діяльності медичних установ Донецької області за 2002 рік (статистичні матеріали). – Донецьк, 2003. – 279 с.
6. *Показники* здоров'я населення та діяльності медичних установ Донецької області за 2003 рік (статистичні матеріали). – Донецьк, 2004. – 298 с.
7. *Показники* здоров'я населення та діяльності медичних установ Донецької області за 2004 рік (статистичні матеріали). – Донецьк, 2005. – 295 с.
8. *Показники* здоров'я населення та діяльності медичних установ Донецької області за 2005 рік (статистичні матеріали). – Донецьк, 2006. – 259 с.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ

Г.К. Северин *(Донецк)*

Представлены данные заболеваемости населения Донецкой области злокачественными новообразованиями за период 1995–2005 гг. в зависимости от их локализации. Приведена структура онкологической заболеваемости у мужчин и женщин, рассмотрены возможные ее причины, а также предложены пути оптимизации профилактики онкологической патологии.

DYNAMICS OF MORBIDITY MALIGNANT NEOPLASM THE POPULATION OF DONETSK OBLAST FOR LAST DECADE

G.K. Severin *(Donetsk)*

The given morbidity of the population of Donetsk oblast malignant neoplasm for the period of 1995-2005 is submitted depending on their localization. The structure of oncological desease at men and women is resulted, its possible reasons are considered, and also ways of optimization of prophylaxis of an oncological pathology are offered.

УДК 616.98:578.828

Л.М. БЄЛЄНСЬКА, Б.Л ПОДЛУЖНИЙ, С.М. ЯНЧЕНКО (Київ)

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ЩОДО СТАВЛЕННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО ПРОБЛЕМИ ВІЛ/СНІДУ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Епідемія ВІЛ/СНІД упродовж останніх років стала проблемою для всього людства. Розпочавшись із поодиноких випадків, епідемія ВІЛ охопила всі країни, суттєво впливаючи на їхній економічний розвиток. За своєю негативною дією на соціальні, економічні та демографічні аспекти розвитку суспільства епідемія не має собі рівних. Світовий досвід свідчить, що поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу спричиняє скорочення тривалості життя, зростання обсягів медичних послуг, загострення проблем бідності, соціальної нерівності, сирітства [7].

Масштаби кризи СНІДу перевершили всі найгірші сценарії десятирічної давності. Десятки країн охоплені повномасштабними епідеміями ВІЛ/СНІДу і ще більше знаходяться на межі епідемії [11].

Епідемічний процес із поширення ВІЛ-інфекції характеризується виходом ВІЛ із групи ін'єкційних споживачів наркотиків у широкі верстви населення, про що свідчить тенденція до збільшення статевого шляху передачі (на 32,1% за 5 років) [6,13].

Пропонуються різні форми профілактичної роботи [1;5;9;10;12]. Основною проблемою сучасної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу є дисоціація між рівнем профілактичних знань і поведінкою цільових груп профілактики тощо.

Спеціальна сесія Генеральної Асамблеї ООН із ВІЛ/СНІДу прийняла рішення до 2003 р. впровадити у всіх країнах стратегії, політику та програми виявлення і вивчення факторів, що обумовлюють уразливість окремих осіб до ВІЛ-інфекції [2].

Дві із ключових функцій Об'єднаної програми Організації ООН із ВІЛ/СНІД включають відстеження епідемії й розробку стратегічної інформації, необхідної для управління заходами щодо боротьби з ВІЛ/СНІДу. Підвищення ефективності профілактичних заходів та значне розширення доступу до лікування мають здійснюватись паралельно. Програми профілактики здатні стримати розповсюдження ВІЛ, а програми лікування пом'якшують наслідки СНІД [4].

Однак сьогодні рішенням проблеми ВІЛ/СНІД переважно займаються медичні працівники [3;8].

Мета роботи полягає у вивченні ставлення медичних працівників до деяких питань, які пов'язані з обслуговуванням ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

Методи вивчення. Основним методом, що використовувався для досягнення поставленої мети, був медико-соціологічний метод. Опитуванням за спеціально розробленою анкетою охоплено 415 медичних працівників: 107 лікарів, які працюють у поліклініках; 109 – у стаціонарах; 95 середніх медичних працівників, які працюють у поліклініках, 104 – у стаціонарах. Для математичної обробки одержаних даних використовувалися загальноприйняті методи.

Результати дослідження. Нами вивчалось ставлення медичних працівників не до проблеми ВІЛ/СНІДу в цілому (це дуже об'ємне та комплексне поняття), а до ВІЛ-інфікованих пацієнтів як до проблеми сучасної охорони здоров'я. Одержані результати, що стосуються обслуговування ВІЛ-інфікованих пацієнтів, наведені в табл. 1.

Таблиця 1. **Дані соціологічного дослідження ставлення медичних працівників до обслуговування ВІЛ-інфікованих пацієнтів (%)**

Показник	Лікарі		Середні медичні працівники	
	поліклініка	стаціонар	поліклініка	стаціонар
1. Знання ВІЛ-статусу пацієнтів: 1.1. Завжди	1,10±1,09	9,84±3,81	1,45±1,43	0,51±0,50
1.2. Не завжди	80,22±4,18	83,61±4,74	80,60±4,83	77,04±3,00
1.3. Важко відповісти	18,68±4,09	5,56±3,17	19,40±4,83	22,45±2,98
2. Обслуговування ВІЛ-інфікованих: 2.1. Обслуговую	28,57±4,74	86,89±4,32	56,72±6,05	71,43±3,23

© Л.М. Бєлєнська, Б.Л Подлужний, С.М. Янченко, 2007

Продовження табл.

Показник	Лікарі		Середні медичні працівники	
	поліклініка	стаціонар	поліклініка	стаціонар
2.2. Не обслуговую.	56,04±5,20	4,92±2,77	20,90±4,97	10,20±2,16
2.3. Важко відповісти	15,38±3,78	8,20±3,51	22,39±5,09	18,37±2,77
1. Забезпечення засобами захисту під час обслуговування ВІЛ-інфікованих пацієнтів: 3.1. Повністю	13,19±3,55	6,56±3,17	14,93±4,35	2,55±1,13
3.2. Частково	59,34±5,15	86,59±4,32	62,69±5,91	75,00±3,09
3.3. Важко відповісти.	27,47±4,68	6,56±3,17	22,39±5,09	22,45±2,98
2. Ставлення до ВІЛ-інфікованих: 4.1. Зі співчуттям	12,09±3,42	49,18±6,40	35,82±5,86	44,90±3,55
4.2. З байдужістю	17,58±3,99	24,59±5,51	19,40±4,83	18,37±2,77
4.3. З презирством	31,87±4,88	4,92±2,77	23,88±5,21	13,78±2,46
4.4. Терпиме	38,46±5,10	21,31±5,24	20,90±4,92	22,96±3,00
3. До ВІЛ-інфікованих таке саме ставлення, як і до інших пацієнтів: 5.1. Так	7,69±2,79	9,84±3,81	40,30±5,99	67,35±3,35
5.2. Ні	80,22±4,18	19,67±5,09	22,39±5,09	18,37±2,77
5.3. Важко відповісти	12,09±3,42	70,49±5,84	37,31±5,91	14,29±2,50±

Як видно з таблиці 1, 1,10±1,09% лікарів поліклініки та 9,84±3,81% стаціонарних відділень вважають, що вони завжди знають ВІЛ-статус пацієнтів, яких вони обслуговують. Середні медичні працівники поліклінічних та стаціонарних відділень не відповіли позитивно на це питання.

Більшість медичних працівників (80,22±4,18% та 83,61±4,74% лікарів поліклінічних і стаціонарних відділень та відповідно 80,60±4,84% і 77,04±3,00% середніх медичних працівників) впевнені, що вони не завжди знають ВІЛ-статус пацієнтів. 18,68±4,09% лікарів поліклініки та 6,56±3,17% лікарів стаціонарів і 19,40±4,83% та 22,45±2,98% середніх медичних працівників відповідно не змогли відповісти на це питання. Лікарі стаціонарних відділень вважають, що їм доводиться обслуговувати ВІЛ-інфікованих пацієнтів набагато частіше, ніж на думку лікарів поліклінік (86,89±4,32% та 28,57±4,74% відповідно). 71,43±3,23% середніх медичних працівників стаціонарів та 56,72±6,05% середніх медичних працівників поліклінік вважають, що вони обслуговують ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а 56,04±5,20% лікарів та 20,90±4,97% середніх медичних працівників поліклінік та 4,92±2,77% і 10,20±2,16% відповідно у стаціонарах думають, що під час своєї роботи їм не доводиться обслуговувати ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Повністю забезпеченими засобами індивідуального захисту під час обслуговування ВІЛ-інфікованих пацієнтів вважають себе 13,19±3,55% лікарів поліклінічних та 6,56±3,17% стаціонарних відділень і 14,93±4,35% та 2,55±1,13% середніх медичних працівників відповідно.

Частково забезпеченими вважають себе 59,34±5,15% лікарів поліклінік та 86,59±4,32% лікарів стаціонарів, а також 62,69±5,91% та 75,00±3,09% середніх медичних працівників відповідно. 27,47±4,68% лікарів поліклінік та 6,56±3,17% лікарів стаціонарів і 22,39±5,09% середніх медичних працівників поліклінік та 22,45±2,98% стаціонарних відділень не змогли відповісти на це питання. 12,09±3,42% поліклінічних та 49,18±6,40% стаціонарних лікарів і 35,82±5,86% та 44,90±3,55% середніх медичних працівників поліклінічних та стаціонарних відділень відповідно ставляться до ВІЛ-інфікованих пацієнтів зі співчуттям. 17,58±3,99% та 24,59±5,51% і 19,40±4,83% та 18,37±2,77% відповідно ставляться до ВІЛ-інфікованих з байдужістю. Ставлення до ВІЛ-інфікованих пацієнтів з презирством визнали 31,87±4,88% лікарів поліклінічних та 4,92±2,77% стаціонарних відділень і 23,88±5,21% середніх медичних працівників поліклінічних та 13,78±2,46% стаціонарних відділень. Відношення до ВІЛ-інфікованих як терпиме визначили 38,46±5,10% лікарів поліклінічних та 21,31±5,24% стаціонарних відділень і 20,90±4,92% середніх медичних працівників поліклінічних та 22,96±3,00% працівників стаціонарних відділень. 7,69±2,79% лікарів поліклінік та 9,84±3,81% лікарів стаціонарів і 40,30±5,99% середніх медичних працівників поліклінік та 67,35±3,35% медичних працівників стаціонарів відзначили, що ставляться до ВІЛ-інфікованих так само, як і до інших пацієнтів, а 80,22±4,18% та 19,67±5,09% лікарів і 22,39±5,09% та 18,37±2,77% середніх

медичних працівників відповідно ставляться до ВІЛ-інфікованих пацієнтів з осторогою. 12,09±3,42% лікарів та 37,31±5,91% середніх медичних працівників поліклінічних відділень і 70,49±5,84% лікарів та 14,29±2,50% середніх медичних працівників стаціонарних відділень не змогли відповісти на це питання анкети.

Таким чином, отримані нами в результаті дослідження дані свідчать про те, що медичним працівникам, як і іншій частини суспільства, властиві погляди, які сприяють формуванню упередженого ставлення до ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, хоча зі співчуттям та терпимо ставляться до ВІЛ-інфікованих від 12,09±3,42% до 49,18±6,40% медичних працівників. Від 17,58±3,9% до 24,59±5,51% повідомили, що ставляться до ВІЛ-інфікованих байдуже. Про негативне ставлення повідомили від 4,92±2,77% до 31,87±4,88%.

Далі вивчались два таких важливих питання, як розголошення статусу ВІЛ-інфікованих пацієнтів серед хворих, що лікуються у відділеннях. Одержані дані наведені на рис. 1.

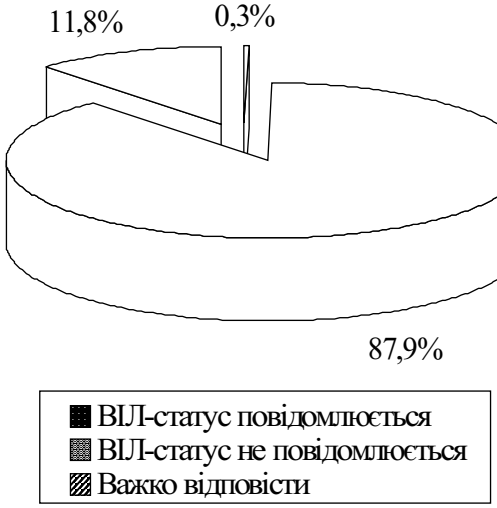

Рис. 1. **Дані опитування медичних працівників про повідомлення пацієнтів ЗОЗ про статус ВІЛ-інфікованих хворих (%)**

Як видно з приведених на рисунку даних, 87,9% медичних працівників відповіли, що у їхніх закладах не повідомляється іншим пацієнтам про ВІЛ-позитивних хворих, 0,3% зазначили, що таке трапляється, а 11,8% медичних працівників важко відповісти на це питання. Таким чином, незважаючи на те, що більшість медичних працівників дотримуються правил конфіденційності під час надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, випадки розголошення інформації про ВІЛ-позитивний статус пацієнтів трапляються досить часто, особливо якщо брати до уваги, що 11,8% медичних працівників не впевнені, що у закладах, де вони працюють, дотримуються правил конфіденційності у цих питаннях.

Нами вивчалось питання маркування медичної документації ВІЛ-інфікованих пацієнтів у закладах охорони здоров'я. В результаті соціологічного дослідження отримані дані, які представлені на рис. 2.

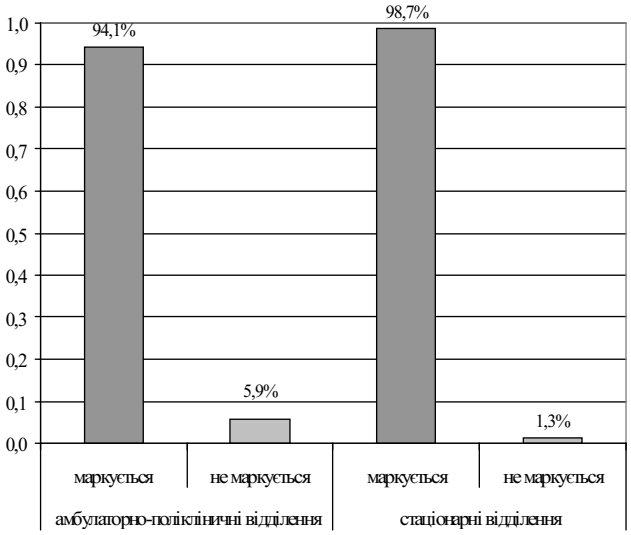

Рис. 2. **Дані соціологічного дослідження про маркування медичної документації ВІЛ-інфікованих (%)**

Як видно з приведених на рисунку 2 даних, у 94,1% амбулаторно-поліклінічних закладах маркується медична документація ВІЛ-інфікованих. Серед респондентів, що працюють у стаціонарних відділеннях, на маркування медичної документації ВІЛ-інфікованих указало 98,7% опитаних. Маркування медичної документації призводить до недостатнього дотримання конфіденційності та розголошення даних про ВІЛ-статус пацієнта.

Маркування документації також свідчить про те, що під час виконання інвазійних маніпуляцій рівень застосування індивідуальних захисних засобів не однаковий щодо пацієнтів. Медичні працівники прагнуть знати ВІЛ-статус пацієнтів, щоб вжити додаткових заходів безпеки під час роботи з ВІЛ-інфікованим. Водночас, при роботі з ВІЛ-негативними пацієнтами дотриманню правил безпеки приділяється менше уваги. Це підвищує ризик інфікування, якщо дані про ВІЛ-статус пацієнта недійсні або пацієнт знаходиться у стадії "серонегативного вікна".

Важливими для подальшої роботи стали й інші дані, дослідження. Розподіл відповідей медичних працівників про місце, де, на їхню думку, мають лікуватися або отримувати паліативну допомогу та помирати ВІЛ-інфіковані і хворі на СНІД, представлено у табл. 2.

З наведених у таблиці 2 даних видно, що 57,4% впевнені у тому, що ВІЛ-інфікованих необхідно лікувати в спеціалізованих ЗОЗ, а 24,8% – удома, на думку 63,5% респондентів, хворі на СНІД мають отримати паліативну допомогу

Таблиця 2. **Розподіл відповідей медичних працівників щодо місця, де мають лікуватися та помирати ВІЛ-інфіковані/хворі на СНІД (%)**

Місце	лікування	смерті
У закладах загальної мережі	10,2	9,7
У спеціальних закладах	57,4	63,5
Вдома	24,8	16,3
Інші відповіді	7,6	10,5

та помирати в хоспісах, 16,3% досліджуваних вважають, що хворі на цю недугу повинні помирати удома, 9,7% – у ЗОЗ загального призначення. Таким чином, 57,4% та 63,5% відповідно вважає, що для лікування і надання паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД потрібні додаткові спеціальні умови.

Більшість медичних працівників (83,4%) відповіли, що їхніх знань недостатньо для проведення консультативної роботи з питань ВІЛ/СНІДу у пацієнтів, при цьому 68,6% респондентів вважає, що в ЗОЗ не проводиться систематичних занять з питань ВІЛ/СНІДу.

Дані про джерело знань респондентів із питань ВІЛ/СНІДу наведені на рис. 3.

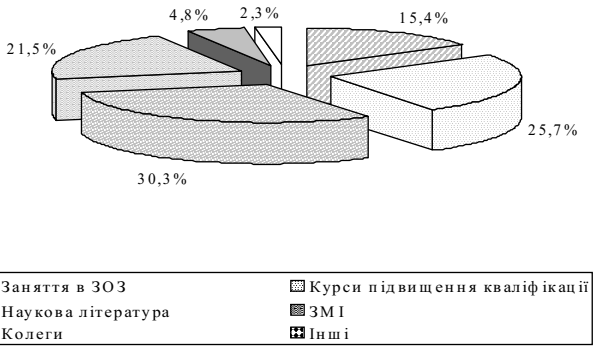

Рис. 3. **Джерело знань медичних працівників з питань ВІЛ/СНІДу (%)**

З рисунка видно, що основним джерелом, з якого медичні працівники отримують знання з ВІЛ/СНІДу, є наукова література (30,12%), курси підвищення кваліфікації (1 раз на п'ять років; 25,78%), заняття в ЗОЗ (15,66%).

Висновки.

За допомогою медико-соціологічного дослідження встановлено низький рівень толерантного ставлення медичних працівників до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД і вивчено їхнє становлення до вирішення деяких питань з проблеми.

Список літератури

1. *Бабюк І.О., Федотов В.П., Горпинченко І.І.* Профілактика ВІЛ-інфекції: Навчально-методичний посібник. – К.: ІННОТЕКС інтернасіональ, 2000. – 36 с.
2. *Бєлєнська Л.М.* Удосконалення організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим на СНІД та обґрунтування профілактичних заходів: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – К., 2006. – 23 с.
3. *Белозёров Е.С., Змушко Е.И.* Классификация ВИЧ-инфекции. http://aids.rusmedserv.com/rosvma/et.html.
4. *Впровадження* сучасних методів епідемічного нагляду за ВІЛ в Україні. – К., 2003. – 52 с.
5. *Галустян Ю.М., Левчук Н.М.* Прогнозовані оцінки кількості ВІЛ-позитивних дітей та дітей-сиріт внаслідок ВІЛ/СНІДу в Україні. – К., 2005. – 12 с.
6. *Довідник* з питань репродуктивного здоров'я /За ред. проф. Гойди Н.Г. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 128 с.
7. *Доклад* о глобальной эпидемии СПИДа 2004: Глобальний доклад. ЮНЕЙДС, 2004. – 237 с.
8. *Ефективні* форми роботи з попередження ВІЛ/СНІДу серед дітей та молоді в Україні. – К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді; Український ін-т соціальних досліджень, 2002. – 149 с.
9. *Материалы* специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу 26–27 июня 2001 г. www.un.org/russian/documen/gadocs/gs.htm.
10. *Нагорна А.М., Варивончик Д.В., Буранова Я.Ю.* Розробка, впровадження та дослідження ефективності комплексної системи медико-соціальної профілактики ВІЛ-інфікування підлітків України //Актуальные проблемы медицины и биологии. – 2001. – № 2. – С. 327–334.
11. *Развитие* эпидемии СПИДа. Декабрь 2004 г. ЮНЕЙДС/ВОЗ. – 2004. – 87 с.
12. *Галустян Ю.М., Кисляк Р.П., Морциновська В.А. та ін.* Розроблення і впровадження системи моніторингу реалізації прав дітей, які живуть з ВІЛ – К., 2005. – 48 с.
13. *Zhylka N.* Organization of MTCT prevention sistem of Ukraine – an overvitv. Review of the Ukraine Programme for Prevention of HIV Infection in Infants/ World Health Organization. 2003: 55 p.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ПРОБЛЕМЕ ВИЧ/СПИДА

Л.Н. Беленская, Б.Л. Подлужный, С.Н. Янченко *(Киев)*

Изложены результаты медико-социологического исследования по изучению отношения медицинских работников к проблеме ВИЧ/СПИДа.

SOME QUESTIONS OF THE ATTITUDE OF MEDICAL WORKERS TO PROBLEM HIV/AIDS

L.N.Belenskaya, B.L.Podluzhny, S.N.Janchenko *(Kyiv)*

In article results of medical and sociological researches on studying the attitude of medical workers to problem HIV/AIDS are stated.

УДК 616-002.8 / .9:614.449

В.Ф. МАРІЄВСЬКИЙ, В.П. МАРКОВИЧ, М.М. БАЛКО, І.М. РОГАЧ (Ужгород)

РОЛЬ ДЕРАТИЗАЦІЇ В ПРОФІЛАКТИЦІ ЛЕПТОСПІРОЗУ НА ПРИКЛАДІ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ ПОВЕНЕЙ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України
Закарпатська обласна санепідстанція
Ужгородський національний університет

Однією з причин погіршення епідемічної ситуації з лептоспірозу в Закарпатській області є незадовільне охоплення дератизаційними заходами об'єктів підвищеного епідеміологічного ризику. Джерелом інфекції були гризуни, збільшення кількості яких у період повені становило величезну епідемічну небезпеку для населення.

Лептоспіроз – природно-осередкова інфекційна хвороба, зустрічається у всіх регіонах України [1], актуальна і для Закарпатської області. Серед зоонозів лептоспіроз є однією з найпоширеніших інфекційних хвороб у світі [2;3]. Високий рівень захворюваності, наявність важких форм із нирковою та печінковою недостатністю можуть бути причиною летального наслідку [4].

У Закарпатті загальні обсяги суцільної дератизації, починаючи із 1992 р., поступово скорочувались. Зокрема, у 1995 р. вона за браком коштів проведена лише у трьох районах області загальною площею 1696,9 тис. км². Схожа ситуація спостерігалась і в 1996, 1997 рр., коли захворюваність на лептоспіроз досягла найвищих показників (рис. 1).

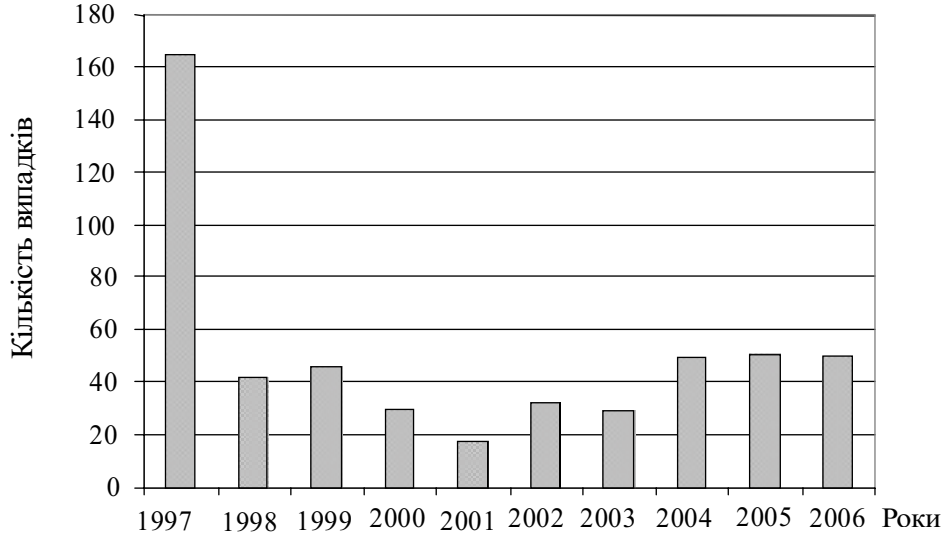

Рис. 1. **Кількість випадків лептоспірозу в Закарпатській області в 1997–2006 рр.**

Мета роботи – визначити роль диратизації у профілактиці лептоспірозу.

Матеріали і методи. Проаналізовано обсяги дератизаційних робіт у період 1992–2006 рр. та результати досліджень лабораторії відділу особливо небезпечних інфекцій Закарпатської обласної санепідстанції, проведено порівняльний аналіз стану захворюваності на лептоспіроз серед населення області з обсягами дератизації.

Результати досліджень та їх обговорення. За даними лабораторії відділу особливо небезпечних інфекцій обласної санепідстанції, в гризунів, виловлених у природних біотопах, агроценозах та населених пунктах, виявлялись антитіла до лептоспір в 12,5% з них, у тому числі до L. Icterohaemorrhagiae – 54,2%, L. Pomona – 35,4%, L. Grippotyphosa – 8,3%, L. Hebdomadis – 2,1%.

У переважній більшості захворювання серед населення викликаються серогрупами L.Icterohaemorrhagiae – 57,1%, L.Hebdomadis – 16,3%, L.Grippotyphosa – 6,2%, Pomona – 4,2%, що співпадає з даними імуносерологічних досліджень гризунів.

© В.Ф. Марієвський, В.П. Маркович, М.М. Балко, І.М. Рогач, 2007

Під час ліквідації наслідків повені у листопаді 1998 р. на засіданні Надзвичайної протиепідемічної комісії затверджено спільні з ветеринарною медициною та житлово-комунальними службами плани з проведення протиепідемічних та протиепізоотичних заходів. Внаслідок спільних дій суцільною дератизацією охоплено 265 населених пунктів, включаючи і відкриті території в їхніх межах, 89 916 об'єктів із загальною площею 14 538,3 тис. кв. км, що у 8,5 разу більше за середнє значення попередніх років.

Крім того, проведено знезаражування води у 41561 джерелі децентралізованого водопостачання, в т.ч. у 4080 громадських та 37481 індивідуальному колодязі. Як результат – різке скорочення захворюваності на лептоспіроз.

У 2001 р. суцільною дератизацією охоплено 9 адмінтериторій (7 районів та міста Ужгород і Мукачеве) площею 4467,5 тис. кв. км, що призвело до значного зниження рівня захворюваності на лептоспіроз.

Внаслідок організаційних та економічних причин з 2002 р. починається зменшення обсягів планової і суцільної дератизацій. Однією з причин Постанова Кабінету Міністрів України від 2003 р. №1351, якою затверджено тарифи на профілактичні дезинфекційні роботи. Впровадження її призвело до зменшення обсягів планових дератробіт більше як у 10 разів. Відповідно відзначалося збільшення чисельності гризунів, що дало черговий поштовх до зростання захворюваності на лептоспіроз.

У 2005 р. за ініціативою Закарпатської обласної санепідстанції з метою запобігання виникненню і поширенню лептоспірозу та інших природно-вогнищевих інфекцій, прийняте розпорядження голови обласної державної адміністрації від 16.09.2005 р. №570 "Про забезпечення заходів щодо боротьби з мишовидними гризунами на території області" та відповідне доручення облдержадміністрації від 02.12.2005 р. №02-5/199, якими передбачено фінансування дератизаційних заходів відповідно до кошторисної вартості.

Завдяки прийнятим розпорядчим документам обсяги проведеної осінньої суцільної дератизації 2005 р. та весняної суцільної дератизації 2006 р. збільшилися відносно загальної (весняної та осінньої) 2004 р. у 4,0 та 4,4 разу відповідно, що дало змогу стабілізувати рівень захворюваності населення на лептоспіроз.

Висновки

1. Встановлена відповідність між серогрупами лептоспір серед гризунів і захворілих на лептоспіроз людей підтверджує домінуючу роль гризунів в епідпроцесі зазначено інфекції.

2. Для зниження рівня захворюваності на цю патологію серед населення Закарпаття обсяг дератизаційних робіт слід утримувати на рівні післяповеневих 1998 та 2001 рр.

Список літератури

1. *Васильєва Н.А.* Клініка та лабораторна діагностика лептоспірозу // Інфекційні хвороби. – 1997. – № 2. – С. 42–47.
2. *Дранкин Д.И., Голдевская М.В.* Лептоспироз. – Саратов: Из-во Саратовського ун-та, 1988. – 271 с.
3. *Руководство* по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина – С. Пб.: Фолиант, 2003. – С. 237–245.
4. *Бернасовська Є.П., Кондратенко В.М., Мельницька О.В.* Проблеми лептоспірозу в Україні // Інфекційні хвороби. – 1996. – № 2. – С. 37–39.

РОЛЬ ДЕРАТИЗАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕПТОСПИРОЗА НА ПРИМЕРЕ ЛИКВИДАЦИИ СЛЕДСТВИЙ НАВОДНЕНИЙ В ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ

В.Ф. Мариевский, В.П. Маркович, М.М. Валко, И.М. Рогач *(Ужгород)*

Проанализированы материалы отчётности санэпидучреждений Закарпатской области по организации и проведению дератизационных работ во время ликвидации следствий катастрофических наводнений 1998 и 2001 гг. Представлены материалы заболеваемости населения лептоспирозом. Установлено, что своевременная дератизация сыграла позитивную роль в профилактике среди населения.

THE ROLE OF DERATIZATION IN PROPHYLAXIS OF LEPTOSPIROSIS CITING AS AN EXAMPLE OF LIQUIDATION OF CATASTROPHICALLY HIGH FLOODS' CONSEQUENCES IN TRANSCARPATHIAN REGION

V.F. Mariyevskiy, V.P. Markovich, M.M. Valko, I.M. Rogach *(Uzhgorod)*

The materials of accounts of sanitarian-epidemiological establishments of region about the organization and conducting of deratizations works during liquidation of consequences of high floods of 1998 and 2001 years are analyzed. The materials of leptospirosis' morbidity of population are produced. It is ascertained, that duly deratization has played a positive role in prevention of epidemic complications from leptospirosis among the population.

УДК 616-058:001.8

М.П. ГРЕБНЯК, О.Б. ЄРМАЧЕНКО, В.В. МАШИНІСТОВ, В.Б. СИРОТЕНКО
(Донецьк)

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНОГО МОНІТОРИНГУ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Стан здоров'я населення України в сучасних умовах характеризується критичними тенденціями. У зв'язку з низькою ефективністю традиційних підходів до охорони здоров'я необхідний пошук нових технологій, спрямованих на формування та збереження здоров'я [7]. У вирішенні проблеми поліпшення здоров'я слід підвищити організацію системи соціально-гігієнічного моніторингу [1;5;6]. Упровадження системи соціально-гігієнічного моніторингу (СГМ) і оцінки ризику в Російській Федерації істотно активізувало заходи щодо забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення.

Мета дослідження – обґрунтування методологічних підходів до організації СГМ, спрямованого на підвищення рівня санітарно-епідеміологічного благополуччя населення.

Матеріали та методи. Джерелом інформації були дані Донецької обласної санітарно-епідеміологічної станції "Державна статистична звітна форма №18". Показники діяльності органів держсанепіднагляду вивчались за період 2000–2005 рр. Систематичний якісний огляд досвіду впровадження СГМ у практику діяльності з охорони здоров'я інших країн проведено за допомогою мета-аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз динаміки санітарно-гігієнічної ситуації на об'єктах для дітей та підлітків свідчить про досить високу її стабільність в останні роки. Так, не відповідають гігієнічним вимогам тільки 5,0±0,1% усіх об'єктів для них. Підтвердженням сталості санітарно-епідеміологічного благополуччя дитячих і підліткових об'єктів також слугують незначні коливання заходів адміністративного впливу. Зокрема, постійне припинення експлуатації об'єктів становило 0,2–0,7/100 об'єктів, обмеження асортименту харчової продукції – 0,9–3,0/100 об'єктів, кількість штрафів – 4,4–7,3/100 об'єктів.

Порівняльний аналіз параметрів навколишнього середовища та здоров'я вказав на несприятливі зміни останніми роками. При цьому рівень здоров'я погіршився як у якісному, так і у кількісному відношенні, а санітарно-гігієнічна ситуація знаходиться на сталому високому рівні. Отже, система "Середовище – Здоров'я" функціонує розімкнено: з одного боку, стан здоров'я фактично не керується, а з іншого – здоров'я не залежить від діяльності традиційної системи охорони здоров'я, і тому її слід оптимізувати.

Соціально-гігієнічний моніторинг – система тривалого спостереження за динамікою стану здоров'я і контролю навколишнього середовища, їх аналітичної оцінки, прогнозування і встановлення причинно-наслідкових зв'язків між ними. Провідними принципами СГМ є: сполученість ретроспективного аналізу звітної документації про захворюваність з поосібним обліком інформації про стан здоров'я; аналіз даних про стан здоров'я з урахуванням багатофакторності середовищних впливів; екологічне картографування, яке будується на даних лабораторного контролю; аргументованість управлінських рішень щодо поліпшення санітарно-епідемічного благополуччя й оптимізації взаємодії довкілля і функціонування організму; оцінка ефективності державного санітарного нагляду за показниками СГМ; урахування динамічності навколишнього середовища в якісному і кількісному відношенні; оцінка стану здоров'я в системі "Середовище – Здоров'я" дасть змогу диференціювати реальні впливи на певний контингент.

З огляду на зазначені принципи основні завдання соціально-гігієнічного моніторингу полягають у: виокремленні найбільш значущих факторів, груп, населених пунктів і територій; ранжируванні об'єктів і територій за забруднювачами та ступенем небезпеки; встановленні зумовленості популяційного і когортного здоров'я населення впливом санітарно-гігієнічних та епідемічних факторів; встановленні конкретних зв'язків між відхиленнями в стані здоров'я і шкідливими факторами; розробці методик оцінки ризиків від забруднення навколишнього середовища; переорієнтації служби охорони здоров'я на профілактичні заходи.

© М.П. Гребняк, О.Б. Єрмаченко, В.В. Машиністов, В.Б. Сиротенко, 2007

Соціально-гігієнічний моніторинг у концептуальному вигляді можна подати у формі схеми (рис. 1).

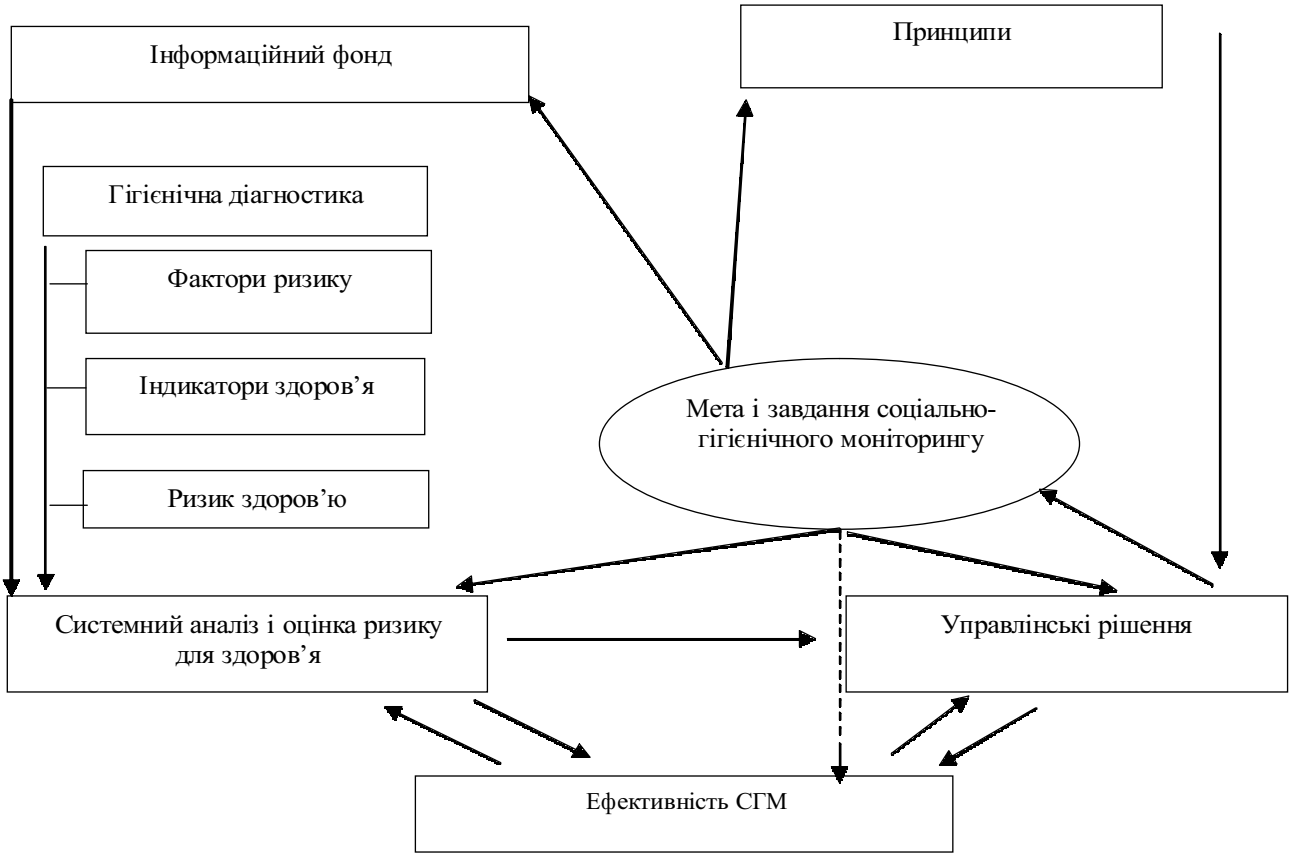

Рис. 1. **Концептуальна модель соціально-гігієнічного моніторингу**

равлінські рішення". Блок "Інформаційний фонд" складається з техногенного середовища проживання, умов навчання і виховання, медико-соціальних факторів. Цільовими завданнями зазначеного блоку служать організація бази даних; визначення чисельності населення, яке піддається факторам ризику; створення банку даних; поосібний облік.

Принципами вибору вихідних показників є: відтворюваність при вибірковій експертизі і перевірці; доступність на всіх ієрархічних рівнях СГМ; часово-територіальна сумісність підсистем "Здоров'я" і "Середовище"; інформативність для оцінки стану здоров'я і середовища проживання; індикативність впливу характерних для території антропогенних факторів. Виходячи із зазначених принципів, випливають вимоги до вихідних даних*:* уніфікованість і стандартизованість методик виміру й оцінки основних і додаткових показників; адаптація існуючих до метрологічних стандартів; повнота даних у часовому і просторовому вимірах; просторова вірогідність і валідність; гармонізація з міжнародними стандартами; структурованість і упорядкованість бази даних про

Основними блоками СГМ є: "Інформаційний фонд", "Принципи", "Системний аналіз і оцінка ризику", "Гігієнічна діагностика", "Управлінські рішення". Блок "Інформаційний фонд" складається з техногенного середовища проживання, умов навчання і виховання, медико-соціальних факторів. Цільовими завданнями зазначеного блоку служать організація бази даних; визначення чисельності населення, яке піддається факторам ризику; створення банку даних; поосібний облік.

Принципами вибору вихідних показників є: відтворюваність при вибірковій експертизі і перевірці; доступність на всіх ієрархічних рівнях СГМ; часово-територіальна сумісність підсистем "Здоров'я" і "Середовище"; інформативність для оцінки стану здоров'я і середовища проживання; індикативність впливу характерних для території антропогенних факторів. Виходячи із зазначених принципів, випливають вимоги до вихідних даних*:* уніфікованість і стандартизованість методик виміру й оцінки основних і додаткових показників; адаптація існуючих до метрологічних стандартів; повнота даних у часовому і просторовому вимірах; просторова вірогідність і валідність; гармонізація з міжнародними стандартами; структурованість і упорядкованість бази даних про індивідуума або колектив; простота і приступність способу збору інформації.

Основні показники визначаються на всіх ієрархічних рівнях: локальному (окремі ділянки), територіальному (райони), регіональному (загальноміському, обласному) і республіканському. Вони повинні мати методи оцінки свого впливу на здоров'я і відповідні технології усунення несприятливого впливу. Додаткові показники отримують при вивченні функціонального стану організму і його реакцій на вплив факторів середовища: метеопатичні реакції (ознака синдрому передчасного старіння); імунологічні тести (титр гетерофільних антитіл у слині, бактерицидна активність слини, наявність у слині БГКП, бактерицидна функція шкіри), які дають змогу диференціювати порушення імунного статусу; відносна фізична працездатність організму (PWC_{170}/ од. маси тіла); життєвий індекс і силова витривалість м'язів рук (дозволяють оцінити функціональні резерви організму); адаптаційні можливості організму.

Інформаційний фонд включає основні показники трьох блоків: "Стан здоров'я населення", "Стан середовища проживання", "Оцінка

економічного збитку". Блок "Стан здоров'я населення" складається з чотирьох груп: медико-демографічні (народжуваність, смертність, коефіцієнт природного приросту); захворюваність (рівень, структура, класи захворювань, нозологічні форми); фізичний розвиток (рівень і ступінь гармонійності, відповідність календарного віку біологічному); інвалідність (первинна, вроджені вади розвитку). Вихідним моментом системи збору даних про санітарно-гігієнічну обстановку є добір проб основних елементів навколишнього середовища: питної води, грунту, поверхневих вод, продуктів харчування, донних відкладень, повітря приземної атмосфери, снігу, радіаційного тла, виробничого середовища, умови в дитячих закладах, лікувально-профілактичних і аптечних установах.

Програма спостереження за навколишнім середовищем містить у собі відбір і аналіз проб, визначення хімічних і фізичних характеристик, збір даних про викиди забруднювальних речовин. Важливою ланкою моніторингу є оптимізація мережі спостереження та доказовість результатів, які забезпечують вірогідність висновків і мінімізацію обсягу вимірів. Для спостереження за навколишнім середовищем застосовуються рівномірний (для однорідних площ) і нерівномірний способи. При нерівномірній мережі точки спостереження розташовуються з урахуванням розміщення об'єктів, ступеня їхнього ризику, ландшафтно-геоморфологічної ситуації, районування території, міських (муніципальних) архітектурно-планувальних рішень.

Блок "Системний аналіз і оцінка ризику" передбачає: оцінку реального екологічного навантаження; розробку уніфікованого переліку показників, що обумовлюють санепідблагополуччя; оцінку взаємозв'язку між відхиленнями в стані здоров'я і шкідливими факторами; виділення найбільш значущих факторів; встановлення зумовленості популяційного і когортного здоров'я шкідливими факторами. Вивчення причинно-наслідкових зв'язків проводиться поетапно. На першому етапі формулюються питання, найбільш значимі в забезпеченні санепідблагополуччя населення конкретного регіону. На другому етапі визначаються несприятливі зміни показників здоров'я і середовища проживання, а також здійснюється їх ранжирування за ступенем виразності і небезпеки на окремих територіях. На третьому етапі проводиться поглиблене обстеження стану здоров'я і факторів навколишнього середовища. Насамперед вивчаються донозологічні стани і фактори середовища, які формують стан здоров'я індивідуума. На четвертому етапі здійснюється поглиблена математична обробка для встановлення кількісної залежності між зареєстрованими показниками здоров'я і факторами середовища. На п'ятому етапі визначаються групи і просторово-часові параметри ризику, виявляються найбільш значущі і керовані фактори ризику.

Системний аналіз і оцінка ризику для здоров'я базується на оцінці впливу середовища проживання на здоров'я різних контингентів населення. Основним методологічним підходом цієї роботи є оперативний, ретроспективний і проспективний аналіз захворюваності та відхилень у стані здоров'я. Оперативний аналіз (за даними щоденної реєстрації) дає змогу оцінити в реальному режимі часу санепідситуацію, а також відповідність профілактичної і протиепідемічної роботи поточній санепідситуації. При ретроспективному аналізі встановлюються закономірності в стані захворюваності, що зумовлені факторами ризику, залежність донозологічних порушень здоров'я від впливу несприятливих факторів навколишнього середовища. Для проспективного дослідження формуються групи, за якими протягом певного часу здійснюється спостереження. Під час динамічного спостереження реєструються виникнення і розвиток нових захворювань, або їхні ускладнення. Це в результаті дає змогу установити співвідношення причинних факторів зі знову виявленою патологією.

Блок "Гігієнічна діагностика" базується на порівняльному математичному аналізі (кореляційний, регресійний, дисперсний) показників стану здоров'я і навколишнього середовища, що дозволяє виявити пріоритетні фактори навколишнього середовища та індикаторні стани організму. Гігієнічний діагноз – установлення причини, умов і механізмів виникнення санітарно-гігієнічної ситуації, її закономірностей, внутрішнього зв'язку і специфічних рис.

У ролі факторів ризику можуть виступати особливості організму людини і зовнішніх впливів, що зумовлюють збільшення імовірності виникнення захворюваності. Величина внеску внутрішніх факторів у розвитку несприятливих ефектів залежить від віку, статі, професії, характеру захворювань і нозологічної форми хвороби. При виборі нозологічних форм захворювань необхідно мати на увазі їх зміну залежно від віку. Так, у дітей рівень захворюваності зумовлений хворобами органів дихання, а в дорослих – хворобами серцево-судинної системи і злоякісних новоутворень [3]. Зі статевим диморфізмом пов'язані роз-

ходження в характері захворюваності і смертності. Зокрема, смертність чоловіків від злоякісних новоутворень органів травлення й органів дихання в кілька разів вища за жіночу; тоді як у жінок її рівень від злоякісних новоутворень шкіри, молочної залози і сечостатевих органів.

Найбільш чуттєвими до впливу факторів середовища є особи зі зниженими адаптаційними можливостями організму. До них належать діти (у зв'язку з віковими особливостями фізіологічних, біохімічних, метаболічних і морфологічних показників). Вікові закономірності зростання і розвитку визначають такі морфофункціональні особливості дитячого організму: великі поверхні тіла і потреби в енергії та рідині на одиницю маси тіла; підвищене споживання кисню і більший обсяг екстрацелюлярної води на одиницю маси тіла; велику поверхню клітин щодо їхньої маси. При цьому в зв'язку з більшою легкістю адсорбції хімічних речовин і менш ефективною біотрансформацією значна частина дози хімічних речовин акумулюється в тілі. Висока чутливість до впливу факторів середовища вагітних жінок зумовлена істотною зміною гормонального профілю і метаболічного обміну, а також впливом продуктів обміну плоду. Слід також зазначити підвищену чутливість до токсичних речовин зародків і статевих клітин. Уразливими до дії факторів навколишнього середовища є особи клімактеричного періоду і старечого віку в зв'язку зі зміною гормонального і вегетативного балансу, інволюційними змінами компенсаторних систем, збільшенням з віком абсорбції хімічних речовин, зменшенням надходження крові в нирки і печінку, а також проявом кумулятивного ефекту внаслідок попередньої діяльності.

Ключовою ланкою в СГМ є визначення ризику для здоров'я, тобто оцінки ймовірності наслідків для здоров'я людини і здоров'я майбутніх поколінь, ступінь цих наслідків, зумовлених впливом факторів середовища. Атрибутивний ризик – різниця захворюваності осіб, на яких впливали і не впливали фактори ризику. Його величина показує, наскільки підвищується захворюваність при впливі факторів ризику. Відносний ризик – відношення ймовірностей розвитку визначеного результату в групах порівняння. Він характеризує міру впливу фактора ризику (силу зв'язку між впливом і захворюванням), тобто показує, у скільки разів ризик розвитку захворювання вищий при впливі фактора ризику порівняно з його відсутністю. Потенційний ризик – імовірність виникнення несприятливого ефекту. Реальний ризик – кількісне вираження шкоди (збитку) здоров'ю, зумовленого впливом несприятливих факторів навколишнього середовища. Під шкодою для здоров'я мається на увазі відносна частота спостережуваних або очікуваних шкідливих ефектів, їх медико-соціальна значущість і вартісне вираження лікувально-профілактичних заходів щодо усунення порушення стану здоров'я людини і майбутніх поколінь. Для врахування поширеності впливу визначається популяційний додатковий ризик – добуток атрибутивного ризику на поширеність фактора ризику. Він характеризує додаткову захворюваність у популяції.

Блок "Управлінські рішення" базується на обліку зворотного зв'язку між станом здоров'я і факторами ризику. Цільовими завданнями зазначеного блоку є аргументоване обґрунтування рішень, програмно-цільове планування дій медичних закладів і санепідстанцій, координація діяльності зацікавлених служб і органів; оцінка ефективності державного санітарного нагляду з СГМ. В основі блоку "Управлінські рішення", що детермінують оптимальний варіант профілактичної діяльності, лежать постулати доказової медицини, що дають змогу відійти від існуючих стереотипів "нормативного" мислення до міжнародно визнаної ризикометрії. Пріоритетним положенням доказової медицини є оптимізація якості медичного забезпечення з урахуванням ефективності і собівартості на підставі обґрунтованого, ретельного і зваженого використання найкращих сучасних досягнень. До основних понять доказової медицини, крім ризикометрії, також відносяться: мета-аналіз, когортне дослідження, вихідний ризик, довірчий інтервал відношення ризику, відношення шансів, статистична значущість [2;4]. Мета-аналіз – статистичний аналіз, який об'єднує результати декількох досліджень з метою підсумкової оцінки у вигляді одного зваженого показника (більша вага привласнюється більш масовим або більш високим методологічним дослідженням). Когортне дослідження – епідеміологічне проспективне спостереження за групою осіб при впливі окремого фактора ризику, що дозволяє виявити розходження в рівні і структурі розвитку в них певних нозологічних форм. Вихідний ризик – ризик розвитку досліджуваного клінічного результату в контрольній групі (при відсутності профілактичних або лікувально-оздоровчих заходів). Довірчий інтервал – діапазон, у якому можуть знаходитися реальні значення показника, тобто міра точності оцінки. Відношення ризику – відносний ризик, неодноразово обумовлений за весь період спостереження; він використовується при зміні величини ризику

згодом. Відношення шансів – відношення між шансами розвитку певного клінічного результату в основній і контрольній групах, тобто він характеризує ефективність досліджуваного втручання (чим ближче його величина до одиниці, тим менше ефективність). Статистична значущість розходжень – характеристика імовірності розходжень результатів втручань між основною і контрольною групами (у гігієнічних дослідженнях розходження статистично значуще при $p<0,05$). У медико-екологічних дослідженнях з охорони навколишнього середовища використовують поняття екологічний ризик. Екологічний ризик – імовірність настання несприятливих наслідків для навколишнього середовища і екосистем, зумовленої негативним впливом різних видів діяльності.

Для оцінки порушення стану здоров'я найчастіше застосовуються показники захворюваності: "вичерпаної", загальної, первинної. "Вичерпана" захворюваність – захворюваність за звертаннями по медичну допомогу, доповнена випадками захворювань, виявленими при медоглядах і даними про причини смерті. Загальна захворюваність за звертаннями по медичну допомогу – сукупність первинних у даному році випадків звертань по медичну допомогу з приводу захворювань, виявлених як у поточному році, так і в попередні роки. Первинна захворюваність за звертаннями по медичну допомогу – сукупність нових, ніде раніше не врахованих і вперше зареєстрованих у даному році захворювань. Накопичена захворюваність за звертаннями по медичну допомогу – усі випадки первинних захворювань, зареєстрованих протягом ряду років. Разом з тим для підвищення ефективності охорони здоров'я важливо забезпечити проведення заходів на всьому діапазоні його порушень.

Алгоритм оцінки порушень здоров'я може бути представлений у такий спосіб: норма, донозологічні стани, хвороба, хронічний стан різного ступеня компенсації. Норма – стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя. Вона є мірою життєдіяльності організму, при якій фізіологічні процеси утримуються на оптимальному рівні функціонування механізмами гомеостатичної саморегуляції, людина здатна оптимально задовольняти всі матеріальні і духовні потреби. Донозологічні стани – такі стани організму, що не можуть бути віднесені ні до норми, ні до хвороби, тобто функціональні стани, що передують нозологічним формам. Донозологічні стани діагностуються за напруженням механізмів адаптації, недостатньому рівні неспецифічної резистентності й імунного захисту, низькому резервові потужності основних функціональних систем організму, порушенню регуляторних механізмів, невідповідності календарного віку біологічному, появі незамінних компонентів їжі другого порядку. Хвороба – це причинно-обумовлений патологічний стан, що характеризується обмеженням важливих функцій, ураженням організму на різних рівнях, наявністю морфофункціональних змін, перетворенням нормальної адаптації в патологічний процес. У цілому для хвороби властиве порушення нормального психосоматичного стану і можливості оптимально задовольняти матеріальні і духовні потреби людини.

Ефективним інструментом виявлення факторів ризику в навколишньому середовищі є санітарні нормативи: ГДК, ГДР, ОБРР. При цьому слід взяти до уваги, що при впливі декількох хімічних речовин вони можуть взаємно підсилювати негативний ефект. При комбінованому впливі сумуються частки перевищення ГДК у таких випадках: односпрямованість механізму дії або ефекту, вплив на ті самі критичні органи і рецептори, канцерогенність речовин.

На основі виявлених пріоритетів (значущість, ступінь шкідливості, поширеність, ступінь рангу впливу на здоров'я населення), що визначають санітарно-гігієнічне благополуччя, приймаються оптимальні управлінські рішення. Для мегаполіса найбільш пріоритетними факторами ризику є забруднення атмосферного повітря, якість питної води і продуктів харчування, умови в дитячих і підліткових установах, професійні шкідливості. Основними напрямками соціально-гігієнічного моніторингу є: профілактичний – сприяє своєчасній індикації і максимальному обмеженню або недопущенню шкідливого впливу на здоров'я; реабілітаційний – лікування, яке забезпечує діагностику, оздоровлення і відновлення порушених функцій організму; клініко-гігієнічна санація населення в групах і на територіях ризику, що базується на скринінговій діагностиці латентних преморбідних станів домінантних патологій.

Висновки

1. Неефективність діяльності галузі охорони здоров'я значною мірою зумовлена негативними тенденціями у системі "Середовище – здоров'я", проявом якої є незалежність стану здоров'я від традиційних управлінських рішень. Перспективним напрямком охорони здоров'я населення є система соціально-гігієнічного моніторингу.

2. Основними блоками концептуальної моделі соціально-гігієнічного моніторингу є: "Інформаційний фонд", "Принципи", "Гігієнічна діагностика", "Системний аналіз і оцінка ризику", "Управлінські рішення".

3. Подальші дослідження слід спрямувати на першочергове і цілеспрямоване рішення проблеми оптимізації системи охорони здоров'я для населення груп ризику.

Список літератури

1. *Гребняк Н.П., Гребняк В.П.* Валеологическая оптимизация госсаннадзора по гигиене детей и молодежи. – Донецк: Норд-Пресс, 2005. – 393 с.
2. Доказательная медицина: Ежегодный справочник. Ч. 3. – М.: Медиа Сфера, 2003. – 163 с.
3. *Кутепов Е.Н., Вашкова В.В., Чарыева Ж.Г.* Особенности воздействия факторов окружающей среды на состояние здоровья отдельных групп населения // Гигиена и санитария. – 1999. – №6. – С. 13–19.
4. *Основы* компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов, В.Н. Хоменко, О.А. Панченко. – Донецк: Папакица Е.К., 2006. – 214 с.
5. *Онищенко Г.Г.* Актуальные вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации // Гигиена и санитария. – 2006. – №5. – С. 4–10.
6. *Передумови* організації в Україні системи соціально-гігієнічного моніторингу / А.М. Сердюк, О.І. Тимченко, С.С. Карташова, Г.Г. Зінченко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005 – №2. – С. 13–16.
7. *Пономаренко В.М., Зіменковський А.Б.* Методологічні підходи до визначення індикаторів оцінки якості діяльності системи охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – №2. – С. 31–34.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА

Н.П. Гребняк, А.Б. Ермаченко, В.В. Машинистов, В.Б. Сиротенко *(Донецк)*

Представлены методологические подходы к организации социально-гигиенического мониторинга как ключевого звена санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Основными блоками концептуальной модели социально-гигиенического мониторинга являются: "Информационный фонд", "Принципы", "Гигиеническая диагностика", "Системный анализ и оценка риска", "Управленческие решения".

METHODOLOGICAL BASES OF SOCIAL - HYGIENIC MONITORING

N.P. Grebnjak, A.B. Ermachenko, V.V. Mashinistov, V.B. Sirotenko *(Donetsk)*

Methodical approaches to the organization of social - hygienic monitoring as key link of sanitary-epidemiologic well-being of the population are submitted. Mainframes of conceptual model of social - hygienic monitoring are: "Information fund", "Principles", "Hygienic diagnostics", "The System analysis and an estimation of risk", "Administrative decisions".

УДК 616-089(083.74)

Р.Й. ВАСИЛИШИН, Я.С. БЕРЕЗНИЦЬКИЙ (Київ, Дніпропетровськ)

КЛАСИФІКАТОР ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

Міністерство охорони здоров'я України
Дніпропетровська державна медична академія

Загальновідомо, стандарт – це вимога, що має неухильно виконуватися [5;7]. Актуальними є питання про те, яким він повинен бути, хто може формулювати і для яких ситуацій, чи діє він на практиці [10]. Донедавна термін "стандарт" щодо медичних втручань застосовувався рідко, і механізм охорони здоров'я України працював за єдиною моделлю: надання первинної медичної допомоги – вузькоспеціалізованої, звернення до медичних установ обласного рівня [11]. На міському та обласному рівнях ця модель діє і сьогодні. Довгий час робота лікувально-профілактичних установ регламентувалася нормативно-правовими документами, які визначали окремі сторони їхньої діяльності (наприклад, санітарні правила і норми), а набір лікувально-діагностичних заходів установлювався значною кількістю відповідних нормативних та методичних матеріалів [6].

© Р.Й. Василишин, Я.С. Березницький, 2007

Практика надання медичної допомоги показує, що медико-економічні стандарти необхідні, вони є потребою повсякденної медичної роботи, їхня відсутність стає все більш відчутною [3;9].

За умови функціонування як держбюджетних, так і приватних медичних закладів, неминучого переходу до страхової медицини перед охороною здоров'я (ОЗ) постали складні фінансові, економічні, статистичні завдання, вирішення яких неможливе без наявності єдиних підходів до класифікації медичної діяльності [6;8]. Назріла необхідність у створенні шпитально-інформаційної системи, побудованої за модульним принципом за макетами конкретних випадків (переліку станів, сформованих на базі клініко-статистичних класифікацій захворювань, основою для яких є МКХ-10). Саме така система могла б формувати медико-економічне планування лікувального закладу і визначати надані медичні ресурси конкретному хворому системою розробки класифікаторів медичної допомоги, придатними для всіх лікувально-профілактичних закладів України [1;8]. Одним із наріжних каменів вказаної системи є створення клінічних класифікацій захворювань як умови медичного планування [2;4], а саме, класифікатора медичних послуг, зокрема, хірургічних операцій як системи, що здатна до споріднення медичної допомоги з технологією її надання.

Однак сьогодні в системі охорони здоров'я України немає класифікатора хірургічних операцій, сформованого за допомогою інформаційних технологій у формі відкритої системи, що особливо важливо при швидкому розвитку медичних технологій, методів діагностики та лікування. Відсутній класифікатор, який створив би умови для проведення різних медичних досліджень територіально розподілених медичних центрах з можливістю збирання і обробки інформації в статистичному центрі.

Мета роботи – створити класифікатор хірургічних операцій для лікувально-профілактичних закладів МОЗ України.

Методи дослідження. Класифікатор хірургічних операцій був створений фахівцями Міністерства охорони здоров'я України, Дніпропетровської державної медичної академії разом з Міжнародним науково-навчальним центром інформаційних технологій та системи НАН і МОН України на основі принципів, правил та законоположень, встановлених у стандартах Державної системи стандартизації України. Матеріалом дослідження були карти стаціонарних хворих лікувальних закладів МОЗ України. Обробка цифрових даних здійснювалась методами варіаційної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. У "Класифікаторі хірургічних операцій" наведені медичні процедури та хірургічні втручання, які використовуються в лікарняних закладах України, а інтерпретація робить їх однозначними для сприйняття медичними працівниками будь-якого рівня.

"Класифікатор хірургічних операцій" складається з 15 головних розділів (A-H, J-N, P-Q) хірургічних процедур відповідно до функціонально-анатомічної будови тіла, 4 залежних розділів (T, U, X, Y), що містять терапевтичні і пошукові процедури, пов'язані з хірургією, і один додатковий розділ (Z).

Додатковими розділами є: Легкі хірургічні процедури (T), Транслюмінальна ендоскопія – через природні або штучні отвори тіла (U), Пошукові процедури пов'язані з хірургією (X), Підготовка органів і тканин для трансплантації (Y).

Коди процедур головних і додаткових розділів A-Y є основними процедурними кодами, кожний прикріплений як унікальний ідентифікатор (назва) до однозначно визначеної процедури. Головні процедурні коди включають і показують всі прийняті хірургічні процедури, складають повну і незалежну систему процедурних кодів. Допоміжні коди розділу Z служать як загальні процедурні визначники, що надають допоміжну інформацію до головних процедурних кодів. Вони завжди додаються до головних процедурних кодів і ніколи не можуть використовуватися самостійно.

Опис процедурних кодів був здійснений таким чином. Коди NCSP складаються з трьох літер (перші 1–3 символи коду) і з двох цифр (позиції 4–5 коду). Дозволені літери – це всі великі букви англійського алфавіту, крім I і O. Хірургічні коди є незалежними від хірургічної спеціальності.

Діагностична інформація виключалась з процедурного коду принципово, крім тих процедур, які є унікальними для певного діагнозу і де діагностична інформація необхідна для отримання лаконічного процедурного призначення.

Наприклад:

FHE 00 Трансперед сердна відбудова тетради Фалло.

FHE 10 Впровадження VSD при подвійному випуску шлуночків.

Базові процедурні коди можна знайти лише в одному місці класифікатора. Яким чином процедура відноситься до функціонально-анатомічної структури, визначається позиція коду в класифікаторі. Розділи і групи кодів задані так, щоб уникнути перехресних посилань на окремі коди.

Для того щоб зібрати базові процедурні коди і загальну інформацію про пацієнта (наприклад вік, стать тощо), адміністративну базу да-

них і елементи класифікатора (такі як діагноз і гістологія), широко використовується комп'ютер. Повний упорядкований список кодів без анотацій пропонується в текстовому і файловому форматах для інтеграції в клінічні комп'ютерні системи.

У головних розділах A-Q коди складені таким чином.

· Перший рівень (положення 1) коду позначає главу, що представляє в 15 головних розділах функціонально-анатомічну групу системи тіла, наприклад: A – Нервова система.

· Другий рівень (положення 2) позначає функціонально-анатомічну область у межах системи тіла, наприклад: AA – Череп і внутрішньочерепні структури.

· Третій рівень (положення 3) позначає загальний метод процедури (група процедури), наприклад: AAA – Діагностичні внутрішньочерепні процедури.

Числові характери коду (положення 4 й 5) ідентифікують певну процедуру в межах групи – процедури, що включають хірургічну техніку та точне анатомічне місце розташування.

Із цією структурою послідовність положень характеру в межах коду має однорідне значення всюди по 15 головних розділах класифікації.

У залежних розділах T-Y система тіла відповідає головному розділу, а область тіла – області тіла в головному розділі, позначена положеннями 2 і 3 коду, наприклад: UD – Транслюмінальна ендоскопія вуха, носа та гортані, що відповідає главі D – Вухо, ніс та гортань, і UDQ – Ларингоскопія, що відповідає DQ – Гортань.

Положеннях 4–5 використовуються, щоб характеризувати метод і техніку (процедура), які підходять під зміст глави.

Керівні принципи для класифікації укладені таким чином, що кожна виконана процедура має характеризуватись відповідно до опису процедури (код головних або залежних глав A–Y) так точно і однозначно, наскільки можливо, і завжди визначена до п'яти алфавітно-цифрових символів коду. Цей принцип також застосовується до числових значень 96, 97, 98 й 99 у положенні 4–5, як описано вище. Ці коди не повинні використовуватися як незазначені коди, щоб тільки характеризувати (нові) процедури, яких немає в NCSP. Однак кожний із цих кодів охоплює будь-яку кількість можливих процедур, що належать розглянутій групі процедур (положення 3 групи).

Додаткові коди (глави Z) завжди додаються до основних кодів процедури і ніколи не можуть використовуватися самі. Вони служать тільки як загальні визначники процедури.

Крім існуючих керівних принципів для класифікації, до окремих глав додають детальні інструкції у формі коротких пояснювальних текстів – включення, виключення, перехресні посилання, вказівки на додаткові коди.

Наприклад:

JDD Загальна гастректомія.

Включає: Видалення сальника і резекцію суміжного стравоходу.

Включає: Місцеве розсічення лімфатичного вузла.

Додатковий код для розширеного розсічення лімфатичного вузла, див.: PJD 98.

Паралельні торакотомії, див.: GAB 10.

Паралельні спленектомії, див.: JMA 10.

Субтотальні гастректомії, див.: JDC.

JDD 00 Повна гастректомія і Roex-en-Y езофагоєюностомія.

JDD 96 Повна гастректомія з іншою реконструкцією.

Включає: З конструкцією порожнини.

Використання включень: над зазначеними технічними аспектами або модифікаціями деталей процедури, що перебувають у межах процедури як розмежування кодом, не завжди можуть бути обов'язковими для використання коду. В інших випадках включення: можуть позначати синоніми до моменту використання у тексті абсолютного коду.

Таким чином, узагальнюючи результати власного дослідження, можна вважати, що "Класифікатор" дає змогу без перешкод користуватися цифровим зв'язком між різним діагностичним і терапевтичним обладнанням, що виготовляється різними виробниками, дає змогу проведення різних медичних досліджень у територіально розподілених медичних центрах з можливістю збирання і обробки інформації в потрібному місці.

"Класифікатор" сформовано за допомогою інформаційних технологій. Він є відкритою системою, елементи якої можуть коригуватися та доповнюватися, що особливо важливо в умовах швидкого розвитку медичних технологій, методів діагностики та лікування.

Система кодування розроблена таким чином, що внесення окремих процедур у разі їх коригування або доповнення проводиться за допомогою інформаційних технологій і належить до системи стандартів "Інформаційні технології".

Висновки

1. "Класифікатор хірургічних операцій" установлює назви класифікаційних угрупувань та їх коди, що використовуються під час надання медичної допомоги в лікувальних закладах України, а також сприяє:

1) забезпеченню структурного формування нормативних документів системи стандартизації в охороні здоров'я, які включають створення протоколів (стандартів) лікувально-діагностичного процесу, однакову номенклатуру медичних процедур (послуг), хірургічних операцій та їх статистичний облік;

2) розробці табелів оснащення робочих місць;

3) оснащенню кабінетів різного фаху, відділень та медичних закладів;

4) стандартизації медичних послуг, які мають виконуватись на робочих місцях;

5) формуванню прямих та перемінних витрат на процедуру;

6) коригуванню процедур та протоколів медичної допомоги;

7) опрацюванню методології та критеріїв оцінки якості лікувально-діагностичного процесу;

8) проведенню контролю та експертної оцінки лікувально-діагностичних можливостей лікувальних закладів різного рівня, а також контролю за якістю їх виконання.

2. Впровадження такого "Класифікатора" в практику лікувальних закладів МОЗ України забезпечить спрощення формування протоколів медичної допомоги, оптимізує їх формування, внесення корективів та дасть змогу отримувати в автоматизованому режимі середні витрати на виконання послуг.

Список літератури

1. *Березницький Я.С., Василишин Р.Й.* Інформаційна шпитальна система // Тези наук.-практ. конф. "Інформаційні технології в охороні здоров'я та практичній медицині", Київ, 12–14 червня 2001 р. – К., 2001. – С. 20.
2. *Березницкий Я.С., Гриценко И.И., Василишин Р.И.* Создание клинических классификаций заболеваний как условие медицинского планирования // Матер. конф. "Охрана и укрепление здоровья населения. Международный и отечественный опыт", Москва, 25 апреля 2001 р. – М., 2001. – С. 34.
3. *Василишин Р.Й.* На шляху створення медичних протоколів (стандартів) при лікуванні виразкової хвороби, ускладненої кровотечею // Вісник наукових досліджень. – 2001. – №4 (24) – С. 84–85.
4. *Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Василишин Р.Й.* Принципи формування класифікаційних вимог та клінічного діагнозу при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки // Харківська хірургічна школа. – 2003. – Вип. 1. – С. 15–17.
5. *Еропкина А.Г., Тимин Е.Н., Курочкина А.И. и др.* О стандартах медицинской помощи хирургическим больным в клиническом стационаре // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2000. – №11. – С. 56–59.
6. *Лехан В., Гук А.* Методичні підходи до розробки медичних стандартів / Асоціація психіатрів. – К., 2000. – 23 с.
7. *Мыльникова И.С.* Стандартизация в здравоохранении: в поисках здравого смысла // Качество мед. помощи. – 1998. – №2. – С. 6–8.
8. *Програма* Національного стратегічного планування розвитку системи медичних стандартів в Україні / Під заг. ред. Г. Росс, А. Степаненко, О. Новічкової, В. Парія // Укр. мед. часопис. – 2006. – №6/56. – XI–XII. – С. 15–27.
9. *Саєнко В.Ф., Березницький Я.С., Бойко В.В. та ін.* Клінічні рекомендації для лікарів з питань організації та надання медичної допомоги хворим з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини – К.: "Дніпро-VAL", 2004. – 352 с.
10. *Структура* лечебно-диагностических стандартов при острых хирургических заболеваниях брюшной полости на догоспитальном этапе / Д.К. Джачвадзе, Г.И. Синицченко, С.Я. Ивануса, В.Л. Белевич // Научно-практ. ежегодн. конф. Ассоциации хирургов Санкт-Петербурга "Стандарты оказания неотложной хирургической помощи населению в стационарах Санкт-Петербурга". – Спб., 2000. – С.12.
11. *Степаненко А.В.* Система забезпечення якості медичної допомоги населенню України та наукове обґрунтування її реалізації: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук: 14.02.03 / НМУ ім. О.О. Богомольця. – К., 2001. – 241 с.

КЛАССИФИКАТОР ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Р.И. Василишин, Я.С. Березницкий *(Киев, Днепропетровск)*

Для каждой медицинской процедуры (услуги) есть стандарт, технологии ее исполнения, в которой приведены методика выполнения, необходимое оборудование, аппараты и инструменты, расходные материалы, медикаменты и реактивы. Учитывая то, что в Украине нет классификации относительно номенклатуры хирургических операций, необходимых для улучшения оказания медицинской помощи и статистического учета, был создан классификатор хирургических операций.

THE QUALIFIER OF SURGICAL OPERATIONS

R.I. Vasilishin, J.S. Bereznitskij *(Kyiv, Dnepropetrovsk)*

For each medical procedure (service) there is a standard, technologies of its{her} execution{performance} in which are induced a technique of the performance, the necessary equipment, devices and tools, account materials, medicines and reactants. Considering that in Ukraine there is no classification concerning the nomenclature surgical the operations necessary for improvement of rendering of medical aid and the statistical account, the qualifier of surgical operations has been created.

УДК 612.1:2.001-052

А.О. ГОЛЯЧЕНКО (Тернопіль)

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В УКРАЇНІ: ДОСЯГНЕННЯ І ПРОБЛЕМИ

Тернопільський медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

В Україні прийнято низку нормативно-правових документів, насамперед Указ Президента України від 06.12.2005 року №1694/2005 " Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я ", які передбачають низку першочергових завдань з питань законотворення, оптимізації управління та організації охорони здоров'я. Все це вимагає належного наукового обґрунтування. Оскільки абсолютно переважаючими в системі медичної допомоги є елементи лікування і реабілітації, на реалізацію яких витрачається більше 95% усіх ресурсів,то вирішення наукових проблем з цих питань є найбільш актуальним завданням в контексті загального реформування охорони здоров'я.

Медична реабілітація або відновне лікування розвинулось на грунті ортопедії і фізичної медицини, які започаткувались в Європі в 19 столітті. Великим поштовхом для розвитку медичної реабілітації стали санітарні наслідки першої і другої світових воєн, які вилилися в мільйони покалічених людей. Вони потребували відновлення працездатності і забезпечення якомога повного і якісного життя. До того ж число інвалідів примножилось на початку 50-х років 20 століття, коли світом прокотилась епідемія поліомієліту. Отже, пацієнти з переважно фізичними вадами стали першим основним контингентом реабілітованих , під них розроблялись і впроваджувались реабілітаційні заходи і засоби. Були сформульовані три принципові підходи до організації системи медичної реабілітації в цей період: етапність,яка включала послідовно три етапи здійснення відновного лікування - в стаціонарі, санаторії і диспансерне спостереження в поліклініці; проведення санаторно-курортної реабілітації у ранній відновлювальний період безпосередньо після виписки зі стаціонару; широке використання фізичних методів лікування з метою підвищення його ефективності.

Всередині 20 століття відбулись кардинальні зміни в структурі захворюваності людей: на зміну гострим, переважно інфекційним хворобам, прийшли хвороби хронічні, дегенеративні. Цьому сприяло "старішання" людності та суттєві зміни в умовах та способі її життя. Звісно, чим далі відсувалось воєнне лихоліття, тим меншало число інвалідів.

Закономірною стала необхідність поширити здобутки медичної реабілітації, досягнуті на інвалідах з фізичними вадами, на ті нові хвороби, які стали визначати рівень і характер громадського здоров'я. Перші успіхи були досягнуті стосовно хворих, що перенесли інфаркт міокарда. В 70-ті роки минулого століття була створена система медичної реабілітації цих хворих, яка виявила високу соціальну,медичну і економічну ефективність. Надалі медична реабілітація вдосконалювалась і поширювала свій вплив на інші групи захворювань.

Тоді ж трапилась ще одна важлива подія в системі медичної допомоги в цивілізованному світі: основною організаційною формою системи до сих пір був шпиталь (лікарня або стаціонар), який виявляв все більшу неспроможність в реалізації завдань профілактики, діагностики та лікування хвороб,більшість яких залишались за його межами. В пошуках виходу із становища, що склалось, та забезпечення повної доступності медичної допомоги для основної маси хворих, погляди світового медичного співтовариства звернулись до вітчизняного досвіду, який мав розвинуту потужну амбулаторно-поліклінічну ланку,що брала свій початок ще з часів земської медицини. В 1978 році в Алма-Аті під егідою ООН була прийнята Концеція первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), що грунтувалась на сімейній лікарській амбулаторії, як основі кожної національної системи охорони здоров'я. Звісно, розвиток засобів і методів медичної реабілітації в умовах амбулаторії і поліклініки мав отримати закономірне логічне продовження.

Україна завжди йшла нарівні з передовими країнами світу у розвитку системи медичної реабілітації.Однак, з відновленням державної незалежності в 1991 році, переходом на самостійний шлях розвитку,перед системою медичної допомоги в країні, в тому числі її складовою частиною, медичною реабілітацією, постали три основні виклики: по-перше, нечуваними темпами почало погіршуватись здоров'я населення. Достатньо навести такі

© А.О. Голяченко, 2007

дані : середня тривалість життя людей в Україні в 90-ті роки скоротилась у чоловіків на 4.1 року, у жінок – на 2.3 року. Процес скорочення тривалості життя продовжується. Тільки за 5 років, з 1998 до 2002, поширеність хвороб зросла на чверть, а хвороб системи кровообігу набула характеру епідемії; поширеність інших хвороб також наростає. Це призвело до різкого зростання потреби в медичній реабілітації та необхідності адекватного нарощення арсеналу її засобів.

Другим викликом стало відставання у розвику первинної медико-санітарної допомоги. Саме в той період, коли досягнення вітчизняної медицини були визнані світом і сімейна лікарська амбулаторія стала основою системи первинної медико-санітарної допомоги, в Радянському Союзі пріоритетною було визнано спеціалізовану допомогу і в системі став домінувати не лікар загальної практики, а лікар-спеціаліст. Спеціалізація медичної допомоги має безумовні переваги, але може й мати суттєві недоліки, коли спеціалізіція не урівноважується адекватним розвитком загальної лікарської практики. Гіперспеціалізація породила багато проблем, які радянська медицина подолати не змогла, що стало однією з причин її занепаду. Долаючи ці проблеми, самостійна українська держава поволі відновлює загальну лікарську практику. Місце реабілітації в ній потребує глибокого наукового вивчення.

Нарешті,третім викликом став розвиток ринкових відносин в системі медичної допомоги. Радянська медицина, згідно вчення марксизму-ленінізму,не визнавала за медичною послугою значення товару. Тому вартості медичної послуги не визнавалось,економічні закони виробництва медичних послуг не враховувались, наслідком чого стала економічна неефективність системи, яка потягла за собою соціальну і медичну.

Гроші, яких завжди не вистачає, слід вкладати так, щоб вони давали найбільший економічний ефект за найменших витрат. Тут слід вказати на стратегічну помилку, допущену радянською медициною на початку другої половини 20 століття. Це, як було сказано вище, був період, коли в структурі патології людності хронічні дегенеративні хвороби приходили на зміну гострим. Особливо вираженим цей процес був на селі , де “старіння” людності йшло випереджаючими темпами. Сільські лікарські дільниці, де зосереджувався основний обсяг допомоги сільському насенню, виявились неготовими до цих змін. В сільських дільничих лікарнях,що очолювали ці дільниці, ставали непотрібними хірургічні блоки та пологові зали. Нові хвороби вимагали нової стратегії, а саме розвитку відновного лікування, якого потребували пацієнти з хворобами серця, судин, нервової системи тощо. Малопотужні фізіотерапевтичні кабінети в цих лікарнях не могли зарадити зростаючому числу хронічних хворих. Було прийнято рішення про закриття сільських дільничих лікарень і спеціалізацію медичної допомоги на рівні центральних районних лікарень. На місці закритих стаціонарів сільських дільничих лікарень залишились лікарські амбулаторії,в штатах яких фізіотерапевтичні кабінети не передбачались; для їхнього відкриття потрібен був дозвіл в індивідуальному порядку республіканського міністерства охорони здоров’я. Результатом такої стратегії розвитку медичної допомоги стала її недоступність для значної частини сільських жителів. Захворюваність і смертність наростали, а доступні і адекватні засоби боротьби з цими явищами не наближались до пацієнтів, а віддалялись від них. В розвиток центральних районних лікарень були вкладені великі кошти, які не дали належної віддачі.

Вивчення здоров’я населення за 20-літній період, проведене нами, показало глибокі зміни, що відбулися в ньому: на 72,7% зросла поширеність хвороб, а деякі з них дали епідемічний ріст – хвороби серця і судин (3,4 рази), хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (4,2 рази), хвороби нервової системи (3,5 разів).

Звісно, таке значне погіршення здоров’я людей потягло за собою зростання потреби в медичній реабілітації. Однак це зростання виявилось набагато більшим – у 5,4 рази. На наш погляд, це було зумовлено не тільки зростанням захворюваності, а й потужним нарощуванням арсеналу реабілітаційних засобів, які поширювали свій вплив на нові групи захворювань. Незважаючи на це, безсумнівно позитивне явище, доступність медичної реабілітації залишилась неоднаковою для різних груп хворих. Безумовну перевагу утримували хвороби опорно-рухового апарату, які в 5,7 разів відносно частіше піддавались медичній реабілітації порівняно з іншими хворобами. Водночас життя вимагає розвивати медичну реабілітацію стосовно хвороб, вплив яких на громадське здоров’я постійно зростає: хвороби системи кровообігу, хвороби органів дихання і травлення. Ці групи хвороб поки суттєво рідше піддаються медичній реабілітації (відповідно в 2,7; 6,7 і 2,7 рази).

Вивчення причин різкого погіршення здоров'я людей виявило ряд чинників, яким належить провідне місце. Це – "старішання" людності, її матеріальний стан, житлові умови, сімейний стан, наявність чи відсутність професійних шкідливостей, освіта. Розшарування людей з цих ознак виявило найбільші відмінності в рівнях захворюваності полярних груп. Ці чинники займають також основні місця в зумовленості найважливіших хвороб – системи кровообігу, нервової системи, хронічних неспецифічних хвороб легень, опорно-рухового апарату, виразкової хвороби тощо.

Соціальні чинники суттєво впливають на задоволення потреби в медичній реабілітації. Загалом потреба в медичній реабілітації задовольняється тепер ледве наполовину (48,2%). Спостерігаються суттєві соціальні відмінності. Люди багаті в 4,38 разів відносно частіше користуються медичною реабілітацією порівняно з їхньою часткою в структурі населення, водночас люди бідні – в 2,0 рази рідше. Відносно частіше отримують медичну реабілітацію особи, що мають спеціальну середню або вищу освіту (4,14), не мають професійних шкідливостей на роботі (3,01), ті, що проживають в добрих житлових умовах (1,84). Водночас рідше користуються медичною реабілітацією люди, що живуть в незадовільних житлових умовах (5,65), вдівці і вдови (2,88), ті, що мають професійні шкідливості на роботі (1,80).

Серед хворих окремими найважливішими хворобами соціальні контрасти виражені порізному. Цікаво відмітити, що ці контрасти тим більші, чим менше задовольняється потреба в медичній реабілітації. Виявлені нами коливання задоволення потреби в медичній реабілітації вклались у такі межі: 15,5%(виразкова хвороба) – 67,0%(хвороби опорно-рухового апарату). Найбільший коефіцієнт соціальних контрастів був встановлений при хронічних неспецифічних хворобах легень і становив 9,9 (розмежування щодо матеріального стану), а при хворобах опорно-рухового апарату – 3,2 (розмежування щодо характеру житла).

Подолання відмінностей в забезпеченні медичною реабілітацією окремих груп хворих і окремих соціальних прошарків людності – одна з основних проблем на шляху оптимізації системи медичної реабілітації.

Вирішення цього завдання вимагає комплексного системного підходу. Організація медичної реабілітації повинна започаткуватись із визначення зовнішніх факторів та умов, вплив на які сприяє її створенню. Для відбору управлінського заходу усі чинники треба поділити на дві групи: якими можна управляти і якими управляти не можна. Заходи, що піддаються управлінню, залежать від органів і закладів охорони здоров'я, інших організацій та служб та від самих осіб, що підлягають реабілітації.

Визначена нами потреба в лікарських кадрах і ліжках для проведення реабілітації склала 0,49 лікарських посад і 8,4 ліжка на 10 тис. населення.

Нами були апробовані різноманітні форми для масового застосування реабілітаційних засобів в сімейних лікарських амбулаторіях. Це передусім фізіотерапевтичний кабінет, обладнаний 5-6 фізіотерапевтичними апаратами, денний стаціонар та стаціонар удома. На наш погляд, на первинному рівні можуть бути втілені усі основні засади медичної реабілітації. Тут слід постійно розширювати комплекс немедикаментозних засобів, зокрема впроваджувати бальнеотерапію, голкотерапію, психотерапевтичні засоби тощо.

Наше вивчення організаційних форм медичної реабілітації показало, що найбільш раціональною і доступною для хворих є багатопрофільне відділення реабілітації в складі міської або центральної районної лікарні. Його основною перевагою є можливість охоплення реабілітаційними заходами переважної частки захворювань та використання для цілей реабілітації лікувально-діагностичної і господарчої баз лікарень (лабораторія, функціональна і рентгенівська служби, аптека, консультації спеціалістів).

Основний резерв для розширення обсягу реабілітаційних заходів та охоплення ними тих груп хворих, які нині визначають стан громадського здоров'я, поряд із сімейними лікарськими амбулаторіями, криється, на наш погляд, в поліклінічних закладах.

В поліклініках проходять медичну реабілітацію хворі, що скеровуються сюди із сімейних лікарських амбулаторій, після реабілітації в стаціонарних і санаторних умовах, а також як в самостійних функціональних підрозділах. На поліклінічному етапі визначається найближчий та віддалений трудовий прогнози, остаточно проявляється ефект заходів, які проводились на попередніх етапах. Лікарям поліклініки доводиться вирішувати питання, пов'язані насамперед із оцінкою працездатності хворого, встановлювати оптимальні терміни відновлення професійної діяльності, корегувати обсяг службового навантаження, вирішувати питання перекваліфікації інвалідів тощо.

Наши дослідження свідчать про доцільність виокремлення відділення відновного лікування в складі поліклініки.

Структура відділення відновного лікування хворих на поліклінічному етапі реабілітації в кожному конкретному випадку буде визначатися потужністю поліклініки, чисельністю населення, яке вона обслуговує, та потребою у даному виді медичної допомоги.

Наші дослідження показали необхідність внесення принципових змін в етапність здійснення реабілітаційних заходів. Згідно рекомендацій ВООЗ, сформульованих ще в середині XX століття, медична реабілітація повинна включати три послідовні етапи: стаціонарний, санаторний і поліклінічний. Причому на поліклінічний етап покладалось два основних завдання –продовження раніше початих реабілітаційних заходів та диспансерне спостереження за інвалідами.

На наш погляд, це концептуальне положення значною мірою застаріло і повинно бути переглянуте. Воно було прийнято у той час, коли основну проблему складали інваліди з травмами і порушеннями опорно-рухового апарату, коли ще не було прийнято концепції розвитку первинної медико-санітарної допомоги, коли тільки в стаціонарі були відповідні умови для відновлення порушених психофізіологічних функцій із застосуванням комплексу фізичних і психотерапевтичних методів.

Тепер ситуація докорінно змінилась. Реабілітації потребує зростаюче число пацієнтів, серед яких домінуюче місце займають хронічні дегенеративні хвороби, до 90 % усієї медичної допомоги концентрується на первинному рівні – в сімейних лікарських амбулаторіях і поліклініках, - можливості останніх стосовно відновного лікування постійно зростають.

За нашими спостереженнями, більше половини хворих, які потребують медичної реабілітації, відновлюють порушені психофізіологічні функції в амбулаторіях і поліклініках і звідси безпосередньо відправляються на санаторний етап, звідки повертаються в ті ж амбулаторії і поліклініки, де за ними встановлюється диспансерне спостереження із застосуванням реабілітаційних заходів.

Менша частина хворих із амбулаторій і поліклінік направляються на стаціонарний етап, де відбувається закріплення результатів амбулаторно-поліклінічної реабілітації із наступним включенням санаторного етапу. Звісно, певна частина хворих починає реабілітацію, як і раніше, зі стаціонарного етапу, куди вона поступає в гострому періоді, який потребує застосування методів і засобів, якими володіє стаціонар.

Система медичної реабілітації, як і система медичної допомоги загалом, повинна давати не лише певний обсяг медичних послуг, а забезпечити їхню високу якість. Проблема якості є пріоритетною глобальною проблемою розвитку здоровоохорони.

Медична реабілітація окремих груп хворих вимагає вирішення наступних основних завдань: виявлення особливостей перебігу того чи іншого захворювання залежно від форми та стадії патологічного процесу, виділення клінічних варіантів перебігу захворювань на підставі клініко-функціональних, інструментальних, лабораторних, рентгенологічних показників для обґрунтування патогенетичних підходів до оптимального вибору методів реабілітації, розробку індивідуальних програм медичної реабілітації, визначення ефективності розроблених реабілітаційних комплексів при застосуванні різнопланових керуючих впливів. При розробці програм бажано застосовувати метод системно-структурного подання інформації.

Використання методів медичної реабілітації залежить від віку хворого, супутньої патології, перебігу основного захворювання тощо. Однак слід зазначити, що вирішальним критерієм є не лише стан здоров'я пацієнта на момент реабілітації, але й активна позиція на оздоровлення, поліпшення самопочуття, підвищення загальної й професійної працездатності. Потрібно робити установку на оздоровлення переважно фізичними методами, з активною участю пацієнта. Це, власне, і є те основне, що відрізняє медичну реабілітацію від традиційного лікування.

Медична реабілітація є високоефективним засобом поліпшення здоров'я людей. Вона дозволяє знизити звертальність за медичною допомогою в 4,3 рази, потребу в госпіталізації - в 2,9 і тимчасову непрацездатність - в 2,5 рази. У порівнянні із традиційним лікуванням - більш ефективна щодо звертальності в 3,28 рази, госпіталізації - в 1,92 і тимчасової непрацездатності - в 2,1 рази.

Зменшення потреби в звертальності і госпіталізації є підґрунтям для зменшення загальної потреби в лікарських кадрах і ліжках. Соціальні фактори суттєво впливають на ефективність реабілітації і мають враховуватись в організації реабілітаційного процесу. Особливо це стосується матеріального, сімейного стану та умов праці тих, хто піддається медичній реабілітації.

Економічний ефект від зменшення затрат на лікування, виплат соціального страхування і виробленого додаткового валового продукту склав 253,65 грн. із розрахунку на одного реабілітованого (в цінах 2004 року). Одна гривня, вкладена в медичну реабілітацію, дала 2,89 грн. економічного прибутку.

Література

1. *Бабов К.Д., Пеклина Г.П., Леонова Н.Н.* Проблемы восстановительного лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата на современном этапе // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. –2001. - № 4.-С.43-47
2. *Власов В.В.* Введение в доказательную медицину. - М.: Медиа Сфера, 2001.- 392 с.
3. *Голяченко О.М., Голяченко А.О.* Економіка української здоровоохорони. – Вінниця, 1996. – 100 с.
4. *Двенадцать* принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения //Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.-2005.-С.54
5. *Добра П.П., Торохтін О.М.* Напрямки оптимізації реабілітаційного лікування та санаторно-курортного обслуговування хворих на курортах Закарпаття // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия.-2002- №1. -С.16-18
6. *Жиляева Е.П.* Реформы здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы // Проблемы социальной гигиены и истории медицины.-1998.-№1.-С.56-58
7. *Кігічак А.В.* Реабілітація неповносправних дітей в Україні (стан проблеми) // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. -1999.- № 1.-С.49-51
8. Конституція України. – К. – 1997. – 32 с.
9. *Лисенюк В.П., Самосюк І.З., Кожанова А.К.* Сучасні стандарти та критерії у реабілітаційній медицині // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. -2000.- № 2.-С.48-51
10. *Лобода М.В.* Об итогах международной научно-практической конференции “Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия” // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. –1999.- № 4.- С.3-6
11. *Немедикаментозні* методи лікування та реабілітації (довідкові таблиці та схеми) / За ред. В.П.Лисенюка –К., 1999.- 49 с.
12. *Охорона* здоров’я в Україні: проблеми та перспективи / За заг. ред. проф. В.М.Пономаренка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 310 с
13. *Пономаренко В.М., Бодак В.М., Швецов В.С.* Роль місцевого самоврядування в розвитку та вирішенню проблем сімейної медицини на селі // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України. – 2003. - № 1. – С. 13-17
14. *Пузин С.Н.* Организация медико-социальной экспертизы в Российской Федерации на современном уровне // Мед. соц. экперт. и реабил. –2005.-№1.-С.6-9
15. *Ренкер К.* Основы реабилитации (научный обор) .- М., 1980.- 115 с.
16. *Сокрут В.Н., Казаков В.Н., Уманский В.Я.* Медицинская реабилитация в Украине: современные положения и перспективы развития // Новости медицины и фармации в мире. - 2003.-№10 (138).-С.19-20
17. *Фісенко Л.І., Ковальська В.В.* Природні лікувальні ресурси України та їх використання в санаторно-курортній практиці. // Мед. гідрологія та реабілітація Нац. Академ. наук. - 2005 т.3 (3) -С.55-60
18. *Штатные* нормативы, квалификационная характеристика врача-физиотерапевта, обязанности медицинского персонала физиотерапевтических подразделений // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. –2004.-№5.-С.53-57
19. *Agree* instrument. The Agree Collaboration.- September, 2003. –(www.agreecollaboration. org.)
20. *Exploring* health policy development in Europe: Europ, ser, № 68/ Ed. By A. Risataris. – Copenhagen: WHO reg. pub, 2000. – 537 p.
21. *Granger E.C.V., Gresham G.E.* Functional assessment in rehabilitation medicine. - Baltimore, 1984. –15 p
22. *Pulmory* Rahabilitation / Eds C.F.Donner, M.Decramer. - 2000. - 195 p.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УКРАИНЕ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ.

А. Голяченко *(Тернополь)*

Подняты фундаментальные вопросы медицинской реабилитации в Украине, развитие ее организационных принципов.

MEDICAL REHABILITATION IN UKRAINE ACHIEVEMENT AND PROBLEMZ

A. Goljachenko *(Ternopil)*

The paper describes fundamental aspects of medical rehabilitation.Its development both in Ukraine are analjzed, as well as the main principles of its organization.

УДК 616.831-009.11-053.2

Г.О. СЛАБКИЙ, О.В. ШЕВЧУК (Київ)

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЯМ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМИ ПАРАЛІЧАМИ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД)

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

В Україні спостерігаються негативні тенденції в динаміці захворюваності дітей, відмічається зростання кількості хронічних та поліетіологічних хвороб, збільшення частоти анте- та інтранатальних ушкоджень і спадкової патології, зростання питомої ваги народжених з травмами і патологією центральної нервової системи (ЦНС). Ці та інші причини призвели до збільшення числа дітей-інвалідів [12;13;16].

Щорічно в Україні кількість дітей, які страждають на дитячий церебральний параліч (ДЦП) та є інвалідами, зростає [30].

Така ситуація стала підставою для вивчення стану організації медичної допомоги дітям з даною патологією.

Мета роботи – вивчити дані наукової літератури з питань організації медичної допомоги дітям з церебральними паралічами.

Методи, які використовувалися під час виконання роботи: історико-аналітичний та системного аналізу. Вивчено та проаналізовано 40 джерел наукової літератури.

Результати та їх обговорення. За даними наукової літератури, ДЦП становить 0,8–1,2% усіх ортопедичних захворювань, або два випадки на 1000 дитячого населення. В класі хвороб нервової системи питома вага дітей з ДЦП, за даними різних авторів, коливається в межах 40,0–7,5% [21;31;33]. Цей показник у дошкільному віці дорівнював 88,6%, а у шкільному віці – 76,7% [17].

Провідним синдромом ДЦП є порушення м'язового тонусу та координації рухів, неспроможність утримати позу та виконувати довільні рухи у частому поєднанні з затримкою мозкового та психічного розвитку, судомами [9;20;24]. Діти, хворі на ДЦП, із затримкою психічного розвитку мають відчутні відхилення в емоційній сфері, а саме: 60,0% зафіксовано високий рівень тривожності, пов'язаний із стражданнями від фізичної неповноцінності, з рівнем агресивності – 44,0% [8]. У 20,0% хворих відмічено високий рівень асенізації із зниженою самооцінкою, глибокими переживаннями у зв'язку з фізичним дефектом. 45,0% мали високий рівень конфліктності, 27,0% – репресивність, 20,0% – переживання панічного страху, пов'язаного з неможливістю пересування і самостійного обслуговування. Тому 55,4% батьків змушені приділяти дітям практично весь вільний час, що зумовлювало негативний вплив на їхнє життя і взаємовідносини [18]. Половина сімей намагається ототожнювати виховання хворих дітей зі здоровими, при цьому 43,9% використовують індивідуальний підхід. У решті випадків хворі діти повністю ізольовані від суспільства і від своїх здорових ровесників. Не тільки дитина, але і сім'ї з дітьми-інвалідами тривалий час знаходяться у стані депресії, часто стають на шлях самоізоляції [2;10;22].

ДЦП відноситься до непрогресуючих станів, але розвиток мозку з дефектом може супроводжуватися появою нових патологічних симптомів у різному віці – гідроцефалія, мікроцефалія, вегетативні розлади [21;28], і оскільки труднощі лікування цих хворих зумовлені раннью інвалідизацією мозку [15], важливою є рання діагностика ДЦП. Лише у 6,5% дітей-інвалідів ДЦП було запідозрено при народженні, в 53,2% діагноз встановлено у віці 1–2 років життя, в 7,7% – у 3–7 років і у 3,9% – після семи років життя.

ДЦП належить до захворювань, які обмежують життєдіяльність [3], тому необхідно провести реабілітаційні заходи, скеровані на відновлення статусу особистості [26]. Реабілітація з органічним ураженням ЦНС має на меті поліпшення соціальної адаптації, зниження інвалідності, максимально можливе залучення їх до суспільно-корисної праці та самозабезпечення [4;29]. Цій проблемі присвячено багато праці у вітчизняній та зарубіжній літературі [1;11;34;40].

Проблемами пошуку ефективних форм і методів реабілітації дітей-інвалідів займаються вчені всього світу [35;37;38].

На рівні ВООЗ [19] розроблено рекомендації з реабілітації, які включають такі етапи:

1. Раннє впровадження реабілітаційних заходів:

© Г.О. Слабкий О.В. Шевчук, 2007

а) на етапі первинної профілактики (передхвороби);

б) з перших днів гострого періоду захворювання.

2. Тривалий період реабілітації, який проводиться до повного відновлення порушених або втрачених функцій.

3. Індивідуальний підхід при розробці режимів реабілітації.

4. Послідовність відновного лікування.

5. Послідовність етапів реабілітації.

6. Комплексність програм відновлення.

Німецькі вчені вважають, що реабілітація має проводитись близько місця проживання дитини. Потрібні наполегливість і терпимість, удосконалення якості життя, оздоровлення дитини [39]. При цьому розрізняють три етапи реабілітації: відновне лікування, реадаптація та реабілітація [32]. За даними інших авторів, реабілітація – це процес, який ґрунтується на принципах ранньої діагностики, лікування, медичної реабілітації і психолого-педагогічної корекції, соціальної адаптації та спільної роботи з батьками [27].

До найпоширеніших методів медичної реабілітації належать авторські комплексні інтегральні моделі, медикаментозне лікування, кінезо-, фізіо- та акупунктурна терапія, нейроортопедична та нейрохірургічна корекція, санаторно-курортна реабілітація тощо. В лікуванні ДЦП останнім часом використовується метод фізіологічної природної реабілітації – іпотерапія [6;7;14].

Слід зазначити, що наукові роботи вітчизняних та зарубіжних спеціалістів вказують на те, що використання фізкультури та спорту в комплексі відновлювальних заходів є ефективним методом реабілітації [36;38].

Новим напрямком у роботі є інтеграція зусиль фахівців медичного та соціально-педагогічного напрямків реабілітації із залученням батьків хворої дитини як повноважних учасників лікування. Розвиток та формування функціональних систем забезпечується концепцією "Тандем" за різними напрямками взаємодії [25], але в доступній нам літературі ми не знайшли публікацій про взаємодію центрів реабілітації дітей з ДЦП, що підпорядковані іншим відомствам.

Це спонукало нас до планування роботи, яка забезпечить міжсекторальну взаємодію при проведенні реабілітаційних заходів у дітей з ДЦП.

Висновки

На основі аналітичного огляду наукової літератури зроблено висновок про актуальність даної проблеми та значні наукові розробки з вирішення питання щодо реабілітації дітей з церебральними паралічами. Водночас, відсутні роботи, які вказують на міжсекторальний підхід у вирішенні проблеми.

Список літератури

1. *Астахова Л.В.* Медико-социальные особенности детской инвалидности в Красноярском крае и реабилитация детей-инвалидов: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – Красноярск, 2004. – 24с.
2. *Бенюх Н.Е.* Содержание социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов // Матеріали міжнар. наук.- практ. конф. "Сім'я та проблеми дитячої інвалідності". – Донецьк, 1997. – С. 7–9.
3. *Берсенев В.А.* Трудное детство нервной системы – К.: СМП "АВЕРС", 2001. – 24с.
4. *Берсенев В.А.* Обжалованию подлежит! Метамерная стратегия лечебной и реабилитационной помощи в нейропедиатриии. – К.: СМП "АВЕРС", 2000. – 32с.
5. *Бондарь В.И., Боровик Э.Б.* Объем реабилитационных мероприятий для детей-инвалидов в санаторно-курортных учреждениях для детей с родителями // Вопросы курортологии, физиотерапии и физической лечебной культуры. – 1996. – №1. – С. 34–37.
6. *Буг Г.* Проблема ранней реабилитации детей, страдающих ДЦП, остается актуальной // Ліки України. – 2004. – №7–8. – С. 75.
7. *Булекбаева Ш.А.* Новые подходы в комплексной реабилитационной терапии детей, страдающих детским церебральным параличом // Педиатрия. Журн. им. Г.Н. Сперанского. – 2002. – №2. – С. 95–98.
8. *Ващилін Г.В., Рожко Л.М., Гагаловська Л.А., Переходьмо Л.В.* Особливості емоційної сфери та напрямки психологічної реабілітації дітей із затримкою психічного розвитку хворих церебральними паралічами // Матеріали Y Міжнарод. Українсько-Баварського симпозіуму "Соціальна педіатрія". – К., 2001. – С. 241–244.
9. *Вірясова М.В., Полунин В.С., Сологуб Е.Г.* Инвалидность у детей с детским церебральным параличом: состояние проблемы // Детский доктор. – 2001. – №3. – С. 50–52.
10. *Выхристюк О.Ф., Самсыгина В.А.* Охрана здоровья детей из социально-неблагополучных семей // Рос. мед. журн. – 2000. – №2. – С. 10–13.
11. *Гойда Н.Г., Суліма О.Г., П'ясецька Н.М.* Впровадження первинної реанімації новонароджених в акушерських стаціонарах – основа попередження тяжких перинатальних ушкоджень ЦНС // Матеріали Y Міжнарод. Українсько-Баварського симпозіуму "Соціальна педіатрія". – К., 2001. – С. 67–69.
12. *Гойда Н.Г., Чебан В.І.* Методика аналізу дитячої інвалідності: Метод. рекомендації. – Чернівці, 2003. – 14 с.

13. *Горбунова-Рубан С.А.* Социальные причины инвалидности детей в Украине // Материалы научно-практ. конф "Медико-социальные аспекты реабилитации детей-инвалидов". – Харьков, 2000. – С. 30–35.
14. *Грушиніна Н.Ю., Зражевська І.О., Луковська О.Л.* Використання методу фізкультурно-спортивної корекції стато-моторних та вегетативних порушень у дітей хворих на церебральний параліч // Матеріали Y Міжнарод. Українсько-Баварського симпозіуму "Соціальна педіатрія". – К., 2001. – С. 258–260.
15. *Ермоленко Н.А., Скворцов И.А., Нережина А.Ф.* Клинико-психологический анализ развития двигательных, перцептивных, интеллектуальных и речевых функций у детей, з церебральными параличами // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – №12. – С. 60–63.
16. *Іпатов А.В.* Стан інвалідності з дитинства в Україні у 2000 році // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – №3. – С. 5–11.
17. *Іпатов І.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. та ін.* Медико-соціальні причини, стан інвалідності та організація медико-соціального обслуговування дітей-інвалідів у Дніпропетровській області // Матеріали Круглого столу "Медико-соціальні аспекти реабілітації дітей-інвалідів у Дніпропетровській області". – Дніпропетровськ, 2003. – С. 7–10.
18. *Камаев И.А., Гурвич Н.И., Иорданская Н.А.* Медико-социальные аспекты детской инвалидности // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1997. – №5. – С. 45–48.
19. *Климовицкий В.Г., Усикова Т.Я., Цимиданова Н.Б. и др.* Патология опорно-двигательного аппарата на почве неврологических заболеваний у инвалидов с детства // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1999. – №1. – С. 17–20.
20. *Коваль Л.* Дітям – інвалідам – нашу увагу і турботу // Соціальний захист. – 2002. – №12. – С. 35–36.
21. *Козявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С.* Детские церебральные параличи: медико-психологические проблемы // Укр. технологии. – 1999. – 144с.
22. *Козявкін В.І.* Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації пацієнтів з дитячим церебральним паралічем // Нова медицина. – 2002. – №2. – С. 47–51.
23. *Крись-Пугач А.П., Кінчая-Поліщук Т.А.* Сучасні аспекти проблеми дитячого церебрального паралічу // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1999. – №2. – С. 112–113.
24. *Куренков А.Л.* Роль сегментарных нарушений в формировании двигательных расстройств у больных детским церебральным параличом // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – №2. – С. 16–20.
25. *Лобода М.В., Зубаренко А.В., Бабов К.Д.* Медицинская реабилитация в педиатрии. – К.: Купріянова, 2005. – 384с.
26. *Лук'янова О.М.* Наукові аспекти реабілітації порушень здоров'я дітей // Педіатрія, акушерство, гінекологія. – 1996. – №1. – С. 3–6.
27. *Ляшенко В.І.* Рання соціальна реабілітація дітей-інвалідів – шлях до їх соціалізації // Матеріали Y Міжнарод. Українсько-Баварського симпозіуму "Соціальна педіатрія". – К., 2001. – С. 381–386.
28. *Мартинюк В.Ю.* Філософія лікування ДЦП: пристосувати хвору дитину до життя // Нова медицина. – 2002. – №2. – С. 54–56.
29. *Мартинюк В.Ю., Зінченко С.М., Майструк О.А.* Концепція "Тандем" – в основі розвитку функціональних систем у дітей з органічними ураженнями нервової системи // Матеріали Y Міжнарод. Українсько-Баварського симпозіуму "Соціальна педіатрія". – К., 2001. – С. 390–394.
30. *Паламар І.В.* Медико-соціальна характеристика інвалідності дітей з хворобами нервової системи та удосконалення регіональної системи її профілактики та реабілітації: Автограф. ...дис. канд. мед. наук. – К., 2007. – 23с.
31. *Перфилов А.П., Василенко М.А., Кириллова Л.Г. и др.* Новые подходы к вопросам профилактики и лечения церебральных параличей у детей // Перинатологія та педіатрія. – 1999. – №2. – С. 44–46.
32. *Петров Р.М.* Реабілітація дітей з органічними ураженнями нервової системи в умовах центру ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів "Надія" м. Миколаєва // Матеріали Y Міжнарод. Українсько-Баварського симпозіуму "Соціальна педіатрія". – К., 2001. – С. 417–421.
33. *Свинцов А.А.* Структура детской инвалидности // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1996. – №6. – С. 10–16.
34. *Семенова К.А., Воронов А.В.,а Куренков А.Л. и др.* // Восстановительное лечение детского церебрального паралича – новы подходы и новы возможности // Матеріали Y Міжнарод. Українсько-Баварського симпозіуму "Соціальна педіатрія". – К., 2001. – С. 437–433.
35. *Bremberg S* // Asta Paediatr Suppl. – 2000. – Vol. 45, №1. – P. 1–8.
36. *Ketelaar M., Vermeer A., Helders P.J.* // Clin Rehabil. – 1989. – Vol. 12, №5. – P. 369–380.
37. *Kodama K.* // No To Hattatsu. – 1998. – Vol. 30, №3. – P. 197–201.
38. *Mork M.* // Tidsskr Nor Laegeforen. – 2001. – Vol. 20, №13. – P. 1566–1569.
39. *Petermann F., Koch U., Hampel P.* // Rehabilitation. – 2006. – Vol. 30, №3. – P. 197–201.
40. *Warner H*. Living with disability: part 2. The child / family / nurse relationship // Paediatr Nurs. – 2006. – Vol. 18, №2. – P. 38–43.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ПАРАЛИЧИ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)

Г.А. Слабкий, А.В. Шевчук *(Киев)*

Приведены аналитические данные научной литературы по вопросу организации реабилитации детей с церебральными параличами.

SOME QUESTIONS OF THE ORGANIZATION OF CHILDREN REHABILITATION SUFFERING ON CEREBRAL PARALYSES (ANALYTICAL REVIEW)

G.A Slabkiy, A.B. Shevchyuk *(Kyiv)*

The analytical data of the scientific literature on a question of the organization of children rehabilitation with cerebral paralyses are resulted.

УДК 614.2:616-082-036.86

В.М. ЛЕХАН, А.В. ІПАТОВ (Дніпропетровськ)

ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ХВОРИХ У ПЕРІОД ДО ВСТАНОВЛЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ

Дніпропетровська державна медична академія
Науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності

Існують різноманітні погляди на формування інвалідності. Одні дослідники розглядають інвалідність виключно як соціальні наслідки захворювань та патологічних станів, інші вважають її похідною від захворюваності, тобто перебіг патологічного процесу у частки хворих призводить до формування інвалідності. Більшість характеризує формування інвалідності як результат взаємодії комплексу факторів [2]. Розуміння багатофакторності проблеми інвалідності та її залежності від різних чинників громадського життя має велике значення для цілеспрямованого впливу на фактори, що її формують, та проведення відповідних заходів з профілактики і зниження інвалідності. Особливий інтерес представляє вивчення впливу медичних факторів на формування і профілактику інвалідності.

Мета роботи – оцінити якість медичної допомоги при виникненні захворювання / патологічного стану на всіх етапах медичного обслуговування хворих до встановлення інвалідності.

Матеріали та методи дослідження. Група спостереження 1141 інваліда формувалася методом рандомізації з числа осіб із захворюваннями та станами, які є провідними причинами інвалідності. До складу групи не включалися інваліди внаслідок психічних розладів та хвороб органів чуття, виходячи з вираженої специфіки цих патологій. Склад групи за причинами інвалідності та віко-статевими характеристиками (з урахуванням зазначених виключень) був репрезентативний щодо сукупності інвалідів в Україні.

Експертна оцінка якості медичного обслуговування проводилась висококваліфікованими фахівцями Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності за розробленою нами програмою. Первинними документами для експертного оцінювання були медико-експертні справи інвалідів (ф.№157/о).

Обробка результатів здійснювалася з використанням методів біометричного аналізу за допомогою статистичного пакету БИОСТАТ [1] та редактора електронних таблиць Excel-2000.

Результати та їх обговорення. За оцінками експертів, своєчасно зверталися по професійну медичну допомогу при виникненні захворювання / патологічного стану близько $^2/_3$ (62,4%) осіб, включених у групу дослідження, з певним запізненням – 24,1%, у занедбаному стані – 3,9% пацієнтів.

Аналіз структури своєчасності звертань при різних групах захворювань показав, що найчастіше зволікали зі звертанням хворі на інфекційні захворювання (туберкульоз) – 62,5%, в тому числі в 6,3% випадків із занедбаними стадіями захворювання. Досить значною була частка тих, що зволікали зі звертанням до медичних закладів, серед хворих на хвороби органів травлення, сечостатевої системи, новоутворення, хвороби ендокринної системи (47,8÷39,1%), дещо меншою (21,9÷32,2%) – серед хворих на

© В.М Лехан, А.В. Іпатов, 2007

хвороби системи кровообігу, кістково-м'язової системи та органів дихання. Найбільше число осіб, що своєчасно зверталися по медичну допомогу, було серед хворих на хвороби нервової системи та з травмами (75,4÷93,9%). У занедбаних станах вперше найчастіше зверталися хворі з новоутвореннями (8,0%), ендокринними хворобами (7,2%), інфекційними хворобами (6,3%). Тобто хворі досить часто відкладають звертання при хронічному і малосимптомному перебігу захворювання і звертаються відносно вчасно при гострому початку хвороби.

За даними кореляційного аналізу встановлено, що на своєчасність звертання певною мірою впливає вік хворого (коефіцієнт кореляції r=-0,12, p<0,05) – тенденція до більш раннього звертання у пацієнтів молодших вікових груп, що пов'язано з вищим рівнем санітарно-гігієнічної культури. В свою чергу, своєчасне звертання сприяє зменшенню вираженості обмежень трудової діяльності (r=-0,14, p<0,05) і дає змогу якісно частіше пролікуватися на амбулаторному рівні без залучення витратних форм стаціонарного обслуговування (кореляція з рівнем медичного обслуговування – r=0,11, p<0,05).

Недоліки медичної допомоги виявлено у $^{2}/_{3}$ (62,4%) включених у групу дослідження, причому реєструвалися з різною частотою на всіх рівнях обслуговування (табл. 1).

Таблиця 1. **Частота виявлення недоліків медичної допомоги у хворих на різних рівнях медичного обслуговування у період, що передував встановленню інвалідності**

Клас та група захворювань	Відсутність недоліків, (%, P±m)	Наявність недоліків (%, P±m)	Недоліки при наданні (%, P±m)			Число медичних служб, де виявлялися недоліки (на 1 хворого), M±m
			екстреної допомоги	амбулаторної допомоги (ПМСД і спеціалізованої)	стаціонарної допомоги	
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби, в тому числі:	12,5±4,13	87,5±4,13	0	87,5±4,13	73,4±5,52	2,80±0,06
туберкульоз органів дихання	6,9±3,33	93,1±3,33	0	93,1±3,33	79,3±5,32	2,81±0,06
Новоутворення	42,0±4,94	58,0±4,94	0	57,0±4,95	28,0±4,49	2,22±0,10
Ендокринні хвороби, розлади харчування	24,6±5,19	75,4±5,19	11,1±5,24	75,4±5,19	33,3±5,68	2,25±0,12
Хвороби нервової системи	82,4±3,20	17,6±3,20	0,9±0,86	15,5±3,04	9,9±2,50	2,04±0,19
Хвороби системи кровообігу	24,6±2,38	75,4±2,38	18,1±2,37	72,3±2,47	30,4±2,54	2,36±0,06
Хвороби органів дихання	13,6±4,46	86,4±4,46	3,6±3,51	86,4±4,46	50,9±6,62	2,51±0,08
Хвороби органів травлення	14,9±4,35	85,1±4,35	21,3±5,97	85,1±4,35	64,2±5,86	2,84±0,10
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	36,4±4,37	63,6±4,37	9,6±3,45	62,8±4,39	43,0±4,50	2,57±0,10
Хвороби сечостатевої системи	18,9±6,44	81,1±6,44	36,8±11,07	81,1±6,44	46,0±8,19	2,77±0,14
Травми, отруєння	64,9±4,47	35,1±4,47	21,3±3,94	27,2±4,17	30,7±4,32	2,60±0,17
Усього	37,6±1,43	62,4±1,43	12,5±1,16	60,12±1,45	35,0±1,41	2,46±0,03

З найменшою частотою виявлялися дефекти при наданні екстреної допомоги (12,5%), оскільки її потребували хворі з окремими групами захворювань та нозологічними формами (переважно з травмами і гострими розладами серцево-судинної системи).

Найчастіше недоліки медичного обслуговування реєструвалися при наданні первинної медичної та амбулаторної спеціалізованої допомоги (по 55,0%). Відсутність відмінностей у частоті дефектів на зазначених рівнях медичного обслуговування можна пояснити тим, що в Україні не існує чіткого розподілу на служби первинної та вторинної (амбулаторної спеціалізованої) допомоги. Пацієнти мають можливість самостійно звертатися як до дільнич-

ного лікаря, так і до лікарів спеціалістів [3;4]. Фактично поняття первинної допомоги відноситься до поліклініки в цілому, а не лише до дільничної служби. Окрім того, в умовах надмірної спеціалізації медичної допомоги, що продовжує існувати в українській охороні здоров'я, лікарі первинної ланки фактично позбавлені права самостійного прийняття рішень стосовно тактики ведення хворого і вимушені згідно з діючими нормативними документами удаватися до численних консультацій з лікарями спеціалістами, а при більш важкому або складному перебігу того чи іншого захворювання перенаправляти хворих до лікарів спеціалістів для подальшого надання медичної допомоги на вторинному рівні. В даному дослідженні перед експертами не ставилося завдання критичної оцінки існуючих організаційних підходів, моделей первинного обслуговування, адекватності місця надання медичної допомоги тощо. Тому для уникнення плутанини у висновках в подальшому наводяться дані про загальні характеристики амбулаторної допомоги (як на рівні дільничних лікарів, так і лікарів-спеціалістів).

При аналізі в розрізі окремих класів і груп захворювань встановлено, що найбільш часто дефекти на різних рівнях медичного обслуговування мали місце у хворих на інфекційні захворювання (зокрема туберкульоз), хвороби органів травлення, дихання та сечостатевої системи (87,5÷81,1% усіх обстежених); дещо рідше – у хворих з хворобами системи кровообігу та ендокринної системи (75,4%), ще з меншою частотою – у осіб з патологією кістково-м'язової системи та новоутвореннями (63,6÷58,0%). Більш високою якістю і відповідно меншою частотою недоліків відзначалося медичне обслуговування пацієнтів з травмами та з хворобами нервової системи (35,1% і 17,6%).

Стаціонар передбачає наявність можливостей для високого рівня як діагностики, так і лікування. Однак помилки і недоліки мають місце і в лікарнях. За частотою виявлення недоліків стаціонарного обслуговування у попередній до встановлення інвалідності період контингент обстежених можна розподілити на декілька груп із суттєво ($p<0,05$) різною поширеністю дефектів. Перша група об'єднувала хворих на інфекційні хвороби та хвороби органів травлення, у яких реєструвалася найбільша частота стаціонарних огріхів (73,4÷64,2%); друга – хворих з патологією органів дихання, сечостатевої, кістково-м'язової системи, серед яких практично у кожного другого (50,9÷43,0%) виявлялися істотні дефекти стаціонарного обслуговування; далі йдуть група хворих на ендокринні хвороби, травми та хвороби системи кровообігу, де значні відхилення реєструвалися майже у кожного третього (33,3÷30,4%); хворі з новоутвореннями (28,0%); найбільшою відповідністю сучасним вимогам характеризувалася допомога шпитальним хворим з патологією нервової системи, серед яких частота виявлених недоліків була найменшою (9,9%).

Оскільки в нозологічній структурі інвалідності переважають хронічні, дегенеративні захворювання, екстрена допомога не відіграє значної ролі в їх медичному обслуговуванні по основному захворюванню і в передінвалідний період. Однак при деяких гострих станах, які виникають при різних захворюваннях, і травмах адекватність термінової допомоги має надзвичайно велике значення. Найбільш часто недоліки екстреної допомоги виявлялися у хворих з хворобами сечостатевої системи (36,8%), органів травлення (21,3%), травмами (21,3%), системи кровообігу (18,1%).

Слід зазначити, що у переважної більшості обстежених виявлялися недоліки при наданні допомоги відразу декількома медичними службами (в середньому 2,46±0,03), найчастіше сполучалися дефекти первинної та спеціалізованої амбулаторної допомоги. Однак при таких захворюваннях, як інфекційні (зокрема туберкульоз), органів травлення, сечостатевої системи, реєструвалися істотні недоліки у діяльності практично всіх служб, що є віддзеркаленням системних проблем, які існують у наданні медичної допомоги цим контингентам.

При більш детальному аналізі якості надання медичної допомоги в рамках окремих медичних служб встановлено, що недоліки були при реалізації всіх головних компонентів процесу медичного обслуговування: діагностики, лікування, профілактики, реабілітації.

При наданні амбулаторної допомоги несвоєчасно або неточно встановлено діагноз у кожного п'ятого хворого (21,5%), неякісне лікування гострого стану спостерігалось у 16,9%, відсутність або неякісне здійснення диспансерного нагляду – у 44,0%, відсутність або неякісне проведення відновлювального лікування – у 9,4% хворих (табл. 2).

У багатьох випадках виявлялося дефектне виконання не одного, а відразу декількох компонентів процесу медичного обслуговування – середнє число недоліків на один випадок становило 1,51±0,03. Найчастіше дефекти діагностики реєструвалися у групі хворих з новоутвореннями, хворобами сечостатевої та кістково-м'язової систем, інфекційними захворюван-

Таблиця 2. **Частота неякісного виконання основних компонентів амбулаторного обслуговування хворим з різними захворюваннями у період, що передував встановленню інвалідності (за даними експертних оцінок, %)**

Клас та група захворювань	Відсутність недоліків	Частота і причини недоліків (P±m)					
		наявність недоліків	несвоєчасна або неточна діагностика	неякісне лікування гострого випадку	відсутність або неякісне проведення диспансеризації	відсутність або неякісне проведення відновлювального лікування	середнє число недолікі в на 1 випадок
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби, в т.ч.:	12,5 ±4,13	87,5 ±4,13	34,4 ±5,94	54,7 ±6,22	23,4 ±5,30	9,4 ±3,64	1,39 ±0,08
туберкульоз органів дихання	6,90 ±3,33	93,1 ±3,33	34,5 ±6,24	58,6 ±6,47	25,9 ±5,75	8,6 ±3,69	1,37 ±0,08
Новоутворення	43,0 ±4,95	57,0 ±4,95	44,0 ±4,96	1,0 ±0,99	43,0 ±4,95	0	1,54 ±0,07
Ендокринні хвороби, розлади харчування	24,6 ±5,19	75,4 ±5,19	24,6 ±5,19	13,0 ±4,05	44,9 ±5,99	14,5 ±4,24	1,29 ±0,06
Хвороби нервової системи	84,5 ±3,04	15,5 ±3,04	7,0 ±2,15	2,8 ±1,39	7,8 ±2,24	4,2 ±1,69	1,41 ±0,14
Хвороби системи кровообігу	27,7 ±2,47	72,3 ±2,47	17,0 ±2,07	15,5 ±2,00	62,9 ±2,66	10,0 ±1,66	1,45 ±0,04
Хвороби органів дихання	13,6 ±4,46	86,4 ±4,46	13,6 ±4,46	27,1 ±5,79	66,1 ±6,16	17,0 ±4,88	1,43 ±0,08
Хвороби органів травлення	14,9 ±4,35	85,1 ±4,35	23,9 ±5,21	23,9 ±5,21	67,2 ±5,74	20,9 ±4,97	1,56 ±0,09
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	37,2 ±4,39	62,8 ±4,39	34,7 ±4,33	24,0 ±3,88	47,1 ±4,54	10,7 ±2,82	1,83 ±0,10
Хвороби сечостатевої системи	18,9 ±6,44	81,1 ±6,44	37,8 ±7,97	18,9 ±6,44	70,3 ±7,51	21,6 ±6,77	1,80 ±0,14
Травми, отруєння	72,8 ±4,17	27,2 ±4,17	11,4 ±2,98	18,4 ±3,63	12,3 ±3,07	3,5 ±1,72	1,65 ±0,12
Усього	39,9 ±1,45	60,1 ±1,45	21,5 ±1,22	16,9 ±1,11	44,00 ±1,47	9,3 ±0,86	1,51 ±0,03

нями (44,0÷34,4%), менш часто – у хворих з ендокринними захворюваннями та органами травлення (24,6÷23,9%), ще рідше – у хворих з хворобами системи кровообігу, органів дихання і травмами (17,0÷11,4%), з найменшою частотою – при захворюваннях нервової системи (7,0%).

Відхилення від існуючих вимог при лікуванні гострих станів з найбільшою частотою виявлялися у хворих з інфекційними захворюваннями (більш ніж у половини хворих – 54,7%), з найменшою – у хворих на захворювання нервової системи і з новоутвореннями (2,8÷1,0%), в інших групах хворих частота зареєстрованих дефектів лікування коливалася в межах 27,1÷13,0%.

Диспансеризація включає динамічний нагляд за здоров'ям населення, виявлення захворювань на їх ранніх стадіях, інтеграцію профілактичної та лікувальної діяльності. При оцінці недоліків динамічного нагляду за хворими в період компенсації в групі спостереження чітко виділялося декілька підгруп: перша включала пацієнтів з хворобами сечостатевої системи, органів травлення, дихання, системи кровообігу, де неякісне проведення диспансеризації виявлялося у $^{2}/_{3}$ обстежених (70,3÷62,9%); друга об'єднувала хворих із захворюваннями кістково-м'язової, ендокринної систем та новоутвореннями (47,1÷43,0%); далі йдуть хворі з інфекційними захворюваннями (23,4%), травмами і хворобами нервової системи, де огріхи диспансерного нагляду зустрічалися відносно рідко (у 12,3% і 7,8% хворих відповідно). Зі значно меншою частотою при наданні амбулаторної допомоги виявлялися недоліки відновлювального лікування – діапазон коливань від 0% у хворих з новоутвореннями до 21,6% у хворих із захворюваннями сечостатевої системи.

У процесі аналізу якості стаціонарного лікування виявлені дефекти діагностики у 10,9%, лікування – у 17,4%, відновного лікування – у 9,0% хворих (табл. 3).

Таблиця 3. **Частота неякісного виконання основних компонентів стаціонарного обслуговування хворим з різними захворюваннями у період, що передував встановленню інвалідності (за даними експертних оцінок, %)**

Клас та група захворювань	Відсутність недоліків	Частота і причини недоліків (P±m)				
		наявність недоліків	несвоєчасна або неточна діагностика	неякісне лікування гострого випадку	відсутність або неякісне проведення відновлювального лікування	Середнє число недоліків на 1 випадок
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби, в т.ч.:	26,6 ±5,52	73,4 ±5,52	15,6 ±4,54	48,4 ±6,25	10,9 ±3,90	1,02 ±0,02
туберкульоз органів дихання	20,7 ±5,32	79,3 ±5,32	17,2 ±4,96	53,4 ±6,55	10,3 ±4,00	1,02 ±0,02
Новоутворення	72,0 ±4,49	28,0 ±4,49	24,0 ±4,27	3,0 ±1,71	1,0 ±0,99	1,00 ±0,0
Ендокринні хвороби, розлади харчування	66,7 ±5,68	33,3 ±5,68	5,8 ±2,81	14,5 ±4,24	11,6 ±3,85	1,00 ±0,0
Хвороби нервової системи	90,1 ±2,50	9,9 ±2,50	2,8 ±1,39	5,6 ±1,93	1,4 ±0,99	1,00 ±0,0
Хвороби системи кровообігу	69,6 ±2,54	30,4 ±2,54	6,4 ±1,35	16,4 ±2,04	9,7 ±1,63	1,07 ±0,03
Хвороби органів дихання	49,1 ±6,62	50,9 ±6,62	0	26,3 ±5,83	22,8 ±5,56	1,00 ±0,0
Хвороби органів травлення	35,8 ±5,86	64,2 ±5,86	19,4 ±4,83	25,4 ±5,32	19,4 ±4,83	1,07 ±0,04
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	57,0 ±4,50	43,0 ±4,50	20,7 ±3,68	25,6 ±3,97	9,1 ±2,61	1,29 ±0,08
Хвороби сечостатевої системи	54,0 ±8,19	46,0 ±8,19	18,9 ±6,44	8,1 ±4,49	10,8 ±5,10	1,00 ±0,0
Травми, отруєння	69,3 ±4,32	30,7 ±4,32	10,5 ±2,87	19,3 ±3,70	5,3 ±2,09	1,14 ±0,06
Усього	65,0 ±1,41	35,0 ±1,41	10,9 ±0,92	17,4 ±1,12	9,0 ±0,85	1,08 ±0,02

Здебільшого поєднання неякісного виконання різних компонентів процесу медичного обслуговування не спостерігалося – середнє число недоліків на один випадок становило 1,08±0,02. Найчастіше несвоєчасне або неточне встановлення діагнозу зустрічалося у хворих з новоутвореннями, хворобами кістково-м'язової системи, органів травлення, сечостатевої системи (24,0÷18,9%). Мінімальне число помилок та неточностей у діагностиці в умовах стаціонару зафіксовано у хворих з хворобами органів дихання та нервової системи (0÷2,8%). Звертає на себе увагу, що практично у половини хворих з інфекційними захворюваннями (48,4%, у хворих з туберкульозом – 53,4%) лікування було неадекватним. Не відповідала необхідним вимогам терапія чверті хворих з хворобами органів дихання, кістково-м'язової системи, органів травлення (26,3÷25,3%). Особливу тривогу викликає високий процент неякісного лікування на стаціонарному етапі інвалідів з гіпертонічною хворобою у період до настання інвалідності (35,7%). Найменшу кількість огріхів лікування виявлено у хворих з новоутвореннями та хворобами нервової системи (3,0 і 5,6% відповідно). Неякісне проведення відновного лікування найчастіше реєструвалося у хворих з хворобами органів дихання і травлення (22,8 і 19,4%), найменш часто – у хворих з новоутвореннями та хворобами нервової системи (1,0 і 1,4%).

Головною метою вивчення помилок є їх відвернення. Помилки в діагностиці, терапії, профілактиці можуть бути пов'язані як з об'єктивними, так і суб'єктивними причинами [5]. Об'єктивні причини можна умовно розподілити на дві групи. Перша – об'єднує низку факторів, які не дають змоги запобігти певним помилкам при наданні медичної допомоги. До них належать: складність, атиповість або важкість захворювання, які заважають його розпізнаванню; недосконаліть методів діагностики та лікування на конкретному періоді розвитку медичної науки. Друга – це наявність необхідних умов для здійснення медичної діяльності, передусім стан матеріально-технічного забезпечення процесу. Експерти підкреслю-

ють, що застаріле медичне обладнання та недостатнє забезпечення медикаментами в медичних закладах, обумовлені вкрай обмеженим фінансуванням галузі, дуже негативно впливають на якість медичного обслуговування. До числа вирішальних факторів належать також рівень організації лікувально-діагностичного процесу та стандартизованість медичної практики. Експерти відзначають, що незадовільна організація призводить до деформації структури медичних послуг та неефективного використання обмежених ресурсів. А це ще більше загострює проблему забезпечення якості медичного обслуговування. Виникненню недоліків при наданні медичної допомоги також сприяє початковий рівень стандартизації в охороні здоров'я та значне відставання у запровадженні сучасних медичних стандартів, які базуються на "доказовій" медицині.

Суб'єктивні причини охоплюють рівень кваліфікації медичного персоналу та його ставлення до роботи. На думку експертів, кваліфікація лікарів часто не відповідає сучасним вимогам, для них характерним є синдром "запізнювання", який проявляється у недостатній поінформованості лікарів про сучасні медичні втручання з науково обґрунтованою ефективністю. Крім того, характерною ознакою сучасної охорони здоров'я в Україні є зростання формалізму в роботі.

За допомогою кореляційного аналізу встановлено, що на якість медичної допомоги в цілому і медичного обслуговування окремими медичними службами зокрема впливає низка "зовнішніх" факторів. Виявлено зв'язок частоти виникнення дефектів медичної допомоги з віком ($r=0,15\div0,22$), що зумовлено як особливостями перебігу захворювань у осіб старших вікових груп, так і зменшенням уваги лікарів до цього контингенту. Викликає інтерес наявність слабкого, але достовірного ($p<0,05$) зв'язку між якістю медичного обслуговування і числом виробничих та соціально-побутових факторів ризику ($r=0,12\div0,19$). Це пояснюється збільшенням уваги медичного персоналу до хворого при наявності у нього певного несприятливого фону для розвитку захворювання. Особливо яскраво проявляється залежність між своєчасністю звертань пацієнтів та частотою недоліків у роботі як системи загалом, так і окремих служб, окрім екстреної допомоги ($r=0,34\div0,44$). Це підтверджує загальновідому тезу про ключову роль доступності у забезпеченні якості медичної допомоги.

Висновки

З огляду на результати експертного аналізу можна стверджувати, що дефекти на різних етапах медичного обслуговування у попередній до інвалідності період вплинули на формування інвалідності.

Існує значний резерв для поліпшення якості медичного обслуговування, використання якого може бути забезпечено заходами щодо збільшення ресурсного потенціалу галузі, оптимізації медичного обслуговування та підвищення кваліфікації медичних кадрів.

Список літератури

1. *Гланц С.* Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
2. *Гришина Л.П.* Инвалидность как многофакторная проблема // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1994. – №12. – С. 11–14.
3. *Лехан В.М., Іпатов А.В., Борвінко Е.В. та ін*. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря). – Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС, 2002. – 370 с.
4. *Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцехівський В.М. та ін.* Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
5. *Эльштейн Н.В.* Общемедицинские проблемы терапевтической практики. – Таллин: Валгус, 1983. – 247 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ В ПЕРИОД ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ

В.Н. Лехан, А.В. Ипатов *(Днепропетровск)*

Приведены результаты экспертной оценки качества медицинского обслуживания 1141 инвалида на всех этапах оказания медицинской помощи в период до установления инвалидности. Недостатки были выявлены в 62,4% случаев на всех уровнях (экстренная, амбулаторная и стационарная помощь) и при реализации всех основных компонентов процесса медицинского обслуживания: диагностики, лечения, профилактики, реабилитации.

CHARACTERISTICS OF QUALITY OF MEDICAL SERVICE GIVEN TO THE PATIENTS DURING THE PERIOD UP TO AN ESTABLISHMENT OF DISABILITY

V.N. Lehan, A.V. Ipatov *(Dnepropetrovsk)*

Results of an expert estimation of medical service quality of 1141 disabled persons at all stages of medical care rendering in the period before disability being proved are presented. Shortcomings were revealed in 62,4% of cases at all levels (urgent, ambulatory and stationary aid) and in realization of all basic components of medical service process: diagnostics, treatment, prophylaxis, rehabilitation.

УДК 614.253.1:369.223:65.012.124

В.М. ЛЕХАН, В.В. ВОЛЧЕК, І.В. ТИЩЕНКО (Дніпропетровськ)

РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДУМКИ ЛІКАРІВ ТА ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЩОДО АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ РОЗВИТКУ СТАЦІОНАРНИХ ЗАКЛАДІВ

Дніпропетровська державна медична академія

Результат реформ у галузі охорони здоров'я залежить значною мірою від переконаності медичних працівників і організаторів охорони здоров'я у доцільності та необхідності змін, від того, наскільки повно і правильно вони розуміють теперішній стан справ і розділяють основні підходи до реформування системи в цілому та її окремих служб [3]. Становлення медичної спільноти до загальних перспектив розвитку охорони здоров'я вивчалося рядом українських [6;7] та зарубіжних вчених [2;4;8]. Водночас ставлення практикуючих лікарів та керівників до реформ окремих служб досліджено недостатньо.

З метою з'ясування ставлення лікарського та управлінського персоналу до реформ у системі стаціонарної допомоги та їх напрямків вивчено думку лікарів стаціонарних відділень терапевтичного профілю, головних лікарів багатопрофільних лікарень та їхніх заступників.

Матеріали та методи. Соціологічне дослідження проведено в 2005–2007рр. на базі 32 багатопрофільних лікарень другого рівня великих міст Дніпропетровської області суцільним методом. Опитано 357 респондентів, у тому числі 247 лікарів стаціонарних відділень терапевтичного профілю, 110 управлінців – головних лікарів багатопрофільних лікарень та їхніх заступників. Для даного дослідження самостійно розроблено анкету, яка включає 39 питань. Питання анкети розподілені на блоки для з'ясування поглядів респондентів щодо стану справ у стаціонарах, достатності та ефективності використання ресурсної бази лікарень, ставлення до перетворень, які відбулись, та тих, що плануються. Отримані матеріали оброблені за допомогою табличного редактору MS Excel з використанням загальноприйнятих статистичних методів.

Основні характеристики досліджених груп: серед лікарів чоловіків – 35,4%, серед управлінців – 36,4%; середній вік опитаних *(M*±y) – 44,8±10,7 і 48,8±9,1 року відповідно. Більшість респондентів обох груп має першу або вищу кваліфікаційні категорії (70,7% практикуючих лікарів та 81,8% керівників); середній стаж роботи респондентів *(M*±y) становить 19,3±9,9 та 23,8±8,8 року відповідно.

Результати дослідження та їх обговорення. Загальний стан справ у стаціонарах оцінила як хороший невелика частка опитаних з обох груп; причому звертає на себе увагу, що практикуючі лікарі більш лояльні порівняно з керівним складом лікарень (9,5±1,9% і 3,6±1,8% відповідно, $p<0,05$). Майже половина респондентів у кожній з груп (46,7±3,2% лікарів та 52,7±4,8% організаторів охорони здоров'я) визначила стан справ у стаціонарах як задовільний, близько чверті (29,9±2,9% і 23,6±4,0% відповідно) – як припустимий. Водночас, 7,5±1,7% лікарів та 9,1±2,7% керівників охарактеризували існуючу ситуацію в стаціонарному секторі як неприпустиму.

На думку переважної більшості фахівців, з обох груп ресурсне забезпечення стаціонарів їхніх лікарень незадовільне. Найбільшу невдоволеність викликає забезпечення матеріальними (85,7±2,3% лікарів і 74,5±4,1% керівників), фінансовими (83,7±2,3% і 76,3±4,0% відповідно) та технологічними (80,3±2,5% і 72,7±4,2%) ресурсами; дещо меншу – кадровими (61,2±3,1% і 50,9±4,8%) та інформаційними (59,2±3,1% і 50,9±4,8%) ресурсами. Організатори охорони здоров'я щодо цього питання

© В.М. Лехан, В.В. Волчек, І.В. Тищенко, 2007

налаштовані дещо більш оптимістично, ніж практикуючі лікарі.

Одним з індикаторів ресурсного забезпечення у стаціонарах є можливість лікувати увесь комплекс супутніх хронічних захворювань. Хоча лікарні, в яких працюють опитані, – багатопрофільні, більшість респондентів з обох груп (51,0±3,2% лікарів і 52,7±4,8% організаторів) вважає, що такої можливості немає; меншість (44,2±3,1% і 38,2±4,6% відповідно) вказує, що є. Слід зазначити, що додатковою перешкодою для повноцінного лікування супутніх захворювань є надмірна спеціалізація відділень терапевтичного профілю [1].

Поряд з достатністю ресурсного забезпечення респонденти оцінювали ефективність використання стаціонарами наявних ресурсів. Більшість опитаних з обох груп (67,3?80,0%) вважає, що всі види ресурсів утилізуються ефективно. Не виявлено також істотних відмінностей між групами респондентів щодо оцінок неефективного використання різних видів ресурсів. Водночас, спостерігається тенденція до більш частої негативної оцінки управлінцями, ніж практикуючими лікарями, ефективності використання фінансових (27,3±4,2% і 17,7±2,4% відповідно), інформаційних (25,5±4,1% і 17,7±2,4%) та матеріальних (20,0±3,8% і 16,3±2,3%) видів ресурсів; лікарі частіше за керівний персонал відзначають неефективне використання технологічних (21,8±2,6% і 18,2±3,7% відповідно) та кадрових (19,7±2,5% і 14,6±3,4%) ресурсів.

Головною причиною недостатнього використання наявних ресурсів респонденти обох груп вважають госпіталізацію хворих за соціальними показаннями. Практикуючі лікарі на друге місце поставили нестачу кадрів, на третє – госпіталізацію непрофільних хворих, на четверте – невідповідність важкості стану пацієнтів можливостям стаціонару. У керівників серед причин друге та третє місця посідають госпіталізація непрофільних хворих та невідповідність важкості стану пацієнтів можливостям установи, четверте – недоліки в організації праці і лише п'яте – нестача кадрів.

Враховуючи все вищевказане, стає зрозумілим, чому проведене дослідження виявило, що 92,5±1,7% лікарів і 98,2±1,3% управлінців є прихильниками реформування галузі охорони здоров'я в Україні. Лише 1,4±0,7% практикуючих лікарів проти змін.

Респонденти з обох груп (83,7±2,3% лікарів і 85,5±3,4% управлінців) головною умовою успішності реформи вважають зміну системи фінансування стаціонарів. Також, на думку практикуючих лікарів, реформування галузі має передусім передбачати (за ранговими місцями): підвищення зарплатні медичним працівникам, поліпшення життєвого рівня суспільства, оздоровлення способу життя сім'ї тощо. Керівники головні умови успішності перетворень розподілили інакше: другим за актуальністю завданням реформ вони вважають формування економічного мислення організаторів охорони здоров'я; а підвищення зарплатні медичним працівникам і оздоровлення способу життя сім'ї займають відповідно лише четверте та п'яте рангові місця.

Погляди щодо шляхів поліпшення ситуації з використанням наявних ресурсів стаціонарів в обох групах практично співпадають. Провідними заходами істотна частка як лікарів, так і керівників медичних установ назвала: розвантаження стаціонару від хворих, які не потребують госпіталізації за медичними показаннями (61,9±3,1% і 58,2±4,7% відповідно), чітке розмежування контингентів хворих за профілем госпіталізації (37,4±3,1% і 40,0±4,7%), а також розподіл технологічного обладнання та кваліфікованих фахівців відповідно до стану хворих (26,5±2,8% і 29,1±4,3%).

За необхідність підвищення інтенсивності стаціонарної медичної допомоги висловились троє з кожних чотирьох опитаних (77,6±2,6% лікарів і 76,4±4,0% організаторів). Не вважають за потрібне інтенсифікувати госпітальну допомогу лише 12,9±2,1% практикуючих лікарів і 14,5±3,3% керівників закладів.

За допомогою множинного кореляційного аналізу встановлено, що підвищення інтенсивності стаціонарної медичної допомоги респондентами обох груп пов'язується з однаковими напрямками перетворень: диференціацією ліжкового фонду за інтенсивністю надання медичної допомоги, впровадженням стандартів діагностики та лікування захворювань, економічними стимулами для підвищення якості роботи. На думку організаторів охорони здоров'я, сумарний вплив цих стратегій на інтенсифікацію госпітальної медичної допомоги становить близько 30% (коефіцієнт множинної кореляції $R=0,55$; коефіцієнт детермінації $D=29,8\%$; $p<0,01$); практикуючі лікарі вказали на істотно менший вплив ($R=0,26$; $D=6,6\%$; $p<0,05$). Аналіз парних коефіцієнтів кореляції показує (рис.1), що і практикуючі лікарі, і управлінці підвищення інтенсивності стаціонарної медичної допомоги насамперед пов'язують з диференціацією ліжкового фонду за інтенсивністю надання медичної допомоги та впровадженням стандартів лікування і діагностики; однак керівники вбачають більш сильний вплив зазначених факторів на результатний показник порівняно з пересічними лікарями.

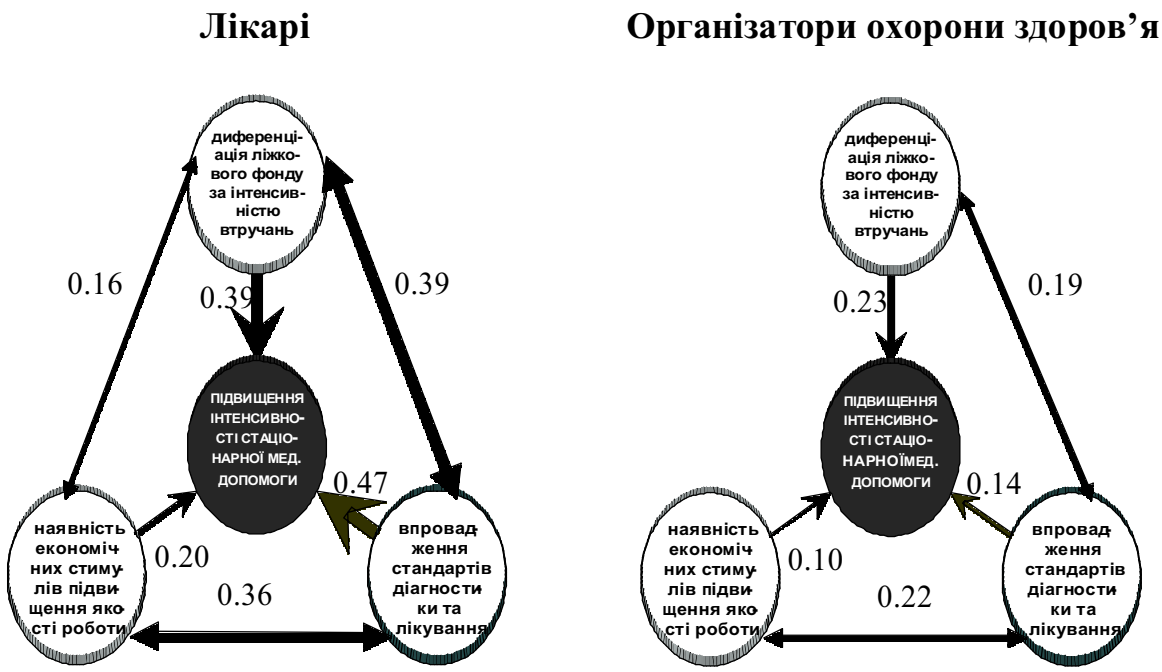

Рис. 1. **Кореляційна плеяда "Уявлення лікарів і управлінців про основні напрямки підвищення інтенсивності стаціонарної медичної допомоги" (парні коефіцієнти кореляції)**

Найбільш перспективним напрямком структурної реорганізації стаціонарного сектора охорони здоров'я в Україні вважається розподіл існуючого ліжкового фонду за рівнем інтенсивності медичного обслуговування [5]. Три з чотирьох практикуючих лікарів (77,6±2,6%) і значно більша частка управлінців (87,3±3,2%, $p<0,05$) вважають за доцільне перебудову лікарняної мережі саме в такому напрямку. Не бачить сенсу в таких структурних перетвореннях кожен шостий лікар (15,6±2,3%) і майже кожен десятий керівник (9,1±2,7%).

Опитуваним пропонувалось розподілити ліжковий фонд у відсотках за типами лікарень щодо інтенсивності медичних втручань. Аналіз відповідей свідчить про недостатнє уявлення респондентів з обох груп зі вказаної проблеми. Таку прихильність до маловідомих перетворень можна пояснити розчаруванням у змінах, які вже відбулись або відбуваються в системі охорони здоров'я України. Тому для отримання активних і впевнених у майбутньому безпосередніх учасників спланованих реформ слід провести значну освітню роботу з практикуючими лікарями та управлінцями стаціонарів для перетворення їхніх сподівань на обґрунтовані та аргументовані детальні знання щодо цілей, шляхів, методів і можливих наслідків намічених перетворень.

Висновки

1. На думку більшості лікарів та організаторів охорони здоров'я, забезпеченість ресурсами їхніх лікарень недостатня. Поряд з цим кожен п'ятий респондент вважає, що ресурси використовуються неефективно. Основною причиною недостатнього використання наявних ресурсів респонденти обох груп вважають госпіталізацію хворих, які за медичними показаннями не потребують стаціонарного лікування.

2. Дослідження виявило 92,5% прихильників реформування галузі охорони здоров'я в Україні серед лікарів і 98,2% – серед управлінців. Респонденти обох груп головною умовою успішності реформи вважають зміну системи фінансування галузі.

3. Доцільність підвищення інтенсивності стаціонарної медичної допомоги визнають 77,6% лікарів і 76,4% організаторів.

4. Опитані з обох груп не знають про намічене в нашій країні реформування ліжкового фонду за інтенсивністю медичних втручань, але більшість (77,6% практикуючих лікарів і 87,3% управлінців) готова підтримати ці зміни. Для усвідомленої підтримки спланованих перетворень у стаціонарному секторі охорони здоров'я України з боку практикуючих лікарів та їхнього керівництва слід проводити просвітницьку кампанію.

Список літератури

1. Лехан В.М., Щербініна М.Б., Волчек В.В. Резерви підвищення ефективності в стаціонарному секторі охорони здоров'я // Медичні перспективи. – 2006. – №3. – С. 73–81.

2. *Максимова Т.М.* Современные проблемы и перспективные оценки здоровья населения как основа реформирования здравоохранения // Проблемы соц. гигиены, здравоохр. и истории медицины. – 2000. – №5. – С. 9–15.
3. *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.
4. *Поляков И.В., Паскаль А.В.* Главные врачи о проблемах организации и реформирования системы здравоохранения // Проблемы соц. гигиены, здравоохр. и истории медицины. – 2002. – №5. – С. 41–44.
5. *Постанова* Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. №14 "Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки" // www.rada.gov.ua.
6. *Прозоров Ю.А.* Состояние здравоохранения в Украине и его реформа: взгляды и оценки населения, врачей и экспертов: (итоговый отчет). – Симферополь: ЗдравРеформ, 1996. – 47 с.
7. *Степаненко А.В.* Система забезпечення якості медичної допомоги населенню України та наукове обґрунтування її реалізації: Автореф. Дис. ... д-ра мед. наук. – К., 2001. – 29 с.
8. *Хисамутдинов Р.А., Хуснутдинова З.А.* Отношение медицинских работников к реформам в здравоохранении // Проблемы соц. гигиены, здравоохр. и истории медицины. – 2003. – №3. – С. 26–28.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ И ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБ АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСАХ РАЗВИТИЯ СТАЦИОНАРОВ

В.М. Лехан, В.В. Волчек, И.В. Тищенко *(Днепропетровск)*

Цель исследования – изучить отношения врачебного и управленческого персонала к реформам в системе стационарной помощи. Опрошено 247 врачей стационарных отделений терапевтического профиля, 110 главных врачей многопрофильных больниц и их заместителей. Полученные материалы обработаны с помощью табличного редактора MS Excel с использованием общепринятых статистических методов. Опрошенные не имеют четкого представления о намеченном реформировании коечного фонда по интенсивности медицинских вмешательств, но 77,6% врачей и 87,3% управленцев готовы поддержать эти изменения.

RESULTS OF SOCIOLOGICAL RESEARCH OF OPINION OF DOCTORS AND HEALTH CARE ORGANIZERS IN RELATION TO THE ACTUAL QUESTIONS OF DEVELOPMENT OF IN-PATIENT DEPARTMENTS

V.M. Lekhan, V.V. Volchek, I.V. Tishchenko *(Dnepropetrovsk)*

The purpose of the research is to find out the opinion of medical and managerial staff in regards to the reforms in the system of in-patient departments care. 247 doctors of in-patient departments of therapeutic type, 110 head physicians of multiprofile hospitals and their deputies were questioned. The materials were treated by means of MS Excel tabular editor with the use of generally accepted statistical methods. The persons that participated in the interrogatory do not have clear picture about the principles of reforming of bed fund according to the intensity of medical interferences, but 77,6% of doctors and 87,3% of organizers are ready to support these changes.

УДК 616-093.75(100)(048)

Б.Л. ПОДЛУЖНИЙ, В.Г. ПАНЧЕНКО (Київ)

СУЧАСНІ МІЖНАРОДНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД)

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

У міру зростання рівня середньої тривалості життя все більше людей долають межу 65-річного віку і доживають до глибокої старості, що приводить до різкого збільшення кількості осіб похилого віку. Змінюється також картина захворювань на кінцевому періоді життя. Причиною смерті частіше є не гостра патологія, а тяжкі хронічні захворювання. В результаті все більше людей буде потребувати допомоги у зв'язку з такими захворюваннями, і при цьому населення, яке потребує зазначеної допомоги, значно "постаріло" [33]. Значення паліативної допомоги виростає і у зв'язку зі збільшенням кількості людей, хворих на СНІД, які її потребують.

© Б.Л. Подлужний, В.Г. Панченко, 2007

Удосконалення суспільної охорони здоров'я, включаючи профілактику і лікування інфекційних хвороб, а також інші досягнення призвели до значного зниження частини зі смертельними наслідками, які приходяться на дітей і осіб молодого віку. Люди стали жити довше, завдяки чому частина населення, старшого 60 років, зросла і буде продовжувати збільшуватися протягом найближчих 20 років [4;32]. При цьому частина осіб похилого віку в населенні різних країн буде різною. В Японії, наприклад, більше чверті усього населення буде старше 65 років, в США – кожен шостий.

Мета роботи: вивчити міжнародний досвід організації паліативної допомоги населенню.

Методи, які використані під час виконання роботи: історико-інформаційний. Вивчено та проаналізовано 33 джерела закордонної наукової літератури.

Результати дослідження. В ході дослідження встановлено, що збільшується частка населення, яке старше 80 років. Так, у Німеччині, Італії, Британії, Франції і Японії люди, які досягли цього віку, становлять 4% [25].

Якщо більшість людей доживає до похилого віку, і оскільки у міру старіння ризик розвитку хронічних хвороб підвищується, то загальна кількість хворих на ці хвороби також зростає.

Це означає, що потреба в наданні допомоги в кінцевому періоді життя неминуче зросте. Жінки частіше страждають від поєднання хронічних розладів, таких як деменція, остеопороз і артрит, що може зумовити інвалідність протягом більшої частини їхніх "додаткових" років життя [21].

Звичайно, кількість людей похилого віку, яка збільшується, потребує від системи охорони здоров'я надання ефективнішої допомоги в фінальному періоді життя. Однак старіння населення необов'язково означає, що вартість догляду за людьми в останні роки їхнього життя виснажить фінансові ресурси охорони здоров'я [5].

Системи охорони здоров'я різних країн і так суттєво різняться щодо частки валового національного продукту, яка витрачається на надання допомоги людям похилого віку. Міжнародні порівняння виявляють відсутність послідовної залежності цього показника від частки людей похилого віку в населенні. Досягнення медицини все більше дають змогу подовжити життя в похилому віці, що часто розглядається як джерело додаткових витрат. Недавні дослідження в США показали, що більші витрати не асоціюються з вищою якістю допомоги, ліпшою доступністю до неї, кращими результатами чи ступенем задоволеності якістю стаціонарного лікування [17]. Більше третини серйозно хворих пацієнтів, які віддають перевагу паліативному чи "комфортному" лікуванню, вважають, що медична допомога не відповідає їхнім потребам.

Такі невідповідності між побажаннями пацієнтів і фактичною медичною тактикою асоціюються вищою вартістю медичної допомоги, а також і з підвищенням показника виживання пацієнтів із розрахунку даних на один рік [18]. Скоріше за все, завданням охорони здоров'я повинен бути не пошук "економного" вирішення питань, які зумовлюються технологією і процесами старіння населення, а наданням пацієнтам таких послуг, які врахували б їхні побажання.

В більшості країн люди похилого віку продовжують жити вдома, незважаючи на існуючі різні можливості надання їм довгострокового піклування.

В Австралії і Німеччині кожен п'ятнадцятий з людей похилого віку проживає в закладах по догляду за престарілими, в Об'єднаному Королівстві – кожен двадцятий. У деяких інших країнах цей показник вищий [26]. Так, у США близько половини людей, старших 80 років, той чи інший період життя проводять в будинку престарілих. В Об'єднаному Королівстві більша частина фінансування надання допомоги в стаціонарних хоспісах забезпечується благодійними внесками, тоді як у США подібні послуги фінансуються федеральною програмою "Medicare". Характер функціонування різних структур для забезпечення піклування і ефективність допомоги неминуче впливає на діяльність інших структур. Так, наприклад, нестача персоналу і навичок надання паліативної допомоги в домашніх умовах і в будинках престарілих може сприяти підвищенню частоти госпіталізації пацієнтів у кінцевому періоді життя.

Таким чином, розвинуті країни стикаються з надто схожими проблемами і можуть вчитися на досвіді один одного, який накопичили в різних галузях.

За визначенням ВООЗ у 2002 р. [30], паліативна допомога – це "...підхід, що дає змогу поліпшити якість життя пацієнтів і членів їхніх сімей, які стикнулися з проблемою смертельного захворювання, шляхом запобігання і полегшення страждання завдяки ранньому виявленню та точній оцінці виникаючих проблем і проведенню адекватних лікувальних втручань (при больовому синдромі та інших розладів життєдіяльності), а також наданню психосоціальної і моральної підтримки".

Паліативна допомога направлена на усунення болі, а також включає психологічну і моральну підтримку: допомогти хворому якомога довше вести активний спосіб життя до останнього дня, а близьким пацієнта – справлятися з трагічною ситуацією, при потребі – надавати психологічну консультацію після смерті хворого. Використовуючи комплексний підхід, паліативна допомога чуйно реагує на потреби хворих та їхніх близьких. Вона сприяє поліпшенню якості життя і може позитивно впливати на перебіг захворювання. Її застосування можна починати на ранніх стадіях хвороби паралельно з іншими видами лікування, спрямованими на подовження життя (наприклад, хіміотерапією або променевою терапією). Паліативна допомога включає діагностичні заходи, необхідні для максимально точної оцінки характеру клінічних ускладнень, які викликають страждання хворого, і їх адекватного лікування [9].

Паліативну допомогу слід надавати у міру виникнення потреб, до того як симптоми стануть неконтрольованими. Вона не має бути винятковим пріоритетом спеціалізованих бригад чи служб паліативної допомоги або хоспісів, які надають її хворому лише після застосування усіх інших видів лікування. Слід забезпечити можливість надання паліативної допомоги в різних умовах як невід'ємної частини системи медичного обслуговування.

У людей похилого віку частіше виникають сполучені розлади здоров'я різного ступеня тяжкості.

Їх кумулятивний ефект може значно перевищувати прояв будь-якого окремого захворювання і, як правило, призводить до значних порушень функцій.

Літні люди схильні до підвищеного ризику розвитку побічних ефектів лікарських препаратів, а також ятрогенних захворювань.

Поєднання невагомих розладів може спричиняти на літніх людей значний кумулятивний психологічний вплив.

Розлади, зумовлені гострим захворюванням, можуть розвиватися на фоні існуючих фізичних або психічних порушень, а також поєднуватися з матеріальними труднощами і соціальною ізоляцією.

Епідеміологічні опитування родичів та інших інформованих респондентів про стан здоров'я пацієнтів фінального року їх життя свідчать про комплексний характер порушень здоров'я в літньому віці. Результати цих досліджень, зокрема, свідчать, що з віком різко підвищується виявлення таких симптомів, як психічна дезорієнтація, порушення функцій сечового міхура і кишечнику, ослаблення зору та слуху, а також запаморочення [10].

Таким чином, порушення, які спостерігаються у літніх людей протягом фінального року життя, складаються із проявів основного захворювання і вікових розладів. Це зумовлює підвищення потреби в допомозі, що давно відомо спеціалістам у всіх галузях охорони здоров'я, направлених на надання систематичної допомоги літнім пацієнтам, включаючи спільну практику, геріатрію і реабілітацію.

Хронічні захворювання у літньому віці погано прогнозовані, тому паліативна допомога має базуватися на потребах пацієнта і його близьких, а не на прогнозі.

Системи охорони здоров'я мають гнучко реагувати на зумовлені старінням населення потреби в допомозі. Зокрема, слід змінити ставлення до паліативної допомоги. Традиційно паліативну допомогу надають хворим зі злоякісними новоутвореннями, частіше внаслідок більш передбачуваного характеру протікання онкологічних захворювань, що полегшує виявлення потреб і планування допомоги для пацієнтів і їхніх сімей. Такий підхід дає уявлення про те, що надання паліативної допомоги – частка спеціалізованих служб має значення лише в останні тижні перебігу хвороби [31].

Але у пацієнтів і їхніх сімей неодноразово виникають проблеми на будь-якій стадії багаторічного захворювання, і вони потребують допомоги в той самий момент, а не тільки безпосередньо перед наставанням смерті. Принцип надання паліативної допомоги і догляду паралельно з основним лікуванням захворювання, хоча і очевидно для самих хворих і їхніх близьких, деякі медичні спеціалісти вважають радикальною зміною тактики. Крім догляду за хворим у термінальній стадії захворювання, системи охорони здоров'я мають надавати протягом багатьох років допомогу людям, які страждають тяжкими хронічними захворюваннями або поєднаними хронічними порушеннями, з урахуванням невизначеності строку настання смерті [27].

З'являється все більше об'єктивних наукових даних щодо того, який вид допомоги люди хотіли отримати у фінальному періоді свого життя. Здебільшого близько 75% опитуваних виявили бажання помирати вдома. Серед тих, хто незадовго до опитування переніс втрату близьких було більше людей, які віддали перевагу умовам стаціонарного хоспісу. В ряді досліджень встановлено, що 50–70% людей, які страждають тяжкими захворюваннями, також хотіли б завершити життя в домашній об-

становці (хоча у міру наближення до летального наслідку певна частка цієї групи змінила своє ставлення на користь стаціонарних умов) [23]. Одним з основних принципів у паліативній допомозі з часу її зародження було надано людям можливість реального вибору варіантів її надання.

Від 2% до 5% людей у віці 65 років і старші проживають у будинках престарілих. Переважно це люди похилого віку, які перебувають у стані старечого маріння або страждають хронічною інвалідністю внаслідок соматичних чи психічних порушень. Їхній діагноз, як правило, включає інсульт, серцеву недостатність, хронічні захворювання легень, паркінсонізм і деменцію. Літні люди часто розцінюють будинки престарілих як "останній притулок" перед смертю, і багато з них потребує паліативної допомоги.

В багатьох країнах будинки престарілих відіграють наростаючу роль у догляді за фізично ослабленими людьми похилого віку в фінальному періоді життя. Наприклад, у США частка людей, помирають у будинках престарілих, зросла від 20% в 1989р. до 25% в 1997р. Близько половини проводить в будинках престарілих частину останнього місяця свого життя. Серед людей, які помирають у будинках престарілих, смерті частіше передує тривалий період інвалідності, порівняно з тими, хто помирає вдома. Більшість мешканців будинків престарілих скаржаться на біль, і дані досліджень вказують на те, що лікування больового синдрому здійснюється недостатньо, а іноді і взагалі відсутнє [29]. До 2/3 мешканців у будинках престарілих мають порушення когнітивних функцій, що ускладнює оцінку інтенсивності і розпізнання болю.

У деяких країнах будинки престарілих використовують реабілітаційні програми. Очевидно, ця система особливо розвинена в Нідерландах, де у 13% будинків певного типу є відділення паліативної допомоги. В США у пацієнтів таких будинків, охоплених здійснюваними хоспісними службами програмами паліативної допомоги, контроль болю був більш ефективним, ніж в інших пацієнтів [28].

Однак в цілому про якість допомоги, яку надають у будинках престарілих у фінальному періоді життя, відомо небагато.

Питання, які викликають занепокоєння, включають відсутність персоналу, високу плинність кадрів і недостатність навичок надання паліативної допомоги [15].

У міру розширення руху за створення хоспісів і розвиток паліативної допомоги збільшується об'єм фактичних даних, які пропагуються цим рухом. Систематичні огляди даних, включаючи дослідження серед онкологічних хворих у багатьох країнах, незмінно демонструють важливість ряду ключових аспектів надання допомоги. Найбільш достовірно доведена ефективність простих заходів, таких як полегшення болю, уважне ставлення і спілкування з хворими, а також добре скоординована діяльність медичних працівників, що дає змогу дотримуватися бажання хворого щодо місця надання допомоги. Є також попередні наукові свідчення на користь застосування моделей паліативної допомоги при не пухлинних захворюваннях [19].

Моральна підтримка. Духовні і релігійні потреби людини мають глибокий особистий зміст. Вони часто виступають на перший план з наближенням смерті і тому повинні враховуватися при наданні паліативної допомоги. Є попередні фактичні дані про те, що духовна віра може впливати на те, як хвора людина справляється зі своїм станом, і навіть на сам наслідок хвороби. Вони можуть також впливати на те, як і родичі справляються з втратою [20].

Психологічна підтримка. Велика кількість різноманітних програм психологічної допомоги випробувана протягом більше 40 років у ході понад 150 рандомізованих досліджень. Результати були неоднорідні, спостерігалися тенденції їх варіювання залежно від хвороби і періоду спостереження, при цьому позитивні результати не відрізняються стійкістю. Більш усього фактичних даних накопичено на користь застосування допоміжної психотерапії, але необхідна подальша робота для визначення специфічних потреб пацієнтів і показників до даного виду допомоги [22].

Методи альтернативної медицини. В цілому серед населення до використання засобів альтернативної медицини тяжіють жінки менш похилого віку, які сприймають їх як більш "природний" і легше контрольований вид лікування. Незважаючи на інтерес до використання методів альтернативної медицини в паліативній допомозі, їх об'єктивна оцінка настільки ускладнена з огляду відсутності стандартних дефініцій, малих обсягів вибірок, слабкою вираженістю можливого ефекту і неадекватними методами його кількісного вимірювання, що конкретні висновки поки що не зроблено [13].

Координація допомоги між різними службами. Передача інформації. Обмін інформацією між різними підрозділами і службами, а також між лікувальними закладами і службами медико-соціальної підтримки по місцю проживання має важливе значення в наданні допомоги літнім людям. Діючі в даний

час механізми часто не відповідають своєму призначенню. Незважаючи на недолік практичного досвіду в даній області, певно, найбільш ефективним шляхом забезпечення обміну інформацією є наявність для кожного пацієнта, що знаходиться під наглядом "провідного робітника", "куратора" чи "координатора" [2].

Задоволення потреби у наданні допомоги вдома. Інше важливе питання: чи можливо шляхом удосконалення координації допомоги створити необхідні умови для того, щоб вмираюча людина могла провести за власним бажанням останні години і хвилини життя у себе вдома? Проведені випробування різноманітних підходів до координації лікарняних і комунальних служб показують, що є можливість надання допомоги тоді, коли люди хочуть помирати вдома. Є фактичні дані, які свідчать про те, що забезпечення добре скоординованої підтримки дає змогу також пояснити стан справ[7].

Спеціалізовані бригади паліативної допомоги. Загальноприйнятим механізмом надання паліативної допомоги стали високоспеціалізовані бригади, до складу яких увійшли працівники різного профілю, діючі на базі лікарень, інших стаціонарних структур, таких як хосписи, або безпосередньо серед населення. Бригади мають справу з вузькою групою пацієнтів, які направлені з інших лікувальних підрозділів, і для яких характерні найбільш складні проблеми щодо контролю симптоматики, спілкування і координації допомоги.

Незважаючи на суперечність результату більш ранніх оглядів, сьогодні дані мета-аналізу свідчать про позитивну діяльність таких бригад щодо полегшення болю та іншої симптоматики, а також якості надання допомоги по оцінках самого хворого і його родичів.

Денні стаціонари з надання спеціалізованої паліативної допомоги. Є об'єктивні свідоцтва на користь того, що пацієнти позитивно ставляться до можливості відвідувати денні стаціонари паліативної допомоги, де вони можуть спілкуватися з іншими хворими, задавати питання персоналу, а також взяти участь у заходах, які проводяться. Однак залишається невивченим питання, якою мірою відвідування денного стаціонару впливає на інші показники, зокрема, якість життя чи полегшення симптоматики [14].

Психологічна підтримка близьких після смерті хворого. В ряді досліджень встановлено, що родичі хворих, померлих в умовах надання спеціальної паліативної допомоги, мали менше психологічних розладів і незадоволених потреб порівняно з родичами тих із них, які отримували лише стандартні види допомоги [16].

Оцінка необхідності підтримки і консультування близьких померлих розцінюються як важливий компонент паліативної допомоги. Залишаються, відносно, малодослідженими питання прогностичної достовірності подібних оцінок, визначення індивідуальних свідчень для консультування і ефективності індивідуальної терапії. Слід зазначити, що всі ці фактори важко піддаються аналізу [11].

Розвиток служб паліативної допомоги для пацієнтів з непухлинними захворюваннями. Багатопрофільні бригади. Багатопрофільні бригади є одним із видів надання допомоги хворим поєднаними розладами. Вони вже зарекомендували себе в геріатричній практиці і при ряді конкретних захворювань. Так, наприклад, бригадний підхід до лікування хворих з серцевою недостатністю знижує показники їхньої госпіталізації і поліпшує виживання [12].

Спеціалізовані медичні сестри. Результати досліджень показали, що діяльність спеціальних медсестер в цілому позитивно впливає на пацієнтів з серцевою недостатністю і сприяє забезпеченню безперервної допомоги. При захворюванні системи дихання допомога, яка надається такими сестрами, дає змогу подовжити життя хворих, але не впливає на його якість. Однак пацієнти позитивно оцінюють домашні відвідування [1].

Послуги хоспісів для пацієнтів з деменцією. Результати проведення експериментальних програм надання паліативної допомоги і послуг хоспісів пацієнтам у термінальній стадії деменції показують, що цей метод може сприяти підвищенню комфорту пацієнтів і допомогти особам, які їх доглядають [3].

Це свідчить про те, що прийшов час активних і узгоджених дій, направлених на підвищення якості допомоги. При цьому слід використовувати прості, перевірені заходи з урахуванням, а також ступені важкості і тяжкості захворювання [6].

Успіхи руху за створення хоспісів і розвиток паліативної допомоги, які досягнуті за останні 30 років, свідчать про ефективність паліативної допомоги в підвищенні якості життя на її фінальному відрізку. Накопичення спеціальних знань і досвіду в області надання допомоги онкологічним хворим і їхнім близьким, супроводжується значною суспільною підтримкою в даному напрямку.

Спеціалісти вважають, що цю модель надання допомоги слід адаптувати і для пацієнтів

з не пухлинними захворюваннями, базуючись при цьому на фактичних потребах.

Для удосконалення паліативної допомоги літнім людям, слід враховувати їхню думку, зважати на інтереси близьких, докладати творчий підхід і завзяття для подолання перешкод на всіх рівнях системи охорони здоров'я. Зазначимо такі основні перешкоди:

- недостатня поінформованість і усвідомленість масштабу проблеми;
- відсутність чіткої політики щодо надання паліативної допомоги;
- недостатня інтеграція і координація паліативної допомоги, яка надається в різних умовах і різними службами охорони здоров'я;
- дефіцит традицій чи навичок надання паліативної допомоги в закладах, де є догляд за літніми людьми і зазвичай закінчується життя;
- зневажливе ставлення до надання високоякісної допомоги літнім людям у фінальному періоді життя, вікова дискримінація в наданні допомоги;
- помилкові уявлення щодо потреб літніх людей і їхні бажання чи здібності не потребувати спеціальної допомоги;
- труднощі координації надання допомоги в різних умовах, а також між службами медичної допомоги і соціальної підтримки;
- відсутність ресурсів і застосування застарілих моделей надання допомоги і діяльність системи охорони здоров'я [8].

Масштаб потреб у паліативній допомозі в умовах росту численності літніх людей зумовлює необхідність комплексного підходу і застосування принципів суспільної охорони здоров'я. Йдеться про виявлення потреб літніх людей, моніторинг тенденцій та ефективність вживання заходів, вдосконалення професійної підготовки кадрів і інформування населення, а також формування механізмів підтримки необхідних змін поведінки й практики.

Надання паліативної допомоги літнім людям має здійснюватись на національному рівні. Кожна країна повинна сама вирішити, наскільки пріоритетною є дана сфера і яким має бути обсяг вироблених ресурсів. Так, наприклад, досвід діяльності хоспісів у США показав, що забезпеченість їх стійкого фінансування і стабільності зумовила можливість довгострокового планування допомоги, зокрема, надання її пацієнтам з не пухлинними захворюваннями.

Політику організації надання паліативної допомоги слід узгоджувати з іншими напрямками організації охорони здоров'я літніх людей, а також з моніторингом конкретних видів патології [24].

Висновки

В ході дослідження встановлено, що в більшості країн паліативна допомога розглядається як система надання моральної, психологічної підтримки та спеціалізованої допомоги як в амбулаторних умовах, так і стаціонарних медичних закладах.

Список літератури

1. *AGS* Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons // Journal of the American Geriatrics Society. – 2002, 50:205–224.
2. *Albinsson L., Strang P.* Existential concerns of families of freedom, choices, isolation, death, and meaning // Journal of Palliative Medicine. – 2003, 6:225–235.
3. *Allard P. et al.* Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review // Journal of Palliative Medicine. – 2001, 4:191–203.
4. *Anderson GF, Hussey PS.* Health and population aging: a multinational comparison. – New York: Commonwealth Fund, 1999.
5. *Andrews G.R.* Promoting health and function in an ageing population // British Medical Journal. – 2001, 322:728–729.
6. *Bernabei R. et al.* Management of pain in elderly persons with cancer // Journal of the American Medical Association. – 1998, 279:1877–1882.
7. *Christakis N.A., Escare J.T.* Survival Medicare patients after enrolment in hospice programs // New England Journal of Medicine. – 1996, 335:172–178.
8. *Costantini M., Viterbori P., Flego G*. Prevalence of pain in Italian hospitals: results of a regional cross-sectional survey // Journal of Pain and Management. – 2002, 23:221–230.
9. *Fisher E.S. et al.* The implications of regional in Medicare spending. Part 1. Health outcomes and satisfaction with care // Annals of Internal Medicine. – 2003, 138:273–287.
10. *Fisher E.S. et al.* The implications of regional in Medicare spending. Part 2. Health outcomes and satisfaction with care // Annals of Internal Medicine. – 2003, 138:288–298.
11. *Hewitt M., Simone J.V., eds*. Ensuring qualitati cancer care. – Wasington: DC, National Academy Press, 1999.
12. *Higginson I.J., Sen-Gupta GJA.* Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences // Journal of Palliative Medicine. – 2000, 3:287–300.
13. *Hofman A. et al.* The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980–1990 // International Journal of Epidemiology. – 1991, 20:736–748.

14. *Koffman J. Snow P.* Informal carers of dependants with advanced disease / Addington-Hall J.M., Higginson I.J., eds. / Palliative care for non-cancer patients. – Oxford: Oxford University Press, 2001.
15. *Lynn J., Adamson D.M.* Living well at the end of life: adapting Health care to serious chronic illness in old age. Arlington, VA, Rand Health, 2003, used with permission.
16. *Lunney J.R. et al.* Patterns of functional decline at the end of life // Journal of the American Medical Association. – 2003, 289; 2387–2392.
17. *Manton K.G. et al.* Chronic disability trends in elderly United States populations 1982–1994. Proceedings of the National Academy of Sciences. – 1997, 94:2593–2598.
18. *Mathers C.D. et al* Healthy life expectancy in 191 countries // Lancet. – 2001, 357(9269):1685–1691.
19. *Mc.Carty M., Lay M., Addington-Hall J.M.* Dying from heart diastases // Journal of the Royal College of Physicians. – 1996, 30:325–328.
20. *Mc.Carty M., Addington-Hall J.M., Lay M.* Communication and choice in dying from heart diastases // Journal of the Royal Society of Medicine. – 1997, 90:128–131.
21. *Murray C.J.L, Lopez A.D.* Alternative projections of mortality and disability by causes 1990–2020. Global burden of disease study // Lancet. – 1997, 349: 1498–1504.
22. *Murray S.A. et al.* Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitiev interview study of patients and careers in the community // British Medical Journal. – 2002, 325:925–934.
23. *National* cancer control programmers: policies and managerial guidelines: 2nd ed. – Geneva: World Health Organization, 2002.
24. *NHS* Centre for Reviews and Dissemination. Informing, communicating and sharing decisions with people who have cancer // Effective Health Care Bulletin. – 2000, 20:244–252.
25. *Office* of National Statistics. Mortality statistics: General review of the Registrar General on Deaths in England and Wales. – 1997, Series DH1, No. 30. – London, Stationery Office, 1999.
26. *One final gift.* Humanizing the end of life for women of America. – Washington, DC, Alliance for Again Research, 1998 http://www.again.research.org/brochures/finalgift/welcome.html,accessed 22 July 2003
27. *Ribbe M.W. et al.* Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings // Age and Ageing. – 1997, 26 (Suppl. 2):3–12.
28. *Self C., Cartwright A.* The year before death. – London: Avebury Press, 1994.
29. *Sepulveda C. et al.* Palliative care: the World Health Organization's global perspective // Journal of Pain and Symptom Management. – 2002, 24:91–96.
30. *Seven* deadly myths. Uncovering the facts about the high cost of last year of life. – Washington, DC, Alliance for Again Research (www.again.research.org/brochures/7myths/7myths. html, accessed 22 July 2003.
31. *Teno J.M. et al.* Medical care inconsistent with patients treatment goals: association with 1-year Medicare resource use and survival // Journal of the American Geriatrics Society. – 2002, 50:496–500.
32. *United* Nations world population prospects population database. – New York: United Nations Population Division, 2002 (http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=1, fccessed 22 July 2003).
33. *World* population ageing 1950–2050. – New York: United Nations Population Division, 2002.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)

Б.Л. Подлужный, В.Г.Панченко *(Киев)*

Отражены современные международные подходы к организации паллиативной помощи населению.

MODERN INTERNATIONAL APPROACHES TO THE ORGANIZATION OF THE PALLIATIVE AID (ANALYTICAL REVIEW)

B.L. Podluzhnyj, V.G. Panchenko *(Kyiv)*

Modern international approaches to the organization of the palliative aid to the population are reflected.

УДК 614.248.2:371:78.014

О.Ф. ГАВРИЛЮК

ПОТРЕБА СІЛЬСЬКИХ ЖИТЕЛІВ В ДОСТУПНІЙ СТАЦІОНАРНІЙ ДОПОМОЗІ

м. Погребище Вінницької обл.

Вступ. Стаціонарна допомога є найбільш затратною ланкою в системі здоровоохорони. На неї витрачається більше 70% усіх коштів. Вдосконалення цієї ланки є постійним актуальним завданням (2, 3, 8, 11, 12, 20). Тому ведуться пошуки стаціонарнозамінних форм, раціонального використання ліжкового фонду, скорочення термінів шпиталізації, ширшого використання долікарняної допомоги(1, 10, 13, 17, 19). В Україні досі тривав процес скорочення ліжок. Здебільшого він торкнувся стаціонарної мережі на селі. Цей процес не був науковообрунтованим, носив адміністративний характер. Між тим, апріорно можна стверджувати, що потреба в стаціонарній допомозі на селі вища порівняно з містом через більший відсоток похилого люду та значно гірші соціальні умови (4, 6, 9).

Мета. Дослідити потребу сільських мешканців в доступній стаціонарній допомозі на базовому рівні - в межах адміністративного сільського району.

Методи і матеріал. Розроблені нами нормативи або стандарти доступної стаціонарної допомоги населенню сільського району ґрунтувались на трьох методичних підходах: вивченні захворюваності населення, реорганізації існуючої трьохрівневої системи медичної допомоги і обґрунтуванні затрат робочого часу для здійснення необхідних діагностичних, лікувальних та профілактичних медичних послуг.

Методичні підходи до вивчення захворюваності обумовлюють великі розбіжності стосовно її рівнів та структури. Так, захворюваність, виявлена під час звертальності населення за медичною допомогою, і захворюваність, виявлена під час профоглядів, мають суттєві розбіжності. При визначенні потреби в стаціонарній допомозі ми орієнтувались на сумарну (згідно звертальності і оглядів) захворюваність населення.

Багатолітня практика діяльності наших медичних закладів показує, що звертальність і профогляди мають бути органічно поєднані таким чином, що профогляд доповнює звертальність і здійснюється, за небагатьма винятками, під час звертальності. Це відповідає логіці орієнтації на попит як визначальний чинник організації медичної допомоги і не створює психологічних та інших бар'єрів на шляху проведення профогляду.

Виходячи із вищенаведених міркувань, було вибрано Погребищанський район, який репрезентував Вінницьку область за демографічною структурою населення і рівнем надання медичної допомоги. Це дало нам підстави провести в цьому районі поглиблене вивчення захворюваності за три роки (2000-2002),яке охопило майже 10 тис. осіб (9862). Для формування цієї групи була застосована кублова (гніздова) вибірка. Огляд проводила група провідних фахівців центральної районної лікарні із 16 спеціальностей. Кожен фахівець мав вищу або першу атестаційну категорії, всього в огляді приймало участь 37 лікарів і 45 середніх медичних працівників. Програма огляду включала перелік досліджень, передбачених програмою щорічної диспансеризації, а в разі необхідності – додаткові обстеження.

На кожного жителя, що попав у вибірку, була заповнена спеціальна статистична карта. Карта включала такі дані: паспортні, соціологічні, які збирались шляхом опитування жителя під час проведення поглибленого огляду, дані про виявлені захворювання і надану медичну допомогу і дані експертної оцінки цієї допомоги. У ролі експертів виступали ті ж провідні фахівці Погребищанської центральної районної лікарні, що проводили поглиблений огляд.

Експертна оцінка медичної допомоги передбачала реорганізацію її трьохрівневої структури. Передбачалось впровадження сімейної медицини або лікарів загальної практики як первинного рівня медичної допомоги.

Як свідчить власний історичний досвід та досвід багатьох країн Заходу, первинна медико-санітарна допомога вирішує до 90% усіх проблем медичного забезпечення населення. Ці положення були покладені в основу експертної оцінки, а також вимоги до сімейних лікарів, що затверджені наказом МОЗ України від 23.02.01 №172.

Вичерпна захворюваність була розподілена наступним чином. Передбачалось, що

© О.Ф. Гаврилюк, 2007

сімейний лікар має бути причетний до постановки діагнозу і лікування усіх хворих своєї дільниці, однак в 16,5 % випадків хворі мали бути направлені для додаткового обстеження і лікування на вторинний рівень, а в 2,0 % - на третинний. По кожному захворюванню була зроблена експертна оцінка щодо доцільності стаціонарного лікування і визначені терміни лікування із врахуванням фактичних даних госпіталізації.Спочатку визначалось число необхідних лікарняних ліжок згідно з моделлю:

$$Л = \frac{ГхТ}{Н}$$

Де Л - число ліжок, Г - число госпіталізованих, Т – пересічний термін перебування хворого на ліжку, Н - нормативна зайнятість ліжка за рік.

Результати дослідження та іхнє обговорення. В таблиці представлені фактичні рівні шпиталізації населення району в 2002 році, які скореговані експертами.

Загалом, на думку експертів, рівень шпиталізації населення можливо понизити на 26 %, за рахунок трьох основних фахів – терапевтичної групи (на 38,4 %), хірургічної (на 15,3 %) і педіатрії (на 58,2 %), а також офтальмології (на 54,3 %). Водночас з інших фахів рівень шпиталізації зазнав незначних змін, а з деяких його треба навіть дещо підвищити – з акушерства (прогнозується зростання народжуваності), неврології, отоларингології та інфекційних хвороб.

Основний шлях оптимізації стаціонарної допомоги, на думку експертів, тепер полягає не в скороченні відбору на шпиталізацію, а в підвищенні інтенсифікації лікувального процесу і зниженні пересічних термінів лікування. З урахуванням цього і розраховане необхідне число лікарняних ліжок.

Таблиця. **Потреба в гарантованому обсязі стаціонарної допомоги на первинному і вторинному рівнях.**

Ліжка	Фактичні рівні шпиталізації (2002 р. на 1000 нас.)	Згідно експертної оцінки	
		Рівень шпиталізації (на 1000 нас.)	Необхідне число ліжок (на 10 тис. нас.)
Терапевтичні (вся група)	49,8	30,7	13,51
Хірургічні (вся група)	31,4	26,6	7,04
Педіатричні	29,4	12,3	4,95
Пологові	7,2	9,2	1,84
Гінекологічні	8,3	7,9	1,63
Неврологічні	5,6	6,4	3,82
Отоларингологічні	5,0	6,7	1,38
Офтальмологічні	7,0	3,2	0,75
Інфекційні	5,7	7,5	4,25
Разом	149,4	110,5	39,17

Звісно, перехід до пропонованих нормативів є вельми складним завданням. Він вимагає радикального перегляду організаційних основ існуючої системи медичної допомоги, ломки психологічних стереотипів тощо. Виникають три основні, на наш погляд, проблеми, які мають бути вирішені.

По-перше, це належна підготовка сімейного лікаря, відповідне матеріально-технічне забезпечення лікарської амбулаторії і набуття нею самостійного адміністративного, юридичного і фінансового статусу. По-друге, суттєво зменшується кількість вузьких фахівців, проте якісно змінюється зміст їхньої допомоги. Це також тягне за собою необхідність подолання складних юридичних, моральних і психологічних перепон. З організаційної точки зору стає нераціональним розпорошувати відносно невелике число вузьких фахівців в поліклініці і стаціонарі. Очевидно, ці фахівці мають бути зосереджені в одному місці, а саме стаціонарі, при якому організується замість теперішньої поліклініки консультативно-діагностичний центр. Хворі, скеровані до центру, у разі необхідності, сімейними лікарями, отримують тут корекцію лікування, яке продовжують у сімейного лікаря, або кладуться на ліжко для стаціонарного лікування. В обох випадках

сімейний лікар, на відміну від теперішнього дільничного, приймає безпосередню участь в консультуванні і лікуванні хворого.

Висновок. Число ліжок для стаціонарного лікування на первинному і вторинному рівнях (на 10 тис. нас.) має складати 39,17.

Література

1. *Галієнко Л.І.* Наукове обгрунтування створення стандартів надання стаціонарнозамінної медичної допомоги в денних стаціонарах загального профілю //Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002.-N4.- С.47-50
2. *Голяченко О.М. та ін.* Соціальна медицина та організація охорони здоров'я.- Тернопіль: Лілея, 2001.- 152 с.
3. *Грузєва Т.С.* Наукове обґрунтування державних соціальних нормативів забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2002.- N1.-с.60-63.
4. *Грузєва Т.С.* Сучасні особливості та тенденції стану здоров'я сільського населення// Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2003.- N1.-С.21-27.
5. *Концепція* розвитку охорони здоров'я населення України . –Одеса, 2001.-29с.
6. *Москаленко В.Ф.* Програма діяльності Кабінету Міністрів України : завдання охорони здоров'я на межі століть // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2000.- N2-С.17-18
7. *Наказ* МОЗ України від 23.02.01 р.№72 "План поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах
8. *Панов Б.В., Свірський О.О., Дзигал О.Ф. Ковалевська Л.А. Конкін С.І., Кирилюк М.Л., Балабан С.В., Беляков О.В.* Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я(огляд літератури) // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2001.- N4-С.85-89
9. *Польченко В.І.* Структурна характеристика медичної допомоги сільському населенню України// Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2002.- N1С.64-67
10. *Постанова* Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. №955. „Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги".
11. *Слабкий Г.О., Подоляка В.Л.* До питання соціальної ефективності стаціонарної медичної допомоги міському населенню // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2004. - № 4. – С. 58-62
12. *Anell A.* Decentralization in Swedish health care // Euro health. – 2000. – Vol. 6, N 3. – P. 34-35.
13. *Bloom B.* The future of public health // Nature. – 1999. – Vol. 402, N 6761. – P63-64.
14. *Busse R.* Decentralization in German health care // Euro health. – 2000. – Vol. 6, N 3. – P. 30-31.
15. *Borrel Carme, Pasarin M. Isabel.* The study social ingualities in health in Spain : Where are me? // Epidemiol. and Community Helth/ -1999.- 53.- № 7.- P. 388-389
16. *Byrne D.* The new EU helth strategy //Eurohealth. –2000. –vol. 6.-№3.- P.1-3
17. *Health* care systems intransition. Italia.- Copenhagen: WHO,Red.off.Eur., 2001. –132p.
18. *Health* care systems intransition. Austria.- Copenhagen: WHO, Red.off Eur, 2001.-120p.
19. *Starfield B., Simpson L.* Primari care as a part of US health service reform.// LAMA.- 1993.- vol.269.- N 24. P.3136 – 3139
20. *Winkelstein W.* Determinants of World health //Amer. J. Probl. Hlth. – 1992. – Vol. 82, N 7. – P. 931-932.

ПОТРЕБНОСТЬ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ В ДОСТУПНОЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

А.Ф. Гаврилюк *(г. Погребище Винницкой обл.)*

Установлена потребность сельских жителей в стационарной помощи. Она составляет 39,17 койки на 10 000 жителей.

DEMAND RURAL PEOPLE IN DEPARTMENT CARE

A.F. Havriljuk *(Poqrebiche of reqion Vihnitsa)*

Demand rural people in department care revealed .The is 39,17 bed per 10 000 population.

УДК 614.2:616.314–053.2

О.А. КАНЮРА (Київ)

МЕДИЧНО-СОЦІОЛОГІЧНА ОЦІНКА ОРГАНІЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Задоволеність населення організацією та якістю медичної допомоги у світі використовується як критерій оцінки діяльності системи охорони здоров'я. ВООЗ пропонує використовувати задоволеність населення медичною допомогою як важливий індикатор якості медичної допомоги, одночасно з виконанням професійних обов'язків, ефективністю використання ресурсів тощо [1].

У більшості досліджень задоволеність населення організацією та якістю медичної допомоги вивчається за допомогою соціологічних досліджень.

У роботі ми орієнтувалися на те, що соціальна ефективність медичної допомоги – це загальнодоступна специфічна діяльність медицини, яка здійснюється з метою задоволення людських потреб [2].

Мета роботи: вивчити думку населення щодо організації стоматологічної допомоги дитячому населенню.

Методи та матеріали. Під час дослідження використано медико-соціологічний та статистичний методи. У двох обласних містах України проведено комплексне соціологічне дослідження, яке здійснювалось шляхом анкетування репрезентативної вибірки батьків (1293 особи), які прийшли у дитячі стоматологічні поліклініки зі своїми дітьми. Дослідження проведено за спеціально розробленою програмою спостереження – анкетою, яка містила 20 запитань і 64 підпитання, 4 групи чинників, що стосувалися: соціально-професійних, соціально-психологічних особливостей та задоволеності пацієнтів якістю стоматологічної допомоги. Для статистичного аналізу одержаних результатів використовувалася прикладна комп'ютерна програма Statistic for Windows 6.0.

Результати та їх обговорення.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що серед осіб, які звернулися з дітьми до стоматолога, більшість (61,1%) становили батьки дівчаток. Розподіл дітей за віком такий: 3–6 років – 14,9%; 6–12 років – 35,3%; 12–15 років – 32,5%; і від 15–17 років – 17,3%.

Аналіз соціально-професійного статусу батьків пацієнтів показав, що працівники державних бюджетних установ серед них становили 41,1%, робітники – 17,2%, працівники сфери обслуговування – 18,8%, пенсіонери – 6,8%, студенти – 10,6%, бізнесмени – 2,1%, безробітні – 3,4%.

У дослідженні встановлено, що лише половина дітей (53,4%) регулярно дотримується правил гігієни порожнини рота і чистить зуби 2 рази на день, 43,9% – один раз на день, а 2,7% взагалі чистять зуби епізодично. З сімейного бюджету виділяють гроші на придбання якісних зубних паст тільки 44,9% респондентів.

Недостатньою є профілактична та медична активність батьків дитячого населення. Так, майже одна третина (29,6%) опитаних протягом року жодного разу не відвідувала з дітьми лікарів-стоматологів, а 47,3% зробили це 1 раз на рік.

Аналіз причин відвідувань стоматологів показав, що переважно (81,5%) батьки звертаються по стоматологічну допомогу з метою лікування дітей, а з профілактичною метою лише у 18,5% випадків, що свідчить про низьку профілактичну активність батьків. При детальному вивченні причин звертань по стоматологічну допомогу виявлено, що найчастіше звертаються по терапевтичну допомогу 40,7%. Значною є питома вага (29,6%) звертань з метою видалення зуба.

Про недостатню доступність стоматологічної допомоги свідчить те, що більше однієї третини (35,2%) опитаних не змогли потрапити на прийом у зручний для них час. 39,6% респондентів висловили незадоволеність роботою реєстратури. 54,3% опитаних не задовольняє територіальне розташування дитячої стоматологічної поліклініки. Вони зазнають труднощі (великі витрати часу, незручний транспорт) при поїздці до поліклініки.

Про якість стоматологічної допомоги значною мірою можна судити за часткою пацієнтів, які мають нагоду лікуватися у одного лікаря. Матеріали дослідження показали, що таку можливість мають тільки 19,7% опитаних пацієнтів.

© О.А. Канюра, 2007

Для розробки рекомендацій щодо вдосконалення стоматологічної допомоги дитячому населенню важливою є оцінка пацієнтами умов праці лікарів-стоматологів. Лише 58,4% оцінили їх як хороші, 32,2% – задовільні і 9,4% – як незадовільні. З числа пропозицій щодо поліпшення роботи дитячої стоматологічної поліклініки більшість респондентів (54,6%) відзначили необхідність поліпшення матеріально-технічного оснащення стоматологічного кабінету, 48,0% – оснащення сучасною лікувально-діагностичною апаратурою, 31,4% – запровадження сучасних анестетиків, 30,9% – використання нових пломбувальних матеріалів, 29,7% – скорочення навантаження на медичну сестру, 52,8% – скорочення часу очікування прийому. На запитання: що з очікуваного вами виправдалося при відвідуванні поліклініки? – 54,9% респондентів відзначили доброзичливе ставлення, 36,0% – повне знеболення, 29,1% – якісний пломбувальний матеріал.

Професійні якості лікарів-стоматологів 39,3% опитаних оцінили на "добре", більшість (56,7%) – на "задовільно", а 4,0% респондентів не задоволені професійним рівнем лікарів. До платних стоматологічних послуг для дітей 85,1% респондентів ставляться негативно.

Вивчено думку респондентів щодо доцільності запровадження посади сімейного стоматолога у груповій сімейній практиці, створення стоматологічних кабінетів у дитячих дошкільних установах, школах. Основна частина респондентів такі заходи вважає доцільними: позитивну відповідь щодо запровадження сімейного стоматолога дали 69,5% опитаних, стоматологічних кабінетів у дошкільних установах – 67,8%, а у школах – 89,1% респондентів.

Висновки

1. За допомогою соціологічного дослідження вивчено думку населення щодо організації та якості стоматологічної допомоги, яка надається дитячому населенню, виявлено її недоліки та визначено шляхи їх усунення.

2. В організації роботи стоматологічних поліклінік визначено недоліки, викликані об'єктивними причинами (слабка матеріально-технічна база) і суб'єктивними (порушення принципів етики та деонтології, нечітка організація роботи реєстратури і тощо).

3. З метою подолання організаційних недоліків, поліпшення якості та доступності стоматологічної допомоги респонденти підтримали ідею організації стоматологічних кабінетів у дитячих дошкільних установах, школах і запровадження сімейних лікарів-стоматологів в установах первинної медичної допомоги – групових сімейних практиках.

4. Соціологічні дослідження сприяють підвищенню ефективності охорони здоров'я і формуванню у населення позитивної думки про нього.

Список літератури

1. EUROHIS: Разработка общего инструмента для опросов о состоянии здоровья. – М.: "Права человека", 2005. – 193с.
2. *Малых В.Н.* Социальная работа: теоретические вопросы и профилактические аспекты. – М., 2000. – С. 39–44.

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

А.А. Канюра *(Киев)*

На основании анализа результатов медико-социологического исследования изучена организация и качество стоматологической помощи детям.

MEDICAL AND SOCIOLOGICAL ESTIMATION OF STOMATOLOGIC AID ORGANIZATION TO THE CHILDREN'S POPULATION

A.A. Kanjura *(Kyiv)*

On the basis of the analysis of results of medical and sociological research the organization and quality of stomatologic aid to children is investigated.

УДК 614.2:616.31.001.73

В.Д. ЧОПЧИК (Київ)

КОНЦЕПТУАЛЬНІ НАПРЯМКИ ОПТИМІЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПОЛІКЛІНІЧНИХ КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Пріоритетним напрямком у сфері охорони здоров'я є профілактика та лікування стоматологічних захворювань. Несприятлива ситуація із стоматологічною захворюваністю відображена в клініко-епідеміологічних дослідженнях. Питома вага стоматологічних захворювань у структурі загальної захворюваності населення, за матеріалами звертань по медичну допомогу, досягає 20–25% (третє місце), а за частотою звертань до лікарів-стоматологів посідає друге місце після частоти звертань до лікарів терапевтів [1–2].

Вирішення зазначеної проблеми буде можливим у разі використання адекватних систем медичного обслуговування населення, однією з яких є стоматологічна комунальна служба. Розвиток стоматологічної служби має здійснюватися з метою збереження здоров'я населення, профілактики та зниження захворюваності на хвороби зубів та порожнини рота, більш повного задоволення зростаючих потреб населення в стоматологічних послугах і підвищення якості життя.

Слід визнати, що інтеграція української стоматології до ринкових відносин призвела до погіршення роботи стоматологічних закладів. Існуюча комунальна система стоматологічного обслуговування населення не має наукового обґрунтування організаційних технологій, функціонує в умовах вкрай обмеженого фінансування, зі слабко вираженими економічними механізмами.

Мета дослідження – розробити концептуальні напрямки підвищення медико-економічної ефективності комунальних стоматологічних амбулаторно-поліклінічних закладів на основі системного підходу.

Матеріали і методи дослідження. У роботі приведені результати поглибленого вивчення і аналізу роботи чотирьох комунальних поліклінічних закладів. Концептуальні напрямки розглядалися як "дерево соціальних цілей", як метод дії на систему комунальних стоматологічних закладів з метою оптимізації їх діяльності.

У дослідженні використовувався наукометричний метод.

© В.Д. Чопчик, 2007

Результати та їх обговорення. Встановлено, що до основних концептуальних напрямків оптимізації стоматологічних лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) слід віднести такі:

- визначення характеристики розвитку інфраструктури комунальної стоматологічної амбулаторно-поліклінічної допомоги великих міст;
- правове забезпечення амбулаторно-поліклінічних стоматологічних структур з питань договірних відносин з муніципалітетом і цільового замовлення на надання лікувально-профілактичної допомоги;
- запровадження економічно ефективних методів визначення пріоритетів у системі стоматологічної допомоги, економічних методів управління, планування, прогнозування, обліку витрат виробництва, прибутку;
- планування обсягу і якісного складу медичних послуг на рік роботи і необхідних ресурсів для їх надання;
- визначення і затвердження тарифів на одиницю обсягу медичної допомоги – відвідування;
- оптимізація системи управління стоматологічними комунальними амбулаторно-поліклінічними закладами міста;
- вдосконалення фінансування установ стоматологічної допомоги;
- забезпечення населенню доступності до гарантованого державою обсягу стоматологічної допомоги і забезпечення його якості в комунальних установах;
- формування медичних кадрів і реалізація сучасної концепції їх підготовки;
- реалізація прав медичного персоналу на гідну оплату праці.

Концептуальні напрямки на практиці мають підкріплюватись комплексними (матеріальними, кадровими і фінансовими) нормативними розрахунками.

Для запровадження їх у життя необхідним є проведення декомпозиції цілей на складові, які уточнюють, обґрунтовують "дерево цілей", що є цінною інформацією для планування відповідних заходів.

Послідовність декомпозиції концептуальних напрямків оптимізації стоматологічних ЛПЗ – "дерево цілей".

1. Визначення напрямку розвитку державної стоматологічної амбулаторно-поліклінічної допомоги великих міст.

Основою інфраструктури державної стоматологічної служби на рівні амбулаторно-поліклінічної допомоги, на нашу думку, мають бути комунальні заклади охорони здоров'я.

Комунальний некомерційний амбулаторно-поліклінічний стоматологічний ЛПЗ спеціалізованої державної охорони здоров'я забезпечує надання стоматологічної медичної допомоги певному населенню при укладанні угоди на обслуговування. У 2003 р. Верховна Рада України прийняла новий Цивільний кодекс України та Господарський кодекс України, які набули чинності з січня 2004 р. Положення цих законів дають новий імпульс для реалізації заходів щодо реформування системи охорони здоров'я України. Господарський кодекс передбачає таку форму діяльності закладів охорони здоров'я, як комунальне некомерційне підприємство, а також встановлення державних фіксованих або регульованих цін на послуги соціального характеру, до яких належать медичні послуги. Цивільним кодексом визначено, що договір на надання медичних послуг віднесено до категорії публічних договорів [6]. Основою договорів на надання медичних послуг населенню (укладається між органами управління охороною здоров'я і комунальними лікувально-профілактичними закладами) має бути комунальне замовлення.

Стоматологічні комунальні некомерційні ЛПЗ спеціалізованої державної охорони здоров'я є відкритою ієрархічною системою, ефективність якої слід оцінювати за ступенем відповідності результатів функціонування її цілям.

Мета діяльності таких ЛПЗ спеціалізованої державної охорони здоров'я – забезпечити прикріплені контингенти якісною безкоштовною медичною допомогою, поліпшити здоров'я населення. Досягнення цієї мети здійснюється за рахунок підвищення ресурсоємності медичної стоматологічної допомоги і забезпечення її доступності з урахуванням наявних ресурсів.

Формування комунального замовлення на надання населенню безкоштовної медичної допомоги повністю забезпечується плановими фінансовими ресурсами територіального бюджету, здійснюється на основі обсягів медичної допомоги, визначених з огляду на фактичні витрати без урахування таких, які покриваються з бюджету, на придбання устаткування, капітальний ремонт, господарські потреби. Комунальне замовлення має бути комплексним планом, який визначає обсяг, умови надання послуг і фінансування, вимоги до безкоштовної медичної допомоги, що надається населенню в комунальних ЛПЗ за рахунок коштів бюджету території.

У сучасних економічних умовах амбулаторно-поліклінічні стоматологічні комунальні установи не тільки надають медичну допомогу прикріпленому контингенту, але і можуть надавати платні медичні послуги населенню.

2. Розробка правового забезпечення стоматологічної допомоги населенню.

Правове забезпечення стоматологічної допомоги населенню здійснюється відповідними нормативно-правовими актами: указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, відомчими нормативними актами (наказами) МОЗ України. Зокрема, Указом Президента України від 21.05.2002 р. №475/2002 затверджено Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки. Постановою Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. №14 затверджено Міжгалузеву комплексну програму "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки, в якій виділено самостійний розділ щодо стоматологічної захворюваності.

У розвиток зазначених указу та постанови видавались накази МОЗ України. Відповідно відомчі нормативні акти стосувались: затвердження плану реалізації заходів щодо забезпечення виконання Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки; забезпечення виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. №14 "Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки".

МОЗ України видано накази стосовно затвердження державних соціальних стандартів щодо надання медичної допомоги в умовах стаціонару та амбулаторно-поліклінічних закладах за лікарськими спеціальностями, серед яких виділено і стоматологічні спеціальності.

Також затверджено Клінічні протоколи надання медичної допомоги за спеціальностями: "Ортопедична стоматологія", "Терапевтична стоматологія", "Хірургічна стоматологія", "Ортодонтія", "Дитяча терапевтична стоматологія", "Дитяча хірургічна стоматологія". Крім того, наказом МОЗ від 22.11.2000 р. №305 затверджено критерії медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II, III рівнях.

Перехід країни до ринкових відносин гостро поставив питання про нове медичне зако-

нодавство. Необхідні такі нормативні пакети документів у сфері охорони здоров'я населення. Так, у розвиток Законодавства у сфері охорони здоров'я України треба прийняти перелік медичних послуг, який забезпечується державними гарантіями, а також державні фіксовані або регульовані ціни. Необхідно затвердити типовий договір надання медичних послуг. Основні його положення мають бути сформульовані в руслі світової практики, загальновизнаних принципів і норм міжнародного права. Слід підкреслити, що міжнародні правові норми виходять з принципового положення: кожна людина наділена правами від народження, від природи.

За допомогою юристів повинні бути визначені права і обов'язки органів управління системою комунальних закладів, експертних груп, окремих осіб. Необхідно відпрацювати форми міждисциплінарної та міжсекторальної співпраці.

3. Обгрунтування планування потреб ресурсів, необхідних для надання стоматологічної допомоги населенню.

Упродовж останніх років змінилися тенденції в плануванні ЛПЗ. У період до перебудови планування і розвиток ЛПЗ здійснювалися на високій методичній базі, основу якої заклали фундаментальні роботи наукових шкіл України, Росії, Молдови і т.д. під керівництвом провідних соціал-гігієністів: А.П. Жука, І.Д. Богатирьова, В.І. Канта, А.Ф. Серенко, І.С. Случанко, Г.А. Новгородцева, Е.А. Логінової. У цих роботах визначено диференційовану за територіями, спеціальностями і групами населення потребу в ЛПЗ на всіх рівнях управління охороною здоров'я. Розвиток ЛПЗ здійснювався з урахуванням цих нормативів, досягнень медичної науки, фінансових можливостей охорони здоров'я.

Ефективність діяльності ЛПЗ визначалася за "незадоволеною" потребою в госпіталізації, тобто розривом між потребою і ступенем її задоволеності, за оцінкою якості надання допомоги і зростанням коефіцієнта інтенсивності використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів.

З моменту проведення економічних експериментів і реформ в охороні здоров'я стали з'являтися публікації, які проголошували принципи децентралізації управління, запровадження ринкових відносин, розширення прав керівників ЛПЗ тощо. Проте пройшов час і цільовим забезпеченням основ планування охорони здоров'я, згідно з "Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України", затвердженої Указом Президента України (грудень 2000 р. №1313/2000), стають:

- державні програми розвитку охорони здоров'я, державні і комунальні цільові програми, програми державних гарантій щодо забезпечення громадян України безкоштовною медичною допомогою (здійснюються при виділенні коштів);
- медико-соціальні стандарти, нормативи фінансування охорони здоров'я в розрахунку на душу населення;
- нормативи витрат на амбулаторне і стаціонарне лікування.

Структура медичної допомоги визначається на основі цих нормативів і показників захворюваності.

4. Оптимізація системи управління стоматологічними комунальними амбулаторно-поліклінічними закладами.

У контексті завдань дослідження нами була вивчена система управління комунальними ресурсами.

Встановлено, що управлінські рішення в бюджетних стоматологічних закладах не виходять з наявності системного ефекту, який виражається у тому, що ціле завжди якісно відмінне від простої суми його складових. У практиці комунальних ЛПЗ використовується система управління, орієнтована на досягнення однієї мети – задоволення попиту.

З'ясовано, що комунальна охорона здоров'я об'єднала в собі і комунальні органи управління охороною здоров'я, і комунальні заклади охорони здоров'я. Для нових економічних відносин це нонсенс, тому що перші здійснюють управлінську діяльність і не виробляють товар, а другі виробляють товар (медичні послуги). Якщо перші переслідують соціально-політичні інтереси держави (як представники державного управління), то другі (ЛПЗ) надають медичні послуги і повинні мати прибутки від їх реалізації. У сучасних економічних умовах ЛПЗ, які відповідають інтересам комунальних органів управління охороною здоров'я, на практиці майново неспроможні.

Отже, сьогодні необхідно відділити товаровиробники від провідників соціально-політичних інтересів держави. Лікувально-профілактичним закладам слід надати можливість самостійно розпоряджатися доходами, що сприятиме їхньому розвитку.

При цьому єдина система комунальної охорони здоров'я економічно розпадеться на 2 частини:

- систему органів комунального управління охороною здоров'я, інтегровану до системи решти органів місцевого самоврядування, які беруть участь у процесі розподілу бюджетних коштів;

• систему лікувально-профілактичних закладів – товаровиробників (господарчих суб'єктів), які засновані на комунальні кошти і фінансуються з комунальних джерел оплати медичних послуг.

Органи управління охороною здоров'я діють від імені муніципальних органів, а предметом управління комунальними ЛПЗ переважно мають бути муніципальні кошти, призначені на охорону здоров'я громадян. Контроль з боку платника за використанням бюджетних коштів ЛПЗ за договорами може здійснюватися у формі оцінки виконання зобов'язань щодо закінчення договору.

Відомо, що управління ресурсами, як вид діяльності, це система, яка з позицій системного підходу складається з управління рядом підсистем, блоків і елементів, певним чином пов'язаних між собою і зовнішнім середовищем. Це забезпечує визначення комплексу параметрів і показників, що характеризують окремі елементи системи і ефективність їхнього функціонування.

5. Вдосконалення фінансування стоматологічних закладів.

Витрати на охорону здоров'я зростають у всіх країнах світу. Так, наприклад, у 1970 р. вони становили (% до ВВП) у більшості європейських країн 5,0–6,0%, а в 1990 р. – 7,0–8,0% та 9,0–12,0% у 2003 р. [4]. Інша картина в Україні, де впродовж 1996 – 2005 рр. установи охорони здоров'я профінансовано на 60,0–67,4% від потреби. Виходячи зі світового досвіду, загальний рівень фінансування охорони здоров'я з державного, місцевого бюджетів та інших джерел повинен бути вищим за 5% ВВП.

Удосконалення системи фінансування ЛПЗ передбачає не тільки безумовне збільшення фінансування за рахунок муніципальних джерел, але і тісну залежність фінансування медичних закладів від обсягу і якості послуг, які надаються. Так, необхідно знизити тягар фінансових витрат на охорону здоров'я, який несуть сім'ї. Таким чином, вирішення проблеми фінансування потребує ухвалення ефективних фінансових рішень місцевими органами управління.

6. Запровадження економічно ефективних методів визначення пріоритетів у системі стоматологічної допомоги.

Ефективність управління комунальним стоматологічним закладом має дві сторони – ефективність розподілу ресурсів і ефективність виробництва. Економічна ефективність системи визначається при взаємному розгляді результатів діяльності ресурсних підсистем, їх витрат на досягнення результатів, їх можливостей і потреб.

При цьому деякі автори [5] виділяють чотири обов'язкові кроки, які має зробити менеджер для того, щоб домогтися ефективного управління в кожній конкретній ситуації:

• по-перше, необхідно вміти здійснювати аналіз з урахуванням вимог, які до закладу висуває ситуація;

• по-друге, потрібно обрати відповідний підхід до здійснення управління, який би найбільше та найкращим чином відповідав би вимогам, що висуваються до організації у конкретній ситуації;

• по-третє, управління має створювати потенціал у закладі та необхідну гнучкість для того, щоб можна було перейти до нового управлінського стилю, відповідного до ситуації;

• по-четверте, управління має виробити відповідні зміни, що дадуть змогу пристосуватися до ситуації.

Слід враховувати, що з появою ринкових відносин технологія управління перетворюється з трудомісткого процесу в капіталомісткий.

Таким чином, на нашу думку, при вирішенні проблеми медико-економічної ефективності (у плані управлінського циклу) комунальних стоматологічних закладів необхідно передусім визначити захворюваність населення, розрахувати, який обсяг послуг потрібний прикріпленому населенню і який обсяг безкоштовних стоматологічних послуг може бути реально наданий муніципалітетом населенню. Для цього необхідні статистичні дані про захворюваність (вони визначають потребу у стоматологічному обслуговуванні населення).

Ситуація ускладнюється тим, що впродовж багатьох років офіційний облік стоматологічної захворюваності в Україні недостатній, а планування обсягів робіт здійснювалося на підставі даних про обсяги робіт за попередній період.

Уявлення про обсяги робіт формувалося дотепер на підставі наявних ресурсів або попиту на стоматологічні послуги. Попит, який є ринковим параметром, не завжди пов'язаний з фактичною потребою в послугах, він ґрунтується на платоспроможній потребі населення.

Орієнтація на попит при плануванні обсягів стоматологічних послуг у межах муніципального замовлення не завжди може бути коректною. Тим паче, що 60% населення живе за межею визначеного державою прожиткового мінімуму. В Україні, де велика частка населення одержує стоматологічну допомогу в бюджетних ЛПЗ (до 85%), украй необхідна система комунальних ЛПЗ. Система, яка відповідно

до Конституції України "Про права громадян на отримання безоплатної, якісної медичної допомоги", буде її реально надавати.

Комунальне ЛПЗ повинне мати господарську самостійністю і планувати роботу відповідно до реальних рівнів поширеності стоматологічних захворювань і потреби в стоматологічних кадрах. По-друге, (після з'ясування рівня поширеності стоматологічних захворювань) слід визначити стратегічні цілі фінансування, розробити фінансову політику за окремими ресурсними підсистемами, здатну забезпечити необхідні обсяги послуг, конкретизувати показники фінансової стратегії за періодами їх реалізації.

Система стратегічних цілей повинна бути забезпечена достатнім обсягом капіталу, який надається з різних джерел і його високорентабельним використанням. При цьому слід враховувати, що ресурси управління включають матеріальні, трудові, інформаційні та кадрові потенціали.

7. Забезпечення населення доступністю гарантованого державою обсягу стоматологічної допомоги.

Зміна політико-економічної системи, перехід до ринкових відносин поставили велику частину населення в скрутне фінансове становище. Фактично вона не вписалася в нові господарські відносини. Дефіцит бюджетного фінансування стоматологічних закладів, розвиток альтернативного сектора в стоматології, лібералізація цін на товари і послуги та їх подорожчання створили необхідність перегляду основних позицій стоматологічної служби і визначення ролі та місця цього сектора медицини в існуючій системі охорони здоров'я. Сформувалася необхідність визначитися з пріоритетами, встановити ступінь участі держави в забезпеченні населення доступністю гарантованого державою обсягу стоматологічної допомоги.

8.Формування медичних кадрів і реалізація сучасної концепції їх підготовки.

Основна вимога часу – цільове підвищення досвіду і професіоналізму персоналу системи медичної допомоги, готовності кадрів працювати в сучасних медико-соціальних структурах, запровадження контрактної системи прийому на роботу.

Сьогодні кадри охорони здоров'я є продуктом екстенсивно орієнтованої системи соціалістичної охорони здоров'я. Вимога сучасної економічної ситуації – переорієнтовувати їх на інтенсивні рейки. З цією метою слід вивчити кадровий потенціал і на цій основі провести декомпозицію системи кадрів за розділами і службами стоматологічної допомоги, категоріями персоналу, лікарськими спеціальностями і видами діяльності різних груп персоналу.

Поглиблений структурний аналіз лікарських кадрів дасть змогу оцінити їхню діяльність, забезпечить можливість коректного зіставлення лікарських кадрів України та інших країн з оцінкою істинної забезпеченості населення лікарською допомогою.

9. Реалізація прав медичного персоналу на гідну оплату праці.

Аналіз стану і динаміки заробітної платні працівників охорони здоров'я має істотне значення для оцінки стану фінансування охорони здоров'я в регіонах. За даними Держкомстату (2006 р.), у всіх регіонах країни рівень заробітної платні медичних працівників низький. Стає очевидним, що вирішення питання реалізації "Концепції реформування охорони здоров'я України" без забезпечення гідної оплати праці медичних працівників відповідно до кількості і якості виконаної роботи викликає сумнів.

Висновки

У дослідженні розроблені основні концептуальні напрямки оптимізації комунальних стоматологічних ЛПЗ. Для їх запровадження у практику охорони здоров'я необхідно доповнити її законодавчу і матеріальну базу.

Список літератури

1. *Головинов В.Г., Авдоніна Л.І., Дурагіна Л.Х.* Проблеми епідеміології стоматологічних захворювань // Матеріали I (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України. – К., 1999. – С. 31–32.
2. *Здоров'я* населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 2001–2005 роках: Статистично-аналітичний довідник. – К., 2006. – С. 205.
3. *Кицул И.С., Бахарева А.Е.* Стоматологическая заболеваемость и потребность населения в стоматологических услугах / Под редакцией профессоров Г.М. Гайдарова, В.Г. Васильева. – Иркутск, 2002. – 136 с.
4. *Корчагин В.П.* Финансовое обеспечение здравоохранения. – М.: Эпидавр, 1997. – 268 с.
5. *Меськон М., Альберт М., Хендоури Ф.* Основы менеджмента: Пер. с англ. – М., 1992. – 310 с.
6. *Щорічна* доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік. – К., 2006. – 225 с.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ КОММУНАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В.Д. Чопчик *(Киев)*

На основании изучения организации работы амбулаторно-поликлинических коммунальных учреждений разработаны концептуальные подходы к повышению медико-экономической эффективности стоматологической помощи в системе стоматологических коммунальных учреждений большого города, в основу которых заложено предоставление стоматологических услуг на договорной основе по муниципальным заказам – совокупности услуг прикрепленному населению бесплатно, за счет муниципального бюджета.

CONCEPTUAL DIRECTIONS OF OPTIMIZATION OF SERVICE IN COMMUNAL STOMATOLOGY POLYCLINIC

V.D. Chopchik *(Kyiv)*

On the basis of studying the organization of work of out-patient - polyclinic communal facilities conceptual approaches to increase of medical and economic efficiency of the stomatology service in system of stomatologic municipal facilities of the big city in which basis granting stomatologic services on a contractual basis under municipal orders - sets of services to the attached population free-of-charge is incorporated are developed, due to the municipal budget.

УДК 616-082:338.46.000.34

О.М. ОРДА, В.М. ПОНОМАРЕНКО, В.С. ШВЕЦОВ, В.М. БОДАК, С.В. ІСТОМІН
(Київ)

ПРОБЛЕМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНТРАКТНИХ ДЕРЖАВНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Результати наукових досліджень багатьох вітчизняних авторів, зокрема В.М. Рудого, В.М. Лехан, А.П. Гук, та вивчення досвіду європейських країн вказують на перспективність подальшого розвитку та реформи системи охорони здоров'я шляхом поступового переходу у медичному обслуговуванні до контрактної моделі, яка "базується на засадах регульованого ринку, соціального підприємництва, договірних відносинах та високому ступені автономії постачальників медичних послуг" [6].

Мета роботи – вивчити стан та проблеми формування контрактної моделі медичного обслуговування населення в умовах ринкових відносин у державі.

Методи дослідження – експертний, порівняльно-правовий аналіз, системний аналіз, статистичні.

Для розуміння сутності контрактної моделі медичного обслуговування звернімося до досвіду європейських країн та країн СНД. Впровадження договірних відносин є альтернативною командно-адміністративної моделі керування системою охорони здоров'я. Головною особливістю подання медичної допомоги на договірних засадах є те, що вона орієнтована на ринок розподілу ресурсів, який базується на розмежуванні функцій покупців та виробників медичних послуг, визначення чітких зобов'язань, що створює економічні важелі для виконання цих зобов'язань. Договірна модель передбачає вирішення зазначених нижче концептуальних питань:

1. Децентралізація управління, що дає змогу делегувати частину повноважень від вищих органів управління до закладів.

Розширення повноважень закладів охорони здоров'я є передумовою мобілізації ресурсів для задоволення попиту населення, розподілу фінансових ризиків між покупцями та виробниками медичних послуг. Завдяки такому підходу заклади охорони здоров'я, які подають медичні послуги, стають більш відповідальними за ефективне використання ресурсів.

2. Заклади охорони здоров'я та лікарі стають фінансово відповідальними за подання конкретних медичних послуг за обсягом, якістю та асортиментом відповідно до узгоджених цін.

3. Поліпшення планування діяльності, тобто договірні відносини стають інструментом планування, що забезпечує зв'язок між плануванням та розподілом ресурсів незалежно від того, яке місце у розподілі ресурсів належить ринковим механізмам. Така стратегія планування створює економічні стимули для медичних закладів.

4. Договірні відносини стимулюють пріоритетний розвиток амбулаторно-поліклінічної допомоги.

5. Врахування проблем та потреб регіонів, які не мають змоги подання достатнього обсягу медичної допомоги та попиту на медичні послуги малозабезпечених верств населення при формуванні договірних відносин, що слугують забезпеченню рівності та справедливості у медичному обслуговуванні населення.

6. Участь населення при укладанні договорів сприяє демократизації системи охорони здоров'я, підвищує відповідальність сторін, а також враховує потреби та пріоритети суспільства.

7. Медичні послуги подаються на рівні затверджених клінічних стандартів [2;3].

Слід зазначити, що практика договірних відносин в європейських країнах та країнах СНД дуже різноманітна і відображає різні моделі фінансування (табл. 1) та організації медичної допомоги: фінансування бюджетне (модель Беверіджа), страхова система фінансування (модель Бісмарка), змішана система та перехідний етап до страхової медицини (країни СНД та ЦСЄ) [3;4].

© О.М. Орда, В.М. Пономаренко, В.С. Швецов, В.М. Бодак, С.В. Істомін, 2007

Таблиця 1. **Контрактні моделі медичного обслуговування за методами фінансування у європейських країнах та країнах СНД**

Бюджетна система Бевериджа	Страхова система Бісмарка	Перехідний етап до страхової системи	
		Країни СНД	Країни ЦСЄ
Данія	Австрія	Азербайджан	Албанія
Велика Британія	Бельгія	Білорусь	Болгарія
Ісландія	Люксембург	Грузія	Боснія та Герцеговина
Ірландія	Німеччина	Вірменія	Латвія
Норвегія	Нідерланди	Казахстан	Литва
Фінляндія	Франція	Киргистан	Польща
	Швейцарія	Молдова	Румунія
		Росія	Словаччина
		Таджикистан	Естонія
		Туркменістан	Хорватія
		Узбекистан	Чехія
			Угорщина

Охорона здоров'я в Україні, попри усі декларації щодо реформування її як системи, базується на засадах моделі Семашко. За роки незалежності нашої держави вона фактично стала уламком радянської моделі охорони здоров'я, характерною ознакою якого є "зношеність" матеріально-технічної бази, застаріла медична техніка, переважно у закладах охорони здоров'я, які обслуговують сільське населення, недостатнє фінансування. Обсяги витрат на охорону здоров'я в Україні залишаються нижчими за аналогічні показники у країнах Європейського Союзу. У країнах-членах ЄС вони становлять 8,7% від ВВП. На задоволення потреб пересічного мешканця в Україні витрачається у 12,9 разу менше, ніж у країнах-членах ЄС. При цьому фінансування галузі базується на показниках ресурсного забезпечення (кількість ліжок, медичних працівників), а не на кінцевих результатах роботи щодо надання населенню медичної допомоги. У цій системі практично відсутні економічні регулятори, що суттєво впливає на якість управління на державному та регіональному рівнях. Водночас, зміни в економіці охорони здоров'я відбуваються шляхом позитивної динаміки зростання номінальних обсягів фінансування галузі (з 4398,1 у 2000 р. до 12881,12 млн грн у 2005 р.). Видатки з державного бюджету спрямовуються на першочергове фінансування пріоритетних напрямів в охороні здоров'я: національних, державних програм, централізованих заходів [7]. Отже, на порядку денному постала проблема реформування економічних засад системи охорони здоров'я, спрямованих на створення прозорих фінансово-економічних механізмів цільового призначення та використання коштів, необхідних для реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, що є однією із основних цілей державної політики, визначеної Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України (Указ Президента України, грудень 2000 р. №1313/2000) [1]. Починаючи з 2001 р., з огляду на недосконалість нормативно-правової бази щодо регулювання правових механізмів фінансування та управління Верховна Рада України приймає низку законодавчих актів, які створюють передумови для створення ринку медичних послуг. Так, прийнятий у 2001 р. Бюджетний кодекс, за визначеними приписами, дає змогу отримувати бюджетні кошти закладам охорони здоров'я, які мають статус державного, комунального або приватного підприємства, а також професійним працівникам, які здійснюють медичну практику. На підставі Закону України "Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти" парламент України своєю постановою рекомендує всім рівням виконавчої влади забезпечення реальних перетворень у системі охорони здоров'я. Зокрема, проводити зміни господарсько-правового статусу закладів охорони здоров'я з метою надання їм більшої автономії: забезпечити проведення заходів щодо прискорення розробки і впровадження у медичну практику соціальних нормативів, створення уніфікованих підходів щодо визначення вартості медичних послуг.

У 2004 р. набрали чинності Цивільний та Господарський кодекси України. Положення цих законів дають новий імпульс для реалізації заходів щодо реформування системи охорони здоров'я України. Зокрема, Цивільним кодексом визначено, що договір про надання медичних послуг віднесено до категорії публічних договорів; Господарський кодекс передбачив таку форму діяльності закладів охорони

здоров'я, як державне або комунальне некомерційне підприємство, та на послуги соціального характеру, до яких належать і медичні, встановлюються державні фіксовані або регульовані ціни [7].

Водночас, ці законодавчі акти не охоплюють усіх необхідних правових шляхів для впровадження у галузі ефективних механізмів регулювання фінансування та управління, розвитку договірних відносин. Проблемою центрального і місцевих органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я є надто великий проміжок часу між прийнятими актами і реальним втіленням у життя закріплених у них правових норм. Вирішення її потребує першочергової розробки нових регулюючих нормативних актів та конкретних організаційних заходів адресного та строкового спрямування [5]. При опрацюванні таких документів необхідно чітко визначити сторони, які домовляються про договірні відносини, правовий статус договорів, конкретний вид механізмів укладення договорів, порядок проведення тендерів. Формування ринку медичних послуг передбачає врахування низки чинників, які можуть впливати на якість та доступність медичної допомоги населенню. Серед них такі, як зростання потреб населення у різних видах медичної допомоги у зв'язку з інтенсивним накопиченням хронічних неінфекційних захворювань, що зумовить зростання попиту на медичні послуги [7].Так, за останні п'ять років поширеність захворювань серед населення зросла майже на 17,0%, у тому числі серед дітей – на 13,8%, підлітків – на 14,9%, серед населення працездатного віку – на 12,9%, населення літнього віку – на 25,1%, причому частка населення у віці понад 60 років і старші становить в Україні 21,5%, або 10165,4 тис. осіб. Серед окремих видів патології у період 2000–2005 рр. найбільше зріс рівень поширеності хвороб системи кровообігу (+38,4%), сечостатевої системи (+25,3%), органів травлення (+22,1%), ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду (+17,8%), новоутворень (+17,8%). Слід зазначити, що паралельно зростанню попиту на медичні послуги зростатиме їхня вартість, що зумовлюється розвитком та впровадженням у клінічну практику нових технологій діагностики та лікування (МРТ, КТ, лабораторна, ультразвукова, ендоскопічна, функціональна діагностика, ендоскопічна та мікрохірургія, клітинна та тканинна терапія тощо). Однак найбільшу питому вагу у вартості медичних послуг займає фармакотерапія. При цьому з огляду на досвід європейських країн (ліки співоплачуються пацієнтом за умови перевищення встановленого ліміту їх вартості) [4]. Наприклад, у Нідерландах пацієнти співоплачують до 8% ціни призначених ліків, лишається слабо врегульованим питання щодо оплати вартості ліків, призначених пацієнтам для амбулаторного лікування, оскільки, за винятком окремих контингентів населення, які мають право на пільгові умови відпуску ліків, переважна більшість пацієнтів стовідсотково оплачує їхню вартість. На нашу думку, суттєвим регулятором цієї проблеми можуть бути затверджені Міністерством охорони здоров'я економічно виважені та терапевтично ефективні протоколи медичних технологій. Однак експертний аналіз затверджених протоколів свідчить, що при їх опрацюванні економічна складова враховується недостатньо.

При визначенні правових механізмів договірних відносин щодо закупівлі медичних послуг враховуються і такі чинники:

– зростання пропозицій виробників на медичні послуги, у тому числі на дороговартісні;

– здатність лікувально-профілактичного закладу виконувати заявлений обсяг медичних послуг;

– механізми виключення дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги: первинному, вторинному та третинному, оскільки дублювання дій є дублюванням ресурсів.

Подальше вирішення проблем нормативно-правового забезпечення впровадження контрактної моделі в охороні здоров'я України, з урахуванням існуючих законодавчо закріплених механізмів, потребує удосконалення блоку законодавства, що регулює фінансування і управління, а також визначення характеру та черговості прийняття нормативно-правових актів і практичних заходів, які будуть визначати:

– відповідні повноваження у сфері охорони здоров'я різних рівнів державної влади та місцевого самоврядування;

– зміни правового статусу закладів, що подають медичну допомогу з метою забезпечення самоврядних засад діяльності;

– правовідносини при наданні медичної допомоги, зокрема, пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та її правові співвідношення з вторинним і третинним рівнями медичної допомоги;

– розвиток та реорганізація мережі закладів охорони здоров'я;

– правовий статус та механізми формування контрактних відносин між виробниками і замовниками медичних послуг;

– визначення механізмів раціонального використання фінансових та матеріально-технічних ресурсів;

– збалансування обсягів подання населенню медичних послуг із фінансовими можливостями системи охорони здоров'я;

– розробку та впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я стандартів медичної допомоги;

– розробку та впровадження обґрунтованих державних гарантів надання населенню безоплатної медичної допомоги;

– створення єдиного уніфікованого класифікатора медичних послуг та затвердження державних фіксованих або регульованих цін на медичні послуги.

Висновки

Існуюча нормативно-правова база для створення контрактної моделі медичного обслуговування населення, яка базується на засадах регульованого ринку, соціального підприємництва, договірних відносинах та високому ступені автономії постачальників медичних послуг, потребує подальшого удосконалення блоку законодавства, що регулює фінансування та управління.

Список літератури

1. *Указ* Президента України від 7 грудня 2000 р. №3113/2000 "Концепція розвитку охорони здоров'я населення України". – К., 2000. – 30с.
2. *Магуайр Е., Гендерсон Д., Муні Г.* Економіка охорони здоров'я. – К.: Основи, 1998. – 289с.
3. *Салтман Р.Б., Фигерайс Дж.* Реформы системы здравоохранения в Европе: Пер. с анг. – М.: ГЭОТАР, Медицина, 2000. – С. 432.
4. *Черненко В.Г., Рудий В.М.* Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. – К., 2002. – С. 111.
5. *Лехан В.М.* Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2001. – С. 174.
6. *Основні* шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. – К., 2006. – 160с.
7. *Щорічна* доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік. – К., 2006. – 226с.

ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНТРАКТНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАКУПОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

А.Н. Орда, В.М. Пономаренко, В.С. Швецов, В.М. Бодак, С.В. Истомин *(Киев)*

Раскрыты правовые и организационные проблемы, препятствующие созданию контрактной модели медицинского обслуживания населения, а также обоснована необходимость совершенствования национального законодательства в вопросах финансирования и управления в сфере здравоохранения.

PROBLEMS OF NORMATIVE-LEGAL ENSURING OF CONTRACT STATE PURCHASES OF MEDICAL SERVICES

A.N. Orda, V.S. Shvetsov, V.M. Bodak, S.V. Istomin *(Kiev)*

The legal and organizational problems interfering creation of contract model of health services of the population are explored, and also necessity of perfection of the national legislation of financing and management for sphere of public health is proved.

УДК 614.23:368.06:331.363

В.М. БОГОМАЗ, Н.М. ЛЕЛЮХ (Київ)

ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ДО НАДАННЯ СТРАХОВИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця
ЗАТ "Медичний центр "Добробут"

Медичні кадри – головний ресурс системи охорони здоров'я, здатний набагато підвищити ефективність діяльності галузі і досягати найкращих клінічних результатів. Заходи, спрямовані на постійний професійний розвиток лікарів, мають бути складовою плану діяльності медичного закладу [4;12]. У зв'язку зі швидким розвитком медичної науки провідним фактором підтримки високого рівня якості медичної допомоги в лікарнях є підвищення кваліфікації медичного персоналу без відриву від роботи [7;14;15]. Державне регулювання і політика в галузі підвищення кваліфікації медичних працівників через системи ліцензування, акредитації та атестації можна розглядати як базовий структурний засіб поліпшення якості медичної допомоги [10]. Поняття професійного розвитку персоналу є ширшим, ніж просто професійне навчання, і воно орієнтоване насамперед на розвиток і майбутні потреби медичної установи [4;7;12]. В умовах швидкого старіння теоретичних знань і постійного зростання вимог пацієнтів як споживачів до якості медичної допомоги розвиток персоналу є важливою запорукою розвитку будь-якої медичної установи. Організація професійного розвитку стає однією з основних функцій управління персоналом лікарні.

В умовах реформування системи охорони здоров'я, перспективи запровадження обов'язкового медичного соціального страхування підвищується актуальність питань готовності медичних працівників до надання страхових медичних послуг. Медичне страхування відносять до "важких дітей" страхового ринку України. Згідно з даними аналітичного звіту, станом на 01.01.2006 р. в Україні зареєстровано 398 страховиків, серед яких займалися ризиковими видами страхування 348 організацій [13]. Послуги добровільного медичного страхування надають понад 50 компаній, що, як правило, комбінують медичні страхові продукти з іншими видами страхування. Іноземні страхові компанії через свої представництва в Україні поступово стають активними гравцями на вітчизняному ринку страхових медичних послуг.

Професійний розвиток практичних лікарів в Україні базується на галузевій системі післядипломної освіти передусім у традиційних формах – передатестаційних циклах та циклах тематичного удосконалення. Навчання на таких циклах зосереджено переважно на вдосконаленні теоретичних знань і практичних навичок у вузьких фахових областях, і навчальний процес мало торкається питань організації роботи лікаря в нових суспільно-економічних умовах, зокрема при наданні медичної допомоги за полісами добровільного медичного страхування. Відсутність прямої фінансової зацікавленості лікарів державних і комунальних медичних закладів у наданні страхових медичних послуг є додатковим чинником, який стримує бажання медичних працівників до активної співпраці в системі медичного страхування. У більшості практичних лікарів відсутній достатній обсяг знань з правил функціонування системи медичного страхування, особливостей організації надання медичної допомоги за страховими полісами, вимог до медичної і облікової документації, системи контролю якості наданих послуг. У попередніх публікаціях висвітлено особливості взаємовідносин між лікарем і пацієнтом при наданні медичної допомоги за угодами добровільного медичного страхування, вивчались проблеми оцінки та забезпечення якості страхових медичних послуг [1–3;8;9;11]. Забезпечення ефективної діяльності медичного закладу в сучасних соціально-економічних умовах потребує систематичного цілеспрямованого впливу на рівень професіоналізму медичного персоналу. Розробці програм професійного розвитку лікарів та вивчен-

© В.М. Богомаз, Н.М. Лелюх, 2007

ню процесів підготовки медичних працівників до виконання нових виробничих завдань у вітчизняній практиці приділяється недостатня увага.

Мета дослідження – вивчити особливості підготовки практичних лікарів до надання медичної допомоги за угодами добровільного медичного страхування.

Матеріали та методи дослідження. Об'єктом дослідження був недержавний медичний центр з відділеннями в містах Києві та Ялті, де протягом 2003–2006 рр., згідно з договорами з 20 страховими медичними організаціями, було надано амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу більше ніж у 30000 страхових випадків. До надання медичних послуг застрахованим особам залучалися лікарі 27 медичних спеціальностей. Аналіз власного чотирирічного досвіду підготовки і контролю якості роботи лікарів у системі добровільного медичного страхування виконаний нами з використанням ретроспективного та абстрактно-логічного методів.

Результати досліджень та їх обговорення. Система управління професійним розвитком лікарів включала професійне навчання, підготовку резерву менеджерів по роботі зі страховими медичними організаціями, планування розвитку кар'єри співробітників з урахуванням їхніх персональних потреб. Навчання медичного персоналу розглядалось керівниками як ключовий елемент корпоративної культури і важливий засіб зміцнення конкурентної переваги.

Надання медичних послуг за полісами добровільного медичного страхування потребує багаторівневої взаємодії між страховою компанією та медичним закладом і диктує певні особливості в роботі лікаря [2;11]. Експерти страхових організацій вказували на певні вимоги до фахових, комунікативних та деонтологічних характеристик роботи лікарів [3]. Зберігається невідповідність підготовки спеціалістів: лікарі-експерти страхових компаній не мають необхідної професійної підготовки в різних галузях медицини, а лікарі медичних закладів майже не володіють інформацією про особливості надання медичної допомоги та її фінансування за страховими механізмами. Рішення розпочати додаткову підготовку лікарів медичного центру для роботи із застрахованими пацієнтами викликано досить частими, на початковому етапі, помилками лікарів. Найчастіші помилки можна згрупувати таким чином.

1. Група помилок, що стосується порушень алгоритму дії щодо узгодження страхового випадку:

· Лікар не узгодив зі Страховиком додаткові методи дослідження.

· Лікар призначив додаткове обстеження, що виходить за межі страхового випадку, не попередивши координатора страхової компанії.

2. Помилки в призначеній схемі лікування:

· Призначення лікарських засобів, які не зареєстровані в Україні.

· Поліпрагмазія.

· Орієнтація лікаря виключно на високовартісні медикаменти.

3. Помилки при заповненні медичної та фінансової документації:

· Несвоєчасне заповнення листів консультативних висновків.

· Неуважність при заповненні внутрішньої облікової фінансової документації медичного закладу (талони, замовлення послуг, направлення на обстеження тощо).

· Відсутність даних про страховий поліс у медичній документації закладу.

4. Помилки, що стосуються порушень правил етики та деонтології під час лікарського прийому:

· Лікар не повною мірою пояснив пацієнту підготовку до обстеження, термін прийому лабораторних аналізів тощо.

· Проведення неякісної за тривалістю або умовами консультації (за скаргами застрахованих осіб), продовження консультації за межами кабінету.

· Обговорення недоліків у системі страхування та оцінка дій співробітників страхових компаній з пацієнтом під час консультації.

· Відсутність колегіальності та наступності в роботі лікарів (за скаргами застрахованих осіб).

Спроби знайти в наукових публікаціях готові алгоритми навчання лікарів для роботи в системі медичного страхування не дали результатів. Наш досвід підготовки лікарів різних спеціальностей дає змогу виділити спільні основні етапи цієї роботи в медичному закладі:

· Розробка та створення внутрішніх інформаційних посібників, які в доступній для практичних лікарів формі дають мінімальні теоретичні знання і пояснюють основні страхові терміни.

· Навчання лікарів за розробленим навчальним планом.

· Контроль ефективності навчання шляхом реєстрації і обговорення помилок у роботі, отримання зворотного зв'язку від лікарів–експертів страхових медичних організацій та результатів анкетування пацієнтів.

Навчання лікарів медичного закладу відбувалося в формі зустрічей у міні-групах з 2–3

осіб. На першому занятті у вигляді презентації відбувалось ознайомлення з медичним страхуванням як з одним зі способів фінансування витрат на медичну допомогу. За нашими спостереженнями, близько 70% помилок виникає саме внаслідок того, що лікарі не мають достатньої теоретичної підготовки з питань страхування, плутаються в основних термінах, не маючи попереднього досвіду роботи з фінансовими документами. Для навчальної роботи нами розроблено мінімальний глосарій страхових термінів, який використовується під час підготовки персоналу. Для надійного засвоєння матеріалу підготовлено зрозумілі приклади та ситуаційні задачі. Друге заняття присвячено інформації про вимоги страхових і асистентських компаній, з яким укладено угоди, до оформлення медичної документації під час амбулаторного прийому та при стаціонарному лікуванні; знайомство з алгоритмом узгодження фінансування та виконання лікувально-діагностичного процесу залежно від програми страхування. Під час заняття використовується стандартна медична документація закладу, бланки різних страхових та асистентських компаній. На третьому занятті розглядались типові помилки, зокрема ті, які викликають штрафні санкції з боку страхових організацій. На цьому ж занятті у форматі ділової гри проводилось навчання оформлення страхового випадку і узгодження плану обстеження і схеми лікування. Роль координатора страхової компанії виконував лікар-викладач. Методика аналізу конкретних випадків є найбільш адекватним методом для поліпшення будь-яких аспектів клінічної практики. На четвертому занятті проводився контроль отриманих знань і навичок у вигляді тестів на засвоєння основних термінів та розв'язання ситуаційних задач. Приклади тестів і задачі наводяться на рис. 1, 2. Через місяць самостійної роботи лікаря в медичному закладі разом з лікарем-наставником проводився аналіз ситуацій та труднощів, які виникали під час роботи.

Типова структура заняття: викладач (адміністратор або лікар-куратор) оголошує тему заняття, готує повідомлення за основними тематичними питаннями, використовуючи створену навчальну та інформаційну літературу, презентації, інтерактивне обговорення теми, відповідь на поточні питання. В кінці заняття наставник перевіряє отримані знання за розробленими тестовими питаннями або ситуаційними задачами. Тривалість кожного заняття – 2 академічні години. Умови проведення: кабінет амбулаторного прийому медичного закладу, наявність допоміжної літератури, списку контактних телефонів страхових та асистентських компаній, що співпрацюють з медичним закладом за програмою ДМС, комп'ютеризоване робоче місце лікаря, зразки облікової і медичної документації закладу та страхових організацій.

1. г) телефонуєте пацієнту з проханням надати письмовий дозвіл на розголошення цієї інформації.До Вас на консультацію вперше прийшла застрахована особа, під час заповнення амбулаторної карти пацієнтки Вам необхідні дані її полісу, на що саме Ви будете звертати увагу:
   а) назву страхової компанії;
   б) термін дії полісу;
   в) серію та номер полісу;
   г) прізвище застрахованої особи на полісі;
   д) контактний телефон довіреного лікаря страхової компанії;
   ж) все перераховане;
   з) нічого з перерахованого.
2. Вам телефонує лікар-координатор страхової компанії з проханням надіслати факсом лист консультативного висновку, з обов'язковою інформацією про діагноз та призначене лікування. Ваші дії:
   а) відмовляєте, посилаючись на конфіденційність цієї інформації та збереження лікарської таємниці;
   б) відмовляєтесь, тому що це не входить до Ваших професійних обов'язків;
   в) повідомляєте про прохання Страховика адміністратора поліклініки;
   г) телефонуєте пацієнту з проханням надати письмовий дозвіл на розголошення цієї інформації.

Рис. 1. **Зразки тестових запитань для перевірки засвоєння матеріалу**

Таким чином, для підготовки лікарів ми використовували як традиційні методи навчання на робочих місцях – інструктаж і наставництво, так і характерні для аудиторного навчання методи – міні-лекції, презентації, ділові ігри, ситуаційні задачі. На думку А.И. Вялкова та співавторів, успіх програми професійного навчання на 80% залежить від її підготовки і на 20% від бажання та здібностей учнів. При виборі методів навчання необхідно враховувати відомі принципи навчання дорослих людей, якими є: актуальність предмету навчання, активна участь учня в процесі навчання і можливість використовувати нові знання і навички на практиці, по-

вторення матеріалу для перетворення набутих навичок в уміння, зворотній зв'язок, сприятливий психологічний клімат [7]. У найближчому майбутньому було б доцільно запровадити відомі з досвіду закордонних колег методи групових занять практичних лікарів: обговорення відеозаписів консультацій, аналіз результатів опитування пацієнтів, обговорення "важких" пацієнтів і т.п., що зробило б консультативну роботу лікарів більш ефективною [4].

До Вас на консультацію вперше прийшов пацієнт К, він працює в компанії "КОНСАЛТИНГ". Керівництво компанії "КОНСАЛТИНГ" застрахувало всіх своїх співробітників у страховій компанії "ТУРБОТА" за програмою добровільного медичного страхування. Цілодобово проводить та організовує медичну допомогу застрахованим у компанії "ТУРБОТА" асистентський центр "ДОПОМОГА".

1. Назвіть, хто, за умовами задачі, виступає Страховиком.
2. Назвіть, хто, за умовами задачі, виступає Страхувальником.
3. Назвіть, хто, за умовами задачі, виступає застрахованою особою.
4. Назвіть, хто, за умовами задачі, виступає асистентською компанією.
5. Яка назва буде зазначена на полісі медичного страхування пацієнта?

Рис. 2. **Приклад ситуаційної задачі для перевірки засвоєння матеріалу**

Дистанційне навчання розглядається як одна з важливих освітніх технологій майбутнього, що забезпечить соціальну рівність, а саме створить рівні можливості для отримання медичної інформації незалежно від місця проживання, стану здоров'я і соціального статусу [5]. Хоча управлінці медичних закладів віднесли доступ до глобальної інформаційної мережі до факторів з помірним впливом на можливості навчання практичних лікарів [12], важливість цього ресурсу дедалі зростає. Інтернет-джерела містять достатню інформацію про законодавчу базу з проблем страхування. Електронні версії друкованих видань вже роблять можливим для лікарів вільний доступ до повнотекстових варіантів наукових публікацій на страхову тематику. На жаль, залишається актуальною проблема рівня комп'ютерної грамотності лікарів. Йдеться не тільки про вміння використовувати комп'ютер як друкарську машинку, з чим ситуація поступово покращується, а про володіння програмами планування робочого часу і аналізу виконаної роботи шляхом застосування госпітальних інформаційно-аналітичних систем, використання мережених ресурсів сучасних клінічних рекомендацій та інших баз даних доказової медицини тощо. На досліджуваному об'єкті для освоєння клінічної інформаційно-аналітичної системи лікарями створено спеціальну аудіовізуальну навчальну комп'ютерну програму, що зробило можливою самопідготовку лікарів у зручний для них час.

Проблеми оцінки якості роботи лікарів із застрахованими пацієнтами вже розглядались у попередніх публікаціях [1;3]. Слід зазначити, що досконале знання лікарем основ страхування не звільняє його від обов'язку надавати пацієнту необхідну медичну допомогу відповідно до стану пацієнта, незалежно від фінансових можливостей страховиків. Аналіз накопиченого досвіду висвітлює деякі проблеми, що ускладнюють якісну роботу підготовленого лікаря при наданні страхових медичних послуг:

1. Програми та угоди добровільного медичного страхування часто не містять чітких правил організації надання медичної допомоги і суттєво відрізняються у різних страховиків. Наприклад, є істотні відмінності в правилах організації медикаментозного забезпечення застрахованих осіб.

2. Кількість організацій, що надають послуги медичного страхування, збільшується, змінюються власники відомих компаній, що при зміні операторського персоналу в них періодично порушує встановлені "правила гри" між лікарнею та страховою компанією.

3. Відсутність медико-економічних стандартів і формулярного списку препаратів навіть на найбільш поширені захворювання дає змогу експертам страхових компаній суб'єктивно трактувати доцільність призначення певних методів діагностики і лікування. Для практичних лікарів існує ризик приниження професійного статусу в зв'язку з обмеженнями страховою компанією обсягів і умов надання медичної допомоги.

4. Можливі конфлікти з пацієнтами через невдало вибрану страховою компанією медичну базу для надання допомоги (відсутність необхідного рівня медичних технологій і/або сервісу).

5. Обмеженість доступної вітчизняної навчальної літератури для лікарів з питань забезпечення якості медичної допомоги застрахованим особам.

Медицина – це галузь, в якій провідну роль відіграє "людський фактор", пов'язаний з індивідуальними особливостями не тільки пацієнта, але й лікаря. Постійний професійний роз-

виток триває протягом усього періоду професійної діяльності лікаря, передбачає самовдосконалення фахівця через його участь у формалізованому учбовому процесі та неформальній освітній діяльності, має за мету досягнення рівня знань, досвіду і навичок, відповідних зростаючим запитам пацієнтів і вимогам системи охорони здоров'я [4]. Ми переконались в тому, що істотними перевагами навчання безпосередньо на базі медичного закладу є більша увага до персональних потреб кожного співробітника в навчанні, врахування індивідуального стилю і здібностей до навчання конкретних медичних працівників, швидке реагування на реальні потреби і зауваження замовників медичних послуг.

Як було показано раніше, на можливості навчання та професійного розвитку практичних лікарів найбільше впливають фактори, що відображають ресурси та процеси в медичному закладі, найважливішими серед яких є наявність локальних лідерів, бюджету на освітні витрати, рівень корпоративної культури [12]. Безперервний професійний розвиток потребує стабільного фінансування в межах до 2–5% від прибутків. Ці витрати повинні розглядатись як довгострокові інвестиції в кадрові ресурси. Потреба адміністрації медичного закладу у виконанні навчальної діяльності викликана насамперед фінансовим ризиком неотримання оплати за надані страхові медичні послуги. Навчання лікарів роботі в системі добровільного медичного страхування дає конкурентну перевагу медичному закладу, створює нові можливості отримання фінансування для власного розвитку. Анонімне анкетування засвідчило високий рівень задоволення застрахованих осіб якістю лікування на досліджуваному об'єкті [1].

Враховуючи те, що багато медичних установ наразі мало підготовлені до роботи в системі медичного страхування і не завжди мають можливості для створення навчального середовища, ми вважаємо, що питанням підготовки лікарів до роботи в системі медичного страхування повинно приділятись більше уваги при складанні навчальних планів у закладах післядипломної освіти. На нашу думку, це зменшить неминучий опір змінам, які очікує вітчизняна система охорони здоров'я. В ідеалі добровільне медичне страхування повинно передбачати певний додатковий обсяг якісної медичної допомоги в додаток тому, що гарантуватиме держава через систему обов'язкового медичного страхування. Наразі вітчизняні страховики несуть відповідальність лише за фінансування окремих видів та обсягів медичних послуг для невеликої кількості населення країни, але здійснюючи контроль за виконаннями договірних відносин і частково фінансуючи розвиток медицини в цілому, можуть дати поштовх підвищенню якості медичної допомоги всім верствам населення України.

Висновки

1. Неперервність та практична цілеспрямованість як основні завдання післядипломної медичної освіти за певних обставин можуть бути адекватно реалізовані при освітній діяльності безпосередньо на базі медичних закладів, в тому числі для забезпечення готовності фахівців до надання страхових медичних послуг.

2. Навчання лікарів необхідне для реального поліпшення якості медичної допомоги та отримання додаткових джерел фінансування за рахунок страхових організацій.

Результати цієї роботи можуть широко застосовуватися при розробці програм навчання лікарів у медичних закладах різного рівня. Потреби практичних лікарів у професійному розвитку потребують подальшого вивчення. Оскільки складанню індивідуального плану професійного розвитку лікаря передує аналіз освітніх потреб шляхом самооцінки, існує необхідність наукового дослідження, присвяченого вивченню передового досвіду аналізу та самооцінки власної роботи лікарями.

Сучасний етап розвитку систем якості розглядає її як задоволення вимог і потреб суспільства, власників, споживачів і працівників. З цієї точки зору вивчення очікувань і рівня задоволення не тільки пацієнтів, але й медичних працівників може вказати напрями необхідної реорганізації системи надання медичної допомоги і необхідного додаткового навчання, що дасть змогу поліпшити якість медичної допомоги населенню.

Список літератури

1. *Богомаз В.М.* Оцінка якості медичної допомоги в системі добровільного медичного страхування // Укр. мед. часопис. – 2006. – №1(51). – С. 104–108.
2. *Богомаз В.М., Лелюх Н.М.* Особливості взаємовідносин лікар-пацієнт в системі добровільного медичного страхування // Укр. мед. часопис. – 2006. – №3(53). – С. 60–64.
3. *Богомаз В.М, Лелюх Н.М., Вакуленко Ж.П.* Проблеми зовнішньої оцінки якості медичних послуг, наданих за договорами добровільного медичного страхування // Вісник проблем біології і медицини. – 2006. – Вип. 4. – С. 85–92.

4. Высшая медицинская школа России и Болонский процесс / М.А. Пальцев, Г.М. Перфильева, И.Н. Денисов, Б.М. Чекнев. – Вып. IV. – М.: Изд. дом "Русский врач". – 2005. – 310 с.
5. Вороненко Ю.В., Мінцер О.П. Реформування системи медичної освіти в світлі концепції "суспільство знань" // Укр. мед. часопис. – 2006. – №51. – С. 6–13.
6. Врач и больной: искусство общения / Д. Пендлтон, Т. Скоуфилд, П. Тейт, П. Хавлок. – М.: Практика, 2005. – 150 с.
7. Инновационные технологии управления ресурсами в здравоохранении / Под ред. чл.-кор. РАМН А.И. Вялкова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, – 2001. – 144 с.
8. Линькова И.В., Габуева Л.А. Добровольные виды страхования в здравоохранении: организация, право, экономика. – М.: МЦФЭР, 2001. – 352 с.
9. Медицинское страхование // Страхование / Под ред. проф. В.В. Шахова. – М.: "Анкил", 2002. – С. 385–410 с.
10. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен, Г.И. Галанова. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.
11. Михнова Т.А., Богомаз В.М., Усенко Г.В. Взаимодействие страховой компании и медицинского центра. Пути снижения потребительских рисков // Материалы 5-го международного ялтинского форума участников страхового рынка, Киев, 19–23 сентября 2005 г. – К.: ЛСОУ, 2005. – С. 154–156.
12. Свінціцький А.С., Богомаз В.М. Постійний професійний розвиток лікарів в умовах клінічної практики // Галицький лікарський вісник. – 2006. – Т.13, №3. – С. 89–93.
13. Страхування в Україні. Аналітичний звіт 2006. – К.: УНДІ права та економічних досліджень, 2006. – 63 с.
14. Тульчинский Т.Г., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. – Иерусалим: Amutah for education and Health, 1999. – 1049 с.
15. Carroll J.S., Edmondson A.C. Leading organisational learning in health care // Qual. Saf. Health Care. – 2002. – Vol.11. – P. 51–56.
16. Mazmanian P.E., Davis D.A. Continuing Medical Education and the Physician as a Learner // JAMA. 2002. – Vol. 288. – P. 1057–1060.

ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ К ОКАЗАНИЮ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В.М. Богомаз, Н.Н. Лелюх *(Киев)*

Целью исследования было изучение особенностей подготовки практических врачей к оказанию медицинской помощи по договорам добровольного медицинского страхования. Объектом исследования – негосударственный медицинский центр с отделениями в городах Киеве и Ялте, где на протяжении 2003–2006 гг., согласно договоров с 20 страховыми организациями, была оказана амбулаторная и стационарная медицинская помощь более чем в 30000 страховых случаях врачами 27 медицинских специальностей. Освещены типичные ошибки врачей при оказании страховых медицинских услуг, использованная авторами структура и тематика учебных занятий, приведены примеры тестовых заданий и ситуационных задач для контроля знаний врачей. Сделан вывод о том, что дополнительное обучение врачей на рабочих местах необходимо для реального улучшения качества медицинской помощи и получения дополнительных источников финансирования медицинских заведений за счет страховых организаций.

PROBLEMS CONNECTED WITH PREPARATION OF DOCTORS FOR RENDERING INSURANCE MEDICINE SERVICES

V.M. Bogomaz, N.N. Lelyukh *(Kyiv)*

The goal of the research was to study peculiarities of practitioners' preparation for delivery of health care according to voluntary health insurance agreements. The subject of the research was a private medical center having its affiliates in Kyiv and Yalta, where medical care (outpatient and hospital) was delivered by doctors of 27 specialties due to more than 30 000 insurance events according to agreements with 20 insurance enterprises during the period from 2003 to 2006. Some typical mistakes made by doctors in the course of delivering health care within the bounds of insurance medicine have been highlighted in the project as well as the structure and topics of learning sessions used by authors. There have also been cited some instances of tests and cases for checkup of doctors' knowledge. It has been concluded that an additional training of doctors at their working places is necessary for real quality improvement of medical care delivered and receiving of additional sources of financing of medical institutions at the expense of insurance enterprises.

УДК 614.2.009.93(477)

О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ (Київ)

ПЕРШІ КРОКИ ДО СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В НЕЗАЛЕЖНІЙ УКРАЇНІ (ДОБА ЦЕНТРАЛЬНОЇ РАДИ)

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Лютнева революція в Російській імперії і створення в Києві 17 березня 1917 р. Центральної Ради відкрила нову сторінку в історії України. Проголошення Української Народної Республіки та її становлення потребувало від українських національних сил великого напруження і гігантських зусиль. Виникла необхідність формування внутрішньої і зовнішньої політики України, вирішення економічних та соціальних проблем, проведення аграрної реформи, створення адміністративного апарату в центрі і на місцях, організації збройних сил, правової системи, системи освіти, науки і культури. Ситуація ускладнювалась браком національних кадрів, відсутністю у них адміністративного досвіду, наслідками світової війни, революційними подіями і опором контрреволюційних сил, зруйнованою економікою, проблемами національної освіти та культури, відкритими та прихованими виступами внутрішніх і зовнішніх антиукраїнських, антидержавних сил та їх саботажем і диверсіями.

У колі перерахованих проблем важливе місце посіло створення системи охорони здоров'я, організація медичної та соціальної допомоги мільйонам жертв війни як серед військових, так і мирного населення, біженцям і депортованим, постраждалим від епідемій і голоду.

Мета роботи полягає у вивченні праць українських фахівців у галузі соціальної медицини і охорони громадського здоров'я, відновленні несправедливо забутих імен українських учених та лікарів за даними друкованих джерел і архівних матеріалів, використанні їхнього позитивного досвіду в реформуванні системи охорони здоров'я України в умовах становлення незалежної держави і переходу до ринкових відносин.

Для цього використано історико-аналітичні методи, адекватні поставленим завданням.

Серед українських лікарів було чимало національно свідомих патріотів, з яких одні боролись за самостійну Україну, інші – з піднесенням зустріли революцію і відновлення української державності. Поруч з лікарями-політиками до будівництва Української держави і системи охорони здоров'я приступило багато з тих лікарів-професіоналів і громадських діячів, що сформувались у лавах земської, міської та університетської медицини і зробили свій внесок у становлення і розвиток соціальної медицини.

Коли у березні 1917 р. було утворено Центральну Раду, до її першого складу увійшли вчені-лікарі – акушер-гінеколог Олександр Крупський (1875–1943), репресований у 1937 р., і фтизіатр Андрій Журавель (1892–1938), розстріляний радянською владою. Разом з ними у перших зборах Центральної Ради взяв участь Ю. Вороний, який у 1933 р. першим у світі зробив трансплантацію нирки хворій з гострим отруєнням [3;4].

Розбудова системи охорони здоров'я у буремні революційні роки розпочиналась знизу. Турбуючись про здоров'я народу, видатний учений-мікробіолог професор Данило Заболотний 6 серпня 1917 р. опублікував "Лист до селян про народне здоров'я", в якому писав: "В цю трудну для всіх годину, коли сам нарід складає своє життя і будує свою долю, – кожний громадянин повинен пам'ятати, що щастя і багатство залежить від нього самого... Здобули волю, здобудем землю, засяє над людьми просвіта, але треба захистити нарід від лихих слабостів, котрі у нас доводять до смерті в два, три рази більше людей, як у других народів" [3].

12 жовтня 1917 р. з ініціативи Спілки українських лікарів у Києві в приміщенні Педагогічного музею проведено Всеукраїнський лікарський з'їзд, на якому були широко представлені лікарські та фельдшерські організації України.

Навіть перелік заслуханих доповідей свідчить про їхню соціально-медичну спрямованість і намагання створити в Україні сучасну систему охорони здоров'я:

© О.М. Ціборовський, 2007

· Загальний стан реформи медико-санітарної справи на Україні (Є.Т. Дяченко).

· Утворення медико-санітарної крайової організації на Україні (Б.П. Матюшенко).

· Організація судових лікарів в українських судових установах (Супруненко).

· Організація подачі медичної допомоги селянам на Україні (Супруненко).

· Положення про реформу середньої медичної освіти на Україні (С.Л. Тимофієв).

· Справа розповсюдження гігієнічних відомостей на Україні (М.А. Кудрицький).

· Про наукову і популярну літературу на Україні (О.Г. Черняхівський).

На цьому з'їзді створено Всеукраїнську спілку лікарів і обрано її тимчасову Президію, перед якою поставлено завдання: "...бути осередком, до якого горнулись би усі лікарські сили України; витворювати медичну термінологію, видавати медичні книжки та часописи, організувати медичні школи, проводити українізацію громадських та урядових медичних установ" [3].

Від цивільних лікарів не відставали військові, які 12–14 жовтня 1917 р. провели у Києві Всеукраїнський військовий лікарський з'їзд.

Перший Крайовий медично-санітарний з'їзд України, який відбувся 16–19 жовтня 1917 р. у Києві, мав організаційний характер. На ньому зібрались представники лікарів з усієї території України, серед яких абсолютну більшість становили неукраїнці. З доповіддю "Утворення Крайового медично-санітарного органа при Генеральному Секретаріатові Української Центральної Ради" виступив О.В. Корчак-Чепурківський. За підтримки кільканадцяти лікарів-українців з'їзд прийняв резолюцію про необхідність створення Крайової Медико-Санітарної Ради, схвалив запропонований Статут її.

Генеральний Секретаріат затвердив статут Крайової Медико-Санітарної Ради, яка стала першим державним органом охорони здоров'я України. До її складу увійшли Борис Матюшенко (голова), Овксентій Корчак-Чепурківський і Юрій Меленевський.

Борис Матюшенко (1883–1944), який зробив великий внесок в організацію медико-санітарної служби УНР і Української Держави, народився в сім'ї полковника у Києві (за іншими даними в Петербурзі), де одержав гімназичну і вищу медичну освіту. У 1903–1906 рр. він був активним членом Революційної української партії (РУП), а потім членом виконавчого комітету Української соціал-демократичної партії (УСДП). У 1919 був членом української делегації на світову конференцію в Парижі та головою Закордонного бюро Українського Червоного Хреста (УЧХ) до 1921 р. В еміграції став професором кафедр гігієни Українського вільного університету (УВУ) у Празі та Української господарської академії в Подєбрадах. Б. Матюшенко добився від чехословацького уряду фінансової допомоги українським лікарям та інституціям, організував Спілку українських лікарів у Чехословаччині (1922–1945) і почав видавати "Український медичний вісник" (1922–1925). Він був членом Українського наукового інституту в Берліні, дійсним членом Наукового Товариства ім. Т.Г. Шевченка у Львові, взяв участь в організації Всеслов'янського лікарського союзу і виступав з доповідями на слов'янських наукових з'їздах. Від імені Спілки українських лікарів у Чехословаччині він брав участь в організації двох українських наукових з'їздах у Празі в 1926 і 1932 рр., де на першому з них виголосив доповіді "Зміни здоров'я українського народу під впливом війни і революції" та "Сучасна організація медично-санітарної служби на Україні". Він був автором праць "Соціальна гігієна" і "Проблеми старіння і відмолодження у світі сучасних біологічних досвідів", співредактором "Медичного латинсько-українського словника" доктора Мартирія Галина (1926), який зробив вагомий внесок у становлення української медичної термінології [3–5].

Діяльність Б. Матюшенка, особливо в період формування системи охорони громадського здоров'я України, дає змогу вважати його провідним діячем української соціальної медицини, а також одним з перших дослідників у галузі геронтології.

За попередньою традицією Крайова Медико-Санітарна Рада була перетворена у Головну Медико-Санітарну Управу при Генеральному Секретаріаті внутрішніх справ.

Про її завдання свідчить постанова Ради Народних Міністрів УНР від 12 березня 1918 р., підписана головою РНМ В. Голубовичем:

1. Всі питання, що стосуються народного здоров'я і державного опікування та виникають у різних міністерствах, повинні розв'язуватись згідно із загальним планом медико-санітарної політики Держави, який виробляється при ближчій участі представників громадської медицини Головною медико-санітарною управою при Міністерстві внутрішніх справ.

2. Головній медико-санітарній управі належить стежити за тим, аби медико-санітарні відділи різних міністерств, крім Міністерства військового в його оперативній частині, погоджували свою діяльність з напрямком медико-

санітарної роботи, який подається Головною медико-санітарною управою.

3. Маючи на увазі, що із закінченням війни всі медико-санітарні установи, які обслуговують військо, мусять бути використані на потребу мирного цивільного населення, розроблення і реалізація плану демобілізації медико-санітарних установ (як військових, так і громадських організацій) повинні проводитись при найближчій участі вищого органу по завідуванню цивільною медициною – Головною медико-санітарною управою, тому всяке розпорядження міністерств Української Республіки щодо зміни в стані медико-санітарних установ, особливо ліквідації їх, не може переводитись без порозуміння з Головною медико-санітарною управою Міністерства внутрішніх справ" [6].

Виконання цих завдань вимагало від Головної медико-санітарної управи різнобічної діяльності з організації охорони здоров'я цивільного населення, разом з Військовим міністерством забезпечувати санітарну опіку торговельного флоту, брати участь у репатріації українських громадян, допомагати полоненим і біженцям, співпрацювати з Міністерством торгівлі і промисловості у справі придбання ліків та інших медичних товарів. Одночасно проводились заходи, спрямовані на опрацювання української медичної термінології, становлення української медичної преси, розвиток української медичної освіти і науки.

При Управі було утворено Термінологічну комісію, яку очолив доктор **Мартирій Галин** (1856–1943). На початку XX ст. він працював головним хірургом Київського військового шпиталю, став одним із засновників і найбільш активних членів Українського Наукового Товариства у Києві (1907) і головою його природничо-лікарської секції (1908). 17 лютого 1908 р. М. Галин виголосив першу медичну доповідь українською мовою, яка стала першою українською науково-медичною публікацією в "Записках Українського Наукового Товариства у Києві". Разом з О. Черняхівським він організував перше медичне видання українською мовою – "Збірник праць медичної секції Українського Наукового Товариства у Києві" – і видав три томи цього збірника (1910, 1912, 1913). Одним із перших М.Галин почав опрацьовувати українську термінологію і очолив термінологічну комісію спочатку при УНТ, а потім – при Головній медико-санітарній управі і Міністерстві народного здоров'я й опікування. Під час національно-визвольної війни він був одним з керівників військової медицини, генерал-хорунжим санітарної служби Української армії, з 1920 р. перебував в еміграції у Бессарабії. У 1926 р. видав у Празі свій відомий латинсько-український медичний словник, друкував свої праці у виданнях Українського наукового інституту в Берліні, з 1933 р. був член-кореспондентом Українського Лікарського товариства у Львові [4;5].

15 січня 1918 р. у Києві вийшов з друку часопис "Українські медичні вісті" – перше українське періодичне видання на Наддніпрянській Україні, редакцію якого очолив Євмен Лукасевич. У цьому числі опубліковано відому статтю Овксентія Корчака-Чепурківського "Наші завдання часу", серед яких він назвав найголовнішим "утворити українську національну медицину як науку і як практичну галузь наукового знання...".

Важливим завданням уряду УНР, який у незалежній Україні одержав назву Ради Народних Міністрів, було упорядкування структури і діяльності не тільки цивільних, а й військових медичних інституцій. Цю роботу довелось очолити молодому зауряд-лікарю **Дмитру Антоновичу Одрині** (1892–1919), який народився в селі Телешівці Білоцерківського повіту на Київщині в бідній, але освіченій селянській сім'ї нащадків козацького роду. Початкову освіту він одержав у церковно-парафіяльній школі та в земському училищі, у 1905 р. вступив до Київської земської фельдшерської школи, яку закінчив у 1909 р. найкращим учнем. Працюючи фельдшером у сільській земській лікарні і займаючись самоосвітою, Д.А. Одрина опанував гімназійний курс, екстерном склав екзамен у Житомирській гімназії і в 1913 р. вступив на медичний факультет Київського університету, який закінчив у 1916 р. за програмою воєнного часу.

Ще в університеті він бере активну участь у громадсько-політичній роботі, очолює Студентську українську громаду, стає одним з організаторів і керівників Української партії соціалістів-революціонерів.

Під час війни він добровольцем пішов до війська і служив лікарем санітарного потягу, брав участь в українізації військ Південно-Західного фронту, організації в армії перших українських санітарних пунктів.

У період становлення УНР Д.А. Одрина був членом Центральної Ради, працював в її секретаріаті, став помічником генерального секретаря військових справ Симона Петлюри з військово-санітарних справ.

Коли в жовтні 1917 р. Перший Всеукраїнський військовий лікарський з'їзд об'єднав свою роботу з Крайовим медико-санітарним з'їздом України, Д.А. Одрина виступив на ньому з до-

повіддю "Організація медично-санітарного органу при Генеральному Українському Військовому Комітетові". З'їзд ухвалив заснувати Генеральну військову українську медико-санітарну управу, яку очолив Д.А. Одрина [1;5].

Хоча генерал М. Галин у своїх спогадах критикує недосвідченість молодого лікаря і некомпетентність його помічників у військово-санітарних справах, що заважало їм подолати розгардіяш у них, треба визнати, що в тих складних умовах Д.А.Одрина виявив чудові організаційні здібності, і не його вина в тих бідах, що перешкоджали не тільки організації військово-санітарної служби, а й призвели до розвалу Української армії [2].

За Гетьманату Д.А. Одрина як член Центральної Ради і Української партії соціалістів-революціонерів перебував в опозиції, працював завідувачем санітарного відділу Київської губерніальної народної управи, яку на той час очолив Симон Петлюра, і разом з ним був арештований гетьманським урядом. Він взяв участь у протигетьманському повстанні, а після його перемоги почав відновлювати роботу Головного військово-санітарного управління і військово-санітарної служби Української армії.

Як керівник партії українських есерів Д.А. Одрина був заступником голови Трудового конгресу України, який відбувся 19–28 січня 1919 р., проголосив Акт соборності України і прийняв Конституцію УНР.

Ще 9 січня 1919 р. постановою Ради Народних Міністрів УНР він був призначений міністром народного здоров'я й опікування і заступником голови Ради Народних Міністрів [7].

У витоків військово-санітарної служби Української армії, крім Дмитра Одрини і Мартирія Галина, які уособлювали енергію молодості і мудрість зрілого віку, стояли Василь Совачів, Юрій Добриловський, Микола Нездійминога, доктор Дайна.

Василь Совачів (1876–1924) народився у м. Прилуках на Полтавщині (нині Чернігівська обл.) в родині священика; середню освіту здобув у Прилуцькій гімназії, вищу – на медичному факультеті Київського університету св. Володимира. Студентом належав до Молодої громади, був головою цього товариства, двічі заарештований. Після закінчення університету працював у Вільні. Під час російсько-японської війни був військовим лікарем, а після неї служив у Калузі, Петрограді, Москві, брав участь у Першій світовій війні. Революція 1917 р. застала його на військовій службі у Чернівцях, звідки він виїхав до Голти, де займався українізацією 17-го полку, створенням козацького університету. За викликом Центральної Ради виїхав до Києва, де В. Совачів взяв участь у створенні військово-санітарної служби УНР, а під час першої більшовицької окупації виїхав на Прилуччину, де у с. Гурівці організував народний університет, філію "Просвіти". Після визволення Києва повернувся до столиці, працював у шпиталях, разом з Миколою Міхновським брав участь у діяльності партії хліборобів-демократів.

За Директорії В. Совачів був Головноуповноваженим Міністерства народного здоров'я й опікування і референтом з санітарії, потім очолив Санітарну управу Армії УНР і працював у Головній управі Українського Червоного Хреста, а згодом був членом Ради Міністра. Після поразки визвольних змагань оселився в Галичині, працював лікарем українського курорту в с. Підлютому. Помер від висипного тифу, лікуючи селян під час епідемії [3;5].

Юрій Добриловський (1891–1955) здобув медичну освіту в Київському університеті св. Володимира. Під час визвольних змагань був полковим лікарем 2-го Запорізького полку, дивізійним лікарем 1-ої Запорізької і 3-ої Залізної дивізії, а потім начальником санітарної служби армії УНР. Після війни емігрував у Чехословаччину, де працював лікарем-гінекологом, був активним членом Спілки українських лікарів у Чехословаччині, а в 1935–1940 рр. очолював цю спілку [3;5].

Микола Нездійминога (1895–1963) народився у м. Кобеляках на Полтавщині в патріотичній українській родині, яка дотримувалась давніх козацьких звичаїв. У 1915 р. закінчив гімназію із золотою медаллю і вступив на медичний факультет Київського університету св. Володимира. У 1917 р. виконував обов'язки лікарського помічника (фельдшера) українського студентського куреня, потім служив у Санітарній управі армії УНР, в Синьому полку 3-ої Залізної дивізії. У 1920 р. потрапив до табору інтернованих у Вадовицях (Польща), потім нелегально перейшов у Чехословаччину і для продовження навчання вступив на медичний факультет Празького університету. Після отримання диплому проходив практику у шпиталях Праги і одночасно працював асистентом проф. І. Горбачевського на кафедрі хімії Українського вільного університету в Празі.

З 1923 р. М. Нездійминога очолював санаторії для туберкульозних хворих у Словаччині, а потім був окружним лікарем у м. Шведлярі. Після Другої світової війни він працював у Німеччині і США, брав активну участь у діяльності українських громадських організацій [5].

До роботи Санітарної управи армії УНР були залучені і кращі фахівці київських лікарень та

Київського військового шпиталю на чолі з його головним лікарем генерал-хорунжим санітарної служби Мартирієм Галиним. Серед них були майбутні будівничі української медичної науки Олександр і Євген Черняхівські, Євмен Лукасевич, Андрій Іскра.

Олександр Черняхівський (1869–1939) народився в с. Мазепинцях Васильківського повіту на Київщині (нині Білоцерківський район) у родині парафіяльного священика, середню освіту отримав у 3-тій Київській гімназії і вступив на медичний факультет Київського університету св. Володимира. Ще в гімназійні та студентські часи сформувався світогляд О. Черняхівського як українського інтелігента-патріота. Він був членом студентського Товариства Тарасівців, захоплювався українською та світовою літературою, вивчав іноземні мови, зблизився з українським літературним гуртком "Плеяда", перекладав на українську мову твори Ф. Шіллера, Г. Гейне та інших німецьких письменників. У цьому гуртку О. Черняхівський познайомився з донькою Михайла Старицького – Людмилою, яка стала його дружиною, відомою українською письменницею і громадською діячкою.

Спочатку він працював лаборантом кафедри фізичної хімії у проф. С. Реформатського, у 1893 р. отримав диплом доктора медицини, з 1896 р. став помічником прозектора на кафедрі гістології, де досконало оволодів тогочасними методами мікроскопічної техніки. Деякий час О. Черняхівський був клінічним ординатором Київського військового шпиталю, де працював з Мартирієм Галиним і своїм учителем в галузі гістології Федором Ломінським. Його перші статті на медичні теми були опубліковані українською мовою в Галичині. Ще в 1894 р. у львівській газеті "Зоря" вийшла серія статей "Нарис сучасного вчення про бактерії", а пізніше низка науково-медичних статей О. Черняхівського побачила світ у виданнях Наукового Товариства ім. Т.Г. Шевченка у Львові, а в 1899 р. він був обраний дійсним членом цього товариства – одним із перших з 15 дійсних членів Математично-природописно-лікарської секції.

О. Черняхівський був одним з ініціаторів видання наукової медичної літератури українською мовою на Великій Україні, у 1910 р. разом з М. Галиним став редагувати перше в Києві науково-медичне видання українською мовою – "Збірник медичної секції Українського Наукового Товариства в Києві".

Вагому роль в утвердженні української мови в науці відіграла доповідь О. Черняхівського "Про наукову і популярну літературу на Україні", виголошена на Всеукраїнському лікарському з'їзді 12 жовтня 1917 р. і опублікована в "Українських медичних вістях" (Ч.1) у 1918 р. У серпні 1918 р. він взяв активну участь у створенні першого в історії українського медичного факультету в Українському народному (потім – державному) університеті у Києві, очолив у ньому кафедру гістології.

У 1919 р. за Директорії за пропозицією Головноуповноваженого Міністерства народного здоров'я й опікування В. Совачіва проф. О. Черняхівський був залучений до роботи у міністерстві як референт з опікування, потім очолив цей департамент, а у 1920 р. деякий час під час відсутності міністра С. Стемповського і його товариша О. Білоуса керував міністерством [8].

З 1919 р. до 1929 р. О. Черняхівський завідував кафедрою гістології та ембріології Київського медичного інституту, став одним з перших медиків-членів Всеукраїнської Академії Наук, членом її Президії і головою медичної секції. Працював над українською медичною термінологією, разом з Ф. Цешківським був співредактором "Анатомічного словника", виданого у Києві 1925 р., членом редколегії збірника "Українські медичні вісті".

27 грудня 1929 р. О. Черняхівський разом зі своєю дружиною Людмилою Старицькою-Черняхівською, другом академіком Сергієм Єфремовим та іншими видатними діячами української науки і культури був заарештований за сфабрикованою справою Спілки визволення України, звинувачений у шпигунстві і 19 жовтня 1930 р. засуджений на 5 років позбавлення волі та 2 роки позбавлення прав. Через деякий час Черняхівським вдалось звільнитись, але їх виселили в Донецьк, де О. Черняхівський взяв участь в організації медичного інституту, а його єдину дочку Вероніку замордовано в катівнях НКВД у 1938 р. [4;5].

Євген Черняхівський (1873–1938) – брат Олександра – теж навчався у 3-й Київській гімназії, після закінчення якої вступив на медичний факультет Київського університету св. Володимира. Як і старший брат, він ще студентом брав участь у діяльності українських громадських організацій, незважаючи на тотальну русифікацію, плекав українську мову, добивався рівноправності в її вживанні в освітній, лікарській та науковій діяльності.

У 1898 р. Є. Черняхівський отримав диплом лікаря і почав працювати інтерном у хірургічному відділенні Олександрійської лікарні м. Києва. Після закінчення інтернатури його залишено позаштатним ординатором і завідувачем хірургічного інфекційного відділення. На

цій посаді він почав свою наукову роботу, підготував і у 1910 р. блискуче захистив дисертацію на ступінь доктора медицини.

Коли в 1906 р. в Києві організувалось Українське Наукове Товариство, Є. Черняхівський став його активним членом, виступав з доповідями українською мовою. Його праці у "Збірнику медичної секції УНТ" були в числі перших науково-медичних публікацій українською мовою в Наддніпрянщині.

У серпні 1918 р. Є. Черняхівський став одним з організаторів першого українського медичного факультету як професор і завідувач кафедри клінічної хірургії, а з 1920 р. став першим директором Київського медичного інституту, був заступником голови медичної секції ВУАН, з 1923 до 1929 р. завідував кафедрою факультетської хірургії. Є. Черняхівський був видатним фахівцем у галузі серцево-судинної і гнійної хірургії, трансплантації нирок, автором новаторських праць і посібників. Він зробив вагомий внесок у створення української медичної термінології, разом з О. Черняхівським був редактором "Практичного словника медичної термінології", виданого у Харкові 1931 р., але ім'я братів у ньому не були навіть згадані, оскільки після арешту О. Черняхівського його брата було усунено з роботи. Він прожив ще 9 років і помер у забутті у віці 65 років [4;5].

У січні 1918 р. влада у Києві тимчасово перейшла у руки більшовиків. Для управління охороною здоров'я в столиці при Київській раді робітничих депутатів було створено спеціальну трійку. Про рівень свідчить її склад: фельдшер Подкамінер, студент-медик С. Урин і курсистка-медичка О.І. Масальська. А в лютому при Київській раді робітничих і селянських депутатів було організовано медико-санітарний відділ [3].

Після визволення Києва 18 квітня 1918 р. з ініціативи українських лікарів, які працювали в Російському Червоному Хресті, було скликано установчий з'їзд Українського Червоного Хреста. Обрано його Управу, яку очолили Євмен Лукасевич, Борис Матюшенко, Василь Наливайко, створено філії Українського Червоного Хреста у різних містах України.

Євмен Лукасевич (1871–1929) народився у селі Білому (Галичина) в родині священика. Медичні студії розпочав у Львові, продовжив у Відні, а закінчив у Цюриху (Швейцарія), оскільки був виключений з Віденського університету за участь у студентських політичних виступах. Після закінчення освіти виїхав на Наддніпрянську Україну, у 1905 р. нострифікував свій диплом у Харкові, а потім осів як практичний лікар у Києві, де працював до 1919 р. Тут зійшовся з колом української інтелігенції, брав активну участь в роботі українських організацій, працював у медичній секції Українського Наукового Товариства, зокрема в її Термінологічній комісії, а з початком Першої світової війни був мобілізований до війська.

Після революції він був обраний заступником голови Всеукраїнської спілки українських лікарів, став головним редактором часопису "Українські медичні вісті", одним із засновників і членом Центрального комітету Українського Червоного Хреста. Наприкінці 1918 р. виїхав за кордон як голова української дипломатичної місії у Швейцарії. Підготував і видав інформаційний довідник про Україну, здобув авторитет і пошану на дипломатичній роботі, але в 1919 р. покинув її, поселився спочатку в Чехословаччині, а потім у Варшаві, де зайнявся приватною практикою, став членом Українського Лікарського Товариства, займався питаннями медичної термінології та медичної етнографії [4;5]. Але у 1921 р. він двічі залучався до роботи в Міністерстві народного здоров'я й опікування, був міністром і товаришем міністра.

Василь Наливайко (1887–1938) народився у селі Северинівці на Поділлі, середню освіту здобув у Кам'янці-Подільському, а вищу медичну – у Томську та Одесі. Під час визвольних змагань займав високі лікарські посади в Українській армії. Будучи членом головної управи Українського Червоного Хреста, керував санітарним відділом. У 1920 р., інтернований у Польщі, лікував хворих емігрантів, брав участь в організації та проведенні курсів медсестер. У 1921–1922 рр. працював лікарем у Біловезькій Пущі, боровся з пошестями у Пінську, Дорогичині, Бересті. У 1923 р. переїхав до Чехословаччини, працював в університетських клініках, брав участь в організації та роботі Спілки українських лікарів у Чехословаччині. Разом з професором Б. Матюшенком видав "Латинсько-український медичний словник" М. Галина (1926). Протягом 1926–1929 рр. працював шеф-хірургом у державному шпиталі в Скадарі (Албанія), потім подорожував Палестиною та Єгиптом, у 1936 р. опублікував свої враження у книгах "По Святій землі" та "Жиди в Палестині" [3;5].

Висновки

Доба Центральної Ради була короткою і закінчилась після гетьманського перевороту 28 квітня 1918 р. Ці буремні часи останніх років Першої світової війни, початку революції і становлення української державності відзначались намаганням створити інфраструктуру системи охорони здоров'я молодої держави і вирі-

шенням нагальних проблем у цих складних умовах.

Виконуючи свій патріотичний і професійний обов'язок, за цю справу зразу взялись видатні організатори охорони здоров'я – майбутні міністри Борис Матюшенко, Овксентій Корчак-Чепурківський, Дмитро Одрина, Євмен Лукасевич, відомі лікарі і вчені – мікробіолог і епідеміолог Данило Заболотний, гістолог Олександр Черняхівський, хірурги Мартирій Галин і Євген Черняхівський, акушер-гінеколог Олександр Крупський, фтизіатр Андрій Журавель та інші, які прославили українську медичну науку і практику.

Керуючись соціально-медичними ідеями, більшість з них продовжили свою конструктивну організаційну роботу на варті народного здоров'я в не менш складних умовах інтервенції агресивних сусідів, громадянської війни і руїни народного господарства в добу Української Держави гетьмана Павла Скоропадського і відновлення Української Народної Республіки під керівництвом Директорії.

Список літератури

1. *Бойчак М.П.* Дмитро Одрина – перший начальник військово-медичної служби Української армії і міністр народного здоров'я та опікування Української Народної республіки (До 110-річчя від дня народження) // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – №1. – С. 70–84.
2. *Галин Мартирій*. Спостереження і вражання військового лікаря з часів Великої війни і революції // За державність. – 1934. Зб. 7. – С. 184–185.
3. *Ганіткевич Ярослав.* Історія української медицини в датах та іменах. – Львів, 2004. – 364 с.
4. *Ганіткевич Ярослав.* Українські лікарі-вчені першої половини XX ст. та їхні наукові школи. – Львів, 2002. – 542 с.
5. *Пундій Павло.* Українські лікарі: Біобібліографічний довідник. – Книга І. Естафета поколінь національного відродження. – Львів-Чикаго, 1994. – 327 с.
6. *ЦДАВОВУ України.* – Фонд 1035. – Опис 1. – Справа 4. – Арк. 1.
7. *ЦДАВОВУ України.* – Фонд 1604. – Опис 2. – Справа 4. – Арк. 209–323.
8. *ЦДАВОВУ України.* – Фонд 1604. – Опис 2. – Справа 19. – Арк. 3–4.

ПЕРВЫЕ ШАГИ СТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В НЕЗАВИСИМОЙ УКРАИНЕ (ПЕРИОД ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАДЫ)

О.М. Циборовский *(Киев)*

Освещено начало становления общественного здравоохранения в независимой Украине периода Центральной Рады. Показана роль прогрессивных врачей-патриотов в этом процессе.

FIRST STEPS OF BECOMING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM IN INDEPENDENT UKRAINE (THE PERIOD OF CENTRAL COUNCIL)

O.M. Tsiborovsky *(Kyiv)*

The beginning of becoming of public health in independent Ukraine of the period of Central Council is covered. The role of progressive doctors - patriots in this process is shown.

УДК 614.2:006.44(477)

В.М. ПОНОМАРЕНКО, Г.А. СЛАБКИЙ, Е.А. ДУДІНА, О.А. ВАЛІЄВ (Київ)

ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ КЛІНІЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ / МЕДИЧНИХ СТАНДАРТІВ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

У всьому світі продовжується розробка лікувально-діагностичних технологій, які ґрунтуються на даних надійних досліджень [1;7]. Для інтеграції нового знання в клінічну практику і в процес ухвалення рішення були введені клінічне керівництво (КР) і клінічні стандарти (КС), розроблені методики їх створення [8]. КР підсумовують кращі з необхідних для ухвалення рішення підтверджених даних при конкретній клінічній проблемі. Медичний стандарт (МС) визначають як впорядковану послідовність тих, що відображають досягнення науки і практики діагностичних і лікувальних заходів у поєднанні з оцінкою ефективності медичної допомоги на основі об'єктивних критеріїв і термінів спостереження. МС – це вимога, яка повинна неухильно виконуватися. В даний час стандартизація є найважливішим компонентом єдиного процесу управління охороною здоров'я в багатьох країнах світу [9;12;13].

У системі охорони здоров'я України процес стандартизації почався з 80-х років минулого сторіччя з розробки "Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностико-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в ЛПУ України" і "Тимчасових стандартів об'ємів діагностичних досліджень, лікувальних заходів і критеріїв якості лікування дітей" [6;10;11;13]. Надалі розвитку стандартизації в Україні сприяло ухвалення в 2000 р. Закону України "Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії", у виконання якого були розроблені нормативи надання медичної допомоги і клінічні протоколи при окремих захворюваннях [4;5;6].

Проте питання стандартизації надання медичної допомоги в Україні все ще залишаються недостатньо вирішеними, а робота, що проводиться в даному напрямі, має безсистемний характер: практично відсутня методологія розробки КР і КС, а розроблені медичні стандарти і клінічні протоколи не враховують дані існуючих надійних досліджень [3].

Розробка клінічних рекомендацій / медичних стандартів є тривалим і дорогим процесом, тому в багатьох країнах світу адаптують вже розроблені в інших державах КР/МС, щоб не розтрачувати даремно ресурси [1;3;12]. Сьогодні в Інтернеті у відкритому доступі є КР високої методологічної якості з основних нозологій [1].

Мета роботи – розробити систему адаптації клінічних рекомендацій / медичних стандартів, які підготовлені провідними центрами стандартизації у сфері охорони здоров'я у світі, до національної системи охорони здоров'я України.

Методи роботи: інформаційно-історичний, за допомогою якого вивчений міжнародний досвід розробки / адаптації клінічних рекомендацій / медичних стандартів, а також метод системного аналізу, який дозволив розробити функціонально-організаційну модель адаптації клінічних рекомендацій / медичних стандартів до національної системи охорони здоров'я.

Результати дослідження. Технологія адаптації КР/МС сформована з урахуванням наявного зарубіжного і вітчизняного досвіду по їх формуванню, наукових публікацій і діючих нормативно-правових документів, що визначають принципи управління якістю медичної допомоги. Процес адаптації КР/МС включає створення Української мережі з адаптації (розробки) КР/МС (рис 1.).

Українська мережа адаптації (розробки) КР/МС складається з представників професійних медичних асоціацій, профільних НДІ МЗ і АМН, університетів України, головних фахівців МОЗ, організацій пацієнтів і недержавних організацій, які займаються питаннями організації медичної допомоги пацієнтам.

Організуюча і координуюча функції на національному рівні з адаптації (розробці) КР/

© В.М. Пономаренко, Г.А. Слабкий, Е.А. Дудіна, О.А. Валієв, 2007

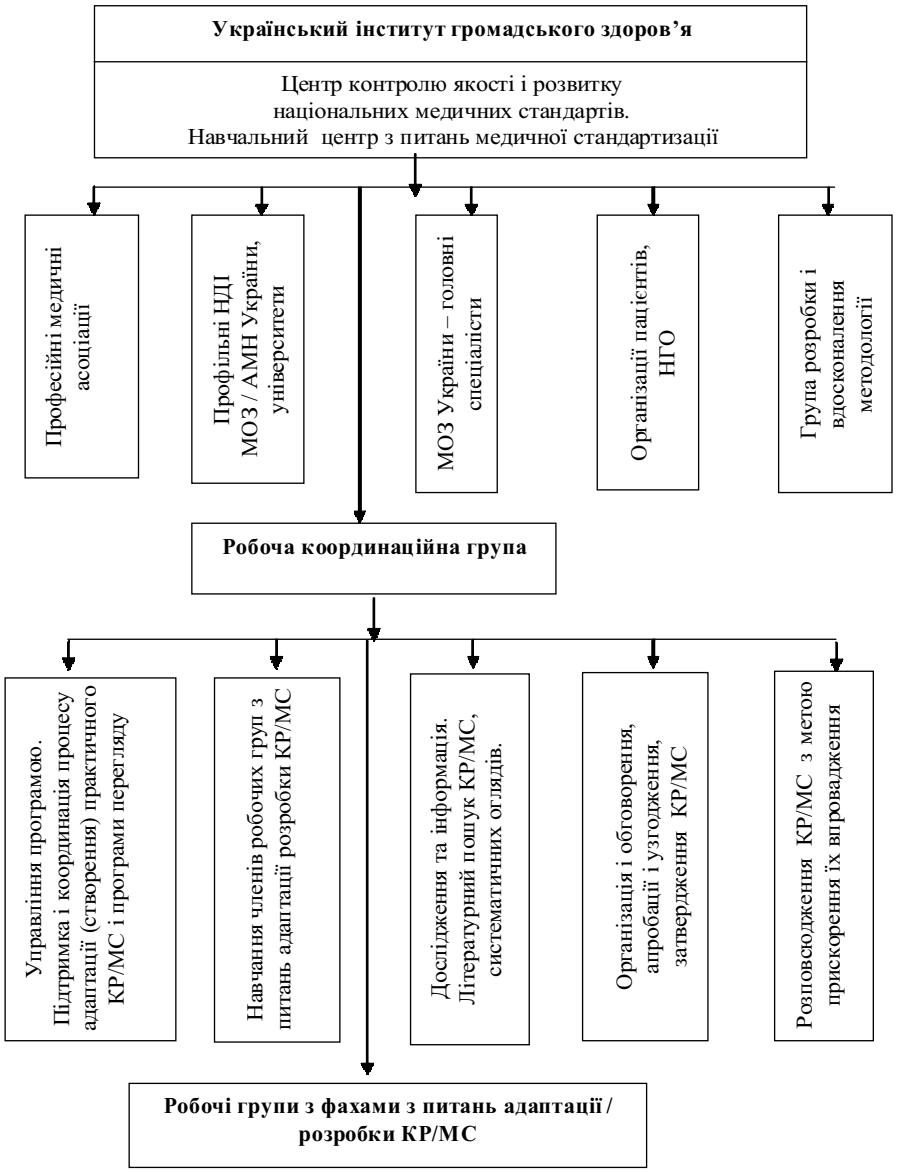

Рис. 1. **Функціонально-організаційна модель процесу адаптації / створення КР/МС**

МС покладається на Український інститут громадського здоров'я, у складі якого вже функціонує Центр контролю якості і розвитку національних і медичних стандартів.

Процес адаптації КР/МС включає: формування робочих груп, розробку регламенту їх діяльності, пошук і оцінку існуючих КР/МС, формування їх текстів, апробацію з оцінкою її результатів, рецензування, утвердження і розповсюдження з подальшим впровадженням в діяльність лікувально-профілактичних установ і проведенням моніторингу впровадження.

Не дивлячись на те, що в світовій практиці оцінка вартості розробки / адаптації КР/МС проводиться без урахування часу, витраченого фахівцями, ця робота вартісна і не кожній державі під силу. Наприклад, бюджет, що виділяється Японією на розробку КР по окремо взятому захворюванню, в середньому складає 500 тис. доларів США [14]. Досвід низки східноєвропейських країн показує, що витрати на адаптацію існуючих КР складають 5–10 тис. доларів США.

У фінансування процесу розробки КР, окрім держави, вносять свій внесок вищі учбові заклади, установи національної системи охорони здоров'я, підприємства медичної промисловості.

Наприклад, в Шотландії програми складання клінічних рекомендацій фінансуються Групою клінічних ресурсів і аудиту департаменту охорони здоров'я.

В Україні фінансування процесу адаптації КР/МС здійснюється шляхом фінансування державою відповідних НДР в профільних НДІ або медичних університетах. Можливе залучення засобів з інших джерел, не заборонених законодавством України.

На відміну від проблем, пов'язаних з розробкою КР/МС, коли час, необхідний для створення КР/МС, варіюється в широких межах і залежить від вивчення об'єму літератури по темі, кількості зворотних повідомлень, що отримуються у фазі складання і завантаженості членів робочої групи, середній час, що витрачається на адаптацію КР/МС, не повинен перевищувати 1 рік (рис. 2).

Для адаптації (розробки) кожного КР/МС створюються робочі групи. Склад робочих груп мультидисциплінарний з позицій географії ре-

1	2	3	4	5	6	7
1 місяць	3 місяці	3 місяці	1 місяць	2 місяці	1 місяць	1 місяць

1. Формування робочої групи.
2. Пошук, переклад і оцінка КР/МС, формування тексту національного КР/МС.
3. Експериментальне впровадження на клінічних базах (апробація).
4. Аналіз і обговорення результатів експерименту.
5. Робота з адаптації КР на підставі результатів експериментального впровадження і аналізу його результатів.
6. Рецензування, узгодження, твердження.
7. Публікація і розповсюдження.

Рис. 2. **Структура часу, що витрачається на адаптацію КР/МС**

гіонів і спеціальностей за участю управлінців, наукових співробітників, представників установ охорони здоров'я, зокрема середнього медичного персоналу, представників громадських груп пацієнтів. При відборі фахівців для участі в групах учасників адаптації КР/МС враховуються рівень клінічного досвіду, наявність знань процесу організації медичної допомоги, навички і уміння пошуку, аналізу і оцінки медичної інформації, в т.ч. клінічного керівництва. У складі робочої групи визначається голова, його заступник і секретар. Кількісний склад групи може варіювати залежно від виду КР/МС в межах 12–15 учасників. З метою методологічної підтримки і навчання учасників робочих груп з питань клінічної епідеміології / доказової медицини при Українському інституті громадського здоров'я організований учбовий центр з питань медичної стандартизації. При формуванні робочих груп з адаптації КР/МС важливо, щоб члени робочих груп не призначалися, а вибиралися з використанням формалізованих методів підбору і оцінки компетентності. При необхідності вони консультуються в своїй професійній області, а також з організаторами охорони здоров'я, фахівцями з доказової медицини, економістами, фармацевтами, юристами та ін.

Робоча група несе відповідальність за формування адаптованих КР/МС, їх впровадження і моніторування. Положення про діяльність робочої групи, її обліковий склад і терміни формування кожного з адаптованих КР/МС затверджуються наказом МОЗ України.

Пошук існуючих КР і систематичних оглядів по темі КР/МС з основних, згрупованих по фахах, базах даних КР і систематичних оглядів. Після знаходження відповідного КР його оцінюють на відповідність. Як початковий документ для адаптації може бути вибрано не одне, а декілька з існуючих КР з різних країн, які можуть послужити основою для адаптації змісту різних розділів.

При формулюванні тексту адаптованих КР передбачається конкретний і чіткий опис того, яка лікувальна тактика, в якій ситуації і в якій категорії пацієнтів повинна застосовуватися згідно сукупності наявних доказів. У КР чітко вказуються користувачі з тим, щоб останні могли негайно визначити, чи мають дані рекомендації до них відношення і застосовування на практиці.

Процес адаптації КР включає документовану апробацію їх в одному або декількох лікувально-профілактичних установах. Як альтернатива КР можуть пройти етап відкритого обговорення на сторінках професійного видання. КР проходять зовнішнє рецензування до публікації. Рецензенти не входять до групи розробників КР; у рецензуванні беруть участь фахівці з відповідної клінічної спеціальності і за методологією розробки КР (доказової медицини).

Враховуючи, що клінічне керівництво саме по собі повинне бути документом, що відображає кращі медичні практики, вони підлягають обговоренню на різних зборах асоціацій фахівців з профілю КР, з'їздах, конференціях, колегіях і т.д. Такі заходи перш за все дадуть можливість підняти значення адаптованих КР і ухвалити колективне корпоративне рішення про їх впровадження в практику охорони здоров'я країни. Медичні стандарти складаються тією ж робочою групою паралельно з розробкою КР.

У зв'язку з тим, що КР надають право вибору відповідного менеджменту при різних клінічних ситуаціях [2;15], з урахуванням міжнародної практики, КР не затверджуються нормативними актами.

В той же час, згідно статті 33 "Система стандартів в системі охорони здоров'я " проекту Закону України "Про внесення змін до основ охорони здоров'я", "... показники галузевих стандартів надання медичної допомоги розробляються і затверджуються спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України".

В Україні таким спеціально уповноваженим органом є Міністерство охорони здоров'я України, і МС Міністерство затверджує своїм наказом.

Технологія підготовки МС до затвердження включає проведення внутрішньої і зовнішньої рецензій з подальшим розглядом на засіданні проблемної (за профілем) комісії МЗ/АМН України і затвердженням наказом МОЗ України (рис. 3).

Рис. 3. **Схема процесу затвердження КР/МС**

Як видно з схеми, перш ніж КР/МС будуть представлені в Міністерство охорони здоров'я на затвердження, вони повинні пройти внутрішнє і зовнішнє рецензування, експертизу в Центрі контролю якості і розвитку національних медичних стандартів і бути розглянутими на засіданні проблемної комісії Міністерства охорони здоров'я і Академії медичних наук.

Висновки

В ході виконання роботи розроблена функціонально-організаційна модель адаптації КР/МС до національної системи охорони здоров'я, яка представлена нами як Українська мережа адаптації (розробки) КР/МС.

Список літератури

1. *Бащинский С.Е.* Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины. – М.: Медиа Сфера, 2004. – 135 с.
2. *Воробьев П.А., Авксентьева М.В.* Использование медицины, основанной на доказательствах, и клинико-экономического анализа при разработке стандартов оказания медицинской помощи // Рос. семейный врач. – 2003. – Т. 7, №2. – С. 8–12.
3. *Гойда Н.Г., Парій В.Д.* Англійський досвід розробки клінічних посібників та стандартів // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – №3. – С. 78–81.
4. *До проблеми* розробки та впровадження клінічних протоколів в діяльність служби охорони здоров'я матері та дитини / О.О. Дудіна, Н.Я. Жилка, Г.О. Слабкий, Г.О. Бринь // Здоровье женщины. – 2006. – №1. – С. 36–40.
5. *Закон* України "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії" // Відомості Верховної Ради. – 2000. – №48. – С. 409.
6. *Зіменковський А. Б., Пономаренко В. М., Матвійчик Б. О.* Організація стандартизації в Україні. – Львів: Ліга-Прес, 2003. – 190 с.
7. *Клинико-экономический* анализ / П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева, А.С. Юрьев, М.В. Сура. – М.: "Ньюдиамед", 2004. – 404 с.

8. *Клинические* руководства: их развитие и осуществление / Л.А. Дафф, А.Л. Китсон, К Сиаз, Д. Хамфрис / / Джорнал ов Эдванст Нерсинг. – 1996. – №23. – С. 887–895.
9. *Мыльникова И.С.* Стандартизация в здравоохранении: в поисках здравого смысла // Качество медпомощи. – 1998. – №2. – С. 6–8.
10.. *Пономаренко В.М., Нагорна А.М., Степаненко А.В. та ін.* Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України / МОЗ України, УІГЗ. – К., 1999. – Т. 1;2. – 1001 с.
11. *Пономаренко В.М., Степаненеко А.В., Нагорна А.М. та ін.* Тимчасові стандарти обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей. – К., 1998. – 362 с.
12. *Посібник* для розробників клінічних рекомендацій / медичних стандартів / Заг. ред. Г. Росс, О. Новичкова / NICARE. – К., 2006. – 166 с.
13. *Степаненко А.В.* Питання впровадження медичних стандартів на основі експертного опитування // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. – 1999. – №1. – С. 121–124.
14. *Narajata T., Budgell B., Tsutani K.* Confusion about the concept of clinical practice guidelines in Japan: in the way to a social consensus // Int J Guality in Helth Care 2003; 15: 359–360.
15. *Field M.J., Lohr K.N., ads*. Clinical Practice Guidelines: Directions of a new program Washington, DC: National Academy Press; 1990.

ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ КЛІНІЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ / МЕДИЧНИХ СТАНДАРТІВ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

В.М. Пономаренко, Г.О. Слабкий, О.О. Дудина, О.А. Валієв *(Київ)*

Наведено розроблену авторами функціонально-організаційну модель адаптації клінічних рекомендацій / медичних стандартів до національної системи охорони здоров'я України.

APPROACHES TO THE ORGANIZATION OF PROCESS OF ADAPTATION OF CLINICAL RECOMMENDATION / MEDICAL STANDARDS IN PUBLIC HEALTH SYSTEM OF UKRAINE

V.M. Ponomarenko, G.O. Slabky, O.O. Dudina, O.A. Valiev *(Kyiv)*

The functional-organizational model of adaptation of clinical recommendation / medical standards developed by authors is resulted in national public health system of Ukraine.

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

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

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

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

Правила подання матеріалу для опублікування:

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

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

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

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

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

· таблиць;

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

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

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

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

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

Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. В бібліографічному описі книги потрібно зазначити прізвища та ініціали авторів, її назву (якщо чотири і більше авторів – назву книги, а потім за похилою лінією

ініціали і прізвища всіх авторів або, якщо більше чотирьох, трьох авторів і слова “та ін.”), місто, видавництво, рік видання, загальну кількість сторінок; статті – прізвище та ініціали авторів, назву періодичного видання (журналу, збірника наукових праць), рік, номер (том, випуск) і сторінки (початкова й остання); автореферату дисертації – прізвище та ініціали автора, назву автореферату, далі із заголовної літери після двох крапок вказують, на здобуття якого ступеня захищається дисертація і в якій галузі науки, коли і де захищалась (в якій науковій установі), місто та рік видання, загальну кількість сторінок. Скорочення слів і їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582-97 “Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила”.

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

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

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

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

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

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

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

Редакційна Рада

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

З 1999 р. Українським інститутом громадського здоров'я спільно з Тернопільською державною медичною академією видається журнал "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України".

Тематика журналу:

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

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

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

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 ум. од., одностороння – 170 ум. од.
чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 ум. од.
рекламні статті – 150 ум. од. за 1 авт. арк (40 000 знаків).

При необхідності розміщення Вашої реклами в журналі, звертайтеся за телефоном 284-39-38

З надією на плідну співпрацю.

Головний редактор,
директор Українського інституту
громадського здоров'я,
доктор медичних наук, професор *В.М. Пономаренко*

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

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

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

Довідки та замовлення за телефонами: (044)284-3936, 284-3931.

Директор Українського інституту
громадського здоров'я,
д.мед.н., проф. *В.М. Пономаренко*

Адреса редакції
01601, м. Київ, вул. Димитрова, 5, корп. 10а (7 поверх)
телефон (044) 284-39-38, 284-39-43, факс (044) 284-39-37 E-mail: health@uiph.kiev.ua

Адреса видавництва
282001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво "Укрмедкнига" Тернопільського державного медичного університету
ім. І.Я.Горбачевського
телефон (0352) 52-44-92, 52-47-73, 52-14-64
Розрахунковий рахунок видавництва №35307312101 в Нац. банку м. Тернополя МФО 338415
Код ЄДРПОУ 23587539
для зарахування Тернопільського медичного університету на рахунок 07060223000067/1
для журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України"

Редактор О.М. Ратаніна
Художнє оформлення О.Г. Головіна
Коректор О.М. Ратаніна
Технічний редактор С.Т. Демчишин
Комп'ютерний набір Н.Б. Бенько
Перекладачі Н.Т. Кучеренко

Підписано до друку 26.03.2007. Формат 60х84/8. Папір офсетний.
Друк офсетний. Ум. друк. арк 13,72. Обл.-вид. арк. 13,30. Наклад 300. Зам. № 86.