

ВІСНИК

СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

- **ЗДОРОВ'Я І СУСПІЛЬСТВО**
- **ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**
- **УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я**
- **ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**
- **МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**
- **МЕДИЧНІ КАДРИ**
- **ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ**

2/2007

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

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
Вчений секретар ВАК України

В.В.Скопенко
Л.М.Артюшин

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

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

2

Ukrainian Institute of Public Health
Ternopil 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 KB № 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.О. Лісовська (*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 №62 від 18.05.2007 р.)*

Передплатний індекс – 22867

ЗМІСТ**CONTENT****Здоров'я і суспільство**

О.М.Голяченко, А.Г.Шульгай, Н.Я.Панчишин, Л.М.Романюк, В.Л.Смірнова, О.Н.Литвинова, Н.О.Лісовська, Н.Є.Федчишин, М.П.Семків. Здоров'я сільського населення та чинники, що його зумовлюють (огляд літератури).

7

В.М. Лехан, О.Л. Зюков, І.О. Губар, Г.М. Донченко. Порівняльна оцінка результативності радикального протипухлинного лікування онкологічних хворих у лікувально-профілактичних закладах різних типів.

12

В.М. Пономаренко, М.І. Ципко, І.М. Киричук. Захворюваність населення України на деякі інфекційні хвороби.

17

В.М. Богомаз. Вплив індивідуальних чинників на можливості професійного розвитку за оцінкою практичних лікарів.

20

І.В. Бойко. Медико-соціальна характеристика хворих із застарілими ушкодженнями кісток, що утворюють ліктьовий суглоб.

25

О.З. Децик. Захворюваність жінок в пері- та постменопаузі на злоякісні новоутворення як медико-соціальна проблема.

31

Б.Л. Подлужний. Рівень толерантності та дискримінація у зв'язку з ВІЛ/СНІДом (аналітичний огляд).

37

В.А. Піщиков. Проблеми в роботі експертних комісій при розпізнаванні патології, пов'язаної з чинниками Чорнобильської катастрофи, для встановлення факту інвалідизації

41

Економіка охорони здоров'я

Ю.О. Гайдаєв. Концепція обґрунтування цільових державних програм на підвищення рівня здоров'я населення.

50

В.Ф. Москаленко, О.Г. Шекера. Реалії та перспективи фінансування медичної служби збройних сил України.

54

Управління охороною здоров'я

В.В. Бичков. Системний підхід до організації управління службою медицини катастроф в умовах великого міста.

62

Організація медичної допомоги

В.М. Лехан, В.В. Волчек, І.В. Тищенко. Якість стаціонарної допомоги та шляхи її поліпшення очима пацієнтів.

66

Health and society

O.Holyachenko, A.Shulgay, N.Panchishin, L.Romanyuk, V.Smirnova, O.Litvinova, N.Lisovska, N.Fedchyshyn, M.Semkiv. Health of rural population and factors, those determined it (literature review).

V.V.M. Lehan, O.L. Zjukov, I.O. Gubar, G.M. Donchenko. Comparative estimation of effectiveness of radical antitumor treatment of oncologic patients in medical establishments of different types.

V.M. Ponomarenko, M.I. Tsipko, I.M. Kirichuk. Morbidity of the population some infectious diseases.

V.M. Bogomaz. Impact of personal factors on opportunities of continuous professional development according to practical doctors.

I.V. Boyko. The medical and social characteristic of sick with bones damage, forming elbow joint.

O.Z. Detsyk. Cancer incidence among peri- and postmenopausal women as medical and social problem.

B.L. Podluzhnyj. A level of tolerance and discrimination in connection with a HIV/AIDS (analytical review).

V.A.Pishchikov Problems in work of expert commissions at recognition of the pathology, connected with the factors of Chernobyl accident, for an establishment of the fact of physical inability

economy of public health

J.O. Gajdaev. The concept of the substantiation of target state programs on improvement of the level of people' health.

V.F.Moskalenko, O.G.Sheker. Realities and futuries financings of medical service of armed forces of Ukraine.

Menegement of public health

V.V. Bychkov. The system approach to the organization of management by service of medicine of accidents in conditions of the big city-

Organization of Medical Care Provision

V.M. Lehan, V.V. Volchek, I.V. Tishchenko. Quality of the hospital aid and way of its improvement to patients.

| | | |
|--|-----|---|
| <i>В.М. Самоходський.</i> Роль і місце організаційних стандартів як критеріїв у структурі „Стандарту якості діагностики та лікування” в рамках профільних служб регіональної лікувальної установи. | 72 | <i>V.N. Samohodsky.</i> The Role and Place of Organization Standards as criteria in the structure of diagnosis and treatment quality standard in the profile service of a regional medical institution |
| <i>В.М. Бодак, Г.О. Слабкий, В.С. Швецов.</i> Актуальні проблеми ринку лікарських засобів та медико-санітарної допомоги. | 76 | <i>V.M. Bodak, G.O. Slabky, V.S. Shvetsov.</i> Actual problems of the market of medical products and the medicosanitary help. |
| <i>В.П. Клименюк.</i> Аналіз обумовленості показників діяльності СЛД і ФАПів їх структурними параметрами та характеристиками оснащення. | 80 | <i>V.P. Klimenuk.</i> Analysis indices of rural auxiliary health facilities' (RAHF) activity which depended upon structural parameters and characteristics of RAHFs' equipment. |
| <i>О.С. Черняк.</i> Ставлення пацієнтів державних поліклінік м. Києва до фінансових відносин в галузі охорони здоров'я. | 88 | <i>O.S. Chernyak.</i> The attitude of patients of the state polyclinics of city of Kiev to financing sphere of public health. |
| <i>О.І. Стародубцев.</i> Деякі питання організації медичної допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами у великому промисловому місті. | 92 | <i>O.I. Starodubtsev.</i> Some question of the organization of medical aid of patients with a acute gastroenteric bleeding in the big industrial city. |
| <i>А.О. Голяченко, В.С. Киливник.</i> Забезпечення якості медичної реабілітації | 94 | <i>A.Holyachenko, V.Kilivnik.</i> Providing by quality of medical rehabilitation |
| <i>О.В.Олексієнко.</i> Організація медичної допомоги сільській молоді з артеріальною гіпертензією на рівні сімейного лікаря. | 97 | <i>O.Olexiyenko.</i> Organization of medical aid for young villagers who have arterial hypertension on the level of family doctor. |
| Методологічні підходи в системі охорони здоров'я | | Methodological approaches in Public Health System |
| <i>Г.О. Слабкий, В.Л. Весельський, Г.В. Курчатова, Г.М. Москалець, Н.М. Лещук.</i> Методологічні та методичні підходи до характеристики результатів моніторингу стану здоров'я людей похилого віку та виконання заходів щодо його збереження в старості. | 101 | <i>G.O. Slabky, V.L. Veselsky, G.V. Kurchatov, G.M. Moskalets, N.M. Leshchuk.</i> Methodological and methodical approaches to the characteristic of monitoring results of state of health of people of advanced age and performance of actions on its preservation in an old age. |
| <i>В.М. Пономаренко, Г.О. Слабкий, О.О. Шпита.</i> Методичні підходи до розмежування обсягів медичної допомоги населенню з приводу інфекційних та паразитарних хвороб між сімейним лікарем та лікарем-інфекціоністом. | 109 | <i>V.M. Ponomarenko, G.O. Slabky, O.O. Shpita.</i> Methodical approaches to differentiation of volumes of medical aid to the population at infectious and parasitic diseases between the family doctor and the doctor-infectious. |
| <i>Р.Й. Василюшин, Я.С. Березницький.</i> Особливості побудови класифікатора медичних процедур (послуг). | 115 | <i>R.J. Vasilishin, J.S. Bereznitskij.</i> Features of construction of the branch qualifier of medical procedures (services). |
| <i>В.М. Пономаренко, С.В. Калинчук.</i> Методичні підходи до формалізації розрахунку кількості ліжок для стаціонарних закладів на прикладі Одеського регіону. | 120 | <i>V.M. Ponomarenko, S.V. Kalinchuk.</i> Methodical approaches to formalization of calculation of beds quantity for stationary establishments by the example of the Odessa region. |
| <i>А.В. Якобчук.</i> Концептуальні засади та цільова спрямованість діяльності проектів міжнародного розвитку профілактичних програм за стратегією зменшення шкоди у сфері ВІЛ/СНІДу. | 127 | <i>A.V. Jakobchuk.</i> Conceptual bases and target orientation of activity of projects of the international development of preventive programs on strategy of decrease in harm in area HIV/AIDS |
| Медичні кадри | | Medical Profession's Manpower |
| <i>М.П. Гребняк, О.Б. Єрмаченко, В.В. Машиністов, В.В. Ніколаєнко, І.В. Коктишев.</i> Модель підготовки фахівців з інноваційних здоров'яформувальних технологій. | 137 | <i>N.P. Grebnjak, O.B. Ermachenko, V.V. Mashinistov, V.V. Nikolaenko, I.V. Koktyshhev.</i> Model of preparation of experts on innovational technologies formation health. |

М.Ю. Салюта. Ринкові відносини і проблема професійної діяльності медичних працівників 141 *M.Ju. Saluta. Market relations and problem of professional work of medical workers.*

Історія медицини**History of Medicine**

О.М. Ціборовський. Охорона здоров'я в Українській Державі (доба Гетьманщини). 147 *O.M. Tsiborovsky. Public health in the Ukrainian Power of period "Getmancshina".*

І.Б.Марцінковський. Цивільні медчні інституції в біографії і творчості Т.Шевченка 152 *I.B.Martsinkovsky. Civil Medical Institutions in the Biography and Creative Work of T.Shevchenko*

*О.М.ГОЛЯЧЕНКО, А.Г.ШУЛЬГАЙ, Н.Я.ПАНЧИШИН, Л.М.РОМАНЮК, В.Л.СМІРНОВА,
О.Н.ЛИТВИНОВА, Н.О.ЛІСОВСЬКА, Н.Є.ФЕДЧИШИН, М.П.СЕМКІВ* (Тернопіль)

ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ТА ЧИННИКИ, ЩО ЙОГО ЗУМОВЛЮЮТЬ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Сучасне українське село витримує найбільші випробування в процесі ринкових перетворень в державі. Водночас, це потужна ресурсна база, де поєдналися гострі соціально-економічні та медико-демографічні проблеми, які вимагають цілеспрямованої і чітко скоординованої медико-соціальної політики з боку держави, місцевих органів влади, громадськості, зацікавлених відомств і медичних працівників щодо подолання кризових наслідків та покращання ситуації на селі (3, 9).

Українське село - це розгалужена мережа малих, середніх населених пунктів та селищ міського типу, розташованих у сільській місцевості, де мешкає понад 1/3 населення країни (3,10).

Соціальна інфраструктура села представлена культурно-освітніми, медичними установами та комунально-побутовими закладами, їх робота значним чином впливає на умови життя та добробут селян. Але через недостатню увагу до даної сфери, мізерне фінансування та відсутність належної інвестиційної політики щодо збереження та своєчасного оновлення соціально важливих об'єктів, в останні роки у більшості населених пунктів означена сфера занепала, що негативно позначилося на темпах їх соціально-економічного розвитку та демографічній ситуації. Це може бути проілюстровано на прикладі медичних закладів.

Приміщення багатьох центральних районних та дільничних лікарень, лікарських амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів знаходяться в незадовільних умовах, нерідко аварійні або не відповідають елементарним санітарно-гігієнічним вимогам. Значна частина медичної апаратури ЦРЛ для діагностики і лікування морально та фізично застаріла. Терміново потребує заміни 60-70 % рентгенівських апаратів та флюорографів, 50-60 % апаратів штучної вентиляції легень та УЗ-досліджень, електрокардіографів. Не вистачає приліжкових моніторів, дефібриляторів, ендоскопічного обладнання та ін. Дефіцит автомобільного транспорту на селі ста-

новить 1,4 тис. одиниць. Близько 80 % наявного автотранспорту експлуатується понад 8 років, лише у 20 % термін експлуатації не вийшов. Вимагає підвищення рівень телефонізації сільських лікарських амбулаторій та ФАПів, Сільські лікарські амбулаторії повністю телефонізовані лише у 20 областях, а 13,6 % ФАПів записуються без телефонів (15).

З утворенням у пострадянський період нових незалежних держав, розвитком ринкових відносин, труднощами перехідного періоду розпочалося виразне соціальне розшарування суспільства, яке позначилося на показниках здоров'я різних контингентів населення (7).

Проблема розшарування суспільства за рівнем достатку торкнулася й України. Перебудова економічних відносин в умовах спаду виробництва, зміни форм власності призвели до зниження рівня життя населення, зменшення його платоспроможності. Протягом 1991-1999 рр. валовий внутрішній продукт скоротився майже на 60 %, реальна заробітна плата зменшилася у 3,8 рази, а реальна пенсія - в 4 рази (7).

У 2000 р., після десяти років спаду, в Україні почалося економічне зростання, яке становило майже 6 % (5).

Проте, незважаючи на відчутні темпи зростання протягом 2000-2002 рр. макроекономічних показників, помітного відновлення втрачених доходів населення ще не відбулося.

В Україні 20 % населення з найвищими доходами одержали у 2001 р. 41 % прибутків, тоді як 20 % населення з найнижчими доходами отримали лише 8,6 %, тобто співвідношення становить 4,8:1 (7).

У результаті тривалого процесу реформування соціально-економічної сфери в державі сформувалися прошарки населення з різко відмінними рівнями доходів, умовами та способом життя, матеріальними можливостями для лікування і підтримки свого здоров'я.

Середньодушові сукупні витрати 83 % населення країни були нижчими від прожиткового

мінімуму. Мінімальний рівень сукупних витрат серед 10 % найбільш забезпеченого населення перевищував максимальний серед 10 % найменш забезпеченого в цілому в Україні серед міських жителів у 3,9 рази, серед сільських - у 3,8 рази (7, 11, 13).

Дані Державного комітету статистики України свідчать про збереження тенденції до подальшого розшарування населення за рівнем прибутків і збільшення масштабів бідності. Головними причинами виникнення і поширення бідності є зменшення рівня зайнятості населення, зростання безробіття, низькі показники оплати праці та пенсійного забезпечення, відсутність розвиненої системи страхування та адресної соціальної допомоги тощо.

Грошові витрати домогосподарств на медичні та санаторно-курортні послуги становили у 2001 р. 8,4 грн на одне домогосподарство, що складало 1,9 % від усіх споживчих витрат. На предмет гігієни та медикаменти витрачалося у 2001 р. 15,3 грн, тобто 3,4 % усіх споживчих витрат.

Соціально-економічні перетворення в країні, що відбулись останнім часом і мали здебільшого негативний характер, призвели до різкого погіршення здоров'я населення.

Так, за останнє десятиріччя в Україні різко погіршилась ситуація зі смертністю. Особливо помітним зростання смертності було у першій половині 90-х років. Стандартизований коефіцієнт смертності підвищився на 25,8 % (у містах на 30,3 %, у селах - на 18,2 %). Середня тривалість життя скоротилась у чоловіків на 4,1 року, у жінок - на 2,3 року (21).

Економічні негаразди в державі істотно позначилися на стані справ в сфері медичного обслуговування. Вкрай обмежені видатки з бюджету на цю сферу явно недостатні для нормального її функціонування. Україна при своєму більш ніж скромному валовому внутрішньому продукті витрачає на охорону здоров'я в 3-4 рази менше, ніж більшість європейських держав. Звісно, це теж впливає на рівень здоров'я нації та її життєздатність. Крім названих чинників, підвищення рівня смертності зумовлено також і соціально-психологічним станом населення в умовах кризи. Реакція населення на соціально-економічні події, пов'язані з кардинальними змінами в політичному і соціально-економічному житті України у 90-і роки, набула характеру соціального стресу (11, 12, 21).

У збільшенні смертності проявився синдром адаптації до цього становища, а його основними жертвами стали чоловіки і жінки працездатного віку, які несуть основний тягар активного пристосування до нових економічних і соціальних умов. Головними причинами зростання

смертності серед осіб даного вікового контингенту виявилися нещасні випадки, травми та отруєння і хвороби системи кровообігу, які склали чотири п'ятих усього падіння середньої тривалості життя, причому у чоловіків на першому місці стоять нещасні випадки, травми та отруєння, а у жінок - хвороби системи кровообігу (21).

На тлі демографічної кризи чітко окреслилася асиметрія у віко-статевій піраміді, скоротилась середня очікувана тривалість життя та погіршився індекс людського розвитку.

Ситуація ускладнюється тим, як стверджують деякі автори (8), що в структурі померлих близько 58,0 % припадає на осіб працездатного віку - найбільш економічно активну частину населення, яка є основним джерелом створення матеріальних цінностей, а у 57,3 % всього населення відзначаються одне або декілька хронічних форм патології.

Наведемо оцінку здоров'я населення та його охорону в Україні, яку оприлюднено штаб-квартирою Європейського регіонального бюро ВООЗ (32).

В Україні, як і в інших ННД, починаючи з 80-р. спостерігається постійне зниження народжуваності населення. Середня тривалість життя чоловіків і жінок у 1999 р. становила відповідно 62,8 і 73,7 р. За показниками загальної смертності і негативної динаміки природного приросту населення Україна входить у групу найнеблагополучніших країн Європейського регіону ВООЗ. Стандартизований показник смертності в Україні складає 1318,3/100 тис. населення. Рівні материнської (25,2/100 тис. живонароджених) і дитячої (13,0/1 тис. живонароджених) смертності останнім часом знизилась і зараз вони нижче середнього для ННД показника. Показники передчасної (у віці 0-64 р.) смертності від захворювань системи кровообігу в Україні і смертності від злоякісних захворювань - одні з найвищих в Європейському регіоні, однак, смертність від новоутворень у осіб віком більше 65 р. відносно низька. Значно збільшилась захворюваність жінок на рак молочної, а дітей - на рак щитовидної залози. У 1998 р. в Україні захворюваність на СНІД була найвищою серед всіх ННД. Витрати на охорону здоров'я країни у 1999 р. склали 3,5 % від ВВП. Зміни, що мають місце у секторі здоров'я України, вважаються непослідовними і фрагментарними. Сьогодні МОЗ докладає зусиль, спрямованих на координацію реструктуризації галузі, але процесу заважає відсутність у цьому національної стратегії.

Згідно офіційних статистичних даних протягом п'ятирічного періоду з 1998 до 2002 р. захворюваність населення України збільшилась на 8,6%, поширеність хвороб - на 24,2%. Зростан-

ня загальних показників обумовлене значним збільшенням частоти появи хвороб системи кровообігу (в 1,7 разу), крові і кровотворних органів (на 32,2%), сечостатевої системи (на 30,6%), вуха та соскоподібного відростка (на 24,0%), хронізацією патології та її накопиченням серед населення. (6, 18)

Інтенсивне накопичення хронічної патології вимагає значних капіталовкладень в сільську охорону здоров'я. При потужних потенційних можливостях села, стратегічно важливому значенні сільськогосподарського виробництва для вітчизняної макроекономіки, проблеми виправлення демографічної ситуації та відновлення соціальної інфраструктури у сільських населених пунктах, розглядаються як один з пріоритетних напрямків загальнодержавної політики та органів місцевої влади. Особливого значення дана проблема набуває в умовах будівництва нового українського суспільства, де основна увага зосереджена на створенні соціально орієнтованої економіки і найважливішими соціальними цінностями визнаються здоров'я, належна якість життя людини та надійний захист конституційних прав кожного громадянина щодо отримання медичної допомоги (8, 14, 16, 20).

Дослідники приділяють все більше уваги соціальної нерівності в обумовленості здоров'я і нездоров'я людей.

У більшості розвинених країн серед людей з доходами менше 9 тис. доларів на рік смертність у 3-7 разів вища, ніж серед їх співгромадян, прибуток яких перевищує 25 тис. доларів на рік (7).

При вивченні поширеності злоякісних пухлин, серцево-судинних захворювань, хвороб органів дихання, травлення, ендокринної патології, нещасних випадків, травм, психічних розладів дослідники дійшли висновку про суттєві відмінності в смертності й захворюваності між соціальними та майновими прошарками населення багатьох розвинених країн.

Відмічено спустошливий, прямий, самопідсилювальний ефект поганого здоров'я на соціальний стан і рівень бідності. Це перш за все недостатнє харчування, погані житлові умови, безробіття, низькі доходи та рівень освіти, відсутність доступу до медичної допомоги, небажані вагітності, зловживання наркотиками тощо. У численних доповідях, включаючи Хартію здоров'я і звіт Світового Банку, підкреслюється, що соціально-економічні негаразди, бідність і погане здоров'я - це замкнене коло, яке дуже важко розірвати (7, 11, 13, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30).

Вплив провідних чинників на здоров'я людей є різним в країнах, які різняться за рівнем життя. В багатих країнах – це високий кров'яний тиск, високий вміст холестерину у крові, вжи-

вання тютюну і надмірне вживання алкоголю, ожиріння та низька фізична активність. Ці фактори ризику і пов'язані з ними захворювання є на сьогодні домінуючими у всіх країнах з середнім і високим рівнем розвитку.

У бідних країнах світу найбільш суттєвими чинниками ризику для здоров'я є знижена вага тіла, небезпечна вода, незадовільні санітарно-гігієнічні умови, небезпечний секс (особливо у зв'язку з ВІЛ/СНІДом), залізодефіцитна анемія і дим у приміщеннях від згорання твердих видів палива.

Серед чинників, які сприяють збільшенню захворюваності і смертності населення нових незалежних держав, важливу роль відіграють труднощі соціально-економічного характеру, зниження загального рівня життя суспільства, прогресуюче постаріння населення, забруднення навколишнього середовища і збільшення антропогенного навантаження, соціальне розшарування суспільства і зростання соціальної напруги, посилення незбалансованості та погіршення якості харчування і води, низька частка національного доходу, яка виділяється на освіту, культуру та охорону здоров'я (23, 24, 25, 28, 29, 31).

Визначальний вплив соціально-економічних факторів на показники здоров'я у нашій країні особливо відчувається в останнє десятиліття. На сьогодні здоров'я нації і охорона здоров'я перебувають під дією соціальних, політичних та економічних суперечливих змін, які суттєво позначаються на стані громадського здоров'я. Населення України знаходиться під пресом економічних, соціальних і екологічних проблем, що викликало своєрідну поширеність патології та більш високий рівень втрат здоров'я (12).

Результати соціально-гігієнічного вивчення стану здоров'я населення в умовах диференціації суспільства свідчать про значну його залежність від якості життя і рівня добробуту. Групи населення з різними матеріальними прибутками відрізняються за можливостями реалізації своїх потенційних потреб, у тому числі в обсязі і характері харчування, повноцінності відпочинку, режимі праці і побуту, професійному становленні і рості, репродуктивних функціях.

В умовах соціального розшарування спостерігаються стійкі відмінності у характеристиках здоров'я між групами населення, які відрізняються за соціальним статусом і матеріальним добробутом сім'ї (11).

Вивчення самооцінок здоров'я у групах з різним рівнем достатку дозволило виявити закономірності їх розподілу. Серед населення з низькими доходами малою були частка тих, хто вважає своє здоров'я дуже добрим (1,2%) та добрим

(11,4%) і значною - тих, хто оцінює своє здоров'я як задовільне (17,3%), погане (67,8%) і дуже погане (2,3%).

Поширеність хвороб, за даними звертань, серед малозабезпечених прошарків населення на 45,7% перевищувала аналогічний показник забезпечених. Загальний рівень поширеності хронічної патології відрізнявся у полярних за рівнем добробуту групах в 2 рази, у тому числі поширеності гіпертонічної хвороби - в 1,9 разу, хронічних хвороб мигдаликів та аденоїдів - в 2,9 разу, хронічного бронхіту - в 2,7 разу, виразкової хвороби шлунку - в 2,4 разу, хронічного бронхіту - в 3,3 разу.

У разі виникнення захворювання звертаються до лікаря у районну поліклініку 23,0% осіб з низьким рівнем життя і 51,0% з високим. Займаються самостійним лікуванням 77,0% осіб з низькими доходами та 39,0% з високими. Близько 10% забезпеченого населення користується послугами приватних лікарів та народних цілителів (11).

Рівень здоров'я селян є особливо невисоким, а доступність і якість медичної допомоги - значно нижча, ніж жителів міст. Це пов'язано з тенденціями медико-демографічної ситуації на селі, умовами життя і побуту селян, під впливом яких формується здоров'я, особливостями медичного обслуговування (1, 9, 10, 17, 19).

Процеси реформування соціально-політичної сфери держави протягом останнього десятиліття супроводжувалися реконструкцією сільськогосподарського виробництва, зменшенням зайнятості у ньому населення. Вїзд молоді у міста для отримання освіти, в пошуках роботи, кращого життя позначився на статеві-віковому складі сільського населення. Воно характеризується високим рівнем постаріння і значним переважанням чисельності жінок над чоловіками.

Вікові особливості обумовлюють значну поширеність хронічних хвороб серед селян, вищі, порівняно з городянами, рівні смертності та більші показники негативного природного приросту населення. Так, загальна смертність

сільського населення у 2001 р. на 38,5% перевищувала аналогічний показник у містах. А природне зменшення у сільській місцевості досягло 9,9 на 1000 населення, що на 55% вище, ніж у міській (18)

Основу структури поширеності хвороб серед сільського населення склали хвороби системи кровообігу (29,1%), органів дихання (21,2%), органів травлення (9,2%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,8%) (18).

Об'єктивні показники стану здоров'я сільського населення визначають самопочуття та впливають на формування самооцінки здоров'я. Сьогодні близько 32% селян вважають стан свого здоров'я добрим, понад 50% - задовільним, поганим - більше 17%. Частка осіб, які оцінюють своє здоров'я як погане у селі є вищою, ніж у містах (5).

Соціальні медики дійшли висновку, що для впливу на здоров'я населення, тепер недостатньо мати інформацію щодо його загальної смертності і захворюваності та статево-вікових особливостей. Треба мати постійну оперативну інформацію про здоров'я населення в розрізі його соціальних прошарків, щоб цілеспрямовано здійснювати профілактичні, оздоровчі та лікувальні заходи (4).

Наслідком таких міркувань стали розробка змін та доповнень, які пропонується внести в існуючу облікову медичну документацію. Так, в медичну карту амбулаторного хворого (ф.025/о), у розділ "Сигнальні позначки" пропонується внести такі доповнення: шкідливі чинники довкілля, умови праці; вживання алкоголю; тютюнокуріння; хвороби прямих предків (онкологічні, психічні, серцево-судинні, хвороби крові, цукровий діабет, вроджені вади та спадкові хвороби); дефекти харчування; житлово-побутові умови; психологічний клімат в сім'ї; ставлення до здоров'я; спосіб життя; віднесення до групи ризику. У розділі "Щорічний епікриз" рекомендовано зазначати групу здоров'я та час, протягом якого з моменту диспансеризації в перебігу хвороби не було ускладнень (2).

Список літератури

1. *Базилевич Я.П.* Сімейна медицина (завдання, принципи, моделі) // Лікування та діагностика. – 1997. - № 3. – С. 41-45
2. *Бодак В.М.* Проблеми інформаційного супроводження процесів управління сімейної медицини // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. - № 1 С.72-76
3. *Головчанська С.Є., Бесполудіна Г.В., Жила А.В.* Організація медичної допомоги сільському населенню та умови її удосконалення згідно з результатами соціологічного дослідження (на прикладі Луганської області) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004/ - № 4. – С. 62-67
4. *Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О.* Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я / Тернопіль, Київ, Вінниця. – 1997. – 327 с.
5. *Грузева Т.С.* Сучасні особливості та тенденції стану здоров'я сільського населення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. - № 1. – С 21-29

6. Грузева Т.С. Фактори ризику в формуванні здоров'я населення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. - № 2. – С 9-17
7. Грузева Т.С. Здоров'я населення в умовах соціальної стратифікації суспільства // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. - № 4. – С 22-26
8. Концептуальні основи фінансової стратегії охорони здоров'я // Матеріали наук.-практ. конф. за між нар. участі „Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я”, 24-25 квіт., 2002 р. – Одеса. – 2002. – С. 200-208
9. Матеріали Першого Українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ – Львів: Факт, 2001. – 243 с.
10. Міжгалузева комплексна програма „Здоров'я нації” на 2002-2011 роки. – К.: ОВ, 2002. – 88 с.
11. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М., Грузева Т.С. Відмінності в здоров'ї населення та стратегії досягнення рівності в охороні здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. - № 1. – С. 5-10
12. Москаленко В.Ф. Програма діяльності Кабінету Міністрів України: завдання охорони здоров'я на межі століть // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. - № 2. – С. 17-19
13. Москалець Г.М., Курчатов Г.В. Медико-соціальні проблеми вразливих верств населення (огляд літератури) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. - № 1. – С. 10-18
14. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За заг. ред. проф. В.М.Пonomаренка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 310 с.
15. Підаєв А.В. Пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. - № 4. – С. 4-8
16. Послання Президента України до Верховної Ради України „Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002-2011 роки” // Голос України. – 4 червня 2002. - № 100. – С. 5-12
17. Резолюція І з'їзду сімейних лікарів України: Матеріали І з'їзду сімейних лікарів України. Львів. 7-9 листопада 2001 р. – Київ-Львів.. 2001. – С. 12-15
18. Статистичні матеріали Центру медичної статистики МОЗ України. – К., 2000-2003 рр.
19. Указ Президента України від 3 січня 2002 р. № 8/2002. „Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002-2005 роки” // Офіційний вісник України. – 2002. - № 2. – С. 220
20. Указ Президента України від 20 грудня 2000 р. № 1356/2000. „Про основні заходи розвитку соціальної сфери села” // Офіційний вісник України. – 2000. - № 51. – С. 2201
21. Чепелєвська Л.А. Особливості смертності населення України в 90-х роках // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. - № 4. – С. 101-105
22. Герзмаєва О.Х. Реформи здравоохранения в странах СНГ // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1996. - № 5. – С. 12-15
23. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. (Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия, № 97): ЕРБ, ВОЗ. – 156 с.
24. Жиляева Е.П. Реформы здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1998. - № 1. – С. 56-58
25. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе (Европейская серия «Здоровья для всех», № 6). – Копенгаген: ЕРБ, ВОЗ, 1999. – 310 с.
26. Концепция и принципы равенства в вопросах охраны здоровья. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1985. – 29 с.
27. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья. - Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1991. – 56 с.
28. Салтман Р.Б., Фигерейс Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий // Пер. с англ. – М.: от им. ЕРБ ВОЗ Гэотар Медицина, 2001. – 112 с.
29. Evgueni M. Andreev, Martin Mc Kee, Vladimir M. Shkolnikov. Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe // Bull. WHO, 2003, 81 (№ 11), p. 778-787
30. Global health: today's challenges // The World Health Report, 2003, WHO, P. 1-20
31. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European. Region – Copenhagen: Reg. off Eur., 1999. – 224 p.
32. Highlights on health in Ukraine. – Copenhagen: WHO, Reg. off. Eur., 2000. – 25 p.

ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮТ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

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

В статье раскрыты современные проблемы здоровья сельского населения Украины, в частности неуклонный рост смертности, заболеваемости и социального расслоения общества и его влияние на здоровье населения.

HEALTH OF RURAL POPULATION AND FACTORS, THOSE DETERMINED IT (LITERATURE REVIEW)

O.Holyachenko, A.Shulgay, N.Panchishin, L.Romanyuk, V.Smirnova, O.Litvinova, N.Lisovska, N.Fedchyshyn, M.Semkiv (Ternopil)

The modern problems of villagers' health in Ukraine are exposed in the article, in particular steady increase of death rate, morbidity and social stratification of population and its influencing on a health of population.

УДК 616-006.6-089-036.8:725.51

В.М. ЛЕХАН, О.Л. ЗЮКОВ, І.О. ГУБАР, Г.М. ДОНЧЕНКО (Дніпропетровськ)

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ РАДИКАЛЬНОГО ПРОТИПУХЛИННОГО ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ РІЗНИХ ТИПІВ

Дніпропетровська державна медична академія
Дніпропетровський обласний онкологічний диспансер

Проблема удосконалення служби онкологічної медичної допомоги залишається однією з пріоритетних у сучасних соціально-економічних умовах, насамперед через високі рівні захворюваності, смертності та інвалідності від злоякісних новоутворень [5]. При цьому важливими цілями організаційних перетворень є підвищення структурної ефективності і поліпшення якості медичної допомоги [2;4]. Інтегральними показниками якості онкологічної допомоги традиційно вважаються летальність до року і п'ятирічна виживаемість пацієнтів [5]. На ці показники істотно впливає рівень занедбаності, локалізація пухлин, а також використання адекватних технологічних методів лікування. З іншого боку, лікування онкологічних хворих на місцях сьогодні здійснюється в різних медичних закладах як спеціалізованих, так і багатопрофільних: онкологічних диспансерах, онкоцентрах, спеціалізованих відділеннях лікарень третинного і вторинного рівня, профільних інститутах АМН України, в інших закладах загально-лікувальної мережі, а тому можна припустити зв'язок цих показників з місцем подання допомоги.

Метою проведеного дослідження був аналіз показників виживаемості дорослих онкологічних хворих на регіональному рівні з урахуванням місця подання медичної допомоги і локалізації пухлин.

Матеріали та методи дослідження. За матеріалами статистичної звітності із публікацій Національного канцер-реєстру України [5] і комп'ютерних довідників Центру медичної статистики МОЗ України за 2000–2005 роки [34] проаналізовано динаміку чисельності контингентів он-

кологічних хворих і показників летальності на державному і регіональних рівнях.

Аналіз тривалості життя онкологічних хворих проводився з використанням методики побудови кривих виживаемості, які характеризують імовірність пережити деякий момент часу після настання початкової події [1]. Методика дає змогу враховувати специфічність даних часу життя, пов'язану передусім з їх неповнотою (цензурані дані): хворі під час спостереження можуть вибувати за тими чи іншими причинами (переїхав в інший населений пункт, немає точної інформації в деякий момент часу тощо), тобто реальний час життя таких людей більший за тривалість спостереження за ними. Інша особливість даних – відхилення розподілу часу життя від нормального закону, тому при порівнянні кривих виживаемості застосовуються непараметричні критерії. Зокрема, для оцінки достовірності різниці показників виживаемості нами застосовувався логранговий критерій з поправкою Йейтса на безперервність.

Інформаційну базу для обчислення кривих виживаемості становили дані канцер-реєстрів Дніпропетровської і Херсонської областей. Вибір областей для дослідження обґрунтований різними варіантами організації онкологічної служби: в Херсонській області реалізований переважно централізований варіант дислокації онкологічних потужностей (на базі спеціалізованих онкологічних закладів), за винятком проктологічного відділення; у Дніпропетровській – змішаний, при якому понад третини онкологічних ліжок (торакальні, хірургічні, проктологічні тощо) розта-

шовані на базі обласної та міських багатопрофільних лікарень. Для аналізу кривих виживаємості за місцем проведення хірургічного втручання всі лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) розподілено на 3 типи: I тип – спеціалізовані онкологічні заклади (онкодиспансери, онкоцентри, профільні інститути АМН України), II тип – обласні медичні заклади третинного рівня, міські (районні) багатопрофільні лікарні, що мають онковідділення або ліжка та надають високоспеціалізовану допомогу міським та сільським жителям, III тип – всі інші заклади загально-лікувальної мережі.

Для побудови кривих виживаємості проаналізовано дані про 6603 дорослих хворих із злоякісними новоутвореннями (ЗН) шлунка (С16), товстого кишечника (С18-20), молочної (С50) і передміхурової (С61) залози, яким у період 2000–2002 рр. проведено радикальне протипух-

линне лікування в стаціонарах ЛПЗ I–III типу. Початковою точкою відліку була дата хірургічного втручання, кінцевою – стан хворих (знаходиться під спостереженням, вибув, помер) на 31.12.2006 р. Вибір локалізацій пухлин обґрунтований їх розповсюдженістю в популяції, а також варіабельністю місця виконання оперативного втручання.

Обробка даних проводилась за допомогою редактора електронних таблиць EXCEL-2003® і програми статистичного аналізу БІОСТАТ (М.: Практика, 1998).

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз даних статистичної звітності за 2000–2005 рр. показав, що як в Україні, так і в Дніпропетровській і Херсонській областях спостерігається стабільне зростання контингенту онкологічних хворих у середньому на 3,2%, 4,9% і 2,8% щороку відповідно (табл. 1). У розрізі об-

Таблиця 1. Середні рівні показників, які характеризують контингенти хворих на злоякісні новоутворення, за період 2000–2005 рр.*

| Локалізація ЗН | Усього на обліку | | Із них 5 років і більше | | Летальність | |
|---------------------------------|------------------------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | М±m (на 100000 населення) | приріст (%) | М±m (%) | приріст (%) | М±m (%) | приріст (%) |
| <i>Україна</i> | | | | | | |
| Усього | 1688,7±42,2 | 3,2 | 55,6±0,3 | 0,7 | 11,2±0,4 | -4,0 |
| ЗН шлунка | 69,8±0,4 | 0,5 | 50,4±0,2 | 0,4 | 32,5±0,8 | -3,0 |
| ЗН прямої кишки, ануса | 71,6±2,3 | 4,2 | 48,2±0,1 | 0,3 | 16,3±0,3 | -2,7 |
| ЗН ободової кишки | 73,6±2,9 | 5,2 | 49,3±0,2 | 0,5 | 16,7±0,6 | -4,4 |
| ЗН молочної залози** | 551,9±11,9 | 2,9 | 58,3±0,3 | 0,6 | 6,5±0,2 | -3,0 |
| ЗН передміхурової залози*** | 111,5±5,5 | 6,5 | 33,7±0,4 | 1,7 | 14,7±0,4 | -3,2 |
| <i>Дніпропетровська область</i> | | | | | | |
| Усього | 1634,2±63,0 | 4,9 | 53,6±0,2 | 0,3 | 12,6±0,4 | -4,4 |
| ЗН шлунка | 55,4±0,8 | 1,1 | 48,5±0,4 | -0,8 | 41,8±0,8 | -1,5 |
| ЗН прямої кишки, ануса | 74,3±3,6 | 5,9 | 45,1±0,4 | -1,2 | 19,3±0,6 | -3,2 |
| ЗН ободової кишки | 75,7±4,0 | 7,1 | 48,4±0,2 | -0,2 | 20,2±0,8 | -4,4 |
| ЗН молочної залози | 607,3±18,2 | 3,9 | 57,6±0,3 | 0,4 | 6,7±0,2 | -2,6 |
| ЗН передміхурової залози | 99,0±5,0 | 6,4 | 30,0±1,4 | 5,6 | 15,2±0,2 | -1,4 |
| <i>Херсонська область</i> | | | | | | |
| Усього | 1743,5±33,4 | 2,8 | 55,3±0,9 | 2,0 | 11,8±0,4 | -4,6 |
| ЗН шлунка | 58,4±0,5 | -0,4 | 50,6±1,0 | 2,1 | 38,5±1,1 | -1,4 |
| ЗН прямої кишки, ануса | 65,6±3,0 | 6,0 | 50,7±0,5 | -0,7 | 15,7±0,5 | 0,3 |
| ЗН ободової кишки | 73,4±3,5 | 6,4 | 49,1±0,3 | -0,5 | 17,2±1,1 | -5,8 |
| ЗН молочної залози | 552,6±16,3 | 4,3 | 55,7±0,2 | -0,03 | 6,9±0,3 | -4,1 |
| ЗН передміхурової залози | 144,4±11,5 | 10,5 | 33,8±0,7 | 1,4 | 15,1±1,1 | -3,3 |

* показники обчислено за даними [4]

** показники розраховані на жіноче населення

*** показники розраховані на чоловіче населення

раних локалізацій найвищі темпи приросту чисельності онкологічних хворих відмічаються при локалізації пухлини у передміхуровій залозі (6,4?10,5%), найнижчі – при ураженні шлунка (-0,4?1,1%). Водночас, спостерігається позитивна динаміка зниження показників летальності до року, в тому числі загального в середньому на 4,0?4,6% щорічно, при локалізації в ободовій кишці – на 4,4?5,8%, у молочній залозі – на 2,6?4,1%, у передміхуровій залозі – на 1,4?3,3%, у прямій кишці – на 0,3?3,2%, у шлунку – на 1,4?3,0%. Збільшення питомої ваги хворих, які перебувають на диспансерному обліку понад 5 років з моменту встановлення діагнозу, по всіх обраних локалізаціях (за винятком передміхурової залози) за період 2000–2005 рр., було незначним (до 1% щорічно). Найбільший рівень показника відмічається при ЗН молочної залози

(понад 55%), найменший – при ЗН передміхурової залози (до 35%).

За результатами порівняльного аналізу кривих виживаємості онкологічних хворих після проведення радикальних хірургічних втручань (РХВ) встановлено достовірні відмінності між тривалістю життя при різних локалізаціях ЗН (рис. 1). Максимальна медіана виживаємості, що характеризує момент часу, до якого доживає половина (50%) спостережуваної сукупності, відмічалась при ЗН молочної залози (понад 80 місяців), мінімальна – при локалізації пухлин у шлунку (22 місяці). Причому ці криві суттєво ($p < 0,001$) різнились не тільки між собою, але й з виживаємістю при ураженні товстого кишечника і передміхурової залози. Медіанна тривалість життя при останніх локалізаціях становила відповідно 43 і 46 місяців ($p > 0,05$).

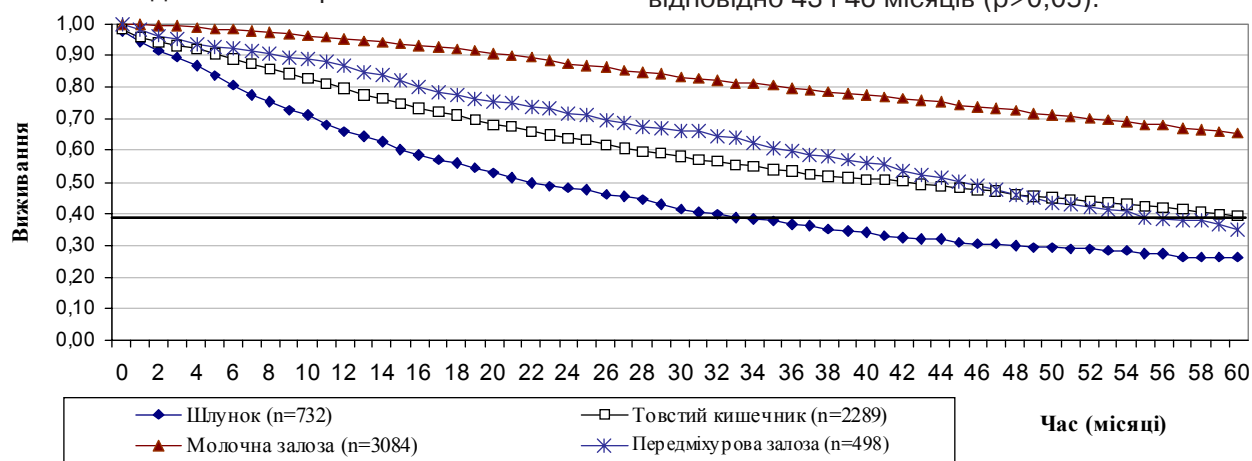


Рис. 1. Криві виживання хворих на ЗН різних локалізацій після проведення РХВ

Аналіз кривих виживання хворих на ЗН обраних локалізацій, яким було виконане РХВ у стаціонарах різних типів ЛПЗ, дав змогу встановити такі закономірності.

По-перше, за весь період спостереження не виявлено достовірних відмінностей ($p > 0,05$) між тривалістю життя хворих на ЗН молочної залози залежно від типу ЛПЗ. Медіана виживання в усіх випадках перевищувала 80 місяців (?6,7 року).

Виживання хворих на ЗН шлунка після РХВ, виконаних у стаціонарах I і II типів ЛПЗ, достовірно не відрізнялась ($p > 0,05$), а медіани відповідно дорівнювали 26 і 22 місяцям (рис. 2). Водночас, встановлено суттєве зниження тривалості життя у хворих, яким РХВ виконувалось у ЛПЗ загально-лікувальної мережі (III тип). Половина спостережуваних хворих у даному випадку доживала лише до 13 місяців. Одним із факторів, який міг вплинути на виживання, був вік хворих: 43% пацієнтів стаціонарів ЛПЗ III типу були старше 65 років проти 32% у спеціалізованих онкологічних закладах ($p < 0,05$). Для елімінації впливу віку хворих на виживання роз-

раховано стандартизовані показники за прямим методом. За стандарт був прийнятий сумарний склад пацієнтів за віком по всіх типах ЛПЗ. Незважаючи на те, що медіана виживання пацієнтів ЛПЗ III типу збільшилась до 15 місяців, вона залишилась достовірно нижчою ($p < 0,05$) за відповідні показники в ЛПЗ I і II типу (26 і 22 місяці відповідно).

За результатами дослідження встановлено достовірні розбіжності у показниках тривалості життя хворих на ЗН товстого кишечника (С18-С20) залежно від типу ЛПЗ (рис. 3). Медіана виживаємості пацієнтів спеціалізованих онкологічних закладів дорівнювала 52 місяцям, у ЛПЗ II типу – 43 ($p < 0,05$), у ЛПЗ III типу – 23 місяцям ($p < 0,001$). Слід відмітити наявність суттєвих відмінностей ($p < 0,01$) між складом онкологічних хворих у стаціонарах різних типів ЛПЗ за стадією злоякісного процесу: питома вага хворих з III стадією становила відповідно 20,7%, 26,6% і 32,5%. Після стандартизації криві виживаємості хворих у ЛПЗ I і II типу достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$).

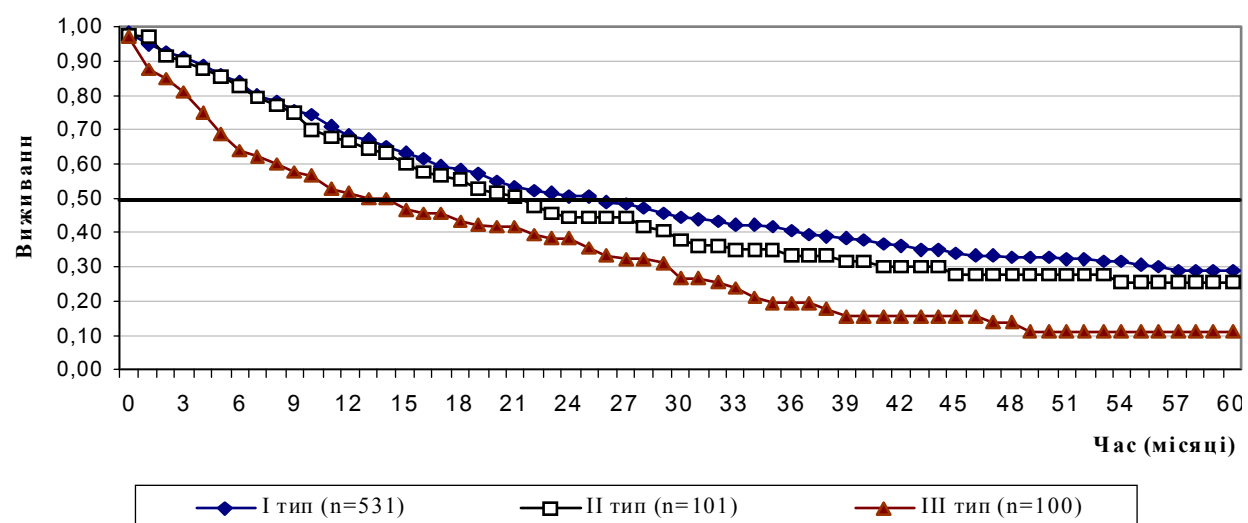


Рис. 2. Крива виживання хворих на ЗН шлунка після проведення РХВ у стаціонарах різних типів ЛПЗ

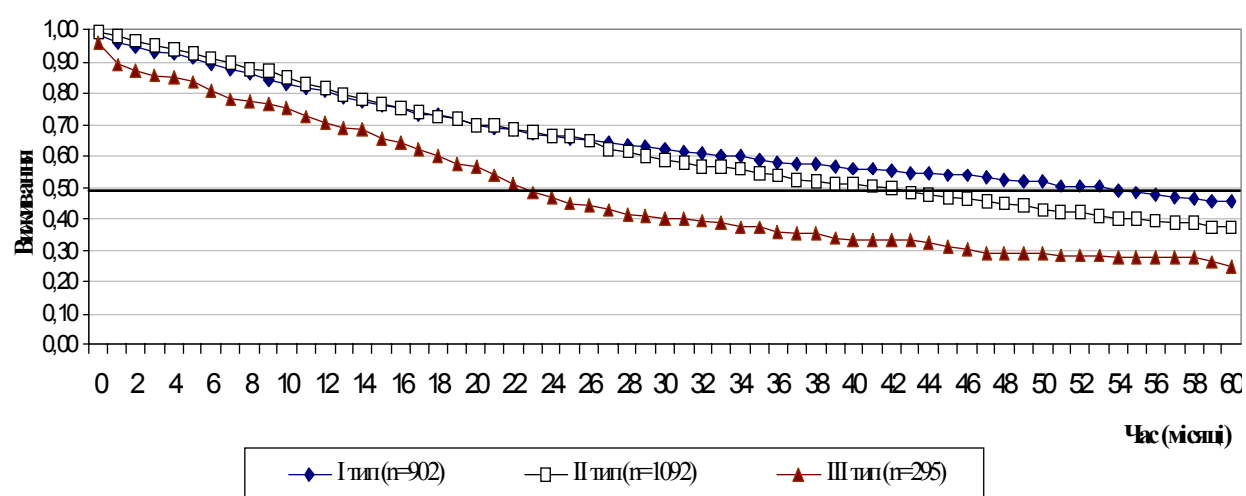


Рис. 3. Крива виживання хворих на ЗН товстого кишечника після проведення РХВ у стаціонарах різних типів ЛПЗ

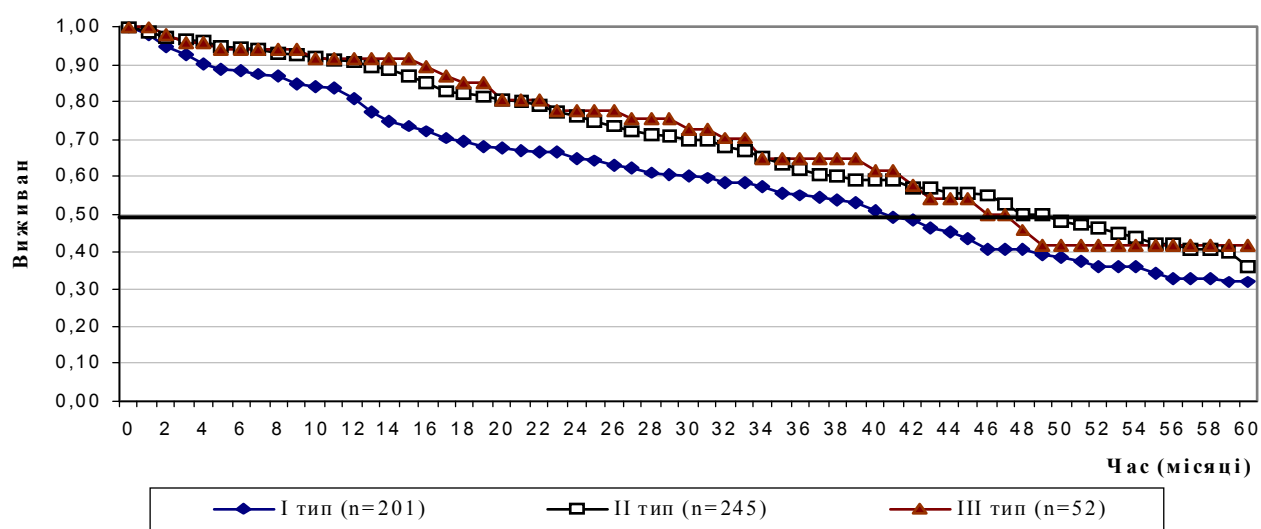


Рис. 4. Крива виживаємості хворих на ЗН передміхурової залози після проведення РХВ у стаціонарах різних типів ЛПЗ

Висновки

Аналіз даних статистичної звітності і кривих виживаємості онкологічних хворих після проведення радикальних хірургічних втручань показав таке:

1. У період 2000–2005 рр. у Дніпропетровській і Херсонській областях спостерігались загальні тенденції до зростання контингенту онкологічних хворих, зниження показників летальності до року, збереження на сталому рівні відсотка хворих, які знаходяться на диспансерному обліку 5 років і більше.

2. Тривалість життя онкологічних хворих після проведення радикального протипухлинного лікування залежить від локалізації злоякісного новоутворення.

3. Виживаємість хворих на ЗН молочної залози протягом п'ятирічного періоду спостереження не залежить від типу ЛПЗ, де виконувалось хірургічне втручання.

4. Криві виживаємості (загальні або стандартизовані) хворих, прооперованих у спеціалізованих онкологічних закладах і високоспеціалі-

зованих відділеннях (проктологічних, хірургічних тощо) стаціонарних закладів третинного і вторинного рівня, достовірно не різняться при локалізаціях пухлин у шлунку та товстому кишечнику. При ураженні передміхурової залози тривалість життя пацієнтів спеціалізованих онкологічних закладів нижча.

5. Виживаємість пацієнтів стаціонарів загально-лікувальної мережі суттєво нижча при ЗН шлунку та товстого кишечника.

Встановлені на репрезентативних вибірках закономірності, з одного боку, можуть слугувати підставою для розгляду одного із можливих шляхів оптимізації організації лікування онкологічних хворих (зокрема, хірургічних втручань) через диференціацію стаціонарної допомоги за технологічним принципом, функціональне об'єднання спеціалізованих і загально-профільних госпітальних закладів. З іншого боку, виявлені розбіжності кривих виживаємості у стаціонарах різних типів ЛПЗ потребують проведення подальших досліджень щодо пошуку факторів, які їх обумовлюють.

Список літератури

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
2. 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.
3. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні: Стат. довідник Центру мед. статистики МОЗ України / Під заг. ред. М.В. Голубчикова. – К., 2000–2005.
4. Пономаренко В.М., Зіменковський А.Б. Актуальність проблеми якості медичної допомоги на сучасному етапі реформування охорони здоров'я України // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2005. – №1. – С. 44–48.
5. Федоренко З.П. та ін. Бюлетені Національного канцер-реєстру України №1–6 (2000–2005) / Під ред. С.О. Шалікова. – К., 2000–2005.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РАДИКАЛЬНОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ

В.Н. Лехан, О.Л. Зюков, И.А. Губар, Г.Н. Донченко (Днепропетровск)

Проанализированы данные статистической отчетности и канцер-регистров Днепропетровской и Херсонской областей относительно пятилетней выживаемости онкологических больных после радикального противоопухолевого лечения в зависимости от места оказания помощи (стационары онкологических специализированных или многопрофильных лечебных учреждений) и локализации опухолей (в желудке, толстом кишечнике, молочной и предстательной железе).

COMPARATIVE ESTIMATION OF EFFECTIVENESS OF RADICAL ANTITUMOR TREATMENT OF ONCOLOGIC PATIENTS IN MEDICAL ESTABLISHMENTS OF DIFFERENT TYPES

V.N. Lehan, O.L. Zjukov, I.A. Gubar, G.N. Donchenko (Dnepropetrovsk)

Data of statistical accounting and cancer-registers in Dnepropetrovsk and Kherson regions of five-year survival rate of oncology patients after radical antitumor treatment depending on place of medical aid rendered (hospitals of oncologic specialized or multiprofile treatment establishments) and localization of tumours (in stomach, thick intestine, milk and prostatic gland) are analyzed.

УДК 616.9:312.6:614.4

В.М. ПОНОМАРЕНКО, М.І. ЦИПКО, І.М. КИРИЧУК (Київ)

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ДЕЯКІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Захворюваність населення на інфекційні хвороби є не тільки медичною, але й важливою соціально-економічною проблемою. Вона має тяжкі наслідки як для окремої людини, так і для держави в цілому. Інфекційні хвороби викликають занепокоєність своєю поширеністю [1–4]. Вищенаведене і зумовило актуальність даного наукового дослідження.

Мета роботи полягає у вивченні динаміки захворювання населення на інфекції, керовані засобами специфічної профілактики, як основи для планування заходів до її зниження.

Методи, що використовувалися під час виконання роботи, – медико-статистичний, системного підходу, історико-інформаційний. Аналізу підлягали дані щодо захворювання населення України на інфекції, керовані засобами специфічної профілактики, в динаміці у 2002–2006 рр.

Результати та їх обговорення. Значна увага приділялась профілактиці інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, яка здійснювалась органами і установами МОЗ України в рамках виконання Державної програми імунопрофілактики населення на 2002–2006 рр. (далі Програма).

Цілеспрямоване виконання Програми шляхом проведення передбачуваних нею завдань стосовно фінансового забезпечення, поліпшення організаційно-методичних заходів, удосконалення специфічної профілактики та протиепідемічних заходів щодо інфекційних хвороб, керованих засобами імунопрофілактики, сприяло досягненню високих показників охоплення населення щепленнями згідно з календарем щеплень та дало змогу забезпечити певне епідеміологічне благополуччя населення завдяки зниженню рівня захворюваності, смертності та інвалідності від найпоширеніших інфекційних хвороб.

У 2006 р. вдалося охопити населення щепленнями проти інфекцій, керованих засобами специфічної імунопрофілактики, згідно з календарем щеплення та за епідемічними показниками на рівні 97%.

У 2002–2006 рр. значно підвищились показники охоплення профілактичними щепленнями проти краснухи, епідемічного паротиту та вірусного гепатиту В завдяки запровадженню до календаря щеплення двократного щеплення комплексною вакциною (кір, краснуха, паротит) дек-

Таблиця 1. Охоплення профілактичними щепленнями декретованих вікових груп населення у 2002 та 2006 рр.

| Охоплення щепленнями населення | | 2002 | 2006 |
|--------------------------------|--------------|-------|------|
| | | % | % |
| Туберкульоз | вакцинація | 97,8 | 98,5 |
| | ревакцинація | 34,0 | 91,6 |
| Дифтерія | вакцинація | 98,8 | 98,2 |
| | ревакцинація | 98,8 | 96,5 |
| Кашлюк | вакцинація | 98,2 | 98,7 |
| | ревакцинація | 98,04 | 98,2 |
| Поліомієліт | вакцинація | 99,03 | 98,9 |
| | ревакцинація | 99,3 | 98,6 |
| Кір | вакцинація | 98,9 | 98,8 |
| | ревакцинація | 98,0 | 98,5 |
| Краснуха | вакцинація | 71,04 | 98,8 |
| | ревакцинація | 40,3 | 98,8 |
| Епідпаротит | вакцинація | 88,8 | 98,8 |
| | ревакцинація | 35,0 | 99,0 |
| Гепатит В | вакцинація | 21,7 | 95,6 |

ретованих вікових груп, обов'язкової ревакцинації підлітків (хлопчиків та дівчаток) віком 15 років проти епідемічного паротиту та краснухи, введення до календаря обов'язкових щеплень проти вірусного гепатиту В дітей до року та охоплення щепленнями за епідпоказами медичних працівників та інших до них прирівняних контингентів. Значно поліпшились обсяги ревакцинації проти туберкульозу (табл. 1).

Охоплення вакцинацією дітей до 1 року становить проти дифтерії, кашлюку, правця 98,7%, поліомієліту – 98,9%, туберкульозу – 98,5%, гепатиту В – 95,6%; дітей до двох років проти кору, краснухи, паротиту – 98,8%.

Таблиця 2. Показники захворюваності населення України на інфекційні хвороби, керовані засобами специфічної профілактики, у динаміці 2002–2006 рр. (на 100 тис. населення)

| Захворювання | 2002 р. | 2006 р. | Зростання/зниження, разів (%) |
|-----------------------------|------------------|------------------|-------------------------------|
| | на 100 тис. нас. | на 100 тис. нас. | |
| Туберкульоз органів дихання | 65,97 | 77,75 | +15,2% |
| Дифтерія | 0,58 | 0,14 | -4,1 разу |
| Правець | 0,07 | 0,05 | -33,3% |
| Кашлюк | 0,84 | 5,22 | + 6,2 разу |
| Кір | 15,27 | 90,71 | +5,9 разу |
| Краснуха | 332,22 | 32,07 | -10,4 разу |
| Епідпаротит | 42,69 | 7,91 | -5,4 разу |
| Гепатит В | 18,19 | 7,78 | -2,3 раз |

Успішно вирішувалось завдання щодо зниження захворюваності на вірусний гепатит В шляхом проведення щеплень новонароджених та груп епідемічного ризику. Охоплення дітей до 1 року щепленнями проти гепатиту В у 2006 р. становило 95,6% проти 21,7% у 2002 р.

Захворюваність на гепатит В у 2006 р. знизилась у 2,3 разу і становила 7,8 випадку на 100 тис. населення (18,2 у 2002 р.). Серед дітей захворюваність знизилась з 4,1 до 2,0 випадку на 100 тис. населення. Завдяки запровадженню щеплення новонароджених дітей проти гепатиту В, у тому числі народжених від матерів носіїв HBs-Ag, вдалось попередити вроджені захворювання на гепатит В дітей раннього віку та створити імунний захист у підростаючого покоління з метою забезпечення подальшого епідеміологічного благополуччя.

У 2006 р. згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 30.05.2006 р. №25 “Про незадовільну організацію імунопрофілактики вірусного гепатиту В серед медичних працівників” розпочато суцільну вакцинацію проти гепатиту В медичних працівників та до них прирівняних контингентів (студентів та викладачів медичних закладів). У 2006 р. щеплено близько 200 тис. медичних працівників, що становить 75% підлеглого контингенту. Моніторинг щодо охоплення щепленнями медпрацівників продовжується і в поточному році до повного охоплення медпра-

цівників щепленнями проти гепатиту В.

У 2006 р. згідно з наказом МОЗ України від 03.02.2006 р. №48 “Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів” до календаря профілактичних щеплень включено щеплення проти НіВ-інфекції дітей до року.

Проведена робота з імунопрофілактики дала змогу знизити більш ніж у 4 рази захворюваність на дифтерію, у 5 разів – на епідемічний паротит, у 10 разів – на краснуху.

Показники захворюваності населення України на інфекційні хвороби, керовані засобами специфічної профілактики, у 2002 р. та 2006 р. наведені в таблиці 2.

івників щепленнями проти гепатиту В.

Водночас проблемою охорони здоров'я залишається захворюваність на туберкульоз, подолання якої повинно вирішуватися в сукупності заходів імунопрофілактики, своєчасного виявлення, диспансерного обліку та ефективного лікування хворих, а також через забезпечення належних умов фінансування цілеспрямованих програм щодо боротьби з туберкульозом серед населення.

У 2006 р. відбулося зростання захворюваності на кір та кашлюк у зв'язку з черговими циклічними епідемічними підйомами, що свідчить про недостатню епідеміологічну ефективність імунопрофілактики цих захворювань на сучасному етапі. Так, у 2002–2006 рр. відмічалось два епідемічні підйоми кору: перший – у 2001–2002 рр., другий – у 2005–2006 рр.

Передумови неефективності управління захворюваності на кір шляхом вакцинації останніми роками відносяться до 1992–1994 рр., коли відмічалась недостатня забезпеченість вакциною проти кору та зменшенням у ці роки обсягів вакцинації і особливо ревакцинації. Вакцинація проводилась низькоімуногенними вакцинами, отриманими по лінії гуманітарної допомоги, які не проходили державної реєстрації в Україні.

Особливості минулого періоду призвели до недостатньо ефективної системи вакцинації в ті роки, що не дало змогу досягти і підтримувати

достатній рівень популяційного імунітету. Наслідком чого останніми роками став періодичний підйом захворюваності на кір саме серед старших вікових груп населення.

У зв'язку з необхідністю виконання Програми ВООЗ "Основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні", зокрема щодо ліквідації кору, розроблено "План з елімінації кору, контролю за краснухою та епідемічним паротитом і попередженню синдрому вродженої краснухи в Україні на 2005–2010 роки" від 31.03.2005 р.

У зв'язку з черговим епідемічним підйомом кору наприкінці 2005 р. та початку 2006 р. видано постанову від 31.03.2006 р. №12 "Про посилення заходів запобігання розповсюдженню кору серед населення України".

У 2002 р. країна сертифікована як вільна від поліомієліту в рамках Програми ВООЗ щодо ліквідації поліомієліту в Європейському регіоні. Захворюваність на правець серед дітей не реєструється з 2000 р.

Згідно з постановою про посилення заходів щодо профілактики грипу щорічно проводиться передсезонна імунопрофілактика проти грипу в групах епідемічного ризику коштом місцевих бюджетів, коштом підприємств та інших джерел фінансування.

Захворюваність на грип знизилась на 84,4%. Зареєстровано 73591 випадок, інтенсивний показник становив 156,3 випадку на 100 тис. проти 993,53 за аналогічний минулорічний період. Високі показники захворюваності зареєстрова-

но у Рівненській (716,4 на 100 тис. населення), Житомирській (679,4), Чернігівській (662,2) та Волинській (544,02) областях.

Щеплено проти грипу у 2004 р. близько 560,0 тис. осіб, у 2005 р. – близько 940,0 тис. осіб, у 2006 р. – близько 439 тис. осіб.

Висновки

Успіх у боротьбі з керованими інфекційними хворобами можна досягти шляхом інтенсифікації специфічної імунопрофілактики та її удосконалення. З метою посилення контролю, координації та удосконалення системи нагляду за інфекціями, керованими засобами специфічної профілактики, та забезпечення населення імунобіологічними препаратами в Україні здійснено такі заходи: оптимізовано та впроваджено на всій території держави системи медичної інформації з імунопрофілактики "Укрвак"; впроваджено систему централізованих державних закупівель імунобіологічних препаратів; створено міжвідомчу координаційну раду з питань імунології при МОЗ; здійснюється моніторинг за поствакцинальними ускладненнями в усіх ланках виконання профілактичних щеплень; контроль за станом захворюваності на інфекції, керовані засобами імунопрофілактики, виконання обсягів щеплень, забезпеченості вакцинами тощо.

Застосування профілактичних засобів дало змогу утримати стабільну санітарно-епідемічну ситуацію. Завдяки вирішенню заходів імунопрофілактики на програмній основі у 2006 р. вдалося знизити захворюваність на ряд інфекцій, керованих засобами імунопрофілактики.

Список літератури

1. Досвід виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки / За ред. Ю.В. Поляченка, В.М. Пономаренка. – К., 2006. – 240 с.
2. Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки / За ред. В.М. Пономаренка. – К., 2006. – 204 с.
3. Стан здоров'я населення та результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2004 р. – К., 2006. – 357 с.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік / За ред. Ю.В. Поляченка. – К., 2006. – 226 с.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ НЕКОТОРЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

В.М. Пономаренко, М.И. Ципко, И.М. Киричук (Киев)

Представленные данные свидетельствуют о повышении уровня населения, охваченного средствами специфической профилактики инфекционных заболеваний, и как результат, снижения заболеваемости инфекционными болезнями, управляемыми средствами указанной профилактики.

MORBIDITY OF THE POPULATION SOME INFECTIOUS DISEASES

V.M. Ponomarenko, M.I. Tsipko, I.M. Kirichuk (Kyiv)

The data submitted in article testify to increase of a level of the population covered with means of specific preventive maintenance of infectious diseases, and as result, decrease morbidity by the infectious diseases controlled by means of the specified preventive maintenance.

В.М. БОГОМАЗ (Київ)

ВПЛИВ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ЧИННИКІВ НА МОЖЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЗА ОЦІНКОЮ ПРАКТИЧНИХ ЛІКАРІВ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Безперервний професійний розвиток розглядається як професійне зобов'язання кожного лікаря і передумова підвищення якості медичної допомоги населенню [4]. Безсумнівно, що процес постійного професійного розвитку лікаря не може бути результатом директивного рішення будь-яких структур, а відображає зростаючі реальні вимоги суспільства. Відповідальність за його перебіг покладається насамперед на професійну спільноту та безпосередньо на кожного лікаря [4;6].

Правила прийняття рішень та поведінка лікарів у конкретних клінічних ситуаціях є визначальними складовими ефективності медичної практики. За даними аналітичного звіту, неповне виконання медичних стандартів зумовлено суб'єктивною думкою лікаря в 23% випадків. У структурі причин невиконання медико-організаційних технологій суб'єктивна думка лікаря посіла перше рангове місце в двох із трьох пілотних регіонів, що, на думку авторів, потребує додаткової підготовки спеціалістів з питань науково обґрунтованої практики [1]. Згідно з результатами анкетування терапевтів і кардіологів, виконаного інститутом кардіології ім. М.Д. Стражеска, практичні лікарі не повною мірою (з окремих питань до 25–30%) використовують сучасні принципи діагностики серцевої недостатності, зазначені у рекомендаціях Європейського товариства кардіологів [3]. При опитуванні встановлено, що погляди лікарів на свою професію і рівень їх задоволення роботою відрізняються залежно від системи організації надання медичної допомоги та ступеня автономії фахівця [14]. Рівень задоволення лікарів умовами і організацією праці істотно впливає на їхні взаємовідносини з пацієнтами, якість наданої медичної допомоги, бажання продовжувати лікарську кар'єру [13;14;17].

Розробка і аналіз практичного використання нових навчальних моделей і педагогічних технологій у навчанні дорослих людей стають дедалі актуальнішими темами наукових досліджень [2;7;8;12;15;16;18–20]. Є певні досягнення у вивченні проблем медичної експертизи,

проблемно-орієнтованого навчання, вдосконалення післядипломної професійної освіти, способів оцінки знань та навичок лікарів [9;10;17;21]. Раніше, на підставі інтерв'ю з фокус-групою, були визначені і оцінені групи чинників, що впливали на можливості навчання та постійного професійного розвитку лікарів у реальних умовах сучасної вітчизняної медичної практики: чинники зовнішнього впливу, ресурсні характеристики лікарні, організація процесів у медичному закладі, індивідуальні лікарські характеристики [5]. Кожен лікар – це особистість. Його професійний розвиток – не просто отримання нових знань, а саме розвиток, зростання і реалізація особистих можливостей протягом професійного життя. Вивчення персоніфікованих чинників, що впливають на цей процес, може допомогти знайти способи підвищення ефективності освітніх втручань та підвищити якість медичної допомоги хворим.

Мета роботи – вивчити оцінку практичними лікарями індивідуальних чинників, що впливали на можливості їх професійного розвитку та освіти в умовах сучасної вітчизняної медичної практики.

Матеріали і методи. Дослідження виконано в 2006 р. методом анонімного письмового опитування практичних лікарів різних регіонів України за спеціально розробленою анкетною. Анкета містила 5 запитань щодо характеристики респондента та низку відкритих і закритих запитань з різних аспектів забезпечення якості медичної допомоги. В окремому блоці запитань лікарям запропоновано оцінити можливі чинники професійного розвитку за шестибальною шкалою від 0 до 5: 0 – чинник значення не має, 1 – має мінімальне значення, 2 – значення незначне, 3 – значення помірне, 4 – чинник важливий, 5 – надзвичайно важливий. Для забезпечення рівномірного представництва лікарів різних регіонів і рівнів надання медичної допомоги анкети розповсюджувались переважно під час проведення загальноукраїнських освітніх та науково-практичних заходів і серед курсантів академії післядипломної освіти. Лікарі-волонте-

ри сприяли також розповсюдженню анкети в медичних закладах Харківської, Житомирської, Полтавської областей, міст Києва, Чернігова, Ялти. Всього було розповсюджено 900 анкет, повернуто заповненими 279 анкет. Анкети, що були заповнені менше як на 25%, виключалися із подальшої обробки (виключено 47 анкет, або 16,8% від наданої кількості). Таким чином, для аналізу відібрано 232 анкети. Чинники, що мог-

ли впливати на можливості професійного розвитку на робочих місцях, які були визначені на першому етапі дослідження, класифіковано за 4 групами [8]. При аналізі кожна група чинників та кожен чинник отримав скорочену назву, що використовувалася під час аналізу та далі використовуються в тексті статті. Персоніфіковані чинники, які аналізувались у дослідженні і обговорюються в цій публікації, подані в таблиці 1.

Таблиця 1. Персоніфіковані чинники професійного розвитку лікарів

| Група чинників | Назва чинника | |
|--|-----------------------------------|-----------------------|
| | повна | скорочена |
| індивідуальні чинники, що впливали на організацію навчання на робочих місцях | Мовний бар'єр (англійська мова) | Мовний бар'єр |
| | Брак часу через сімейні обставини | Брак часу через сім'ю |
| | Вік лікаря | Вікові обмеження |

Аналіз отриманих результатів медико-соціологічного дослідження виконаний з використанням статистичного та абстрактно-логічного методів. Для кожного чинника розраховано середнє арифметичне значення балів, що були виставлені респондентами із загальної вибірки. При розподілі респондентів на сегменти використовувалися такі критерії: місце роботи (поліклініка, стаціонар, змішаний прийом), стать, вік лікаря (число повних років), стаж роботи (число повних років), користування Інтернетом (так, ні). Вплив кожного чинника проаналізовано як у загальній виборці, так і для кожного сегмента і субсегмента респондентів. При виконанні статистичного аналізу використано програмний пакет SPSS.

Результати та їх обговорення. Розподіл респондентів за місцем роботи такий: працювали в поліклініці – 30,6%, у стаціонарі – 37,5%, мали змішаний прийом – 27,6% лікарів, без відповіді – 4,3% анкет. Чоловіки становили 32,8% респондентів, жінки – 63,4%, не дано відповіді в 3,9% анкет. Середній вік лікаря в цьому дослідженні становив 41,3 року (95% довірчий інтервал – від 39,9 до 42,7 року). У зв'язку із ненормальним розподілом та для полегшення подальшого статистичного аналізу всіх респондентів розподілено на 3 вікові групи з приблизно однаковою кількістю респондентів у кожній віковій групі: в групі до 35 років – 32,3%, у групі 36–45 років – 32,3%, у групі 46 років і старші – 33,1% респондентів. Середній стаж роботи лікаря в цьому дослідженні становив 15,8 року (95% довірчий інтервал – від 14,4 до 17,3 року). У зв'язку із ненормальним розподілом та для полегшення подальшого статистичного аналізу всіх респондентів розподілено на 5 груп з приблизно однаковою кількістю респондентів у кожній групі: стаж до 5 років – 44 анкети, 6–10 років – 47 ан-

кет, 11–15 років – 44 анкети, 16–25 років – 44 анкети, 26 і більше років – 47 анкет.

Для кожної групи чинників розраховано середнє арифметичне значення балів, що були виставлені для кожного чинника, включеного в групу. Середній бал групи “Зовнішні чинники” становив $3,77 \pm 0,08$, групи “Наявність ресурсів” $3,87 \pm 0,10$, групи “Організація процесів” – $4,00 \pm 0,08$, групи “Індивідуальні фактори” – $2,99 \pm 0,14$.

Безсумнівно, що у глобальному світі рівень володіння іноземними мовами, і насамперед англійською, стає важливим чинником післядипломної освіти. Аналіз важливості цього чинника для професійного розвитку за оцінками практичних лікарів подано в таблиці 2

Загальновідомо, що лише незначна частина вітчизняних лікарів можуть вільно спілкуватися з європейськими та заокеанськими колегами і читати повнотекстові наукові публікації, які завдяки Інтернету стали значно доступнішими. Частково ситуація вирішується відносно великою кількістю доступних медичних видань з Російської Федерації, хоча ступінь відставання медичної науки у наших сусідів від рівня високорозвинених країн ненабагато менший від нашого.

Статистичний аналіз анкет засвідчив, що молодші лікарі, маючи більші освітні потреби, гостріше відчувають необхідність володіння іноземними мовами. Для сегменту “Вікова група” виявлено кореляцію між віком лікаря, вираженим у роках, та кількістю балів для чинника “Мовний бар'єр”. Коефіцієнт кореляції є негативним ($-0,135$), $r=0,047$ у тесті непараметричної кореляції за Спірменом. Можливо, менше значення цього чинника для старших за віком лікарів відображає також їх меншу освітню активність. Середнє значення важливості чинника “Мовний бар'єр” статистично вірогідно відрізняється для субсегментів “До 35 років включно” (оцінка 3,65)

Таблиця 2. Результати аналізу чинника "Мовний бар'єр"

| Сегмент | Субсегмент | Кількість анкет | Середнє значення | Середнє квадратичне відхилення | 95% довірчий інтервал |
|----------------------|-------------|-----------------|------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Загальна вибірка | | 222 | 3,32 | 0,100 | 3,13–3,52 |
| Місце роботи | Поліклініка | 65 | 3,46 | 0,178 | 3,11–3,82 |
| | Стационар | 84 | 3,29 | 0,161 | 2,97–3,61 |
| | Змішано | 63 | 3,16 | 0,199 | 2,76–3,56 |
| Стать | Чоловіча | 71 | 3,21 | 0,172 | 2,87–3,56 |
| | Жіноча | 142 | 3,37 | 0,126 | 3,12–3,62 |
| Вікова група | До 35 років | 72 | 3,65 | 0,141 | 3,37–3,93 |
| | 36-45 років | 74 | 3,41 | 0,170 | 3,07–3,74 |
| | 46+ років | 71 | 2,89 | 0,201 | 2,49–3,29 |
| Стаж роботи | До 5 років | 42 | 3,19 | 0,229 | 2,73–3,65 |
| | 6-10 років | 47 | 3,70 | 0,199 | 3,30–4,10 |
| | 11-15 років | 42 | 3,21 | 0,206 | 2,80–3,63 |
| | 16-25 років | 41 | 3,61 | 0,209 | 3,19–4,03 |
| | 26+ років | 44 | 2,93 | 0,275 | 2,38–3,49 |
| Користувач Інтернету | Так | 92 | 3,51 | 0,153 | 3,21–3,81 |
| | Ні | 125 | 3,18 | 0,136 | 2,91–3,45 |

і "46 + років" (оцінка 2,89) сегменту "Вікова група", $p=0,002$. Середнє значення важливості чинника "Мовний бар'єр" статистично вірогідно відрізняється для субсегментів "До 36–45 років" (оцінка 3,41) і "46 + років" (оцінка 2,89) сегменту "Вікова група", $p=0,051$. Середнє значення важливості чинника "Мовний бар'єр" статистично вірогідно відрізняється для субсегментів "6–10 років" (оцінка 3,70) і "26+ років" (оцінка 2,93) сегменту "Стаж", $p=0,026$. Середнє значення важливості чинника "Мовний бар'єр" статистично вірогідно відрізняється для субсегментів "16–25 років" (оцінка 3,61) і "26 + років" (оцінка 2,93) сегменту "Стаж", $p=0,053$. При розробці анкети очікувалось, що володіння англійською мовою буде важливим чинником професійної освіти для користувачів Інтернету. Середнє значення цього показника дійсно відрізняється в субсегментах, проте в силу значних розбіжностей у поглядах лікарів оцінка чинника користувачами Інтернету та лікарями, що його не використовують, достовірно не відрізняється. Середні значення важливості чинника "Мовний бар'єр" статистично вірогідно не відрізняються також всередині інших субсегментів для кожного іншого сегмента респондентів.

Робота лікаря позначається на сімейних стосунках, проте наукові дослідження, присвячені вивченню цього питання, поодинокі [11]. Згідно з результатами опитування, сімейні обов'язки лікарів помірно впливали на можливості їх професійного розвитку і освіти на робочих місцях (табл. 3).

Для сегменту "Вікова група" виявлено кореляцію між віком лікаря, вираженим у роках, та кількістю балів для чинника "Брак часу через сім'ю". Коефіцієнт кореляції є негативним ($-0,151$), $p=0,025$ у тесті непараметричної кореляції за Спірменом. Середнє значення важливості чинника "Брак часу через сім'ю" статистично вірогідно відрізняється для субсегментів "До 35 років включно" (оцінка 3,53) і "46 + років" (оцінка 2,87) сегменту "Вікова група", $p=0,003$. Середнє значення важливості чинника "Брак часу через сім'ю" статистично вірогідно відрізняється для субсегментів "Так" (оцінка 3,44) і "Ні" (оцінка 3,06) сегменту "Користувач інтернету", $p=0,028$. Середні значення важливості чинника "Брак часу через сім'ю" статистично вірогідно не відрізняються всередині інших субсегментів для кожного іншого сегмента респондентів.

Відомо, що лікарі старших вікових груп становлять значну частку всього вітчизняного лікарського потенціалу. Згідно з результатами цього опитування, лікарі вважають, що серед усіх запропонованих до розгляду чинників їх професійного розвитку, вікові обмеження мають найменше значення. Результати аналізу чинника подані в таблиці 4.

Середні значення важливості чинника "Вікові обмеження" статистично вірогідно не відрізняються всередині інших субсегментів для кожного іншого сегмента респондентів.

Згідно з міжнародними стандартами Всесвітньої федерації медичної освіти, виконавці

Таблиця 3. Результати аналізу чинника “Брак часу через сім’ю”

| Сегмент | Субсегмент | Кількість анкет | Середнє значення | Середнє квадратичне відхилення | 95% довірчий інтервал |
|----------------------|-------------|-----------------|------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Загальна вибірка | | 228 | 3,19 | 0,087 | 3,02–3,36 |
| Місце роботи | Поліклініка | 69 | 3,33 | 0,148 | 3,04–3,63 |
| | Стаціонар | 86 | 3,15 | 0,161 | 2,83–3,47 |
| | Змішано | 63 | 3,16 | 0,142 | 2,88–3,44 |
| Стать | Чоловіча | 75 | 3,27 | 0,161 | 2,94–3,59 |
| | Жіноча | 144 | 3,17 | 0,107 | 2,96–3,38 |
| Вікова група | До 35 років | 74 | 3,53 | 0,127 | 3,27–3,78 |
| | 36-45 років | 74 | 3,27 | 0,142 | 2,99–3,55 |
| | 46+ років | 75 | 2,87 | 0,174 | 2,52–3,21 |
| Стаж роботи | До 5 років | 43 | 3,12 | 0,170 | 2,77–3,46 |
| | 6-10 років | 47 | 3,38 | 0,196 | 2,99–3,78 |
| | 11-15 років | 43 | 3,37 | 0,156 | 3,06–3,69 |
| | 16-25 років | 43 | 3,28 | 0,198 | 2,88–3,68 |
| | 26+ років | 46 | 2,91 | 0,244 | 2,42–3,41 |
| Користувач Інтернету | Так | 93 | 3,44 | 0,123 | 3,20–3,68 |
| | Ні | 130 | 3,06 | 0,120 | 2,83–3,30 |

Таблиця 4. Результати аналізу чинника “Вікові обмеження”

| Сегмент | Субсегмент | Кількість анкет | Середнє значення | Середнє квадратичне відхилення | 95% довірчий інтервал |
|----------------------|-------------|-----------------|------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Загальна вибірка | | 219 | 2,47 | 0,095 | 2,29–2,66 |
| Місце роботи | Поліклініка | 67 | 2,66 | 0,161 | 2,33–2,98 |
| | Стаціонар | 80 | 2,38 | 0,168 | 2,04–2,71 |
| | Змішано | 62 | 2,40 | 0,167 | 2,07–2,74 |
| Стать | Чоловіча | 72 | 2,51 | 0,170 | 2,17–2,85 |
| | Жіноча | 139 | 2,43 | 0,118 | 2,20–2,67 |
| Вікова група | До 35 років | 69 | 2,48 | 0,165 | 2,15–2,81 |
| | 36-45 років | 73 | 2,59 | 0,158 | 2,27–2,90 |
| | 46+ років | 72 | 2,36 | 0,179 | 2,00–2,72 |
| Стаж роботи | До 5 років | 40 | 2,10 | 0,240 | 1,62–2,58 |
| | 6-10 років | 45 | 2,51 | 0,187 | 2,13–2,89 |
| | 11-15 років | 43 | 2,65 | 0,188 | 2,27–3,03 |
| | 16-25 років | 41 | 2,46 | 0,221 | 2,02–2,91 |
| | 26+ років | 44 | 2,52 | 0,249 | 2,02–3,02 |
| Користувач Інтернету | Так | 88 | 2,55 | 0,140 | 2,27–2,82 |
| | Ні | 126 | 2,43 | 0,132 | 2,17–2,69 |

заходів безперервного професійного розвитку повинні збирати інформацію у лікарів, на аудиторію яких розрахована їхня робота, та використовувати її як основу для подальшого планування [4]. Ця публікація результатів медико-соц-

іологічного дослідження висвітлила лише частину чинників, що впливали на можливості професійного розвитку вітчизняних лікарів в умовах сучасного рівня наукового, соціально-економічного та культурного розвитку суспільства.

Розробка інструментів зовнішньої оцінки і самооцінювання лікарів, визначення їхніх освітніх потреб, що є інтегральним компонентом успішного професійного розвитку, повинні стати темою подальших досліджень цього спрямування.

Висновки

1. За оцінкою практичних лікарів, індивідуальні чинники мають помірний вплив на можливість їхнього професійного розвитку.

2. Значення впливу сімейних обставин та мовного бар'єру як чинників постійного професійного розвитку зменшується зі збільшенням віку і трудового стажу лікаря.

3. Незалежно від віку, статі, стажу та місця роботи респондента, серед досліджених чинників вік лікаря найменше впливав на можливості професійної освіти і розвитку лікарів на робочих місцях.

Список літератури

1. Аналітичний звіт із тестування медичних стандартів в пілотних регіонах України/ Під заг. ред. Г. Росс, А.В. Степаненко, О.М. Новічкової. – К. – Проект "Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні", 2006. – 61 с.
2. Вороненко Ю.В., Мінцер О.П. Реформування системи медичної освіти в світлі концепції "суспільство знань" // Укр. мед. часопис. – 2006. – №51. – С. 6–13.
3. Лось К. Как мы диагностируем и лечим хроническую сердечную недостаточность: есть ли основания для оптимизма? // Здоров'я України. – 2006. – №8(141). – С. 21.
4. Поляченко Ю.В., Передерій В.Г., Волосовець О.П. та ін. Медична освіта у світі та в Україні. – Київ. – 2005. – 221 с.
5. Свінціцький А.С., Богомаз В.М. Постійний професійний розвиток лікарів в умовах клінічної практики // Галицький лікарський вісник. – 2006. – Т.13, №3. – С.89–93.
6. Тульчинский Т.Г., Вараикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. Иерусалим: Amutah for education and Health, 1999. – 1049 с.
7. Brown C.A., Belfield C.R., Field S.J. Cost effectiveness of continuing professional development in health care: a critical review of the evidence // BMJ – 2002. – Vol.324. – P. 652–655.
8. Coomarasamy A., Khan K.S. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review // BMJ – 2004. – Vol. 329 – P. 1017–1021.
9. Davis D., Evans M., Jadad A. et al. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect // BMJ. – 2003. – Vol.327. – P. 3-335.
10. Davies H.T.O., Nutley S.M. Developing learning organizations in the new NHS. BMJ - 2000. – Vol. 320. – P. 998–1001.
11. Ehrenstein B.P., Hanses F., Salzberger B. Influenza pandemic and professional duty: family or patients first? A survey of hospital employees BMC Public Health. – 2006. – №6. – 311p.
12. Geboers H., Mokking H., Montfort P. et al. Continuous quality improvement in small general medical practices: the attitudes of general practitioners and other practice staff // Qual. Saf. Health Care. – 2001. – Vol. 13. – P. 391–397.
13. Haas J.S., Cook E.F., Puopolo A.L. et al. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? // J Gen Intern Med. –2000 – Vol.15. – P. 122–128.
14. Landon B.E., Reschovsky J., Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997–2001 // JAMA. – 2003. – Vol. 289. – P. 442–449.
15. Lockwood D.N.J., Armstrong M., Grant A.D. Integrating evidence based medicine into routine clinical practice: seven years' experience at the Hospital for Tropical Diseases, London // BMJ – 2004. – Vol.329. – P.1020–1023.
16. Mazmanian P.E., Davis D.A. Continuing Medical Education and the Physician as a Learner // JAMA – 2002. – Vol. 288. – P. 1057–1060.
17. Norman G. Research in medical education: three decades of progress // BMJ. – 2002. – Vol. 324. – P.1560–1562.
18. Norman G.R., Shannon S.I., Marrin M.L. The need for needs assessment in continuing medical education // BMJ. – 2004. – Vol. 328. – P. 999–1001.
19. Peck C., McCall M., McLaren B., Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons // BMJ. – 2000. –Vol. 320. – P.432–435.
20. Pruitt S.D., Epping-Jordan J.E. Preparing the 21st century global healthcare workforce // BMJ. – 2005. – Vol. 330. – P. 637–639.
21. Smits P.B.A., J Verbeek H.A.M., Buissonje C.D. Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies // BMJ. – 2002. – Vol. 324. – P. 153–156.

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ВОЗМОЖНОСТИ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПО ОЦЕНКАМ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ

В.М. Богомаз (Київ)

Целью работы было изучение факторов, определяющих возможности непрерывного профессионального развития в условиях современной отечественной медицинской практики. Исследование выполнено в 2006 г. методом анонимного письменного опроса врачей 43 специальностей разных регионов Украины с использованием специально разработанной анкеты. При разделении респондентов на сегменты использовались следующие критерии: место работы, пол, возраст врача,

стаж роботи, использование Интернета. Влияние каждого фактора проанализировано в общей выборке и для каждого сегмента респондентов. Для проведения статистического анализа использован программный пакет SPSS. Наиболее важными для профессионального развития врачами были названы факторы, характеризующие ресурсы и процессы исследованных лечебно-профилактических учреждений. По оценке практических врачей, индивидуальные факторы имели умеренное влияние на возможности их профессионального развития. Установлено, что влияние семейных обстоятельств и языкового барьера как факторов, определяющих возможности непрерывного профессионального развития, уменьшается с увеличением возраста и трудового стажа врача. Независимо от возраста, пола, стажа и места работы респондента возраст врача, признан наименее важным фактором профессионального образования и развития врачей на рабочих местах.

IMPACT OF PERSONAL FACTORS ON OPPORTUNITIES OF CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT ACCORDING TO PRACTICAL DOCTORS

V.M. Bogomaz (*Kyiv*)

The aim of the research was studying of factors contributing to continuing professional development under conditions of contemporary medical practice in Ukraine. The study was fulfilled in 2006 using the method of anonymous written inquiry of medical doctors of 43 specialties from different regions of Ukraine by a specially developed form. During segmentation of respondents the following criteria were used: place of work, sex, age, length of work, Internet usage. The influence of each factor was analyzed in the total sample and for each segment of respondents. The SPSS software package was used for carrying out of statistical analysis. Doctors think that the most important factors for professional development are factors characterizing resources and processes of investigated medical institutions. Some differences in opinions of doctors were fixed depending on their age, sex, length of work and place of work. By estimation of medical doctors, the individual factors carried the moderate weight on possibility of their professional development. It is set, that influencing family duty and language barrier, as factors, determining possibilities of continuous professional development, diminishes with the increase of physician's age and length of work. Regardless of respondent's age, sex, length of work and place of work factor of doctor's age be acknowledged the least by the important factor of practice based professional education and development of doctors.

УДК 616.717.6:616-036.86

I.В. БОЙКО (Дніпропетровськ)

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ ІЗ
ЗАСТАРІЛИМИ УШКОДЖЕННЯМИ КІСТОК, ЩО УТВОРЮЮТЬ
ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ**

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Труднощі лікування переломів кісток, що утворюють ліктьовий суглоб, зумовлені складністю структури даного сегмента, нерідким одночасним ушкодженням як плечової кістки, так і кісток передпліччя (у 5,6–12,3%), що часто призводить до незадовільних результатів лікування і визначення хворим групи інвалідності [4;6;7].

Нозологічна структура первинної інвалідності залишається тривалий час незмінною за ранговими місцями класів хвороб. Так, травми усіх локалізацій посідають третє місце, становлячи 11–12% від первинної інвалідності,

після хвороб системи кровообігу (26–28%) та новоутворень (17–18%) [1;3–5;7]. Збільшення кількості інвалідів внаслідок травм в Україні зумовлено низкою об'єктивних причин: 1) збільшилась кількість виробничих травм внаслідок появи нових робочих місць в останні 5 років; 2) збільшилась кількість звернень до МСЕК з метою визначення ступеня обмеження життєдіяльності внаслідок травм; 3) збільшилась інтенсивність урбанізації; 4) збільшилась кількість травм внаслідок дорожньо-транспортних катастроф.

За даними літератури, показники реабілітації серед загальної кількості інвалідів з наслідками травм опорно-рухового апарату з різних причин низькі і не відповідають очікуванню. Із загальної кількості інвалідів внаслідок травм верхніх кінцівок залишаються не реабілітованими протягом більше трьох років до 32% постраждалих [2;5;8].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати причини інвалідності внаслідок травм кісток, що утворюють ліктьовий суглоб, за даними обласних та міжрайонних МСЕК України за 2001–2005 рр. і розробити рекомендації щодо проведення медико-соціальної експертизи та медичної реабілітації цієї категорії постраждалих.

Матеріали та методи. За спеціально розробленою схемою проведено поглиблене

Таблиця 1. Визначення інвалідності після продовження листків непрацездатності внаслідок травм ліктьового суглоба в Україні у 2001–2005 рр. за даними обласних та міжрайонних МСЕК

| Рік | Визнано інвалідами | | | | | Продовжено лікування |
|--------|--------------------|--------------|-----|----------|---------|----------------------|
| | абс. число | | | % | | |
| | усього | у тому числі | | I-II гр. | III гр. | |
| II гр. | | III гр. | | | | |
| 2001 | 124 | 16 | 108 | 12,9 | 87,1 | 416 |
| 2002 | 135 | 17 | 118 | 12,6 | 87,4 | 465 |
| 2003 | 128 | 15 | 113 | 11,7 | 88,3 | 387 |
| 2004 | 133 | 20 | 113 | 15,1 | 84,9 | 435 |
| 2005 | 128 | 16 | 112 | 12,5 | 87,5 | 443 |

Таблиця 2. Розподіл вперше визнаних інвалідами внаслідок травм кісток, що утворюють ліктьовий суглоб

| Причина інвалідності | Рік | | | | | | | | | |
|---|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
| | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | 2005 | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Контрактура | 87 | 70,2 | 96 | 71,1 | 78 | 60,9 | 89 | 66,9 | 87 | 67,9 |
| Кістковий анкілоз | 12 | 9,7 | 6 | 4,4 | 8 | 6,2 | 11 | 8,3 | 6 | 4,7 |
| Хибний суглоб та незрослий перелом | 12 | 9,7 | 14 | 10,4 | 24 | 18,7 | 13 | 9,8 | 20 | 15,6 |
| Перелом, що консолидувався з неусуненим зміщенням | 10 | 8,1 | 10 | 7,4 | 8 | 6,2 | 12 | 9,1 | 13 | 10,1 |
| Хронічний остеомиєліт | 3 | 2,3 | 9 | 6,7 | 10 | 8,0 | 8 | 5,9 | 2 | 1,7 |
| Усього | 124 | 100,0 | 135 | 100,0 | 128 | 100,0 | 133 | 100,0 | 128 | 100,0 |

Встановлено, що питома вага хворих, що визнаються в Україні інвалідами внаслідок ушкоджень ліктьового суглоба, становлять 5,8–6,2% від загального числа вперше визнаних інвалідами внаслідок травм опорно-рухової системи. При цьому переважну більшість складають хворі, яким була визначена III група інвалідності. Слід зазначити, що серед інвалідів особи найбільш працездатного віку 30–50 років становлять 77–85%.

Аналіз матеріалів обласних та міжрайонних МСЕК довів, що останніми роками кількість продовжених листків непрацездатності внаслідок травм кісток, що утворюють ліктьовий суглоб, зменшилася в усіх обласних МСЕК України. Це пояснюється тим, що в сучасних умовах лікарям

вивчення і аналіз причин інвалідності внаслідок травм кісток, що утворюють ліктьовий суглоб, за даними обласних та міжрайонних МСЕК України за 2001–2005 рр. з використанням пакету для статистичної обробки даних Excel 2003.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз даних медико-експертних справ МСЕК України визначив основні чинники первинної інвалідності хворих внаслідок травми кісток, що утворюють ліктьовий суглоб: виражені контрактури та анкілози суміжних суглобів, хибні суглоби, неконсолідовані переломи, внаслідок чого у хворих виникає обмеження життєдіяльності та їм визначають групу інвалідності (табл. 1; 2).

лікувально-профілактичних закладів легше направляти постраждалого до МСЕК, ніж продовжувати йому листок непрацездатності та займатися реабілітацією, на яку немає коштів ні у пацієнта, ні у ЛПЗ. Лише 11% хворих з травмами кісток, що утворюють ліктьовий суглоб, були направлені на лікування за продовженим лікарняним листком (рис.1). Також треба відмітити недостатнє укомплектування МСЕК лікарями-реабілітологами, що утруднює виконання Закону України "Про реабілітацію інвалідів в Україні" від 6 жовтня 2005 р. №2961-IV та державної тимчасової програми реабілітації інвалідів. Згідно з цими документами, встановлення інвалідності супроводжується складанням індивідуальної програми реабілітації інваліда.

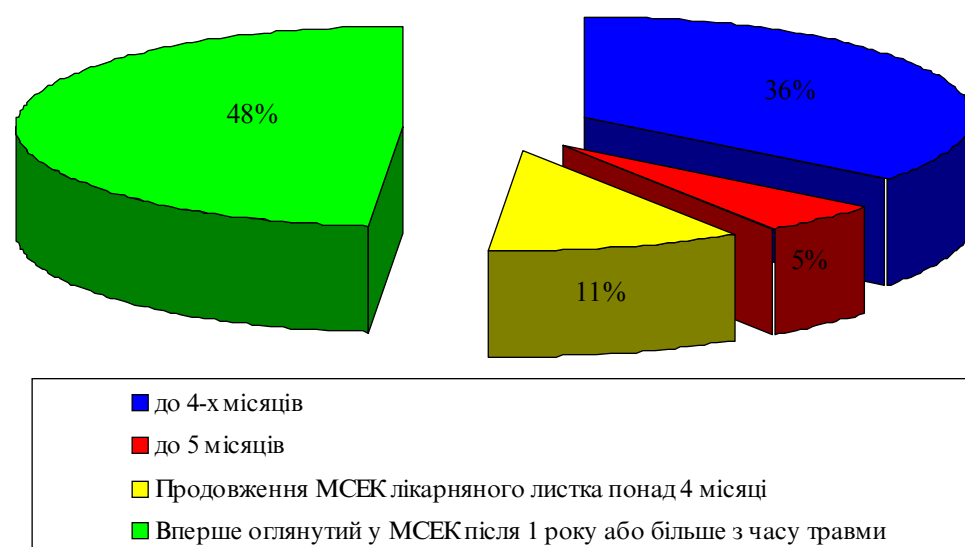


Рис. 1. Розподіл хворих внаслідок травм кісток, що утворюють ліктьовий суглоб, за терміном, які пройшов від встановлення діагнозу до встановлення інвалідності в Україні у 2001–2005 рр., за даними обласних та міжрайонних МСЕК

Розподіл вперше визнаних інвалідами внаслідок травм ліктьового суглоба за чинником інвалідності довів, що на першому місці стоять післятравматичні контрактури 60,9–71,1% (у тому числі з розвитком гетеротопічної осифікації) внаслідок як важкості травми, так і недосконалого або неадекватного лікування переломів і переломовивихів кісток, що складають ліктьовий суглоб.

З огляду на вищезазначене треба чітко визначити поняття реабілітації. Ми вважаємо за доцільне використовувати терміни “повна”, “часткова” та “сумарна” реабілітація. Повна реабілітація – число осіб, які при переогляді не були визнані інвалідами, з кожних 100 переоглянутих інвалідів. Часткова реабілітація – число інвалідів I групи, яким при переогляді встановлено II та III групи інвалідності, і інвалідів II групи, яким встановлено III групу, з кожних 100 переоглянутих інвалідів I–II груп. Сумарна реабілітація – число невизнаних інвалідами та переведених на більш легкі групи інвалідності з кожних 100 інвалідів, котрим проведено черговий переогляд.

Зростання кількості ускладнень, які заважають якійсь медичній реабілітації, недооцінка або невірна оцінка ступеня функціональних порушень верхньої кінцівки, недостатнє обстеження хворих для уточнення клінічного діагнозу, невірно поставлений діагноз щодо виявлення супутніх захворювань, що обтяжують стан хворого, недооцінка соціального фактора завадили суттєвому поліпшенню показників сумарної реабілітації інвалідів внаслідок травм ліктьового суглоба – 21,2% у 2001 р. до 20,9% у 2005 р.

Водночас, у результаті появи більш досконалих методів медичної реабілітації доцільне та

адекватне проведення медичної реабілітації інвалідам II групи внаслідок травми ліктьового суглоба призвело до поступового зниження їх кількості впродовж останніх 5 років, але збільшило чисельність первинних інвалідів III групи, насамперед у зв'язку з втратою професії, необхідністю подальшого працевлаштування. В подальшому ця категорія інвалідів важко піддається реабілітації через вказані вище причини, що і призводить до зниження її сумарних показників.

Як свідчить проведений аналіз, однією з медико-соціальних причин інвалідності є недостатнє направлення хворих для проведення оперативних заходів у необхідних випадках, спрямованих на зрощення хибних суглобів, поліпшення біомеханічних умов функціонування ліктьового суглоба або відновлення функції суглоба за рахунок видалення гетеротопічної осифікації.

За даними проведеного дослідження, найважливішим фактором, що впливає на функцію верхньої кінцівки внаслідок ураження ліктьового суглоба, є передусім тяжкість травми, на другому місці – адекватність та доцільність проведених заходів медичної реабілітації на її різних етапах, а на третьому, як наслідок перших двох, – втрата хворим фаху та обмежена можливість раціонального працевлаштування.

Доведено, що серед хворих, які вперше були направлені на стаціонарне лікування з метою проведення оперативних методів медичної реабілітації, було лише 34% хворих, а більшості пацієнтів (65%) проводилось консервативне лікування: фізіотерапевтичні заходи щодо поліпшення кровообігу у ділянці ліктьового суглоба, попередження або зменшення проявів гетеротопічної осифікації, відновлення рухів шля-

хом вправ лікувальної фізкультури, масажу. Це свідчить про відсутність відповідного зв'язку МСЕК з медико-реабілітаційними закладами, а також послідовності при лікуванні хворих з ушкодженнями ліктьового суглоба. Все це призвело до недоцільного збільшення строків лікування, термінів тимчасової непрацездатності на перших стадіях захворювання. Так, середні строки консервативного лікування у стаціонарі становили $34,0 \pm 3,3$ доби ($P < 0,05$) на рік, а середні строки перебування на амбулаторному лікуванні склали $118,5 \pm 11,4$ доби ($P < 0,05$) до встановлення хворим групи інвалідності. При перших ознаках формування гетеротопічної осифікації через 2–3 місяці після травми, наявності несправжнього суглоба, деформації кісток після зрощення перелому, а також розвитку хронічного остеомієліту вже при першому зверненні до МСЕК лікарі-експерти МСЕК повинні направляти хворих на раннє оперативне лікування для запобігання розвитку стійкої втрати життєдіяльності та визначенні в подальшому інвалідності. Незважаючи на загально визнаний факт про необхідність проведення ранньої медичної реабілітації оперативними методами, при складанні індивідуальних програм реабілітації лікарі-експерти МСЕК більше уваги приділяють консервативним заходам реабілітації.

Так, при детальному аналізі проведених медичних заходів реабілітації встановлено, що у більшості хворих після звернення у МСЕК для визначення ступеня втрати життєдіяльності вони направлялися на консервативне лікування, що у кінцевому результаті через 1–2 роки після лікування не призводило до відновлення функції ліктьового суглоба та зниження важності інвалідності. З іншого боку, аналіз довів, що інвалідність II групи у 67,4–74,3% хворих була визначена на період реконструктивно-відновного лікування. А це свідчить про потенційні можливості зниження показників первинної інвалідності за рахунок продовження листка непрацездатності.

Взагалі визначення індивідуальної програми реабілітації мало на меті розробку оптимальних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених або втрачених функцій верхньої кінцівки, здатності до виконання певних видів діяльності [6]. Таким чином, аналіз результатів її проведення є найважливішим з точки зору профілактики первинної інвалідності та визначення реабілітаційного потенціалу. Так, аналіз лікувальних заходів, проведених хворим з травмою ліктьового суглоба до первинного огляду у МСЕК, довів, що у більшості хворих після відкритої репозиції та внутрішньої фіксації продовжується гіпсова іммо-

білізація до 4 тижнів, що призводить до розвитку контрактур ліктьового суглоба і подовження терміну медичної реабілітації.

Після операції відкритої репозиції і металоостеосинтезу плечової та двох кісток передпліччя накістковими пластинами середній термін гіпсової іммобілізації становив 6 тижнів, що було основним чинником розвитку тяжких контрактур і значно подовжувало термін відновлення рухів у ньому та інших суглобах верхньої кінцівки. Розвиток хронічного остеомієліту, хибних суглобів кісток, що складають ліктьовий суглоб, спостерігався у 16,5% випадків і призвів до суттєвої втрати життєдіяльності у цих хворих.

У 39% пацієнтів, що тривалий період лікувалися методом гіпсової іммобілізації, стійке обмеження функції верхньої кінцівки пов'язано насамперед зі значними контрактурами, патологічними установками у функціонально невігідному положенні в суглобах верхньої кінцівки, а також нейродистрофічним синдромом.

Незадовільні результати лікування ушкоджень внутрішньосуглобових переломів та переломовивихів кісток, що складають ліктьовий суглоб, шляхом проведення металоостеосинтезу накістковими пластинами та спицями Кіршнера у 54% пацієнтів зумовлені, по-перше, розвитком хронічного остеомієліту кісток, наявністю неусуненої деформації вісі кінцівки, дисконгруентністю суглобових поверхонь, а також міграцією імплантатів, що значно порушило об'єм рухів у ліктьовому суглобі з розвиненням значного болювого синдрому.

Неадекватність проведеного черезкісткового остеосинтезу призвела до незадовільного результату у 7% хворих переважно внаслідок порушення методології проведення спиць і неадекватної оцінки біомеханічних порушень, що виникли внаслідок зміщення фрагментів.

Викликає сумнів доцільність проведення у 68% цих хворих реостеосинтезу накістковими пластинами з подальшою іммобілізацією гіпсовою пов'язкою, що сприяло поліпшенню результатів медичної реабілітації через розвиток важких контрактур і нейродистрофічного синдрому із значним або помірним порушенням функції верхньої кінцівки.

Наводимо клінічний приклад.

Хворий С., 1973 р. народження, механік, надійшов у клініку УкрДержНДІМСПІ 25.09.2002 р. для винесення експертного рішення з діагнозом: виражена післятравматична згинально-розгинальна та просупінаційна контрактура лівого ліктьового суглоба у функціонально невігідному положенні, гетеротопічна осифікація лівого ліктьового суглоба, зрослий перелом дистального метаепіфізу лівої плечової кістки з

неусуненим зміщенням, зрослий перелом проксимального метаепіфізу лівої ліктьової кістки після інтрамедулярного остеосинтезу, стан після резекції головки лівої променевої кістки.

Травма виробнича, 27.10.2000 р. одержав закритий фрагментарний перелом проксимального метаепіфізу обох кісток лівого передпліччя із зміщенням відламків, закритий перелом дистального метаепіфізу лівої плечової кістки. Хворий був госпіталізований у міську лікарню, де 28.10.2000 р. йому проведено операцію: відкрита репозиція обох кісток передпліччя, інтрамедулярний остеосинтез лівої ліктьової кістки стержнем Богданова (рис. 2; 3).

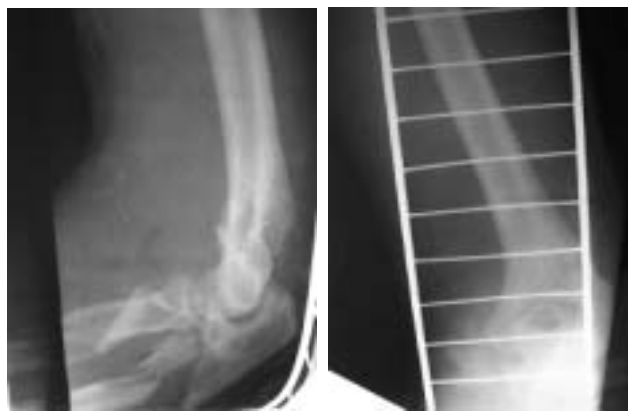


Рис. 2. Фото рентгенограм ліктьового суглоба хворого С. після травми

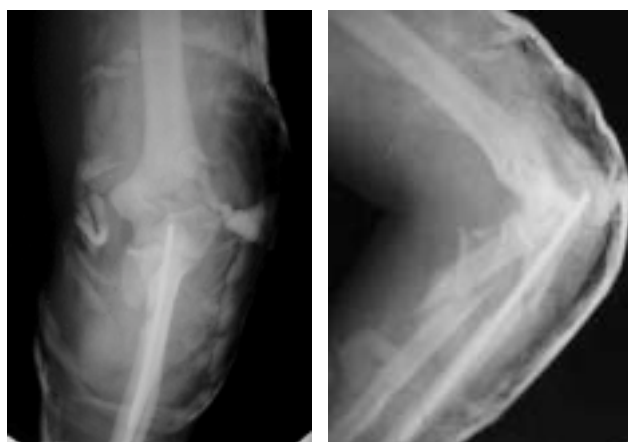


Рис. 3. Фото рентгенограм ліктьового суглоба після інтрамедулярного остеосинтезу та гіпсової іммобілізації

Термін гіпсової іммобілізації ушкодженого передпліччя після операції становив 6 тижнів. Перелом ліктьової кістки зрісся, але переломи променевої та плечової кісток консолидувалися з неусуненим зміщенням та розвитком гетеротопічної осифікації. 04.05.2001 р. хворому С. проведено операцію: видалення інтрамедулярного стержня (рис. 4). 26.08.2001 р. у зв'язку з відсутністю позитивної динаміки у відновленні рухів у лівому ліктьовому суглобі виконано іншу

операцію: резекція голівки променевої кістки та ектопічної кісткової тканини (рис. 5).



Рис. 4. Фото рентгенограм ліктьового суглоба хворого С. після видалення інтрамедулярного стержня

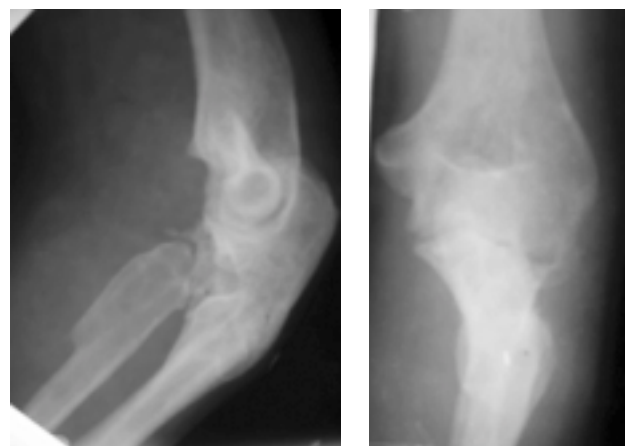


Рис. 5. Фото рентгенограм ліктьового суглоба хворого через 1 рік після резекції головки лівої променевої кістки

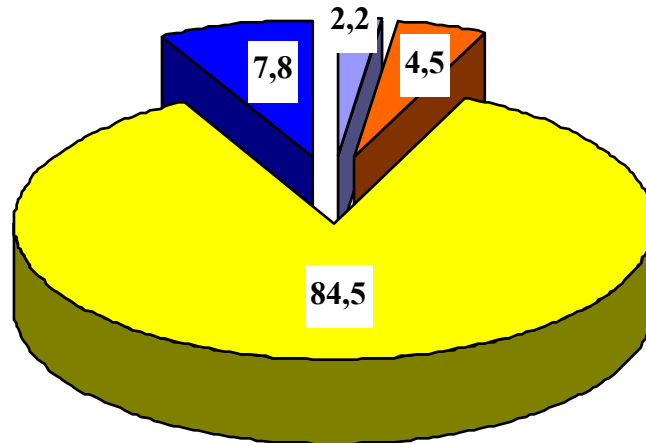
Хворому С. продовжено лікування за листком непрацездатності після 4 місяців лікування, а загальний термін тимчасової непрацездатності до визначення хворому МСЕК III групи інвалідності становив 24 тижні.

У грудні 2001 р. при черговому огляді у МСЕК хворого направлено для консультації та можливого відновно-реконструктивного лікування. Він був визнаний інвалідом III групи – встановлено 50% втрати професійної працездатності. Від запропонованого оперативного лікування хворий категорично відмовився.

Наведений клінічний приклад свідчить про те, що вже на етапі продовження лікарняного листка хворому не визначено ефективну повторну програму медичної реабілітації, що поряд з помилками в оперативному лікуванні на певному етапі надання медичної допомоги призвело до стійкого порушення функції ліктьового суглоба та всієї верхньої кінцівки.

Основні види обмеження життєдіяльності хворих внаслідок травм кісток, що утворюють ліктьовий суглоб, подано на рис. 6. Ці дані свідчать про те, що відновлення функції ліктьового суг-

лоба у межах мінімально фізіологічного обсягу рухів за Morgey на 100° дасть змогу повернути більшість хворих до праці за фахом, а значить істотно скоротити показники інвалідності.



■ Обмеження фізичної незалежності
 ■ Зниження кваліфікації
 ■ Обмеження здатності займатися працею за фахом
 ■ Обмеження здатності до перенавчання

Висновки

Таким чином, аналіз даних обласних та міжрайонних МСЕК України за 2001–2005 рр. дав змогу визначити медико-соціальні особливості інвалідності внаслідок травм ліктьового суглоба:

1) первинна інвалідність внаслідок застарілих ушкоджень кісток, що утворюють ліктьовий суглоб, у структурі травм опорно-рухової системи за період 2001–2005 рр. становила 5,8–6,2%;

2) основними факторами, що приводять хворих до інвалідності внаслідок травм ліктьового суглоба, є стійкі змішані контрактури через відсутність відновлення конгруентності суглобових поверхонь, порушення анатомічних взаємовідносин у проксимальному променево-ліктьовому суглобі, тривалу імобілізацію,

уповільнену консолідацію відламків та розвиток несправжніх суглобів, невідповідності застосованого типу остеосинтезу отриманій травмі, порушення техніки проведення оперативного втручання;

3) існує певний резерв зниження показників первинної інвалідності за рахунок продовження листків непрацездатності з проведенням раціональних заходів медичної реабілітації;

4) основним напрямком щодо запобігання негативним результатам внаслідок травми ліктьового суглоба повинна стати розробка диференційованих підходів до тактики лікування та вдосконалення існуючих методів реабілітації хворих із застарілими ушкодженнями кісток, що утворюють ліктьовий суглоб.

Список літератури

1. Іпатов А.В. Проблеми інвалідності і реабілітації інвалідів ортопедо-травматологічного профілю // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2002. – №4. – С. 12–17.
2. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. Інвалідність як інтегральний показник стану здоров'я населення України. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – С. 205–218.
3. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 1992–2005 рр.: Аналітико-інформаційний довідник. – Дніпропетровськ: Пороги, 1992–2005. – 100 с.
4. Показники травматолого-ортопедичної допомоги населенню України за 1994–1995, 1995–1996, 1996–1997, 1997–1998, 1998–1999 роки // МОЗ України, УкрНДІТО. – К., 1995–2000.
5. Шеметова Г.В. Инвалидность вследствие болезней костно-мышечной системы // Здравоохран. Рос. Федерации. – 2004. – №4. – С. 31–33.
6. Яременко Д.О., Шевченко О.Г., Таршис В.Б. До програми реабілітації інвалідів з наслідками травм верхніх кінцівок // Матер. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої 75-річчю УкрДержНДІМСПІ "Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів", м. Дніпропетровськ, 20–21 вересня 2001 р. – Дніпропетровськ: Пороги, 2001. – С. 246–251.

7. Яременко Д.О., Шевченко О.Г., Таршис В.Б. Ускладнення та помилки при лікуванні пошкоджень верхніх кінцівок за даними медико-соціальної експертизи // Матеріали пленуму ортопедів-травматологів України. – Київ–Одеса, 1998. – Розд. II. – С. 425–427.
8. Яременко Д.О., Шевченко О.Г. Особливості динаміки інвалідності внаслідок травм верхньої кінцівки // Матер. Всеукр. наук.-практ. конф. "Актуальні питання медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів", м. Вінниця, 16–17 вересня 2004 р. – Вінниця, 2004. – С. 215–220.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ, ОБРАЗУЮЩИХ ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ

И.В. Бойко (Днепропетровск)

Проведен анализ причин первичной инвалидности вследствие травм костей, образующих локтевой сустав, в Украине за период 2001–2005 гг. Установлено, что первичная инвалидность от поврежденной локтевой сустава в структуре травм опорно-двигательной системы в указанный период составила 5,8–6,2%. Основными факторами являются стойкие смешанные контрактуры вследствие отсутствия восстановления конгруэнтности суставных поверхностей, нарушения анатомических взаимоотношений, длительной иммобилизации, замедленной консолидации и развития ложных суставов, несоответствия примененного типа остеосинтеза полученной травме, нарушение техники проведения оперативного вмешательства. Доказано, что существует определенный резерв снижения показателей первичной инвалидности за счет продления сроков временной нетрудоспособности с проведением рациональных мероприятий медицинской реабилитации.

THE MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTIC OF SICK WITH BONES DAMAGE, FORMING ELBOW JOINT

I.V. Boyko (Dnepropetrovsk)

The authors carry out the analysis of primary physical inability owing to traumas of elbow joint in Ukraine for the period 2001–2005. The primary physical inability owing to damages of elbow joint in structure of traumas for the period 2001–2005 is established like 5,8%–6,2%. By major factors, which result the patients in physical inability owing to traumas of elbow joint the infringements of anatomic mutual relation are proof mixed contractures owing to absence of restoration of articulation surfaces, long immobilization, slowed down consolidation and development of nonunion, discrepancy of the applied type osteosynthesis to the received trauma, infringement of engineering of realization of operative intervention. It is proved, that there is a certain reserve of decreasing of primary physical inability using prolongation of temporary terms of invalidity with realization of rational medical rehabilitation progr

УДК 616-082:618.173

О.З. ДЕЦИК (Івано-Франківськ)

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ЖІНОК В ПЕРИ- ТА ПОСТМЕНОПАУЗІ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Івано-Франківський державний медичний університет

Сучасна демографічна ситуація в Україні, як і в більшості економічно розвинених країн світу, характеризується постарінням населення, довгою тривалістю життя жінок і у зв'язку із цим збільшенням їх частки в загальній структурі населення, особливо у старших вікових групах [4].

Враховуючи, що третину свого життя сучасна жінка перебуває у стані менопаузи, проблеми в

здоров'ї, які супроводжують цей період, привертають дедалі більшу увагу науковців та практичної охорони здоров'я. Гормональні зміни у багатьох жінок в пери- та постменопаузі провокують виникнення різних симптомів і хронічних захворювань, які погіршують якість їхнього життя, знижують працездатність, призводять до інвалідності та смертності, а отже, соціально-економічних збитків [7].

Зокрема, у жінок цього віку нерідко виникають новоутворення, поширеність яких має тенденцію до зростання, а тому становить важливу медико-соціальну проблему [3;8–10]. серед 40–54-річних жінок злоякісні новоутворення (ЗН) посідають друге місце в структурі причин первинної інвалідності, а в структурі причин смертності – перше. У жінок віком 55–69 років ЗН серед інших причин смерті знаходяться на постійному після хвороб системи кровообігу другому місці. І тільки після 70 років – опускаються до п'ятого місця, хоча інтенсивні показники залишаються стабільними. Практично 60% випадків первинної інвалідності та 40% випадків смертей жінок від ЗН становлять пухлини молочної залози і статевих органів, майже 2/3 з яких – візуальні форми. Отже, очевидними є недоліки вчасної діагностики ЗН.

Для більш детального їх розгляду та запропонування можливих шляхів корекції ми проаналізували повікові особливості онкозахворюваності та організації медичної допомоги онкологічним хворим – жінкам віком від 40 років і старших, що й стало **метою і завданнями** даного дослідження.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі Івано-Франківської області. Виві-

чили захворюваність та показники медичної допомоги онкологічним хворим за даними “Звітів про захворювання на злоякісні новоутворення” (ф. №7) і “Звітів про хворих на злоякісні новоутворення” (ф. №35-здоров) Івано-Франківської області за 1996–2005 рр., а також Національного канцер-реєстру 2004–2005 рр. [6]. Організували і провели медичні огляди та соціологічне опитування 557 жінок у віці від 40 років і старших.

При аналізі отриманих даних виділені вікові групи, які відповідають періодам гормональних змін у жінок: пременопаузі (40–49 років), ранній постменопаузі (50–59 років), глибокій постменопаузі (60–69 років) і сенільному віку (понад 70 років) [7]. Показники розраховували по окремих роках і в цілому за період спостереження.

Результати дослідження та їх обговорення. Наше дослідження показало, що в структурі онкозахворюваності розглянутої групи населення (рис. 1), так як і в структурі онкосмертності [1], майже 40% становлять злоякісні новоутворення молочної залози і статевих органів. Приблизно п'ята частина всіх вперше виявлених випадків пухлин локалізується на органах травлення (22,0%) і ще 18,0% становлять меланома та інші ЗН шкіри.

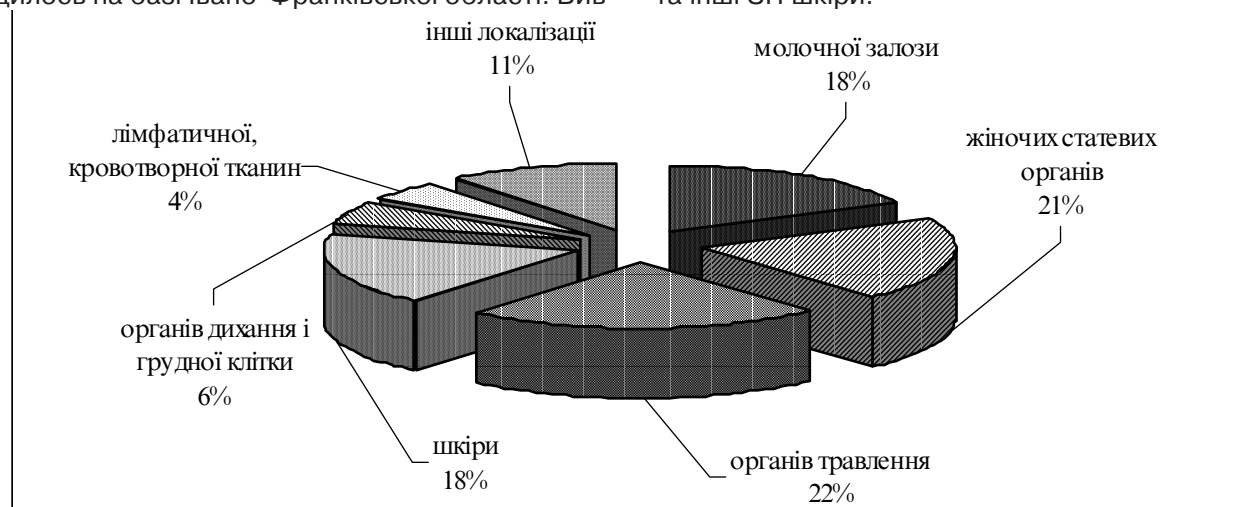


Рис 1. Структура захворюваності на злоякісні новоутворення жінок у віці 40 років і старших

У динаміці за десять років (1996–2005) спостерігається приріст на 7,5% захворюваності на ЗН жінок віком 40 років і старших (табл. 1). По окремих локалізаціях приріст зареєстрований по ЗН шкіри (+19,2%) та дуже вагомий по ЗН молочної залози (+34,6%) і тіла матки (48,2%). Онкозахворюваність по інших органах та системах за період спостереження суттєво не змінилась. Слід зазначити, що вказаний приріст інтенсивних показників захворюваності на ЗН молочної залози та тіла матки сформувався переважно за рахунок приросту показників у вікових групах 50 років і старших.

Аналіз узагальнених за десятирічний період спостереження повікових показників демонструє прогресуюче зростання рівнів захворюваності на злоякісні новоутворення з віком як в цілому, так і по більшості локалізацій (табл. 2).

Проте цілком іншими є закономірності захворюваності на ЗН молочної залози та жіночих статевих органів, які чітко відображають її залежність від гормональних змін, пов'язаних з менопаузою (рис. 2). Так, як і в інших подібних дослідженнях [5;8], ми спостерігали стрімкий приріст (практично подвоєння) інтенсивності показників у кожній наступній віковій

Таблиця 1. Динаміка показників захворюваності на злоякісні новоутворення жінок у віці від 40 років, мешканок Івано-Франківської області, за 1996–2005 роки (на 100 тис. населення)

| № пор. | Локалізація злоякісних новоутворень | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. | Усі локалізації, в т.ч.: | 448,5 | 433,3 | 436,6 | 463,8 | 501,8 | 459,5 | 489,5 | 482,3 | 469,9 | 482,0 |
| 2. | органів травлення | 123,7 | 107,1 | 104,6 | 106,1 | 113,5 | 103,8 | 103,2 | 103,9 | 103,5 | 104,4 |
| 3. | органів дихання і грудної клітки | 26,2 | 26,7 | 26,1 | 23,2 | 33,7 | 29,2 | 24,7 | 26,6 | 24,5 | 25,5 |
| 4. | шкіри | 71,2 | 72,5 | 83,8 | 84,0 | 89,6 | 81,8 | 88,4 | 82,1 | 85,1 | 84,9 |
| 5. | молочної залози | 66,8 | 66,9 | 69,4 | 84,0 | 97,7 | 90,9 | 96,9 | 87,7 | 72,4 | 89,4 |
| 6. | жіночих статевих органів, в т.ч. | 95,7 | 102,1 | 92,0 | 96,5 | 91,6 | 87,8 | 97,2 | 101,3 | 97,0 | 101,5 |
| 7. | вульви, вагіни і шийки матки | 31,6 | 33,7 | 32,5 | 35,7 | 32,8 | 29,7 | 35,8 | 32,9 | 28,5 | 27,7 |
| 8. | тіла матки | 31,3 | 33,7 | 29,6 | 34,0 | 38,6 | 37,7 | 36,4 | 40,8 | 46,5 | 46,4 |
| 9. | яєчників | 25,9 | 26,9 | 23,7 | 26,7 | 18,4 | 19,7 | 23,3 | 25,2 | 21,4 | 26,3 |
| 10. | сечових органів | 11,6 | 10,1 | 10,0 | 15,4 | 13,8 | 13,2 | 14,2 | 11,9 | 13,2 | 9,9 |
| 11. | нервової системи | 8,0 | 6,5 | 4,7 | 7,8 | 7,8 | 4,3 | 6,5 | 9,1 | 5,9 | 6,8 |
| 12. | цитоподібної залози | 7,5 | 2,7 | 5,3 | 5,8 | 3,7 | 4,0 | 4,0 | 4,2 | 3,4 | 5,7 |
| 13. | лімфатичної, кровотворної та споріднених тканин | 19,1 | 18,9 | 18,2 | 19,5 | 25,6 | 20,3 | 21,6 | 22,6 | 20,9 | 21,8 |
| 14. | Інші локалізації | 18,8 | 19,7 | 22,6 | 21,5 | 24,8 | 24,3 | 32,7 | 32,8 | 44,0 | 32,2 |

Таблиця 2. Захворюваність жінок Івано-Франківської області на злоякісні новоутворення (на 100 тис. населення)

| № пор. | Локалізація злоякісних новоутворень | Разом | в т.ч. по вікових групах | | | | | | | | | |
|--------|---|-------|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| | | | до 30 | 30–34 | 35–39 | 40–44 | 45–49 | 50–54 | 55–59 | 60–64 | 65–69 | 70 і ст. |
| 1. | Усі локалізації, в т.ч.: | 234,6 | 15,8 | 62,0 | 93,7 | 170,1 | 275,2 | 385,2 | 453,4 | 554,0 | 652,2 | 669,2 |
| 2. | органів травлення | 51,3 | 0,6 | 6,5 | 9,5 | 19,2 | 31,8 | 58,9 | 86,6 | 134,1 | 172,1 | 190,6 |
| 3. | органів дихання і грудної клітки | 13,0 | 0,6 | 3,1 | 3,1 | 5,6 | 8,0 | 12,1 | 20,4 | 29,1 | 43,8 | 49,5 |
| 4. | шкіри | 39,4 | 0,8 | 3,7 | 6,3 | 13,8 | 23,8 | 38,3 | 44,3 | 76,4 | 112,1 | 183,1 |
| 5. | молочної залози | 41,6 | 0,8 | 11,6 | 22,7 | 54,2 | 96,7 | 102,7 | 96,4 | 88,5 | 95,2 | 72,1 |
| 6. | жіночих статевих органів, в т.ч. | 49,9 | 3,4 | 21,0 | 32,8 | 48,4 | 75,6 | 120,0 | 132,2 | 134,3 | 121,2 | 80,4 |
| 7. | вульви, вагіни і шийки матки | 18,4 | 2,0 | 16,7 | 22,5 | 31,0 | 29,7 | 37,2 | 35,6 | 34,2 | 36,1 | 27,2 |
| 8. | тіла матки | 17,8 | 0,0 | 0,8 | 3,6 | 9,1 | 25,3 | 51,8 | 63,3 | 64,5 | 49,5 | 25,6 |
| 9. | яєчників | 12,1 | 1,1 | 2,9 | 5,5 | 7,8 | 19,2 | 27,9 | 31,2 | 32,0 | 32,8 | 22,6 |
| 10. | сечових органів | 6,2 | 0,1 | 0,4 | 2,3 | 3,0 | 8,2 | 10,8 | 14,4 | 18,2 | 19,2 | 14,0 |
| 11. | нервової системи | 4,3 | 1,7 | 2,6 | 4,4 | 3,9 | 7,0 | 9,6 | 11,4 | 8,2 | 8,9 | 3,3 |
| 12. | цитоподібної залози | 2,6 | 0,7 | 1,8 | 1,5 | 2,8 | 4,0 | 4,5 | 3,5 | 6,3 | 6,8 | 4,7 |
| 13. | лімфатичної, кровотворної та споріднених тканин | 12,9 | 5,2 | 8,8 | 7,4 | 11,6 | 9,7 | 12,8 | 20,4 | 26,9 | 36,8 | 26,0 |
| 14. | Інші локалізації | 13,2 | 0,5 | 2,4 | 3,6 | 7,7 | 10,3 | 15,6 | 27,4 | 29,3 | 38,2 | 49,1 |

групі вже в 35–49 років аж до максимуму в 50–54 роки і з наступним плато протягом цілої постменопаузи (50–69 років). Тільки після досягнення 70-річного віку захворюваність на гормонозалежні пухлини іде на спад ($P < 0,001$). Ця

картина наочно демонструє, що цільові заходи профілактики слід починати серед жінок, особливо із чинниками ризику, хоча б за 10–15 років до очікуваних максимальних рівнів захворюваності.

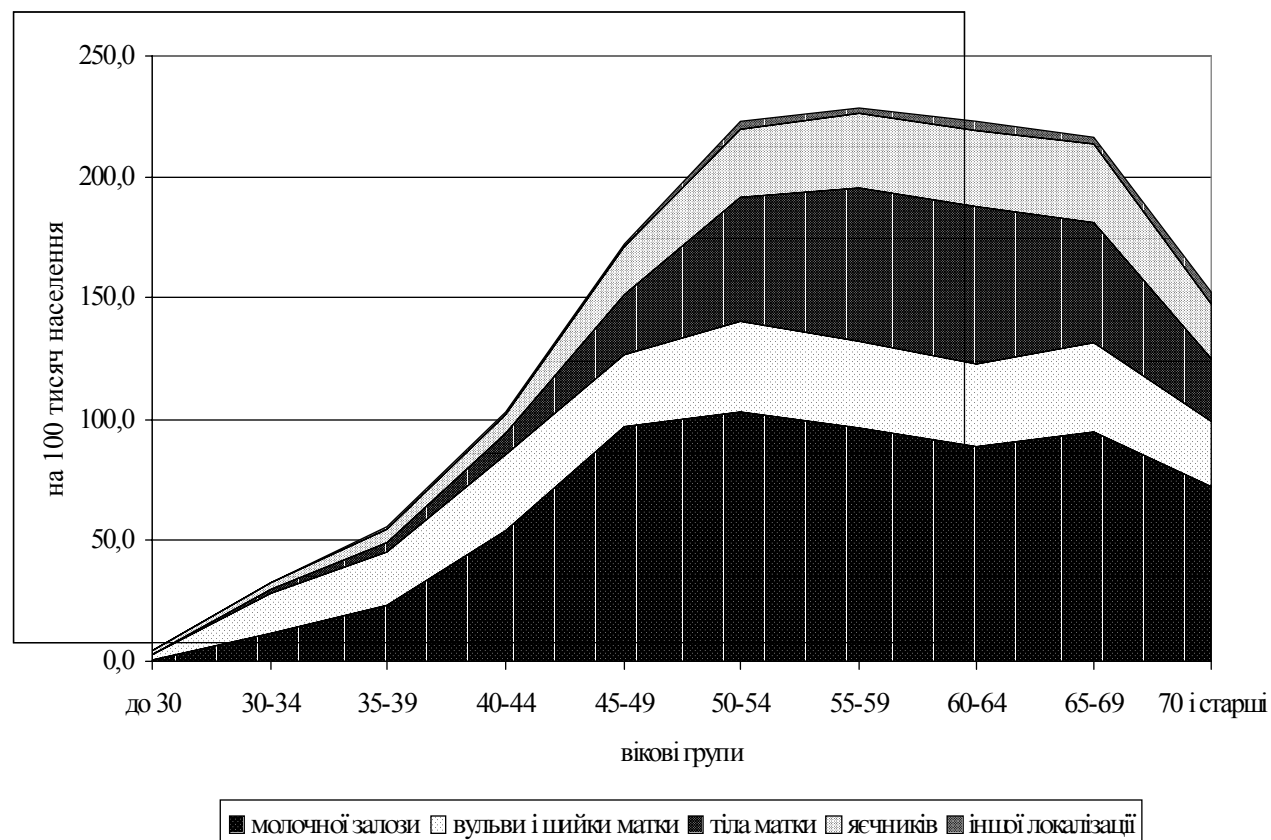


Рис. 2. Захворюваність на злоякісні новоутворення молочної залози і жіночих статевих органів залежно від віку жінок

Звертає на себе увагу, що по візуальних формах цих пухлин, особливо по ЗН молочної залози, після піку захворюваності в 50–54 роки ($102,7 \pm 5,08$ на 100 тис. населення) далі настає деяке зниження рівнів до $88,5 \pm 4,63$ відповідного випадку в 60–64 роки ($P < 0,05$), а в 65–69 років – знову незначне зростання ($95,2 \pm 4,77$ ‰, $P > 0,05$). Подібний “провал” захворюваності на рак молочної залози в 60–64 роки спостерігається і за даними Національного канцерреєстру загалом по Україні [6].

Пояснення цьому, на наш погляд, слід шукати в організації медичної допомоги. Адже таку ж двофазність ми спостерігали, аналізуючи загальну захворюваність жінок за даними звертань до лікувально-профілактичних закладів [1]. Причин багато, і більшість з них лежать у соціальній площині. По-перше, з настанням пенсійного віку відпадає потреба в листках непрацездатності, і жінки не звертаються по медичну допомогу тоді, коли вважають, що можуть самі собі допомогти. По-друге, незвертання пов’язане із загальним недостатнім рівнем матеріального благополуччя та освіти, високими рівнями економічної еміграції жінок, особливо в західних регіонах. У результаті невідповідність між реальною потребою в медичній допомозі та фактичним звертанням по неї кратна 3,5–4,0 [1]. І як наслідок, приблиз-

но третина ($28,1 \pm 1,91$ – $34,7 \pm 2,02$ %) жінок, старших 40 років, при опитуванні вказали, що за останні три роки жодного разу не проходили стандартних цільових оглядів, основною метою яких і є виявлення на ранніх стадіях новоутворень. Хоча, за даними проведених нами медичних оглядів, вже в 40–49 років у $11,2 \pm 2,31$ % жінок виявлялись мастопатії, фіброміоми та інші передракові захворювання молочних залоз і статевих органів.

Ілюстрацією сказаного також можуть бути показники онкологічної допомоги (табл. 3). Звертає на себе увагу низька питома вага виявлених злоякісних новоутворень під час медичних оглядів і в цілому по Україні, і на Прикарпатті зокрема [5;6]. Так, лише 30–50% візуальних форм пухлин виявляється при медоглядах. Відповідно високими є показники занедбаності. Аж 25–40% ЗН молочної залози і близько 20% ЗН шийки матки виявляють у III–IV стадії. В результаті летальність до 1 року з числа вперше виявлених хворих у попередньому році становить при цих патологіях 12,8–18,9%. Показник виживання протягом 5 років за період спостереження коливався серед пацієнтів із ЗН молочної залози в межах 50,2–55,1%, шийки матки – 62,7–79,8%, тіла матки – 59,6–64,7%, яєчників – 55,2–61,1%.

Таблиця 3. Смертність, захворюваність жінок на злоякісні новоутворення молочної залози і статевих органів та показники діяльності онкологічної служби Івано-Франківської області порівняно із середніми по Україні (2005 р.)

| № пор. | Показник | Злоякісні новоутворення | | | | | | | |
|--------|---------------------------------------|-------------------------|---------|-------------|---------|------------|---------|----------|---------|
| | | молочної залози | | шийки матки | | тіла матки | | яєчників | |
| | | область | Україна | область | Україна | область | Україна | область | Україна |
| 1. | Смертність, на 100 тис. населення | 22,3 | 30,1 | 8,0 | 8,9 | 6,5 | 7,7 | 8,9 | 9,6 |
| 2. | Контингенти, на 100 тис. населення | 339,0 | 512,7 | 222,2 | 235,5 | 180,6 | 255,6 | 63,1 | 97,1 |
| 3. | Захворюваність, на 100 тис. населення | 44,9 | 61,3 | 14,6 | 18,4 | 22,6 | 25,2 | 13,5 | 15,5 |
| 4. | Виявлені при медичних оглядах, % | 46,6 | 42,7 | 35,8 | 51,2 | 21,4 | 39,2 | 5,1 | 22,5 |
| 5. | Виявлені в III стадії, % | 24,5 | 16,3 | 15,1 | 14,0 | 8,4 | 9,9 | 44,9 | 42,6 |
| 6. | Виявлені в IV стадії, % | 15,0 | 8,2 | 2,8 | 4,3 | 6,5 | 3,3 | 9,2 | 15,0 |
| 7. | Летальність до 1 року, % | 15,2 | 12,8 | 18,9 | 18,2 | 9,9 | 14,7 | 33,3 | 34,8 |
| 8. | Морфологічна верифікація, % | 74,9 | 88,5 | 100,0 | 97,5 | 100,0 | 97,3 | 97,0 | 85,5 |
| 9. | Охоплені спец. лікуванням % | 62,6 | 77,4 | 85,8 | 79,1 | 87,0 | 81,8 | 91,8 | 81,0 |

І хоча загалом показники поширеності, захворюваності та смертності від ЗН (і звичайні, і стандартизовані за віком) в Івано-Франківській області нижчі, ніж по Україні в цілому, заспокоюватись не можна. Адже, очевидно, що причиною цього є не тільки менше екологічне навантаження, порівняно із східними та південними областями, де відповідні показники найвищі в державі [3]. Досить наочними є недоліки вчасного виявлення патології [5].

Показники повноти морфологічної верифікації діагнозу та охоплення спеціалізованим лікуванням свідчать про те, що онкологічна служба (третинний рівень лікувально-профілактичної допомоги) працює в цілому задовільно. Слабкою ланкою є несвоєчасність виявлення злоякісних новоутворень на попередніх рівнях. А з цією проблемою онкологічна служба сама не справиться. Це завдання для цілої системи охорони здоров'я. Державна програма "Онкологія" ґрунтовно аргументує і містить заходи корекції недоліків по всіх напрямках та ланках проблеми. Однак, на наш погляд, головний акцент слід зробити на первинну медико-санітарну допомогу. Тільки лікар загальної практики/сімейної медицини, патронуючи сім'ї своєї дільниці протягом тривалого періоду, може навчити жінок методиці самообстеження та сформулювати у них поінформо-

вану онконастороженість, виявити осіб із чинниками ризику, організувати та охопити населення цільовими онкопрофоглядами тощо. Світова практика довела, що за умови відповідної підготовки та мотивації сімейних лікарів це найраціональніший та найефективніший спосіб реалізації профілактичних технологій [2].

Висновки

1. У структурі онкозахворюваності жінок віком 40 років і старших 40,0% випадків становлять злоякісні новоутворення (ЗН) молочної залози і статевих органів, рівні інтенсивних показників яких мають тенденцію до зростання.

2. Максимальні рівні захворюваності на ЗН молочної залози і жіночих статевих органів спостерігаються в 50–69 років (рання і глибока постменопауза), а отже, цільові заходи профілактики слід розпочинати серед груп ризику заздалегідь – не пізніше 35–40 років.

3. Встановлені значні недоліки своєчасного виявлення онкозахворювань серед жінок у пери- та постменопаузі найдоцільніше виправляти на рівні первинної медико-санітарної допомоги.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці практичних рекомендацій лікарям загальної практики/сімейної медицини щодо профілактики онкозахворювань у жінок в пери- та постменопаузі.

Список літератури

1. Децик О.З. Проблема менопаузи з позицій організації охорони здоров'я // Здоровье женщины. – 2006. – №4 (28). – С. 37–39.
2. Лехан В. М. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря): Навч. посібник. – Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС, 2002. – 247 с.
3. Москаленко В.Ф., Гойда Н.Г., Моїсеєнко Р.О. Стан та організація допомоги жінкам з раком молочної залози // Охорона здоров'я України. – 2003. – №2 (9). – С. 30–34.
4. Москаленко В.Ф., Голубчиков М.В. Соціально-гігієнічний аналіз демографічної ситуації в Україні // Мед. всесвіт. – 2003. – №11(2). – С. 44–51.
5. Пономаренко В.М., Медведовська Н.В., Курчатов Г.В. Результати оперативного моніторингу ефективності діагностики онкопатології в розрізі регіонів України // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – №2. – С. 49–52.
6. Рак в Україні, 2004–2005. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби: Бюлетень Нац. канцер-реєстру України. – К., 2006. – С. 7.
7. Сметник В. Климактерические расстройства и методы их коррекции // Врач. – 2002. – №8. – С. 19–21.
8. Стан онкологічної захворюваності та організація медичної допомоги онкологічним хворим в Україні і особливості її надання на регіональному рівні // Н.Г. Гойда, А.Ю. Мельниченко, С.М. Бодюл, Ж.К. Горбунова. – Охорона здоров'я України. – 2005. – №1–2 (16-17). – С. 73–75.
9. Татарчук Т.Ф., Ефименко О.А., Косей Н.В. Негормональная терапия перименопаузальных расстройств у женщин с дисгормональными заболеваниями молочной железы // Репродуктивное здоровье женщины. – 2003. – №2 (14). – С. 56–58.
10. Fletcher AS, Erbas B, Kavanagh AM. et al. Use of hormone replacement therapy (HRT) and survival following breast cancer diagnosis // Breast. – 2005. – №14. – P. 192–200.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

О.З. Децик (Ивано-Франковск)

Представлены результаты анализа онкозаболеваемости женщин в возрасте старше 40 лет, жительниц Ивано-Франковской области. В структуре этого вида заболеваемости 40% случаев составляют злокачественные новообразования (ЗН) молочной железы и половых органов, уровни интенсивных показателей которых имеют тенденцию к возрастанию. Максимальные уровни заболеваемости ЗН молочной железы и женских половых органов регистрируются в 50–69 лет (ранняя и глубокая постменопауза). Следовательно, целевые меры профилактики следует начинать среди групп риска на упреждение – не позже 35–40 лет. Установленные недостатки своевременного выявления онкозаболеваний среди женщин в пери- и постменопаузе необходимо исправлять, в первую очередь, на уровне первичной медико-санитарной помощи.

CANCER INCIDENCE AMONG PERI- AND POSTMENOPAUSAL WOMEN AS MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM

O.Z. Detsyk (Ivano-Frankovsk)

In this article there are represented the results of analysis of morbidity, disability, mortality and medical care of women older 40 years, resident in the Ivano-Frankivsk region. In the structure of this type of the morbidity 40% cases make breast cancer and tumors of privy parts, the levels of intensive indexes of which have a tendency towards increasing. The maximal levels of breast cancer and tumors of womanish privy parts incidence are registered in 50–69 years (early and deep postmenopause). Consequently, it is necessary to begin the having special purpose measures of prophylaxis among the groups of risk on forestalling – not later than 35–40 years. Set lacks of timely cancer exposure among peri- and postmenopausal women must approved, above all things, at the level of primary health care.

УДК 616.98:578.828:616-052:614.253

Б.Л. ПОДЛУЖНИЙ (Київ)

РІВЕНЬ ТОЛЕРАНТНОСТІ ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ У ЗВ'ЯЗКУ З ВІЛ/СНІДОМ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД)

Центральна районна поліклініка Святошинського району м. Києва

Україна за темпами поширення ВІЛ/СНІДу посідає одне з провідних місць у Східній Європі. Незважаючи на зусилля з боку державних структур, недержавних організацій та суспільства в цілому, ситуація з розповсюдженням цього захворювання є тривожною [32].

Масштаби кризи СНІДу перевершили всі найгірші сценарії десятирічної давності. Десятки країн охоплені повномасштабними епідеміями ВІЛ/СНІДу і ще більше знаходяться на межі епідемії [19;25].

За даними, кількість людей, що заразилися ВІЛ-інфекцією тільки у 2005 р., становить 5 млн осіб, з них 800 тис. – діти. Середню тривалість життя інфікованої людини оцінюють зараз у 12 років, однак тривалість хвороби залежить від багатьох факторів, серед яких шляхи зараження, вік, доступність медичної допомоги тощо [22].

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, починаючи з 1987 р. по 2005 включно серед громадян України зареєстровано 88567 нових випадків ВІЛ-інфекції. Станом на 01.01.2006 р. офіційно зареєстровано 62888 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, в тому числі – 5492 дитини до 17 років. Більшість зареєстрованих випадків спостерігається у осіб віком 20–29 років. Діагностовано СНІД у 5092 осіб, з них – 260 дітей. Починаючи з 1987 р., померло від цієї хвороби всього 7563 особи, з них 186 дітей. Близько половини померлих віком 25–34 роки [12].

Вітчизняні дослідники [20;33] вказують на те, що швидко збільшується кількість ВІЛ-інфікованих дітей. Зростає поширеність ВІЛ-інфекції серед підлітків і молоді [29].

Епідемічний процес із поширенням 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) [17;34].

Пропонуються різні форми профілактичної роботи [3;14;15]. 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 зумовлюють уразливість окремих осіб до ВІЛ-інфекції [21].

Дві із ключових функцій Об'єднаної програми Організації ООН із ВІЛ/СНІДу включають відстеження епідемії й розробку стратегічної інформації, необхідної для управління заходами щодо боротьби з ВІЛ/СНІДОМ. Підвищення ефективності профілактичних заходів та значне розширення доступу до лікування повинні здійснюватись паралельно. Програми профілактики здатні стримати поширення ВІЛ, а програми лікування пом'якшують наслідки СНІДу [8;13]. При цьому громадське ставлення до ВІЛ/СНІДу та людей, уражених цією хворобою, є однією з найбільших проблем на шляху до ефективного протистояння епідемії в будь-якій країні. Коли статус ВІЛ-позитивних осіб стає офіційним, перед ними постає проблема дискримінації з боку громадськості [6].

Мета роботи – вивчити рівень толерантності та дискримінації у зв'язку з ВІЛ/СНІДОМ.

Метод, що використовувався під час виконання роботи, інформаційно-аналітичний. Проаналізовано 36 джерел наукової літератури.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз літературних джерел вказує, що упереджене ставлення частково є наслідком неправильної поінформованості суспільства про ВІЛ/СНІД. Отже, з одного боку, громадськість не хоче приймати ВІЛ-позитивну особу через брак обізнаності щодо епідемії, а з іншого – порушують права ВІЛ-інфікованих людей в Україні [4;30].

Зокрема, типовою є ситуація, коли не розрізняють ВІЛ-позитивних батьків та ВІЛ-позитивних дітей. Такі батьки часто змушені забрати свою дитину з дитсадка чи школи і виховувати її вдома або перевести до іншого закладу. Діти, які осиротіли внаслідок СНІДу, або від яких відмовились ВІЛ-позитивні батьки, часто виховуються в дитячих будинках, переважно в окремих групах або в інфекційних лікарнях. Таким дітям надається надзвичайно мала соціальна та психологічна

допомога, а загальноосвітні заклади зазвичай відмовляються приймати таких дітей на навчання, так 10 місяців після смерті батьків у Центральній міській лікарні м. Харцизька знаходилася дитина у віці 5,5 року, переведення у дитячий заклад не вирішувалося. Харцизьке міське управління праці та соціального захисту населення відповідало, що, згідно з п. 4 Інструкції "Про медичні протипоказання до прийому в стаціонарні відділення соціального захисту населення", загальним протипоказанням до прийому в будинки-інтернати є інфекційні захворювання. Також управління посилалося на те, що в даний час відсутні необхідні умови догляду за ВІЛ-інфікованими дітьми, які передбачені Міністерством охорони здоров'я (наказ №448 від 29.11.2002 р.). Таким чином, у будинок для інвалідів дитину не приймають тому, що вона має ВІЛ-статус, а в спеціалізованому дитячому будинку м. Макіївки, до речі, який розрахований на перебування дітей у віці 4 років, відсутні місця [16].

Слід зазначити, що проблема розміщення ВІЛ-позитивних дітей у дитячі дошкільні заклади повністю не вирішена, як не вирішена і проблема навчання дітей у загальноосвітніх школах. Поки ще єдиним способом вирішення даної проблеми є неповідомлення ВІЛ-статусу дитини [18].

Вирішення цієї проблеми є комплексним цілеспрямованим завданням влади, управління освіти, медичної громади, ВІЛ-сервісних організацій та правоохоронних органів. Передусім це знання шляхів передачі та способів профілактики ВІЛ/СНІДу та формування толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих дітей у всіх працівників освіти та дитячих дошкільних закладів, а також забезпечення виконання чинного законодавства з цього питання [26].

Відкритим питанням є ставлення громадськості до інфікування так званих уразливих груп (СІН, ЧСЧ, ЖКС). Нетолерантне ставлення до них частіше спричиняється не скільки діагнозом ВІЛ-інфекція/СНІД, скільки способом їхнього життя [1;2;4;23].

Інтегрований національний показник толерантності у 2004 р. серед дорослого населення становив 2%, а для молоді 15–24 років – 0,5. За даними дослідження "Доступність послуг і права ЛЖВ в Україні" (2004 р., Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД), в ході якого опитано ЛЖВ із 16 міст України, нетерпимість в українському суспільстві до ВІЛ-інфікованих є фатальною. Саме тому більшість інфікованих не відкривають таємниці свого ВІЛ-статусу. Однак це не вихід, адже така поведінка призводить до того, що ВІЛ-інфіковані люди позбавлені законних прав та пільг, які їм

гарантує законодавство України. Так, лише 6,7% опитаних ЛЖВ мають документальне свідоцтво щодо порушення своїх прав і тільки половина з них (3,4%) бажають відстояти їх у судовому порядку [5].

Як показують результати дослідження, ніхто з тих, хто оточує ВІЛ-позитивних, незалежно від близькості стосунків, не є абсолютно толерантним.

Висвітлюючи питання громадської думки щодо ВІЛ-інфекції та хворих людей слід зазначити вкрай важливу потребу в постійних вивірених та зважених інформаційних та аналітичних програмах для всього населення країни щодо ВІЛ/СНІДу як соціальної та медичної проблеми сьогодення.

Згідно зі Статутом ООН, держави-члени ООН зобов'язані поважати права людини без дискримінації [31].

Віденська декларація та Програма дій підтвердили, що права людини, будь-то громадянські, політичні, економічні, соціальні чи культурні, є універсальними та невідимими. При цьому держави несуть зобов'язання з поваги, захисту та дотримання таких прав та основних свобод людини в рамках своїх політичних, економічних та культурних систем [11].

Особливо гостро проблема дискримінації постала у зв'язку з ВІЛ/СНІДом, оскільки:

- дискримінація поглиблює наслідки епідемії для людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, та для осіб, які є інфікованими, а також для членів їхніх сімей та колег;

- люди стають ще більш прийнятними до інфекцій, якщо не ущемляються їхні економічні, соціальні та культурні права;

- там, де громадянські та політичні права, а також свободи громадян і об'єднань обмежуються суспільству важко або неможливо організувати ефективну боротьбу з епідемією, слід прийняти або посилити антидискримінаційні та інші охоронні закони, які захищали б від дискримінації в державному та приватному секторах уразливі групи ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД інвалідів; забезпечили б недоторканість особистого життя та конфіденційність і дотримання етичних норм при проведенні досліджень на людині; робили б акцент на виховання і примирення та передбачали б швидке і ефективно використання адміністративних та громадсько-правових засобів захисту.

Але, на великий жаль, дискримінація щодо ВІЛ-інфікованих людей є повсякденним правилом нашого життя. В стаціонарних відділеннях м. Макіївки проведено соціологічне дослідження щодо вивчення ставлення пацієнтів ЗОЗ до можливості лікування ВІЛ-інфікованих людей у відділеннях загального профілю. Результати

дослідження вказують на таке: 52,1% повинні лікуватися тільки в спеціальних закладах, 38,7% – вдома, 9,2% – у загальних закладах охорони здоров'я [28].

Наведені результати вказують на нестерпне ставлення пацієнтів стаціонарних відділень до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. При цьому слід зазначити, що в закладах охорони здоров'я міста не ведеться серед пацієнтів роз'яснювальна робота щодо шляхів передачі ВІЛ та не формується толерантне ставлення їх до вказаної категорії населення [10].

Подальше розкриття проблеми дискримінації набуло в ході вивчення питання "Відношення ВІЛ-інфікованих людей до одержання медичної допомоги" [7].

87% респондентів намагаються, якщо це не зазначено у медичній документації, приховувати свій статус. Причиною таких дій є упереджене ставлення медичних працівників до ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

11% респондентів указали на відмову в наданні медичної допомоги лікарями та 3% – середніми медичними працівниками.

76% відмітили, що в разі знання медичними працівниками позитивного статусу ВІЛ-інфікованого вони виказували нехтування проблемами пацієнта та 6,6±1,33% ставилися з презирством.

42% вказали на те, що медичні працівники повідомляють пацієнтам відділень про ВІЛ-статус і ті ставляться до ВІЛ-інфікованих з упередженням.

97% респондентів ставляться до маркування медичної документації ВІЛ-інфікованих пацієнтів як до своєрідного тавра.

Таким чином, ВІЛ-інфіковані люди зазнають стигматизації та дискримінації з боку суспільства загалом та медичного персоналу зокрема.

Кричущим проявом дискримінації і стигматизації є ставлення до хворих на СНІД особливо в термінальній стадії. Науковці піднімають питання про необхідність створення умов до забезпечення достойної смерті хворим на СНІД [9;24;27]. Ставлення до ЛЖВ є гіршим, ніж до людей зі злочинним минулим і до алкоголіків. Деяка амбівалентність суспільної думки виявляється через підвищення толерантності до ВІЛ-інфікованих, якщо ними виявляються близькі друзі. У цьому випадку кожен п'ятий висловив готовність не тільки надавати моральну підтримку, але й доглядати, якщо це буде потрібно [30].

Висновки

Проведений аналіз наукової літератури вказує на високий рівень дискримінації у зв'язку з ВІЛ/СНІДом та низький рівень толерантності до ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

Список літератури

1. Амджадін Л., Кащенко К., Коноплицька Т. та ін. Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс з чоловіками, як компонент епідагляду другого покоління. – К.: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД" в Україні, 2005. – 60 с.
2. Артюх О.Р., Балакарева Р.Н., Бочкова Л.В. та ін. Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління. – К.: МБА "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні", 2005. – 68 с.
3. Бабюк І.О., Федотов В.П., Горпинченко І.І. Профілактика ВІЛ-інфекції: Навч.-метод. посіб. – К.: ІННОТЕКС Інтернаціональ, 2000. – 36 с.
4. Балакарева О.М., Галустьян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М. та ін. Моніторинг поведінки молоді як компонент епідагляду другого покоління. – К.: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД" в Україні, 2005. – 44 с.
5. Балакарева О., Белова І., Жилка Н. та ін. Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Києві та аналіз заходів протидії. Ситуаційний аналіз. – К.: Вид-во Раєвського, 2006. – 136 с.
6. Балакарева О., Селирик О., Гук А. та ін. Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Миколаївській області та аналіз заходів протидії. Ситуаційний аналіз. – К.: Вид-во Раєвського, 2006. – 160 с.
7. Беленская Л.Н. К вопросу об организации медицинского обслуживания ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2000. – №1. – С. 109–111.
8. Беленська Л.М. Удосконалення організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим на СНІД та обґрунтування профілактичних заходів: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – К., 2006. – 23 с.
9. Беленська Л.М., Слабкий Г.О. Актуальні питання необхідності відкриття хоспісів для хворих на СНІД / Вопросы здравоохранения Донбасса: Сб. научн. работ. 2005. – С. 19–21.
10. Беленська Л.М., Слабкий Г.О. Деякі питання виконання на регіональному рівні показників Декларації відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІДом // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2005. – №1. – С. 18–23.
11. ВИЧ/СПИД и права человека. Международные руководящие принципы. – Женева: Нью-Йорк, ООН. – 1998. – 120 с. (R.98.XIV.1).
12. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень МОЗ України, 2006. – №25.
13. Впровадження сучасних методів епідемічного нагляду за ВІЛ в Україні. – К., 2003. – 52 с.
14. Галустьян 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.
15. Галустьян Ю.М., Левчук Н.М. Прогнозовані оцінки кількості ВІЛ-позитивних дітей та дітей-сиріт внаслідок ВІЛ/СНІДу в Україні. – К., 2005. – 12 с.

16. *Діти, які живуть з ВІЛ*. – К., 2003. – 15 с.
17. *Довідник з питань репродуктивного здоров'я* / Під ред. проф. Н.Г. Гойди. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 128 с.
18. *Догляд та виховання дітей, які живуть з ВІЛ: аналіз ситуації, проблеми та шляхи вирішення* / Під ред. О.М. Балакаревої. – К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2004. – 164 с.
19. *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2006: Глобальный доклад*. ЮНЕЙДС, 2006. – 5320 с.
20. *Закон України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення"* // Відомості Верховної Ради України, 1992. – №11.
21. *Материалы специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, 26–27 июня 2001 г.* <http://www.un.org/russian/document/gadocs/ga.htm>.
22. *Меры по борьбе с эпидемиями ВИЧ/СПИДа с учетом их разрушительных последствий для человека, экономики и общества. Резолюция, принятая 99-й конференцией межпарламентского союза 10 апреля 1998 г.* – ЮНЭЙДС / 99.48R (перевод на русский язык, апрель 2005). – Женева, Швейцария, 2000 – 163 с.
23. *Миккельсон Х. Распространение СПИДа среди гомосексуалистов в странах СНГ и Балтии* // Журнал микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. – 1999. – №1. – С. 11–13.
24. *Про необхідність створення та задачі спеціалізованих хоспісів для хворих на СНІД* / В.М. Лобас, Г.А. Слабкий, Л.Н. Беленська, Е.Т. Дорохова / X конгрес СФУЛТ, Чернівці-Київ-Чикаго, 26–28 серпня 2004 р. – К., 2004. – С. 114.
25. *Развитие эпидемии СПИДа. Декабрь 2004 г.* ЮНЕЙДС/ВОЗ. – 2004. – 87 с.
26. *Розроблення і впровадження системи моніторингу реалізації прав дітей, які живуть з ВІЛ*. – К., 2005. – 48 с.
27. *Слабкий Г.А., Беленская Л.Н., Дорохова Е.Т.* К вопросу обеспечения достойной смерти больных СПИДом // Матеріали другого національного конгресу з біоетики з міжнародною участю, м. Київ, 29 жовтня 2004 р. – К., 2004. – С. 141–142.
28. *Слабкий Г.О., Беленська Л.М.* До питання медичного обслуговування хворих на СНІД // Національні громадські слухання з питань виконання національної програми "Репродуктивне здоров'я 2001–2005". 25 березня 2005 р. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – С. 82–83.
29. *Слабкий Г.О., Беленська Л.М., Петренко Т.Г.* Розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу. – Донецьк, 2004. – 192 с.
30. *Слабкий Г.О., Юрченко О.В.* Рівень обізнаності з проблем ВІЛ/СНІД осіб, які приймають рішення з питань зазначеної патології // Університетська клініка. – 2007. – №1–2. – С. 92–96.
31. *Устав Организации Объединенных Наций: Сб. документов*. – М.: Наука, 1981.
32. *Щербинская А.* Ситуация по ВИЧ/СПИДу в Украине остается тревожной // СПИД. Секс. Здоровье. Специальный выпуск. – 2006. – С. 12–13.
33. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію*. 2005 р. – К., 2006. – 226 с.
34. *Zhylka N.* Organization of MTCT prevention sistem of Ukraine – an overivtv. Review of the Ukraine Programme for Prevention of HIV Infection in Infants / World Health Organization. – 2003. – 55 p.

УРОВЕНЬ ТОЛЕРАНТНОСТИ И ДИСКРИМИНАЦИЯ В СВЯЗИ С ВИЧ/СПИД (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОСМОТР)

Б.Л. Подлужный (Киев)

Приведены данные научной литературы об уровне толерантности и дискриминации в связи с ВИЧ/СПИДом.

A LEVEL OF TOLERANCE AND DISCRIMINATION IN CONNECTION WITH A HIV/AIDS (ANALYTICAL REVIEW)

В.Л. Podluzhnyj (Kyiv)

Data of the scientific literature on a level of tolerance and discrimination in connection with HIV/AIDS are brought.

УДК

ПІЩИКОВ В.А. (Київ)

ПРОБЛЕМИ В РОБОТІ ЕКСПЕРТНИХ КОМІСІЙ ПРИ РОЗПІЗНАВАННІ ПАТОЛОГІЇ, ПОВ'ЯЗАНОЇ З ЧИННИКАМИ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ, ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ФАКТУ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ

Інститут екологічної патології людини, м. Київ
Інститут сорбції та проблем ендоекології НАН України, м. Київ

Згідно офіційної статистики на початку 2004 року в Україні було зареєстровано всього 2318279 постраждалих від Чорнобильської катастрофи. Серед них: ліквідаторів – 234388; евакуйованих – 52444; потерпілих, що проживають та проживали на забруднених територіях – 1579633; потерпілих дітей 451 787 (більшість сформована дітьми, що народилися від постраждалих та від осіб, які мешкають на забруднених територіях; всі діти потерпілі від час аварії ЧАЕС до 26 квітня 2004 року стали дорослими). Водночас, інвалідів Чорнобилю на початок 2004 року нараховувалось 102980 осіб. Щорічний приріст інвалідності у межах від 0,5 до 2% (незначний). Наголосимо, що відбувається зміна структури інвалідності: зменшується кількість інвалідів–ліквідаторів відносно інвалідів з інших контингентів постраждалих.

Причиною таких змін є постаріння населення на 20 років після аварії та смерть інвалідів-ліквідаторів від хвороб. Так, на 2004 рік у загальному масиві даних щодо інвалідизації ліквідатори склали 62 % (відповідно 38% всі інші категорії населення, в тому числі - діти).

Для порівняння: у 1994 році таке відношення становило 91% до 9% (табл.1)

Підкреслимо, що за післяаварійні роки причинний зв'язок хвороб з впливом іонізуючого випромінювання та іншими шкідливими чинниками аварії на ЧАЕС отримали більш ніж 160 тисяч постраждалих. Деякі із них померли, а деякі мають недуги, що не призвели до інвалідності.

В існуючому 150-у Наказі МОЗ України вся третя група хвороб (15 пунктів) давала можливість для встановлення зв'язку з наслідками аварії.

Проаналізувавши чинники аварії на ЧАЕС, що діяли на територіях, необхідно зробити висновок, що фактор радіоактивного забруднення цих регіонів не міг негативно вплинути на стан здоров'я проживаючих там громадян. Як приклад: доза радіоактивного забруднення територій 5 нКи/км² та 10 нКи/км² відповідає поглинутій дозі відповідно 0,1 та 0,2 сГрей у рік (за 15 років – 1,5 та 3,0 сГрей). Коментарі, як кажуть, зайві. Ми вважаємо що на цих територіях може бути врахований тільки один негативний чинник аварії на ЧАЕС - опромінення щитоподібної залози (ЩЗ) радіоактивним йодом (для дорослого населення - 30 сГрей і більше, для дітей - 5 і більше) і лише при хворобах ЩЗ. Це дасть можливість скласти перелік населених пунктів для дітей та дорослих, де буде врахований негатив-

Таблиця 1. Трансформація показників інвалідизації осіб, причетних до наслідків Чорнобильської катастрофи

| Роки | % у загальному масиві даних | | Вірогідні причини зафіксованих тенденцій |
|------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| | УМНА | Інші категорії постраждалих | |
| 1994 | 91 | 9 | - постаріння населення за 20 років після аварії |
| 2004 | 62 | 38 | - смерть інвалідів із числа ліквідаторів |

ний плив радіоактивного йоду, зменшить кількість звернень в експертні комісії і відповідно - надасть підстави ліквідувати всі існуючі Спец. ЛКК. Окрім того, різко зменшить кількість інвалідів з категорією, що пов'язана із впливом чинників аварії на ЧАЕС. Для прикладу: за 2000 рік отри-

мали зв'язок 1678 потерпілих третьої та 2827 - четвертої категорії; як правило, вони є або всі стануть інвалідами.

На сьогодні виникла проблема, яка потребує розгляду та обговорення. Це проблема дітей, які мали статус потерпілих за дозою на ЩЗ і стали

дорослими. Члени ЦМЕК та фахівці НЦРМ АМН України вважають, що після досягнення 18 років діти повинні цей статус (потерпілих) зберегти.

По-перше, науковці всього світу вважають, що після опромінення ЩЗ ефект (рак ЩЗ, автоімунний тиреоїдит, гіпотиреоз) має пік через 15-25 років після опромінення, тому більш вірогідно встановлювати зв'язок при виникненні хвороби не до повноліття, а після. По-друге, потрібно врахувати і принцип рівності для дітей різного віку.

Якщо вплив був в однаковій дозі у двох дітей різного віку, то дитина меншого віку має більше шансів, що хвороба виникне до повноліття. Отож, вважаємо за необхідне щоб статус потерпілої дитини за дозою на ЩЗ залишався на все життя, а перегляд статусу слід проводити після встановлення зв'язку по хворобах ЩЗ.

Напер існує ряд медико-соціальних проблем, пов'язаних із наслідками аварії на ЧАЕС 1986 року та потребуючих першочергового вирішення (табл. 2). Їх умовно можна розділити на три основні групи.

Таблиця 2. Основні групи медико-соціальних проблем у зв'язку з наслідками Чорнобильської катастрофи та шляхи їх подолання

| Групи проблем | Оптимальна скерованість зусиль щодо вирішення |
|---|--|
| I. Перегляд статусу територій радіоактивного забруднення | Реалізація комплексних науково-практичних проєктів щодо зіставлення даних дозиметричного обстеження територій та об'єктивних свідчень про стан здоров'я населення, яке на них мешкає |
| II. Медико-соціальний супровід статусу осіб першої категорії | Наукове обґрунтування збільшення тривалості періодів між повторними МСЕК; зміни у системі експертизи, які базувались на вивірених наукових фактах |
| III. Надання спеціалізованої медичної допомоги усім категоріям постраждалих | Облік результатів об'єктивних розробок; забезпечення досяжності сучасних технологій; можливі варіанти гарантованого страхування; обов'язкове санаторно-курортне лікування |

Друга група проблем – статус осіб першої категорії. Ми вважаємо помилковою думку про перегляд статусу осіб, які мають першу категорію, бо перегляд груп інвалідності, що надані постраждалим на 5 років чи довічно, неможливий без змін у законодавстві. У зв'язку з цим необхідно отримати від Дніпропетровського науково-дослідного інституту медико-соціальної експертизи наукове обґрунтування особливостей збільшення проміжку між повторними переглядами МСЕК для постраждалого населення (на відміну від інших категорій населення). Щонайважливішим для вирішення даної проблеми постають зміни у системі експертизи потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи. Тут досить багато спекуляцій, уникнути яких можна лише озброївшись переконливими науковими фактами.

Вважаємо, що вже сьогодні можна, не міняючи законодавства, досить різко та науково - об-

ґрунтовано зменшити кількість осіб, які отримують причинний зв'язок з негативним впливом аварії на ЧАЕС та першу категорію, приблизно з 6-7 тисяч до 200-400 осіб. Враховуючи ж вік та смертність серед осіб першої категорії, можна прогнозувати щорічне зменшення кількості осіб першої категорії на 4-5 тисяч.

Перша група проблем – перегляд статусу територій радіоактивного забруднення. Декілька коментарів з цього приводу. Отже, зміни у законодавстві, звичайно, можливі але за умови подачі на розгляд у Верховну Раду науково-обґрунтованих пропозицій. Вважаємо, що з цією метою (у мінімальний термін) необхідно затвердити план науково-дослідних робіт, що надасть можливість не лише оцінити радіоактивне забруднення окремих територій, а й визначить міру негативного впливу на стан здоров'я проживаючих тут. Наприклад, НЦРМ України має у своєму складі відділ дозиметрії, що проведе дозиметричне обстеження радіоактивно забруднених територій, та Інститут клінічної радіології. Останній може з'ясувати характер та інтенсивність впливу встановлених дозових навантажень на здоров'я осіб, які мешкають у тих чи інших регіонах. Зрозуміло, що зміна статусу жителів даних територій не є обов'язковою і може бути урегульована відомчими нормативними актами.

Після затвердження проєкту Наказу МОЗ в заміні існуючого Наказу МОЗ України № 150 від 17.05.97 року можлива ліквідація всіх дорослих та дитячих Спец. ЛКК, а після розробки ще одного наказу МОЗ про обов'язкову диспансеризацію ліквідаторів 2-3 категорій, евакуйованих, переселених із зони обов'язкового відселення та надання результатів диспансеризації Центральній міжвідомчій експертній комісії імовірна ліквідація і всіх шести регіональних міжвідомчих експертних комісій:

Третя група проблем - надання спеціалізованої медичної допомоги постраждалим. У цьо-

му зв'язку наголосимо, що створена на території України сітка спеціалізованих диспансерів радіаційного захисту населення та виділення профільних ліжок в обласних лікарнях покращили доступність медичної допомоги для постраждалих. Однак, потрібно відмітити, що чіткі особливості у лікуванні постраждалих для практичної охорони здоров'я не реалізується (і це через двадцять років після аварії).

Сьогодні існують медичні установи, які за своїми функціями та можливостями не потрібні. Як приклад Український диспансер радіаційного захисту населення.

Основним завданням покращення медичної допомоги постраждалому населенню є доступність сучасних діагностичних методик та забезпеченість медикаментозного лікування. Щодо фінансування медичних наукових тематик, то воно, з нашої точки зору, можливе лише за умови, що результати науково-дослідницької роботи зможуть використовуватись у практичній медицині.

Цікавою є пропозиція про фінансування не клінік, а виплат на лікування конкретним хворим (щось на зразок гарантованого державного страхування). У відношенні постраждалих ця ідея потребує чітких розрахунків для права на життя сьогодні, а при переході на страхову медицину всієї охорони здоров'я України вона вже буде обов'язковою.

І, нарешті, ми категорично переконані у тому, що санаторно-курортне лікування є одним із видів лікування, й воно не може бути замінене грошовою компенсацією.

Загалом вважають, що встановлення зв'язку захворювання із впливом іонізуючого випромінювання й інших чинників Чорнобильської катастрофи можна інтерпретувати у вимірі професійної патології. До цього додамо, що відмінною рисою експертизи осіб, які постраждали в результаті аварії на ЧАЕС, є багатofакторність шкідливого впливу на організм.

З огляду на те, що діяльність експертних комісій пов'язана певним чином зі службами медико-соціальної експертизи, розглянемо питання їх роботи в одному інформаційному блоці. Зрозуміло, що і проблеми тут споріднені.

Спочатку трохи історії. Отож, у розвитку експертизи осіб, котрі постраждали внаслідок впливу іонізуючого випромінювання й інших шкідливих чинників аварії на ЧАЕС, можна умовно виділити чотири основних етапи.

I етап — створення системи експертизи ліквідаторів (1988—1990 рр.). Він як явище мав об'єктивне підґрунтя. Справа в тому, що наближені до моменту аварії роки показали зростання звернень ліквідаторів за медич-

ною допомогою. Клініка таких звернень не вкладалася в уявлення вчених про променеву хворобу, хоча першими такими пацієнтами були ліквідатори, які працювали у найнесприятливіших умовах й одержували більшу дозу опромінювання.

Збільшення числа маніфестацій та загострень ряду соматичних захворювань слугувало причиною створення першої і єдиної тоді Центральної міжвідомчої експертної Ради (ЦМЕР). Вона була фондована у 1988 році Рішенням Урядової комісії № 839 та Наказом № 731 МОЗ СРСР. Тоді передбачалося, що звернення до ЦМЕР будуть поодинокими, й розгляду будуть підлягати лише справи ліквідаторів із числа обстежених у клініці Всесоюзного наукового центру радіаційної медицини (ВНЦРМ).

II етап - розширення системи експертизи ліквідаторів (1990-1991 рр.). Як показав один рік роботи ЦМЕР, кількість звернень зростала у геометричній прогресії. Виникла потреба у збільшенні числа експертних Комісій на території СРСР. Було створено 5 регіональних Українських, 8 Російських і ще по одній у кожній іншій союзній республіці (республіканські). Пізніше в Україні з'явилися ще три регіональні експертні Комісії, а у 1991 році в кожній області була організована спеціалізована ЛКК (Спец. ЛКК) з експертизи потерпілого дорослого населення і дітей.

III етап — нагромадження досвіду й охоплення експертизою потерпілого дорослого населення і постраждалих дітей (1991—1997 рр.). Протягом п'яти наступних років Спец. ЛКК і деякі експертні Комісії проєктували основну масу потерпілих, що проживають у підвідомчих областях. Тому необхідність роботи в ряді областей цих Комісій відпала. Спец. ЛКК збереглися у найбільш забруднених областях (Київській, Чернігівській, Черкаській, Житомирській, Рівненській, Волинській).

IV етап — мінімізація наслідків аварії на ЧАЕС (1997 — по теперішній час). На сьогоднішній день розробляються нові Накази МОЗ України на заміну існуючих №№ 150 й 166/129, які дозволяють скоротити всі наявні дорослі Спец. ЛКК, а їх функції покласти на експертні Комісії, а також скоротити всі дитячі Спец. ЛКК, залишивши лише Центральну дитячу Спец. ЛКК). Передумовами таких скорочень слугували зміни, рекомендовані в Наказі № 150 МОЗ України щодо встановлення зв'язку потерпілим, які мешкають на території добровільного відселення й посиленого радіологічного контролю (дорослі Спец. ЛКК), та зміна віку дітей і перехід їх у підвідомчість «дорослих» експертних Комісій (дитячі Спец. ЛКК).

Наголосимо, що перелік захворювань у Наказі № 150 МОЗ України складався на основі наукових даних світової медицини, які накопичені щодо інших ядерних аварій та вибухів атомних бомб. Щоправда враховувалась багатофакторність шкідливих впливів при Чорнобильській катастрофі (на відміну від інших аварій). Так, було визначено три групи захворювань, найпроблематичнішою з яких виявилась третя група.

На сьогодні немає чіткої диференційної діагностики захворювань, викликаних шкідливими чинниками аварії на ЧАЕС й іншими факторами. Не існує конкретних характеристик впливу кожного шкідливого фактора аварії на ЧАЕС, у тому числі немає чітких визначень дозових навантажень. А у 70% ліквідаторів дозові навантаження не документовані. У тих же, де вони відновлені ретроспективно, немає гарантій повнооб'ємності. Крім того, сам Перелік має ряд недоліків, один із яких — положення про встановлення зв'язку з «чорнобильським чинником» при певному ступені важкості захворювання.

Наприклад: за наявності ГХ-II без кризи й ускладнень виноситься негативне рішення щодо такого зв'язку, а через рік (при виявленні ускладнень: кризовий перебіг, дисциркуляторна гіпертонічна енцефалопатія, ГПМК, інфаркт міокарда) - він устанавлюється.

В інструкції із застосування Переліку є теж ряд невизначеностей, які дають можливість трактувати Наказ № 150 по-різному (пункти 3.6; 3.8.1; 3.8.3), а наявність невідповідності у дитячому й дорослому Переліках спричиняє порушення основного принципу роботи Комісій - послідовності рішень.

Як показали перевірки діяльності регіональних експертних Комісій і Спец. ЛКК, якість проведених експертиз має розходження з реальним станом справ. Особливо чітко це видно на роботі Спец. ЛКК. Так, показник встановлення зв'язку з «чорнобильським чинником» по IV зоні коливається від 60% до 92%. Це свідчить про різне трактування того ж Наказу МОЗ № 150. У роботі ж регіональних експертних Комісій показник встановлення такого зв'язку документований у межах 60- 70%. Однак, наголосимо, що предметний перегляд відмовлених справ регіональних експертних Комісій ЦМЕК презентує 13—15% змін.

Потрібно враховувати, що до критеріїв, за якими встановлюється зв'язок з роботами по ліквідації наслідків Чорнобильської аварії (впливом чинників аварії на ЧАЕС), відносяться не лише терміни виникнення захворювання, а й інші фактори: доза опромінення, вік хворих, характер робіт, наявність професійних шкідливостей тощо. Проте, оскільки Комісії позавідомчі,

існує можливість (виявлені непоодинокі випадки) встановлення зазначеного зв'язку за соціальними критеріями (багатодітність, наявність інвалідів у родині).

Для хворих, які продовжують роботу в зоні відчуження, не врахований фактор додаткового, негативного її впливу після 1990 року (закінчення ліквідації наслідків аварії). Тому жителі територій IV категорії забруднення перебувають у кращому становищі щодо Переліку, ніж ліквідатори, які продовжували роботу у зоні відчуження.

Аналізуючи проблему, не можна не згадати про існування Російського й Білоруського Переліків захворювань та їх відмінності від нашого, що засвідчує неоднозначність державного підходу до її вирішення.

Щодо надання наукового обґрунтування Переліку та критеріїв віднесення хвороб до таких, котрі можуть бути пов'язані з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників аварії ЧАЕС, зазначимо, що в їх основу були покладені: міжнародні наукові дані, отримані при інших ядерних аваріях; наукові факти, отримані після аварії на ЧАЕС НЦРМ АМН України та аналогічними інститутами інших держав; клінічні дані обстеження постраждалих від Чорнобильської катастрофи.

Перша група захворювань з Переліку пов'язана виключно із дією іонізуючого випромінювання, має характерну клінічну картину та не потребує наукового обґрунтування. Стосовно ж другої та третьої груп недуг багато фахівців до сих пір вважають, що їх патогенез не відрізняється від, так би мовити, пересічних ситуацій (*наприклад: «хронічний гастрит — він і є хронічним гастритом»*). Тому для виправлення хибної оцінки були розроблені відповідні критерії, які дозволяють з найбільшою ймовірністю віднести ці хвороби до тих, що пов'язані з іонізуючим випромінюванням та іншими шкідливими чинниками аварії на ЧАЕС. Сподіваємось, до речі, що наші багаторічні зусилля (зокрема — документовані далі) реально сприятимуть формуванню об'єктивних оцінок ситуації.

Зауважимо, що ймовірність віднесення хвороб до пов'язаних з аварією на ЧАЕС збільшується при зростанні дози іонізуючого опромінення, дози радіаційного забруднення території, часу та терміну участі в ліквідації наслідків аварії чи проживання на радіаційно забрудненій території, присутності в анамнезі таких чинників, як стрес, пиловий фактор, певні умови праці. Ця ймовірність зменшується при збільшенні віку постраждалого і присутності шкідливих чинників, які не мають відношення до аварії (табл. 3)

Найбільш проблемними є критерії часу виникнення хвороби та що вважати початком її ви-

Таблиця 3. Проблематика віднесення хвороб до пов'язаних з чинниками Чорнобильської катастрофи

| Методологічний вимір | Критерії |
|----------------------------|---|
| Аргументи на користь | - Зростання дози іонізуючого опромінення; зростання дози радіаційного забруднення території; час (наближений до аварії) та термін (тривалий) перебування у зоні ЧАЕС; присутність в анамнезі стресу, пилового фактора та жорстких умов праці |
| Аргументи проти | - Збільшення віку постраждалих; - присутність в анамнезі шкідливих чинників, які не мають відношення до аварії |
| Найбільш проблемні чинники | - Термін маніфестації хвороби та що вважати за маніфестацію? |

никнення. Вони стосуються лише третьої групи хвороб Переліку.

Науково доведено, що після дії шкідливого чинника недуга проявляється в термін від одного місяця до декількох років. Тому після обговорення провідними фахівцями в галузі радіаційної медицини за участі провідних спеціалістів МОЗ України час маніфестації хвороб був внесений у критерії. Відсутність кваліфікованої медичної допомоги та складність її отримання (особливо у сільській місцевості) призводить до пізньої або помилкової діагностики.

Отже, початок розвитку хвороби вважається проблемним. При первинному встановленні діагнозу амбулаторно, без інструментальних та лабораторних досліджень, надалі він не підтверджується у багатьох випадках. Тому припустимо, що як початок розвитку хвороби можна документувати перше клінічне обстеження (стаціонарне) або обстеження амбулаторне, але з підтвердженням діагнозу інструментальними та лабораторними дослідженнями.

Зупинимось детальніше на науковому обґрунтуванні п'ятирічного терміну розвитку хвороб, що виносяться на розгляд експертних Комісій. У цьому зв'язку наголосимо, що він поширюється лише на пункти з 4 по 15 «Переліку хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників у дорослого населення, яке постраждало внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС».

При узаконенні п'ятирічного терміну виходило з того, що хвороба виникає або в період дії шкідливого чинника, або у перші рік-два після впливу. Але, враховуючи неможливість отримати якісне медичне діагностичне обстеження на селі чи у ЦРЛ, термін був продовжений до п'яти років. За цей час хвороба мала б себе повністю проявити та примусити хворого звернутись за спеціалізованою медичною допомогою.

Щодо більшості хвороб з п'ятирічним терміном існування на сьогодні вносити зміни у його

подовження недоцільно, бо відбувається постаріння постраждалих, а розвиток деяких хвороб пов'язаний з віковим фактором ризику (гіпертонічна хвороба; ІХС; церебральний атеросклероз; атеросклероз артерій нижніх кінцівок). Отже, збільшення терміну маніфестації для цих недуг порушить часову ланку між дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників аварії на ЧАЕС з розвитком хвороби, призведе до неправдиво «обґрунтованого» збільшення числа інвалідів серед постраждалих.

Водночас необхідно виділити дві групи хвороб, термін розвитку яких може бути подовженим. Це — психічні розлади на тлі цереброваскулярної патології і цирози печінки. Тут звернімося до світового досвіду. Так, у постраждалих внаслідок атомних бомбардувань Хіросіми і Нагасакі радіаційні ризики для цереброваскулярної патології були виявлені впродовж 45 років після опромінення.

Досвід же проспективних спостережень НЦРМ АМН України за «нейропсихіатричними наслідками» гострої променевої хвороби свідчить про трансформацію нейрофункціональних розладів (вегетативної дисфункції, астеноневротичного синдрому та ін.) з початком виникнення «органічного» ураження головного мозку (пострадіаційної енцефалопатії) через 3—5 років після опромінення.

Ми, звичайно, не згодні із таким закоренілим медичним сленгом (маємо на увазі вислови щодо «органічної» й «неорганічної» патології головного мозку), бо кожне захворювання беззаперечно має субстрат, який інколи ще неможливо верифікувати на наявному рівні поінформованості людства (це не суперечить навіть теологічним канонам). Проте, якщо «закрити очі» на вільне поводження колег із НЦРМ АМН України із термінами, то мова вочевидь йде про прогресування альтеративних змін в структурах головного мозку та виснаження — компенсаційно-притосувальних.

В УЛНА на ЧАЕС трансформацію нейрофункціональних розладів (див. вище) до «органіч-

ного» ураження головного мозку сполученого (соматогенного та пострадіаційного генезу) спостерігали через 5—7 років після робіт з ліквідації наслідків аварії. Однак, його прогресуюче зростання відбувається через 10 та більше років. Учасники ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, які зазнали опромінення у дозах понад 250 мЗв та/або працювали у Чорнобильській зоні відчуження більше 3-5 років, мають статистично значно вищий ризик розвитку психоневрологічної патології. Патологічний розвиток особистості УЛНА (посттравматичний стресовий, психосоматичний, органічний, шизоїдний) також формуються впродовж 5-10 та більше років.

Таким чином, вважаємо, що п'ятирічний термін початку розвитку психічних розладів для УЛНА на ЧАЕС є обмеженим, недостатньо обґрунтованим та недостатньо надійним критерієм їх зв'язку з наслідками Чорнобильської катастрофи.

Друга група «проблемних» хвороб - цирози печінки.

Згідно загальновідомих даних, отриманих японськими вченими у постраждалих внаслідок атомних бомбардувань Хіросіми і Нагасакі, радіаційні ризики розвитку цирозу печінки відповідають 10-15 рокам після опромінення. Досвід спостережень хворих на цироз печінки у терапевтичному відділенні НЦРМ АМН України (за винятком цирозу після вірусного гепатиту та алкогольної і токсичної етіології) теж дає підстави подовжити термін розвитку цирозу печінки до 10-15 років.

Підкреслимо, що найбільша проблема експертизи на сьогодні - фальсифікація документів. Є підстави стверджувати, що кількість фальсифікацій росте. Адміністративні заходи впливу тут незначні й тому не ефективні.

Необхідно зупинитися на трьох моментах у роботі експертних Комісій, які ми вважаємо основними.

I. Перегляд документації у випадках інвалідності внаслідок ГХ, ДЕП чи інсульту, які розвинулись на тлі раніше діагностованої ВСД, пов'язаної з впливом «чорнобильського чинника».

Відомо, що (згідно наукових даних відділу неврології НЦРМ АМН України) раніше встановлений функціональний діагноз «ВСД» через 5-10 років після закінчення робіт з ліквідації наслідків аварії в зоні ЧАЕС повинен розцінюватися, як провісник подальшого соматичного захворювання. Отож, повторний перегляд документації у таких випадках недоцільний, спричиняє додаткові витрати людських ресурсів і бюджетних коштів.

II. Хибна оцінка причинно-наслідкових зв'язків. Як правило ряд захворювань, які ве-

дуть до метаболічних порушень (цукровий діабет, гіпотиреоз), викликають у кінцевому результаті дисциркуляторну дисметаболічну енцефалопатію (ДЕП), що некомпетентними лікарями оцінюється як окреме захворювання, а не ускладнення основного. Це вимагає повторного розгляду на експертних Комісіях й, відповідно, повторного обстеження. Найбільшим курйозом у таких випадках при направленні на ЛТЕК, є діагноз, де основне захворювання «ДЕП», а супутне — «важкий гіпотиреоз» або «цукровий діабет».

III. Етична проблема, яка стосується роботи тільки ЦМЕК. У рідких випадках окремі ЛТЕК проводять повторну експертизу, ставлячи під сумнів рішення ЦМЕК. Як правило, документація, подана на розгляд, звіряється на регіональній міжвідомчій експертній Комісії. Скасувати таке рішення дуже складно, для цього необхідні вагомі причини, основною з яких є фальсифікація первинної медичної документації. Зважаючи на те, що для встановлення групи захворювання важливо враховувати перебіг хвороби за останній або кілька останніх років, можна припустити, що вивчення динаміки хвороби за останні 10-15 років є не що інше, як надання допомоги експертним Комісіям (іншими словами — повторна експертиза). Необхідно у кожному конкретному випадку враховувати, що за фальсифікацію документації несуть відповідальність головні лікарі лікувальних установ, і це є недоробки керівників обласних відділів охорони здоров'я, у тому числі й головних експертів областей.

Після перегляду справ експертними комісіями, в тому числі ЦМЕК, зміна рішення попереднього етапу експертизи по всіх регіонах України становить 11—13% від наданих на повторну експертизу справ. Але щодо окремих областей цей показник має суттєву різницю. Так, для Чернівецької області він становить 10%, Івано-Франківської — 16%, Закарпатської — 23%, Донецької та Львівської — 5%, Дніпропетровської — 7%. Чим вище відсоток, тим менш якісні первинні медичні документи (виписки із районних та дільничних лікарень) надсилаються на експертизу. Наголосимо, що їх основними недоліками є, як правило, відсутність анамнезів хвороби і життя, що утруднює експертизу. У багатьох виписках відсутні дані клінічних та інструментальних методів досліджень, що підтверджують встановлений діагноз. Складається враження, що діагнози визначаються лікарями лише на підставі скарг хворого та його огляду. Загальновідомо, що такі діагнози як «Ішемічна хвороба серця», «Гіпертонічна хвороба», «Дисциркуляторна енцефалопатія», «Автоімунний тиреої-

дит» не можливо верифікувати без додаткових клінічних та інструментальних методів дослідження. В ряді ж випадків встановлення діагнозу потребує обласного рівня обстеження з використанням технічно складних і коштовних методів та апаратури.

Важливо звернути увагу і на ведення амбулаторних карт. Зокрема, при зверненні хворого у поліклініку, як правило, первинно встановлюється неверифікований діагноз та призначається лікування. Виникає питання: чи не є це злочином перед хворим?

Хочеться привернути увагу до ще одного недоліку роботи всіх ланок медичних установ. Це - візування документів. Так, аналіз первинної медичної документації свого часу показав, що стаціонарні виписки можуть бути підписані одним лікарем або завідувачим поліклінікою чи відділенням, у поодиноких випадках - головним лікарем та його заступником з лікувальної роботи. Печатки ж можуть бути від гербової районної до трикутної для рецептів. Кутовий штамп лікарень відсутній у 90% виписок. При проведенні експертизи це змушує перевіряти документи, що подовжує терміни самої експертизи. Не рідко виявляються фальсифіковані виписки. Оскільки ця проблема стосується всіх областей України, вона потребує вирішення на рівні Міністерства охорони здоров'я.

Ще значною проблемою є велика кількість встановлених фактів інвалідності серед населення, постраждалого внаслідок Чорнобильської катастрофи. Тут необхідно провести порівняльний аналіз не лише з населенням, що не зазнало безпосереднього впливу чинників аварії на ЧАЕС, а й з інвалідами інших категорій професійної патології (шахтарі, «афганці»). Необхідно врахувати також збільшення випадків встановлення інвалідності у зв'язку зі старінням постраждалого населення на 20 років (від 26.04.1986 р. - дати аварії на ЧАЕС) і проаналізувати щодо цього кожну категорію постраждалих.

Зрозуміло, що мотивацією для отримання пенсії за інвалідністю, пов'язаною з наслідками аварії на ЧАЕС, є її солідний розмір (часто перевищує заробіток на основній роботі) та соціальна незахищеність громадян. Якщо звернутись за досвідом до колишнього Радянського Союзу, то треба відмітити, що розміри пенсій за професійною патологією та хворобами, котрі виникли при виконанні обов'язків військової служби, не перевищували тоді основної зарплатні. Враховуючи факт, що держава взяла на себе безкоштовне лікування та частково безкоштовні забезпечення ліками й оздоровчий відпочинок, може було б доцільним змінити законодавство та, по-

ступово підвищуючи заробітну плату, зрівняти її з пенсією чи зробити більшою від останньої.

Досвід роботи системи експертизи щодо встановлення причинного зв'язку хвороб із дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників аварії на Чорнобильській АЕС і Центральної міжвідомчої експертної комісії за післяаварійний період вимагає перегляду не лише існуючих нормативних документів, а й правильного розуміння самого поняття такої експертизи. Зокрема, на сьогодні багато державних службовців вважають її суто медичною експертизою.

У зв'язку з цим необхідно уточнити: формально встановлення причинного зв'язку з аварією на ЧАЕС не скероване на надання у подальшому категорії інвалідності та не впливає на лікування чи фізичну реабілітацію постраждалих. Встановлення ж груп інвалідності з різних категорій - не що інше, як різна міра відповідальності держави за соціальний статус кожної окремої людини, що постраждала за різних обставин. Пенсії, які виплачує держава, спрямовані лише на соціальну реабілітацію хворих. Лікування ж і ліки для постраждалих першої категорії — безкоштовні. У зв'язку із зазначеним експертизу осіб, котрі постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, що проводиться експертними комісіями та МСЕК, необхідно вважати соціально-медичною експертизою. При цьому медична частина експертизи формується провідними медичними фахівцями в області радіаційної медицини, а соціальна — декларується державою. Якщо на сьогодні держава скасує деякі категорії потерпілих, то відповідно буде відмінена експертиза щодо цих категорій потерпілих.

Робота експертних Комісій не може вплинути на кількість встановлених груп інвалідності, але досвід роботи вимагає на сьогодні запропонувати Міністерству охорони здоров'я України зміни до існуючого Наказу МОЗ України № 150 від 17.05.1997 року. Суть пропозиції полягає у зміні в підході щодо встановлення причинного зв'язку потерпілим, які мешкають та працюють у зоні добровільного відселення і зоні посиленого радіаційного контролю, на чому ми наразі не будемо детально зупинятись.

Загальновідомо, що мінімізація наслідків Чорнобильської катастрофи є частиною міждержавної програми. Не секрет і те, що впродовж існування України, як незалежної держави, ніяких «глобальних» реформувань, скерованих на мінімізацію медико-соціальних наслідків аварії на ЧАЕС, не проводилось. Вважається, що зміни законодавства обов'язково викликають соціальне незадоволення, а тому всі попередні гасла і заклики щодо них — безрезультативні політичні маніпуляції.

Величезної кількості проблем, пов'язаних з верифікацією патологічних змін, індукованих (стимульованих) чинниками Чорнобильської катастрофи, можна було б уникнути, якби для діагностики, контролю лікування та експертних оцінок ширше застосовувались морфологічні методи.

Отож, з часу аварії на Чорнобильській АЕС минуло 20 років, і дотепер не вирішено ряд питань інтерпретації її медико-біологічних наслідків, першочергово — щодо учасників післяаварійних робіт (ліквідаторів). Тому є багато причин, але, мабуть, провідна - недостатня увага до патоморфологічних досліджень [1]. Очевидно, ще з радянських часів це було запрограмоване можновладцями, аби запобігти витоку об'єктивної інформації. Зокрема, впродовж усього терміну після аварії в Україні не існувало кваліфікованого патологоанатомічного реєстру щодо прижиттєвих та аутопсійних (померлі) досліджень осіб, постраждалих від аварії. Якби патоморфологічному аспектові наслідків дії комплексу чинників катастрофи на людський організм приділялась належна увага, то:

1) були б поетапно документовані критерії патології, пов'язаної з перебуванням у зоні радіаційного забруднення;

2) більш об'єктивно вирішувались би питання про надання статусу постраждалих від аварії;

3) набуті знання використовувались би у вимірі офіційного міжнародного співробітництва, як досить дорогий науковий продукт, що, у свою чергу, сприяло б притоку коштів для мінімізації наслідків катастрофи.

Водночас це передбачає своєрідні соціальні «незручності», бо така інформація: стичних процедур).

Окремі методичні рекомендації щодо особливостей аутопсійної діагностики сформульовані завдяки спільній розробці, яка триває натеper, аутопсійного архіву, зібраного й збереженого донецькими колегами.

Отже, багаторічний професійний досвід співробітників ІЕПЛ, до досліджень яких автор мав нагоду долучитись, дозволяє стверджувати, що:

1. Розпізнавання патології, пов'язаної з чинниками Чорнобильської катастрофи, при патоморфологічних дослідженнях принципово можливе.

2. Ефективна діагностика порушень в тканинах постраждалих від аварії передбачає залучення комплексу методів структурного аналізу та спеціальну професійну підготовку персоналу.

3. Встановлення факту пов'язаності патології з чинниками аварії на ЧАЕС базується не на окремих патоморфологічних ознаках, а на їх характерних групах (табл. 4)

Таблиця 4. Узагальнені діагностичні критерії, інформативні щодо осіб, котрі постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС

| Інтегральні патологічні стани | Патоморфологічні ознаки |
|--|---|
| 1 | 2 |
| Топографічні особливості захворювання | - більше розповсюдження по досліджуваному органу - відмінні від відомих поєднання локалізації патологічних процесів |
| Особливості інфекції | - глибока інвазія мікроорганізмів у слизові оболонки (до власної пластинки) - свідчення реалізації патогенної дії опортуністичної мікрофлори (внаслідок порушень імунної та запальної відповіді) |
| Трансформація кінетики запального процесу | - гіпореактивність - переважання продуктивного компоненту над ексудативним - гіперплазія асоційованих лімфоїдних тканин - депопуляція окремих клітин, які продукують медіатори запалення - дефіцит запальної відповіді із-за патології мікросудин |
| Особливості дисрегенеративних змін | - гіперплазія камбіальних елементів - трансформація фенотипу зрілих клітин, що фундується виразною патологією камбіальних - ектопія окремих структурних компонентів |
| Системні порушення мікроциркуляції та їхні особливості | - патологія ендотелію судин, типова для постраждалих (альтерація, зміни фенотипу) - характерні зміни перичитів (дистрофія) - морфологічні відповідності глибоких порушень мікрогемодинаміки (часова динаміка) |

Продовження табл. 4

| 1 | 2 |
|--|--|
| Особливості порушень місцевої регуляції в тканинах | - типові для ліквідаторів зміни апудоцитів (дистрофія, катаплазія) - свідчення про особливості окремих клітинних ефекторів (депопуляція та порушення дегрануляції лаброцитів) |
| Інтенсифікація інволюційних процесів | - збільшення порівняно з віковими показниками кількості клітин з ознаками постаріння - типова для постаріння патологія базальних мембран судин і власне ендотеліоцитів - розповсюдженість гіалінозу, еластозу, амілоїдозу - поширеність метапластичних процесів |
| Інтенсифікація фібрилогенезу | - розповсюджені фіброз і склероз |
| Індукованість патологічних змін інкорпорованими радіонуклідами | - гістоавторадіографи |

Література

1. Піщиков В.А., Терещенко В.П. Окремі питання медичного забезпечення ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи: досвід і проблеми // Зб. наук. праць співроб. КМАПО ім. Шупика. – 2005. – Вип. 14, Кн.1. – с. 684-689.
2. Про верифікацію медико-біологічних наслідків техногенних інцидентів / Терещенко В.П., Дегтярьова Л.В., Піщиков В.А. та ін. // Зб. наук. праць співроб. КМАПО ім. Шупика. – 2005. – Вип. 14, Кн.1. – С. 827-830.
3. Методичні засади розпізнавання патології, індукованої чинниками Чорнобильської катастрофи, для встановлення факту інвалідизації / Терещенко В.П., Дегтярьова Л.В., Сегеда Т.П., Піщиков В.А та ін. / За ред. В.П. Терещенко. – К.: Медінформ, 2005. – 160 с.
4. Окремі питання діагностики захворювань із застосуванням морфологічних методів дослідження: посібник для лікарів та студентів вищих медичних закладів / За ред. В.П. Терещенко, В.А. Піщикова. – К.: Медінформ, 2006. – 104 с.

ПРОБЛЕМЫ В РАБОТЕ ЭКСПЕРТНЫХ КОМИССИЙ ПРИ РАСПОЗНАВАНИИ ПАТОЛОГИИ, СВЯЗАННОЙ С ФАКТОРАМИ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ, ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ФАКТА ИНВАЛИДИЗАЦИИ

Пищиков В.А. (Киев)

В работе проанализированы основные проблемы в работе экспертных комиссий при распознавании индуцированной факторами аварии на ЧАЭС патологии и декларированы пути их решения.

PROBLEMS IN WORK OF EXPERT COMMISSIONS AT RECOGNITION OF THE PATHOLOGY, CONNECTED WITH THE FACTORS OF CHERNOBYL ACCIDENT, FOR AN ESTABLISHMENT OF THE FACT OF PHYSICAL INABILITY

Pishchikov V.A. (Kyiv)

In work the basic problems in work of commissions of experts are analyzed at recognition of the failure induced by factors on CNPP pathologies and their decisions are declared by.

Ю.О. ГАЙДАЄВ (Київ)

КОНЦЕПЦІЯ ОБГРУНТУВАННЯ ЦІЛЮВИХ ДЕРЖАВНИХ ПРОГРАМ НА ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Міністерство охорони здоров'я України

Світовий розвиток розглядається як "взаємозв'язок між здоров'ям людини, політикою в області охорони здоров'я і економічним розвитком". З метою забезпечення його умов уряди країн повинні вирішувати такі завдання:

- створити економічний клімат для зміцнення здоров'я громадян за рахунок поліпшення сво причин смерті істотними є нещасні випадки, травми і отруєння – 210,4, з них у чоловіків – 349,7 (зростання – 38,1%).

Виробничий травматизм залишається загальнодержавною проблемою, тому що будь-яка травма, а іноді і зі смертельним наслідком, тягне за собою величезні економічні збитки. Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України певною мірою упорядкований облік економічних витрат на компенсацію за втрату працездатності від нещасних випадків і професійних захворювань, разових виплат при реєстрації нещасного випадку або встановленні діагнозу профзахворювання, відшкодування шкоди здоров'я, витрати на виробниче медичного призначення та лікарські засоби, медичну та професійну реабілітацію. За даними вказаного Фонду, за 2002 р. виплачено 1,6 млрд грн, у 2003 р. – 2 млрд грн, у 2004 р. – 2,35 млрд грн.

Кількість травмованих на виробництві за останні 10 років дорівнює 601880 випадків, з них 18401 – зі смертельним наслідком. Відбувається щорічне зниження виробничого травматизму, але він залишається досить високим порівняно з економічно-розвиненими країнами, кожний 28-й загиблий на виробництві у світі – українець.

Показники здоров'я працездатного населення, звичайно, формується не тільки під впливом умов праці, але й за рахунок генетичних, екологічних факторів, умов життя, а також доступності і якості медичної допомоги. За даними Центральної санепідстанції МОЗ України, 26,1% робітників працюють у небезпечних і шкідливих умовах. Найбільший ступінь небезпеки формування професійної захворюваності спостерігається у вугільній і металургійній промисловості, де показники її частоти протягом багатьох років

значно перевищували рівні по всіх інших галузях економіки.

Міжнародна організація праці констатує, що приблизно 170 тис. робітників сільського господарства щорічно гинуть внаслідок нещасних випадків на виробництві. Крім того, мільйони людей із загальної чисельності (1,3 млрд) працюючих у сільському господарстві у світі мають серйозні пошкодження або отруєння пестицидами та хімікатами.

Такі ж проблеми є актуальними і для робітників сільського господарства України, вирішенню яких приділяється недостатньо уваги у зв'язку зі значними змінами в соціально-економічному стані держави, змінами форм власності на обладнання і засоби виробництва. Сьогодні в агропромисловому комплексі зайнято близько 8 млн осіб працездатного віку, що становить приблизно 50% усього сільського населення. Але ці люди, що забезпечують на 30% добробут населення країни, мають значні проблеми з соціальних, гігієнічних, медичних і виробничих умов.

Встановлено, що за період 1991–2004 рр. зареєстровано 2653 випадки професійних захворювань. За вказаний період динаміка показників характеризується суттєвим зниженням кількості постраждалих від 495 в 1991 р. до 34 у 2003 р.

До складу осіб, що працюють в умовах підвищених параметрів шкідливих факторів, майже половина зазнає впливу шуму і вібрації, кожен третій – пилу та хімічних речовин, кожний п'ятий працює в умовах значної важкості та напруженості.

В структурі профпатології за галузями промисловості сільське господарство посідає п'яте-шосте місце, а його питома вага сягає щорічно 2–8% вперше виявлених випадків професійної патології.

Разом з тим слід зазначити, що на тлі несприятливих умов праці "зниження" кількості професійних захворювань пов'язано насамперед з погіршенням медичного, профпатологічного обслуговування сільського населення, що призвело до погіршення якості періодичних медичних оглядів, низького виявлення професійної патології.

Якщо порівняти кількість випадків профзахворювань у сільському господарстві України останніми роками та число випадків травматизму та травматизму зі смертельними наслідками, число яких зростає і які неможливо приховати, то можна побачити невідповідність, що свідчить про приховування та недовиявлення професійних захворювань в агропромисловому комплексі. Останніми роками в сільському господарстві щорічно в 90% випадках діагноз ставиться, коли вже відбулась втрата працездатності, що свідчить про виявлення захворювання на пізніх стадіях, коли вже відбулись незворотні зміни в організмі працівника. Цей факт вказує на низьку якість періодичних медичних оглядів.

Стан психічного здоров'я населення є надзвичайно значним в оцінці рівня здоров'я суспільства, водночас останніми роками спостерігається тенденція до його погіршення. Психогенії і фактори невротизації населення України фактично охоплюють всі прошарки популяції. Зміна структури захворюваності випереджає зростання рівня психогенноневротичних і психосоматичних захворювань: за даними світових і вітчизняних досліджень, до 50–60% пацієнтів загальносоматичної мережі мають недиагностовані невротичні і депресивні розлади. Інвалідація з приводу психічних захворювань серед усіх первинних причин посідає третє місце.

За даними Центру медичної статистики МОЗ, поширеність розладів психіки і поведінки становить 2470,0 на 100 тис. працездатного населення. Це призвело до певних наслідків медичного, соціального, економічного і морального характеру, які потребують значних зусиль охорони здоров'я і суспільства в цілому для вирішення проблем цієї когорти людей.

За останні п'ять років у психотерапевтичній мережі України відбулася реконструкція в структурі надання психотерапевтичної допомоги населенню, оптимізації мережі, підготовки кадрів, науково-методичного забезпечення.

Найбільш розгалуженою є психотерапевтична мережа Дніпропетровської, Донецької і Харківської областей, Автономної республіки Крим, м. Києва, на частку яких із усіх 25 областей України припадає 91 кабінет психотерапії, або 41,7% від загальної чисельності.

Важливими проблемами охорони здоров'я є алкоголізм і наркозалежність. Тягар гострих і хронічних захворювань, які виникають внаслідок вживання алкоголю і наркотиків, підтверджено даними ВООЗ. У деяких країнах Європи протягом останніх двох десятиріч суттєво зростає смертність від цирозу печінки. Вірогідні наукові дані переконливо доводять наявність зв'яз-

ку між вживанням алкоголю і виникненням високого кров'яного тиску, навіть якщо алкоголь вживається у помірних дозах.

В Україні поширення пияцтва і алкоголізму також негативно впливає на стан здоров'я взагалі, а тим самим і на продуктивність виробничих сил та економіку держави. Обтяжує суспільство наявність в Україні майже 550 тис. осіб з хронічним алкоголізмом і 13,8 тис. осіб з гострими психосоматичними алкогольними розладами. Поширюється наркоманія і токсикоманія, передусім серед підростаючого покоління.

У структурі смертності від травм та нещасних випадків, що посідають перше місце за причинами смерті працездатного населення України, самогубства за частотою на 100 тис. населення, це число зрівнялося із частотою смертності від автокатастроф, а в сільській місцевості вони зустрічаються на 25% частіше, ніж у міській. У 2000 р. зафіксовано 300 випадків на 1 млн жителів, що утричі більше за показник, який в усьому світі вважається ознакою соціальної кризи в суспільстві.

За оцінкою економістів США, втрати, пов'язані з психічними порушеннями в стані здоров'я, сягають до 1000 доларів на 1 жителя в рік. В умовах соціально-економічної кризи в психологічному режимі людей створюється морально-ідеологічний вакуум, що сприяє поширенню іраціоналізму та містицизму і може привести до загрозливого зростання антисоціальних явищ та непередбачено катастрофічних наслідків у свідомості суспільства.

Погіршена екологічна ситуація внаслідок хронічної токсичної дії на організм, і насамперед на людський мозок, що є найбільш чутливим і вразливим органом, приводить до стійких порушень психічного стану. Про серйозність проблеми свідчить визнання Конгресом США в 1989 р. необхідності проведення комплексних заходів з 01.01.1990 р. за програмою "десятиріччя мозку", основними складовими напрямками яких є профілактика негативного впливу порушень центральної нервової системи на розвиток серцево-судинних, онкологічних, ендокринних, імунних, генетичних та інших розладів.

Таким чином, очевидність у радикальних державних заходах щодо негативного впливу на зазначену ситуацію шляхом поліпшення організації і управління системою охорони психічного здоров'я населення також спонукає до пошуку найбільш оптимальної моделі первинної медико-санітарної допомоги населенню.

Охорона і поліпшення психічного здоров'я населення мають бути керованими на державному рівні. Необхідні відповідні структурні підрозділи, які б здійснювали профілактичні заходи

щодо зменшення негативного впливу соціально-психологічних і еко-біологічних факторів у суспільстві, як в побуті, так і в праці, на його громадян протягом усього життя, від здорового народження до максимально віддаленого моменту смерті.

Асоціацією психотерапевтів і психоаналітиків України протягом останніх років проводиться активна робота з розробки нормативно-правової бази системи підготовки спеціалістів і надання спеціалізованої допомоги населенню, психоаналізу і психотерапії, а також проводяться наукові семінари з участю відомих європейських спеціалістів психоаналітиків. Наказом МОЗ України №407-Адм від 16.12.2004 р. створено робочу групу щодо доопрацювання проекту міжгалузевої наукової програми відродження і розвитку психоаналізу в Україні, діяльність якої спрямована на розробку комплексних заходів організаційного наукового і законотворчого характеру з відродження та розвитку психотерапії і психоаналізу України.

Одним із важливих факторів збереження здоров'я населення є організація та управління процесом надання належної медичної допомоги в екстремальних ситуаціях, які виникають і можуть виникати на території держави. Як правило, будь-які катастрофи, аварії, випадки масових захворювань, отруєнь та інші непередбачені стани несуть раптову загрозу для великої кількості людей, які мешкають відповідному регіоні лиха. Така ситуація потребує чітких професійних оперативних злагоджених дій, що може досягтися тривалою попередньою висококваліфікованою підготовкою. З цією метою слід продумати організацію управління забезпечення комплексної і своєчасної допомоги для попередження небезпечних для здоров'я людей тих чи інших шкідливих наслідків. Як свідчить міжнародний та вітчизняний досвід, передусім важливим є наявність можливості широких повноважень для вирішення оперативних завдань з огляду на ситуацію на місці. Різна підпорядкованість необхідних служб і сил, їх децентралізація негативно впливають на оперативність прийняття рішень та доведення їх виконавцям, а розпорошення засобів допомоги приводить до ускладнень у забезпеченні належної допомоги потерпілим.

Отже, будь-які зазначені надзвичайні ситуації потребують оперативного реагування – державного центрального або регіонального органу, відповідального перед главою держави чи регіону. Даний орган законодавчо повинен мати регіональний вплив для залучення необхідних медичних служб і сил. Таким чином, у галузі охорони здоров'я слід розробити систему медичних

заходів. При необхідності вона має передбачити можливість залучення наявних сил і засобів медицини на всій території держави. Управління медичною допомогою у випадках надзвичайних ситуацій бачиться в єдиному структурному підрозділі охорони здоров'я, підпорядкованому заступнику Міністра з питань лікувально-профілактичної роботи. Зазначений структурний підрозділ (управління, відділ, штаб тощо) об'єднує всі наявні сили на виконання необхідних завдань. Вважається за доцільне підпорядкувати йому: медичну службу цивільної оборони, радіаційного захисту населення, боротьби із особливо небезпечними інфекційними захворюваннями, центрів медицини катастроф, мобілізаційних формувань. Керівництво такого структурного підрозділу має забезпечити постійну належну професійну підготовку, необхідну готовність оснащення, відпрацьовану систему взаємодії, оперативне реагування і надання допомоги потерпілим, а також здійснення оперативних профілактичних заходів безпеки для здоров'я та життя інших громадян. Вважається, що така модель управління потребує менших економічних затрат, забезпечує маневрування наявними силами і засобами, оперативність реагування та збереження готовності до виникнення ситуації, яка не може розцінюватись однозначно як аварія, катастрофа чи інша, визначена попередньо. Будь-яка непередбачена життєва проблема, що становить загрозу для людей, має бути надзвичайною, і успіх в наданні передусім медичної допомоги залежить від швидкості дій. Вказаний структурний підрозділ має здійснювати постійне організаційно-методичне керівництво на всій території, навчання не тільки медичних кадрів, але і працівників внутрішніх сил безпеки, робітників підприємств підвищеного ризику, всього населення. Державний план заходів, погоджений із відповідними зацікавленими відомствами, повинен бути доведений до відома всіх громадян із чітким визначенням конкретних дій на випадок будь-якої ситуації та реального усвідомлення можливої небезпеки. Такий захід попередить не тільки паніку, але і розмір негативного впливу. Після ліквідації екстремальної ситуації її віддалені наслідки можуть залишатись у компетенції спеціалізованих медичних закладів для необхідного відновлення стану здоров'я потерпілих та продовження належних планових профілактичних заходів.

Висновки

З огляду на суспільно-політичну та реальну економічну ситуацію в охороні здоров'я нами вбачається два завдання:

- забезпечення невідкладної медичної допомоги хворим, зменшення числа соціаль-

но-небезпечних захворювань, збереження наявного рівня стану здоров'я народу сьогодні;

- визначення найбільш оптимальної моделі системи, враховуючи особливості історичного, психологічного, соціального і економічного розвитку країни та її перспективи.

У разі обмежених можливостей державного бюджету мають залучатись цільові інвестиції на

реалізацію найбільш актуальних проблем (за пропозицією Міністерства охорони здоров'я), які можуть вважатись загрозою для громадського здоров'я.

Сукупно ці кошти повинні реально забезпечувати Національну програму збереження і поліпшення здоров'я населення, базуючись на основних принципах організації системи охорони здоров'я в державі.

КОНЦЕПЦИЯ ОБОСНОВАНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ НА УЛУЧШЕНИЕ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Ю.А. Гайдаев (Киев)

Определены необходимые задания, которые должны быть решены для обеспечения мирового развития – “взаимосвязи между здоровьем человека, политикой в области охраны здоровья и экономическим развитием”. Эти задания заключаются в создании экономического климата для самостоятельного укрепления здоровья граждан за счет улучшения своего благополучия; направлении государственных расходов на оздоровление общества и предоставление медицинской помощи, в первую очередь, более бедной его части; привлечение всех источников к финансированию мероприятий по организации охраны здоровья. Первоочередной направленностью такой постановки вопроса является существенное снижение смертности населения в работоспособном возрасте, которая только за последние 5 лет выросла почти на 30%, а среди мужчин – более чем на 40%. Среди причин смерти существенными являются несчастные случаи, травмы и отравления. Работают в опасных и вредных условиях 26,1%. Состояние психического здоровья населения является чрезвычайно значительным в оценке уровня здоровья общества. Вместе с тем за последние годы имеет место тенденция к его ухудшению. Важными проблемами здравоохранения являются алкоголизм и наркозависимость. Ухудшенная экологическая ситуация в результате хронического токсичного действия на организм, и, в первую очередь, на человеческий мозг, который является наиболее чувствительным и уязвимым у человека органом, приводит к стойким нарушениям психического состояния. Исходя из общественно-политической и реальной экономической ситуации в здравоохранении, нами предусмотрено два задания: обеспечение неотложной медицинской помощи больным, уменьшение числа социально-опасных заболеваний, сохранение имеющегося уровня состояния здоровья народа в данное время, а также определение наиболее оптимальной модели системы, учитывая особенности исторического, психологического, социального и экономического развития страны и ее перспективы.

THE CONCEPT OF THE SUBSTANTIATION OF TARGET STATE PROGRAMS ON IMPROVEMENT OF THE LEVEL OF PEOPLE' HEALTH

J.A. Gajdaev (Kiev)

In clause necessary tasks which should be solved for maintenance of world development – “interrelations between health of the person, by a policy in the field of health protection and economic development” which consist in creation of an economic climate for independent strengthening health of citizens due to improvement of the well-being are defined; a direction of the State expenditure on improvement of a society and granting of medical aid, first of all its poorer part; attraction to financing actions on the organization of health protection all sources. A prime orientation of such statement of a question is essential decrease in death rate of the population at efficient age that only for last 5 years has grown almost on 30%, and among men more than on 40%. Among the reasons of death accidents, traumas and poisonings are essential. 26,1% workers work in dangerous and harmful conditions. The condition of mental health of the population is extremely significant in an estimation of a level of health of a society, at the same time for last years the tendency to its deterioration takes place. The important problems of public health services are the alcoholism and drug dependence. The worsened ecological situation as a result of chronic toxic action on an organism, and first of all on a human brain which is the most sensitive and vulnerable body at the person, leads to proof infringements of a mental condition. Thus, proceeding from a political and real economic situation, in public health services, by us it is stipulated two tasks: Maintenance of urgent medical aid of patients, reduction of number of socially-dangerous diseases, preservation of an available level of a state of health of people at present, and also definition of the optimal model of system, considering features of historical, psychological, social and economic development of the country and its prospect.

УДК 356.33 (477)

В.Ф. МОСКАЛЕНКО, О.Г. ШЕКЕРА (Київ)

РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (Київ)

Вступ. Сучасний етап соціально-економічного розвитку України супроводжується складними умовами формування здоров'я її населення. Кризові явища в економіці, розшарування суспільства за рівнем та якістю життя, соціальна нестабільність, несприятлива екологічна ситуація призвели до значного погіршення стану здоров'я населення.

На відміну від більшості галузей народного господарства, охорона здоров'я в Україні майже повністю залежить від державного бюджетного фінансування. В той же час фінансування сфери охорони здоров'я не є пріоритетним напрямком бюджетних асигнувань в Україні, виходячи з відповідної процентної частки у національному бюджеті у порівнянні з частками та обсягами фінансування цієї галузі в інших країнах.

Стрімкі зміни, які відбулися протягом останнього десятиліття в масштабах держави, визначили напрямки і шляхи перетворень як в системі охорони здоров'я, так і в збройних силах. Відповідно до Державної програми будівництва та розвитку Збройних сил України проводилось реформування військово-медичної служби, реорганізація і удосконалення системи медичного забезпечення на мирний та воєнний час, здійснювався перехід органів управління медичних частин та закладів на нові організаційно-штатні структури, відбувалось планове скорочення медичних частин та закладів і чисельності особового складу.

Мета цих перетворень – створення сучасної, високоефективної, яка повністю відповідає поставленим завданням у мирний і воєнний час, економічно доцільної системи медичного забезпечення Збройних сил України.

Згідно із Законом України "Про оборону України" фінансування потреб національної оборони має здійснюватися за рахунок Державного бюджету України в розмірі не менше 3 % запланованого обсягу внутрішнього валового продукту (ВВП).

Такий обсяг фінансування дав би можливість забезпечити належним чином не лише заходи з утримання та скорочення збройних сил, але й

якісне оновлення військ (сил), удосконалення систем управління та матеріально-технічного забезпечення, закупівлю та модернізацію озброєнь і військової техніки, соціальний захист військовослужбовців. Проте за весь час існування Збройних сил України обсяг оборонного бюджету жодного року не відповідав зазначеній нормі Закону.

Матеріали і методи. Вивчено стан фінансування потреб національної оборони та військово-медичної служби Збройних сил України згідно офіційних статистичних джерел.

В роботі використано наступні методи: системного підходу, експертних оцінок, економічний, структурно-логічний аналіз, а також метод семантичної оцінки наукових документів. Матеріали дослідження піддані статистичній обробці.

Результати дослідження та їхнє обговорення. Протягом останніх п'яти років видатки на потреби збройних сил становили 1,37–1,76 % ВВП. Реальне фінансування збройних сил було значно нижчим від нормативної і мінімальної потреб, а також суми, визначеної Державним бюджетом (рис. 1), і здійснювалось у 2000–2002 рр. на рівні 50 %, у 2003–2004 рр. – на рівні 60–70 %, а у 2005–2006 рр. – на рівні 65–70 %.

Надмірна чисельність Збройних сил України змушувала понад 80 % бюджетних надходжень витрачати на утримання армії. В той же час досвід розвинутих країн доводить, що бюджет розвитку передбачає виділення на утримання особового складу не більше 50 % загального обсягу асигнувань. У 2005 р. видатки на потреби збройних сил були розподілені таким чином: на утримання особового складу – 81,5 %; на підготовку та реформування збройних сил – 12 %; на розвиток озброєнь, військової техніки і інфраструктури – 6,5 % (рис. 2).

Під час розробки Державної програми на 2006–2011 рр. Міністерством оборони України були внесені суттєві корективи до процедури визначення потреб збройних сил у фінансових ресурсах. Від принципу рівномірного розподілу коштів між видами збройних сил та окремими функціональними компонентами відповідно до їх чисельності Міністерство оборони перейшло до програмно-цільового методу формування

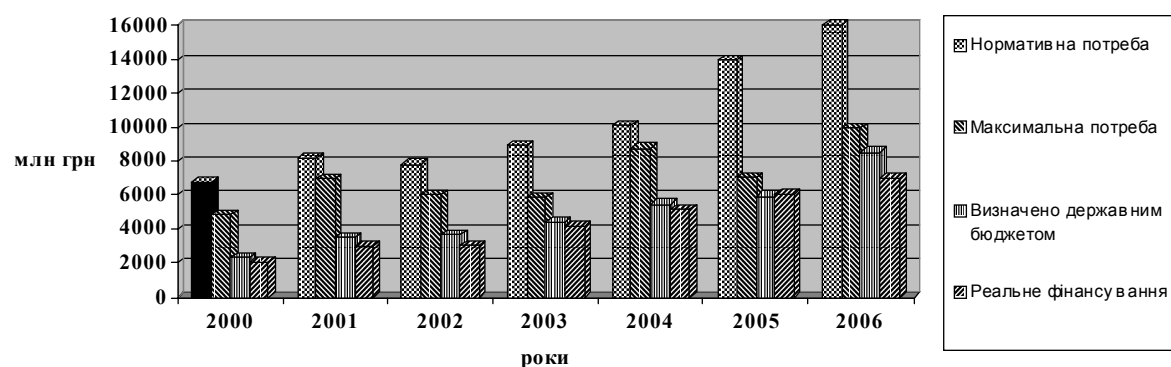


Рис. 1. Фінансування потреб Збройних сил України протягом 2000–2006 рр.

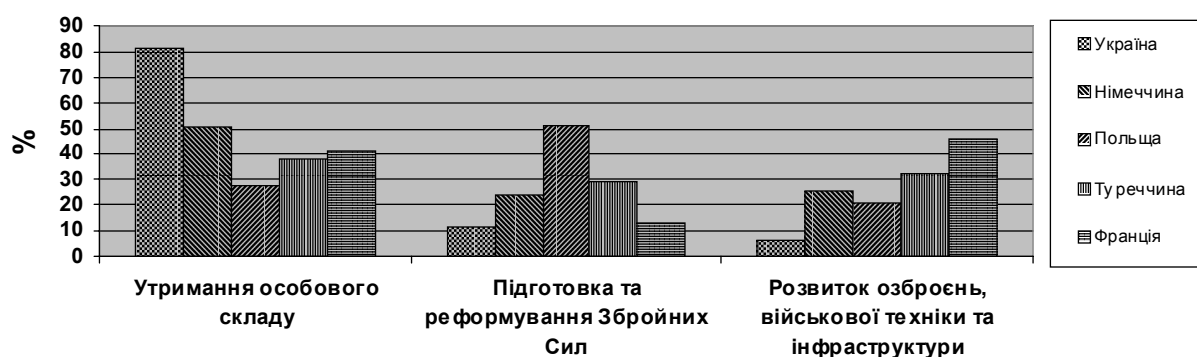


Рис. 2. Середні порівняльні показники розподілу видатків на потреби збройних сил різних країн світу в 2005–2006 рр.

оборонного бюджету залежно від пріоритетів, визначених на поточний рік і середньострокову перспективу (у 2005 р. започатковано розробку ефективного, науково обґрунтованого механізму бюджетного планування з урахуванням досвіду провідних країн ЄС).

Вжито також заходів щодо забезпечення прозорості та контрольованості потоків фінансових ресурсів Міністерства оборони через запровадження чіткого механізму фінансування та процедур документообігу.

Відповідно до Державної програми розвитку Збройних сил України на 2006–2011 рр. та затвердженим Державним бюджетом на 2006 р. Міністерство оборони отримало 8954,2 млн грн (1,74 % ВВП), з яких 2,0 млрд грн повинні були надійти від реалізації надлишкового майна збройних сил. Заплановано, що протягом 2006–2011 рр. структура видатків Міністерства оборони України поступово наблизиться до стандартів розвинутих країн і в 2011 р. буде їм повністю відповідати (рис. 3).

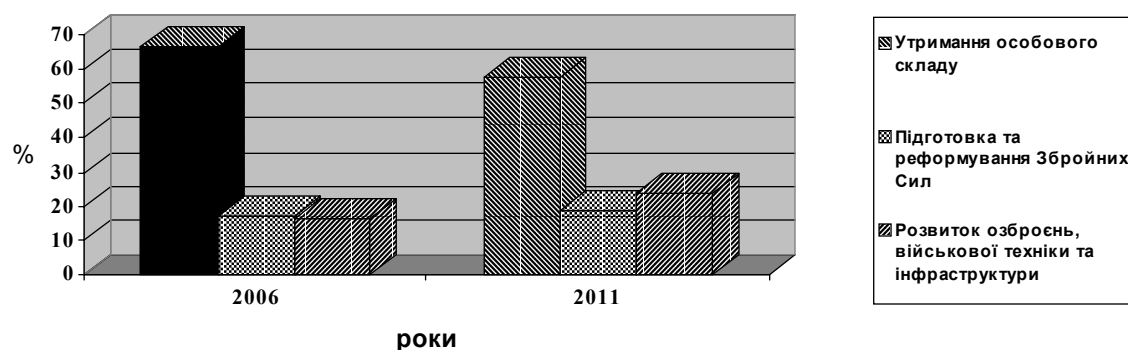


Рис. 3. Структура видатків Міністерства оборони України у 2006 та 2011 рр.

З 2007 р. впроваджено оновлений механізм формування та супроводження бюджетного запиту, скорочено кількість бюджетних програм з 29 до 17 (в майбутньому їх передбачається мати 14). У збройних силах вперше опрацьовано План

утримання та розвитку Збройних сил України на 2006–2007 рр., який конкретизує завдання за всіма напрямками діяльності. Затверджено головні та цільові програми, які є основою програмно-цільового методу організації процесу управ-

ління ресурсами та виконання завдань Державної програми.

Відбувається поступове наближення кількісно-якісних характеристик підрозділів ОБ'єднаних сил швидкого реагування до стандартів армій країн-членів ЄС. На їх фінансування сплановано у півтора рази більше коштів (23,3 млрд грн), ніж на Основні сили оборони (15,8 млрд грн). Розподіл збройних сил на функціональні структури сприяв інтенсифікації підготовки ОБ'єднаних сил швидкого реагування.

Починаючи з 2007 р. заплановані оборонні витрати на рівні не менше 2 % від ВВП. Таким чином, обсяг оборонного бюджету України у 2011 р. наблизиться до стандартів ЄС завдяки прозорості, оптимізації структури та контрольованості витрат.

На сьогодні реформування Збройних сил України обумовило необхідність посилення соціально-економічної захищеності військових. В Україні права і соціально-економічні гарантії військових визначені пакетом законів, які юридично забезпечують середній рівень задоволення їхніх потреб. Але практично реалізувати вимоги цих законів з деяких напрямків надзвичайно важко. Це стосується питань забезпечення житлом, працевлаштування членів сімей військових, що звільняються, соціально-побутове обслуговування та медичне забезпечення військовослужбовців усіх категорій і військових пенсіонерів (на протязі 1992–2006 рр. з лав Збройних сил України було звільнено за станом здоров'я 42 тис. осіб, що становить близько 30 % усіх звільнених офіцерів). Перераховані основні проблеми соціальної захищеності не виключають наявності інших, вплив яких на військових у певні періоди часу може бути значно більшим.

Окремо слід зупинитися на реформі фінансування системи медичного забезпечення Збройних сил України.

На сьогодні стан забезпечення фінансовими ресурсами системи медичного забезпечення збройних сил протягом останніх років об'єктивно обумовлений недостатнім бюджетним

фінансуванням Збройних сил України. Хоча обсяги видатків в абсолютних показниках, що виділяються з функцією "збройні сили" за останні роки постійно зростають, питома вага видатків в обсязі зведеного бюджету залишається без особливих змін. Таким чином, основним джерелом поповнення недостатнього бюджетного фінансування системи медичного забезпечення збройних сил є залучення додаткових позабюджетних коштів.

Надання медичних послуг за плату залишається основним джерелом у структурі позабюджетних надходжень військових госпіталів і санаторіїв Збройних сил України. Скасування встановленого Кабінетом Міністрів України переліку платних послуг звузило структуру медичних послуг, у зв'язку з чим виникла потреба в залученні позабюджетних коштів за рахунок інших джерел.

Основними медичними послугами, які надаються за плату, є лікувально-діагностичні дослідження і процедури в поліклініках і госпіталях, стаціонарне лікування в госпіталях, санаторно-курортне лікування та зубне протезування громадян. Так, від надання платних послуг Головним військовим клінічним госпіталем Міністерства оборони України та чотирма центральними військовими госпіталями Міністерства оборони України за 2003 р. медична служба Збройних сил України отримала 15378,3 тис. грн, у 2004 р. – 17844,05 тис. грн, а у 2005 р. – 17332,2 тис. грн. У той же час, 9 базових військових госпіталів надали платні послуги відповідно по роках на суму: в 2003 р. – 2657,9 тис. грн, у 2004 р. – 4110,39 тис. грн, у 2005 р. – 4517,9 тис. грн, а 13 гарнізонних госпіталів: в 2003 р. – 1654,9 тис. грн, у 2004 р. – 1546,23 тис. грн, у 2005 р. – 1988 тис. грн. Поряд з цим, платні послуги, надані стоматологічними поліклініками МО України за 2003–2005 рр. становили: в 2003 р. – 2284,6 тис. грн, у 2004 р. – 2762,2 тис. грн, у 2005 р. – 3248,9 тис. грн. (рис. 4). Показники виконання санаторіями плану надходження коштів за спеціальним фондом у 2004 р. становили 95,57 %, а в 2005 р. – 111,48 % від плану.

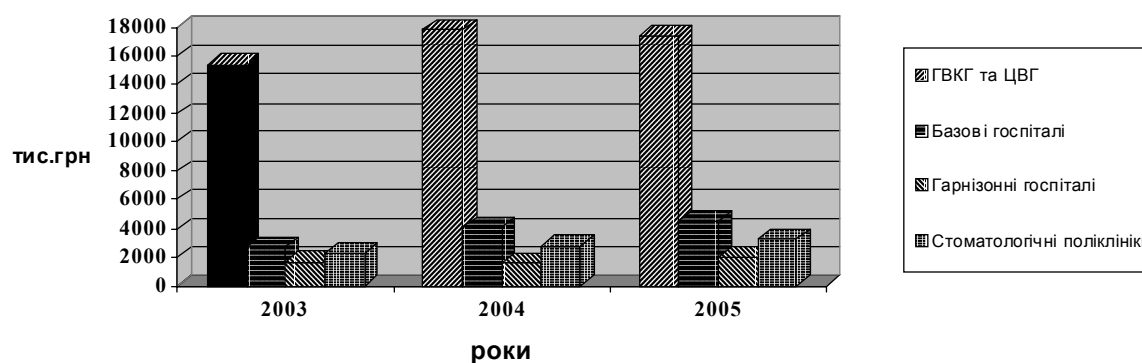


Рис. 4. Надання платних послуг військовими госпіталями та стоматологічними поліклініками у 2003–2005 рр.

Це стало можливим за рахунок укладання військовими госпіталями договорів із страховими компаніями, підприємствами та організаціями. Окрім того, збільшились обсяги благодійних (добровільних) внесків і пожертвувань від юридичних і фізичних осіб (постанова Кабінету Міністрів України від 04.08.2000 р. № 1222), що дозволило зменшити навантаження на Державний бюджет Міністерства оборони України. Позабюджетні кошти залучаються на зміцнення матеріально-технічної бази госпіталів, санаторіїв, поліклінік медичної служби Збройних сил України.

Більшість країн світу фінансують медичну службу збройних сил з державного бюджету. Фінансування як механізм управління здійснює надзвичайно важливий вплив на діяльність системи медичного забезпечення збройних сил. Від його рівня залежить кількість доступних для системи медичного забезпечення фінансових ресурсів, визначення того, хто несе основний фінансовий тягар і хто контролює фінансові ресурси, управління фінансовими ризиками, а також можливість контролю витрат. Зазначені фактори, в свою чергу, дають змогу визначити рівень доступу до медичної допомоги, захистити військовослужбовців від надмірного фінансового ризику на випадок захворювання та впливати на стан їхнього здоров'я.

З метою узгодження структурних характеристик медичного забезпечення збройних сил з наслідками, потрібно розглянути, яким чином деякі типи проблем результативності військово-медичної служби пов'язані з рішеннями, які приймаються щодо її фінансування. Це означає, не те, що такі проблеми є тільки наслідком фінансових рішень чи завжди виникають через них, а лише те, що такий зв'язок існує.

Розглянемо ситуацію, за якою система фінансування медичного забезпечення збройних сил зазнає труднощів з контролем витрат на медичне обслуговування. В цьому випадку можливі пояснення необхідно шукати в самій системі фінансування. Якщо весь потік доходів проходить через єдиний орган, що управляє фінансовими ресурсами (система єдиного платника), здатність управляти витратами підвищується. В тому випадку, коли управління розділене і роздроблене через численність організацій, які фінансують надання медичної допомоги, здатність контролювати витрати, звичайно, знижується.

Наступною проблемою, яку необхідно розглянути, є розподільчий аспект тягаря витрат – наскільки досконалою системою фінансування щодо ризику. Зокрема, чи несуть тягар витрат зв'язку з хворобою самі хворі військовослужбовці, чи є механізм, відповідно до якого всі роблять свій внесок, який базується на середньому ризику. В цьому випадку більш прогред-

сивним, ніж загальний податок від доходу є податок на грошове утримання (заробітну плату). Найкращими є схеми фінансування, які мають широку базу, тобто коли поряд з бюджетним фінансуванням застосовується страхування військовослужбовців.

Виходячи із зазначеного, система медичного забезпечення збройних сил, в умовах обмежених ресурсів, потребує збалансованого фінансування, що є на сьогодні одним з головних завдань державного управління галуззю. Прагнучи стримати витрати і розширити доступ до медичного обслуговування, державні військові організації все частіше звертаються до фінансування військово-медичної служби за рахунок поєднання таких методів, як оподаткування та соціальне страхування.

Стійке підвищення вартості послуг сучасної медицини перетворює витрати на надання медичної допомоги всьому населенню на тяжкий тягар навіть у найбагатших країнах світу, тому у менш розвинених суспільствах частина населення (в т.ч. і військовослужбовці) залишається з набагато меншим обсягом медичного обслуговування, ніж інші. Ця проблема ускладнюється через заплутану структуру систем фінансування різних країн.

Аналіз міжнародного досвіду та економічних теорій дає підстави зробити кілька висновків, які можна врахувати при удосконаленні фінансування системи медичного забезпечення Збройних сил України:

- жодний механізм фінансування системи охорони здоров'я не є досконалим, більш доцільно використовувати страхування ризиків у рамках різноманітних схем передоплати за медичні послуги, що надаються;
- суспільству, яке хоче мобілізувати значний відсоток ВВП на збройні сили та медичне забезпечення військовослужбовців, необхідно розробляти послідовну і раціональну стратегію;
- прийнятне поєднання різних джерел фінансування залежить від конкретних умов кожної країни та їх збройних сил, включаючи соціальні цінності, економічні умови, промислову структуру та адміністративну здатність;
- розрахунок на пряму оплату споживача як одного з найважливіших джерел фінансування є неефективним;
- забезпечення фінансового захисту від непередбаченого ризику хвороби, а також висока вартість сучасних медичних послуг стали головною причиною того, що наріжним каменем фінансування охорони здоров'я залишається страхування через механізм передоплати третьої сторони;
- соціальне страхування має найбільший потенціал для забезпечення ефективного захисту від фінансового ризику;

– базове громадське здоров'я і профілактична допомога мають підтримуватися податками, якщо нація хоче мати вартісно-ефективну структуру розподілу ресурсів з погляду перспектив максимізування стану здоров'я військовослужбовця.

Якими б не були джерела фінансування, проблеми, котрі необхідно вирішувати управлінцям у системі медичного забезпечення збройних сил, а також інструменти, якими вони користуються для цього, є подібними. Важливим завданням є забезпечення якомога тіснішого зв'язку між фінансуванням, доступом до послуг охорони здоров'я, якістю і розподільчою ефективністю – як проміжними цілями – і станом здоров'я військовослужбовців, задоволеністю споживачів та їх захистом від фінансового ризику на випадок захворювання – як кінцевими цілями перебудови системи медичного забезпечення збройних сил.

Головне завдання сучасної військової медицини полягає у всебічному забезпеченні людського чинника у військовій справі – найважливішого елемента воєнної потужності держави, роль якого у забезпеченості боєздатності військ на сьогодні значно зросла. Це обумовлено, з одного боку, застосуванням у сучасних війнах зброї з високими уражаючими характеристиками, що викликає значні за масштабом санітарні втрати, а з іншого – тим, що збройні сили складаються, головним чином, із спеціалістів, які керують високотехнологічною військовою технікою. Всебічне забезпечення людського чинника включає широкий комплекс заходів теоретичного і практичного характеру, який охоплює всі сторони діяльності військовослужбовців. Цей факт є доказом того, що здоров'я і фахове довголіття військового спеціаліста набувають стратегічного значення.

За даними спеціальних досліджень, на високому рівні організована система медичної до-

помоги могла б на 16 % зменшити рівень потенційних втрат людино-років життя. Крім того, система медичного забезпечення збройних сил виконує і важливу соціально-політичну функцію, оскільки сприяє формуванню почуття впевненості військовослужбовців у майбутньому. Тому у світі як до військових, так і цивільних медичних служб у мирний час висувуються високі вимоги, а саме:

- загальне охоплення військовослужбовців медичним обслуговуванням;
- територіальна доступність медичних закладів;
- відкритість – медичний працівник повинен пояснювати пацієнту свої рішення і дії;
- доброзичливе ставлення медичного персоналу до пацієнта і членів його сім'ї;
- участь громадськості в контролі дотримання стандартів у сфері охорони здоров'я;
- інтегрованість у системі широкого ряду послуг для задоволення потреб пацієнта;
- ефективне використання медичного персоналу та інших ресурсів;
- відповідність нормам професійної етики і суспільної моралі;
- виконання вимог і рекомендацій відомств, які здійснюють атестування;
- економічну обґрунтованість – здатність виконувати прийняті зобов'язання;
- реєстрація і перегляд цілей та завдань, які використовуються як база для планування і контролю;
- запровадження нових, доведення ефективних, клінічних та профілактичних методів;
- використання методів внутрішнього контролю якості та дотримання прийнятих стандартів.

Аналіз фінансування свідчить, що між запланованим і фактичним виділенням коштів за загальним і спеціальним фондом існує значна різниця, яка впливає на стан медичного забезпечення Збройних сил України (рис. 5). Потре-

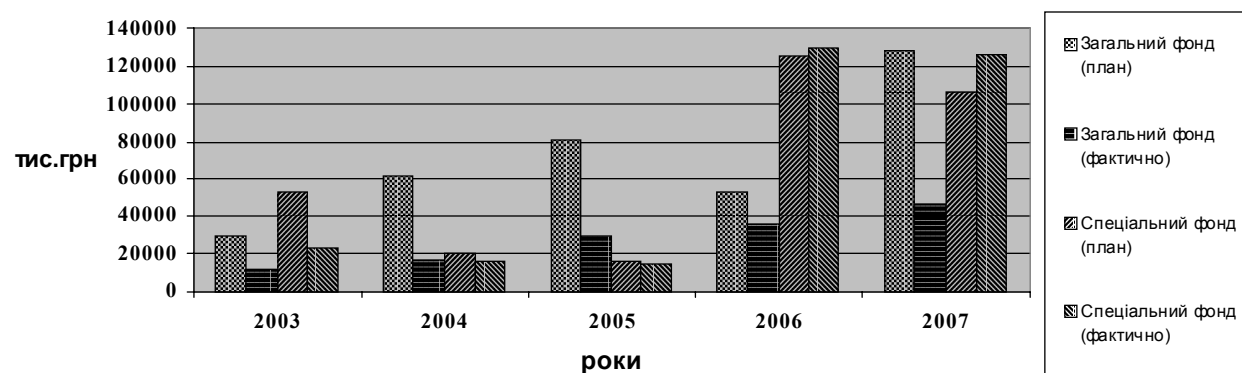


Рис. 5. Вклад запиту видатків за КПКВ 2101080 "Медичне лікування та обслуговування особового складу ЗС України" (тис. грн)

ба в медичній допомозі стало зростає, але її забезпечення в рамках недостатнього бюджетного фінансування стає фактично неможливим, бо утримання великої кількості медичних установ у збройних силах потребує значного бюджетного фінансування. В той же час кошти, які отримані від власних надходжень (спеціальний фонд), значно зросли.

На сьогодні медичне забезпечення Збройних сил України організовано і працює за територіальним принципом. Військово-медичні заклади, у своїй більшості, залишаються в прямому підпорядкуванні Департаменту охорони здоро-

в'я Міністерства оборони України та регіональних медичних управлінь, продовжують отримувати кошти за розподільчим принципом залежно від їх потужності (кількість ліжок, відвідувань).

Якщо оцінювати існуючу схему фінансування з позицій сучасних вимог (табл. 1), то можна зробити висновок, що фінансування амбулаторно-поліклінічних установ за числом відвідувань не створює економічних стимулів до інтенсивної і ефективної праці, сприяє марнотратному використанню ресурсів військово-медичної служби збройних сил і коштів держави, які виділяються з бюджету країни на Збройні сили України.

Таблиця 1. Вимоги до фінансування системи охорони здоров'я

| ВИМОГИ ДО СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ | |
|---|--|
| Система фінансування не повинна: | бути витратною. Витрати на фінансування мають бути передбачувані. |
| Система фінансування повинна: | забезпечувати збалансованість обсягів фінансування і обсягів медичної допомоги |
| | забезпечувати стороні, яка фінансує, можливість цілеспрямованого формування найбільш раціонального обсягу і структури надання медичної допомоги |
| | стимулювати подолання фрагментарності системи охорони здоров'я |
| | стимулювати зміцнення сектора амбулаторно-поліклінічної допомоги і підвищення ролі первинної медичної допомоги |
| | мінімізувати адміністративні витрати сторони, яка фінансує, на оплату медичних послуг і оптимізувати пов'язані з цим контрольні функції |
| | забезпечувати поєднання методів оплати різних видів медичної допомоги |
| | забезпечувати накопичення управлінської інформації (в тому числі даних про реальну вартість окремих видів послуг) для запровадження ефективних моделей управління медичною установою |
| методи фінансування повинні стимулювати виробників медичних послуг до виконання функцій з медичного обслуговування найкращим для пацієнтів способом в умовах раціонального використання фінансових ресурсів | |

Сьогодні медична служба Збройних сил України робить позитивні кроки щодо реформування системи медичного забезпечення збройних сил і тому основні характеристики системи фінансування медичної служби, які стримують, а в ряді випадків навіть перешкоджають реформуванню системи медичного забезпечення військовослужбовців, а саме: принцип "утримання" мережі лікувально-профілактичних закладів; бюджетне фінансування на основній частині ресурсів без зв'язку з результатами діяльності; ігнорування сучасних методів фінансового планування і управління, є вже не настільки актуальними, як у недалекому минулому.

Аналіз вад фінансування медичного забезпечення збройних сил у країнах Центральної і Східної Європи дозволяє визначити деякі передумови ефективних перетворень системи фінансування медичних закладів Збройних сил України:

1) в мирний час перетворення органу, який відповідає за фінансування медичних установ (у цій ролі можуть виступати як органи управління охорони здоров'я, так і страхові компанії), на

покупця медичної допомоги, який представляє інтереси військовослужбовців і забезпечує формування вимог щодо обсягів, доступності і якості медичної допомоги, є однією з найважливіших складових реформи медичного забезпечення збройних сил. Принцип утримання військово-медичних установ поступається місцем принципу договірних відносин між замовником і виконавцем. При такій моделі організації медичної допомоги сторона, яка фінансує, і медичні установи беруть на себе чітко визначені зобов'язання, для виконання яких вони мають прямі економічні стимули;

2) військово-медичним установам має бути надано всі права оперативно-господарської діяльності, їх доходи повинні формуватися залежно від обсягу і якості медичної допомоги, що надається;

3) в умовах надзвичайної обмеженості коштів та матеріальних засобів, які надаються військам, зростає необхідність пошуку та впровадження раціональних форм господарювання в збройних силах.

Враховуючи наявність значних структурних деформацій у медичному забезпеченні збройних сил, пріоритетною вимогою до реформи системи фінансування військово-медичних установ є створення стимулів для оптимізації структури медичних послуг.

Необхідно підкреслити, що сьогодні керівництвом Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України впроваджено фінансування медичного забезпечення збройних сил, згідно з яким кожний лікувальний або оздоровчий заклад, у відповідності до методики визначення показника фінансування медичної допомоги на одну особу на рік, планує свою потребу в коштах на відповідний рік за кожним напрямком (кодом економічної класифікації видатків – КЕКВ).

У подальшому заклади, які безпосередньо підпорядковані Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України, подають проекти кошторисів до Департаменту. Інші заклади подають проекти кошторисів до відповідних регіональних управлінь.

Алгоритм відпрацювання потреб у коштах медичного забезпечення збройних сил такий:

- узагальнену потребу у коштах за регіональні медичні управління та частини безпосереднього підпорядкування Департамент охорони здоров'я Міністерства оборони України подає до Департаменту фінансів Міністерства оборони України, яка в подальшому корегується відповідно до граничних лімітів, які надаються Міністерством фінансів України;

- корегування здійснюється за участю Департаменту фінансів Міністерства оборони України, Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України, регіональних медичних управлінь та кожного медичного закладу Збройних сил України.

Джерелами фінансування за ПККВ 2101080 є кошти державного бюджету (загальний фонд) та кошти, які отримані від власних надходжень (спеціальний фонд). Використання коштів здійснюється за основними напрямками: КЕКВ 1110 – оплата праці працівників бюджетних установ; КЕКВ 1120 – нарахування на заробітну плату; КЕКВ 1130 – придбання предметів постачання і матеріалів, оплата послуг та інші видатки; 1150 – матеріали, інвентар, будівництво, капітальний ремонт, заходи спеціального призначення, що мають загальнодержавне значення; КЕКВ 1160 – оплата комунальних послуг та енергоносіїв; КЕКВ 2000 – капітальні видатки.

Виділені кошти медичними закладами Збройних сил України повинні використовуватися виключно відповідно до затверджених кошторисів за кожним КЕКВ, які доводяться до всіх медич-

них закладів збройних сил. Фінансування комплексу медичних установ Збройних сил України за загальним подушним нормативом, що включає витрати на всі взаємопов'язані види медичної допомоги, є ключовим елементом інтегрованої системи.

Враховуючи викладене вище, стратегію покращення системи медичного забезпечення Збройних сил України необхідно здійснювати за такими напрямами, як:

- поетапне збільшення державних асигнувань на медичне забезпечення військовослужбовців, їх ефективне використання;

- підвищення якості медичних послуг, переорієнтація медичного забезпечення збройних сил на попередження захворювань;

- зниження ризику, пов'язаного з шкідливим впливом довкілля та чинників Чорнобильської катастрофи;

- проведення активної демографічної політики, охорона здоров'я допризовного та призовного контингенту, вдосконалення медичної допомоги військовим пенсіонерам;

- забезпечення пріоритетного розвитку ПМСД (військової ланки) на засадах сімейної медицини в збройних силах, створення єдиного медичного простору, ринку платних медичних послуг та введення державного соціального медичного страхування військовослужбовців;

- впровадження багатоканальності фінансування галузі, створення конкуренції між надавачами медичних послуг;

- забезпечення доступності медичного обслуговування для військовослужбовців усіх категорій, військових пенсіонерів і членів сімей військовослужбовців через затвердження гарантованого рівня медичної допомоги;

- запровадження нових механізмів забезпечення медичних закладів необхідними ліками та медобладнанням вітчизняного виробництва;

- подальше вдосконалення правової бази охорони здоров'я, приведення її у відповідність до міжнародного права.

З метою подальшого вдосконалення та розвитку системи медичного забезпечення збройних сил Наказом Міністра оборони України від 24.11.2006 р. № 678 затверджено Програму розвитку системи медичного забезпечення Збройних сил України на 2006–2011 рр., в якій у п. 4.6. "Фінансово-економічна діяльність" викладено напрямки удосконалення системи фінансування медичної служби Збройних сил України, а саме:

- децентралізація фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, спрямована на розширення їх прав у використанні фінансових ресурсів, у першу чергу на розви-

ток їх матеріально-технічної бази, що сприятиме підвищенню якості лікувально-діагностичної роботи і відповідно зростанню надходження позабюджетних коштів;

– опрацювання механізму підвищення захищеності медичного персоналу, який залучається до надання медичних послуг, через його матеріальне заохочення.

Висновок. Здійснюючи реформування галузі, слід розуміти, що без виваженої стратегії, спрямованої на забезпечення раціоналізації структури медичної допомоги і оптимізації первинної, вторинної і третинної допомоги, поліпшити ситуацію в медичному забезпеченні Збройних сил України, навіть при залученні додаткових коштів, не вдасться.

Список літератури

1. Білий В.Я., Шекера О.Г., Підгорна Л.В. Перспективи медичного страхування військовослужбовців у Збройних силах України // Наука і оборона України. – К., – 2002. – № 4. – С. 56–57.
2. Платов А.В. Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні. – Дніпропетровськ: Пороги, 2000. – 262 с.
3. Лехан В.М., Джафарова Д.М., Биченко С.І. Стратегічні підходи до фінансування медичних служб // Стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я в Україні / За ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – С. 80–101.
4. Москаленко В.Ф., Шекера О.Г., Хижняк М.І. Проблеми фінансування охорони здоров'я в Україні // Збірник "Проблеми військової охорони здоров'я" (Теоретичний і науково-практичний збірник ГВМУ ГШ ЗС України та УВМА) К., 2006. - №16. - С.14-22.
5. Мунтян В.І. Вплив економічного фактора на Збройні сили України // Реформування Збройних сил України: пріоритети, передумови та перспективи. – К., 2001. – С. 114–117.
6. Шекера О.Г. Соціально-економічні аспекти формування системи медичного забезпечення Збройних сил України (Монографія). – К.: ЕКМО, 2006. – 274 с.

РЕАЛИИ И ПЕСПЕКТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ

В.Ф. Москаленко, О.Г. Шекера (Киев)

В статье представлены результаты исследования системы финансового обеспечения медицинской службы Вооруженных сил Украины и изложены направления ее усовершенствования.

REALITIES AND FUTURIES FINANCINGS OF MEDICAL SERVICE OF ARMED FORCES OF UKRAINE

V.F.Moskalenko, O.G.Shekera (Kyiv)

In article results of research of system of financial maintenance of medical service of Armed forces of Ukraine are submitted and directions of its improvement are stated

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ОРГАНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ СЛУЖБОЮ МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ В УМОВАХ ВЕЛИКОГО МІСТА

Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення м. Києва

Відновлення здорового населення, незважаючи на підвищення середньої тривалості життя, є актуальною проблемою для всього світу. На рівні країни вона постає як проблема збереження здоров'я нації. Деякі експерти [10] вважають, що сьогодні ризик втрати здоров'я нації вищий у країнах Східної Європи та СНД, оскільки їх населення більше знаходиться під впливом стресів, що викликані різкими соціальними змінами і зростаючим рівнем промислового забруднення. Таким чином, масштаб проблеми в кожній конкретній країні чи окремому регіоні визначається соціально-економічними та екологічними умовами проживання населення, а успішне розв'язання її залежить передусім від організації охорони здоров'я.

Організація системи охорони здоров'я за радянські часи, як зараз визнано, була однією з найпрогресивніших у світі. Але значною мірою цього вдалося досягти за допомогою великих державних витрат. Нині в Україні, як свідчить багато досліджень [8], гостро постали не тільки проблеми у сфері екології, але й ті, що пов'язані зі станом здоров'я населення. Відомо, що ризик втрати здоров'я нації і ризик майбутніх соціально-економічних втрат взаємопов'язані, тому економія ресурсів на охорону здоров'я сьогодні може обернутися величезними втратами в майбутньому. Це стосується як усієї системи охорони здоров'я, так і її складових.

Можна виділити чотири основні фактори ризику, що впливають на стан здоров'я окремої людини та нації в цілому:

- рівень життя і соціальної комфортності проживання в країні, що визначається загальними соціально-економічними індикаторами розвитку економіки;
- стан екології, який залежить від рівня забрудненості чи зникнення окремих компонентів природного середовища і вимірюється щодо допустимих нормативів забрудненості;
- рівень розвитку охорони здоров'я, її матеріально-технічна база, кадрове забезпечення, обсяги застосування прогресивних методів і

технологій діагностики та лікування, організації охорони здоров'я та її фінансування.

· фактори ризику, пов'язані з поширеністю окремих захворювань та смертністю від них. Стан здоров'я кожної людини генетично успадковується, але протягом життя на нього впливають соціальні та екологічні фактори, які значно різняться в різних країнах і регіонах проживання.

З огляду на вищенаведене можна зробити висновок про необхідність створення такої системи реагування на негативні впливи на здоров'я населення, яка б могла своєчасно прогнозувати їх виникнення та організовувати профілактичні заходи. Природно, що така система має бути складовою служби медицини катастроф.

Слід зазначити, що нині в Україні в системі медицини катастроф немає відповідної служби, яка б виконувала цю функцію. Водночас у нормативних документах, які стосуються організації медицини катастроф, йдеться про таку необхідність.

У ст. 3 Закону України "Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру" [4] зазначається, що "основними завданнями у сфері захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру є... здійснення комплексу заходів щодо запобігання та реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру".

У ст. 13 Закону визначаються заходи щодо запобігання або зменшення ступеня ураження людей, своєчасного надання медичної допомоги постраждалим та їх лікування, а також забезпечення епідемічного благополуччя в зонах надзвичайних ситуацій, які повинні передбачити серед інших планування і використання існуючих сил та засобів закладів охорони здоров'я.

Особливе місце серед інших правових документів, що стосуються функціонування державної служби медицини катастроф, посідає Концепція створення єдиної державної системи запоб-

ігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 07.07.1995 р. №501. У частині 4 цього документу йдеться про основні завдання і напрямки діяльності єдиної системи запобігання катастрофам і визначено, що одним з основних завдань є “планування та керування процесами досягнення показників техногенно-екологічної безпеки, прогнозування і виявлення потенційних джерел виникнення надзвичайних ситуацій, розроблення можливих сценаріїв розвитку подій та відповідних планів реагування на них...”.

У Постанові Кабінету Міністрів України від 22.08.2000 р. №1313 “Про затвердження Програми запобігання та реагування на надзвичайні ситуації техногенного і природного характеру на 2000–2005 роки” у другому розділі “Мета та основні завдання Програми” зазначено: “виявлення небезпеки, оцінки ризику і прогнозування надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру передбачає:

- удосконалення науково-методичного та нормативно-правового забезпечення заходів у сфері запобігання та реагування на надзвичайні ситуації;
- проведення фундаментальних та прикладних досліджень щодо оцінки ризику та прогнозування виникнення надзвичайних ситуацій;
- удосконалення класифікації надзвичайних ситуацій та визначення категорій територій за видами небезпеки;
- розроблення та вдосконалення інформаційно-аналітичних систем з питань надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру”.

Відповідно до Програми розроблено заходи щодо запобігання та реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру, до яких, між інших, внесені заходи, що стосуються прогнозування ризиків здоров'ю населення, пов'язаних з охороною здоров'я.

У Положенні про Державну службу медицини катастроф, яку затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.2001 р. №827 також йдеться про те, що на цю службу покладається завдання прогнозування медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій та розроблення рекомендацій щодо здійснення заходів з метою зниження їх негативного впливу.

Щоб запровадити такі моделі, слід розглянути організацію служби медицини катастроф з точки зору системного підходу.

Складність системи медицини катастроф визначається як великою кількістю її компонентів та зв'язків між ними, так і якісними особливос-

тями медичних заходів: з одного боку, стохастичний, з іншого – визначений характер перебігу процесів організації надання медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях не тільки впливає на якісну структуру зв'язків, але істотно змінює їх кількісні характеристики, збільшуючи при цьому кількість елементів системи, що необхідно дослідити. Стохастичний характер зв'язків між елементами системи медицини катастроф ще більше ускладнює отримання кількісних характеристик цього процесу. Різні зміни кожного з них супроводжуються певними змінами великої кількості чинників, пов'язаних з цією системою елементів, які, в свою чергу, викликають відповідні зміни по всій системі заходів охорони здоров'я. Характерною рисою системи заходів організації медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях є лише часткове спостереження процесів, що відбивають механізм її функціонування, деякі з них взагалі не піддаються прямому спостереженню та про них можна судити лише за непрямою дією, інші не мають кількісної міри та визначаються тільки якісними категоріями.

Таким чином, усі вищенаведені докази обумовлюють необхідність застосування системного підходу до вивчення процесів прогнозування надзвичайних ситуацій та організації заходів з надання медичної допомоги для підвищення якості управління ними. Системний аналіз, який є методологією дослідження об'єктів шляхом відображення їх як систем та аналізу цих систем, може бути дійсно ефективним засобом розв'язання складних, часто нечітко сформульованих проблем. При цьому будь-який об'єкт розглядається не як єдине, нероздільне ціле, а як система взаємопов'язаних складових елементів, їх властивостей та якостей. Системний аналіз можна звести до уточнення складної проблеми та її структуризації в серію завдань, які вирішуються за допомогою різних методів моделювання, пошуку критеріїв їх розв'язання, деталізації мети, створення ефективної організації системи медицини катастроф.

З позицій системного аналізу процес управління службою медицини катастроф можна відобразити як складну систему, що вміщує велику кількість пов'язаних між собою компонентів тієї чи іншої природи та упорядкованих по відношеннях. Ефективно функціонуюча система має такі властивості: ієрархію, структуру, цілісність, функціональність, керованість, спрямованість до мети, самоорганізованість та ін.[2;3].

Процедура системного дослідження складної системи, якою є діяльність системи медицини катастроф, вміщує ряд послідовних етапів:

- постановка проблеми;
- структуризація та опис системи;
- визначення цільових функцій;
- формалізований опис системи (створення моделей);
 - вибір математичного та програмного забезпечення та відповідна інтерпретація моделей;
 - прогнозування розвитку системи та її поведінки в різних умовах;
 - реалізація раціональних моделей системи;
 - прийняття на цій основі відповідних законодавчих та нормативних актів.

Розглядаючи службу медицини катастроф з цієї точки зору та визначаючи, що основною її функцією є зменшення втрат серед населення внаслідок виникнення надзвичайних ситуацій техногенного, соціального чи природного характеру, необхідно насамперед звернути увагу на дві важливі складові таких заходів: це прогнозування виникнення надзвичайних станів та прогнозування відповідних санітарних втрат.

Сьогодні цьому питанню приділяється багато уваги. В Росії, наприклад, спеціально створено центр моніторингу та прогнозування надзвичайних станів при Міністерстві надзвичайних ситуацій, який прогнозує не тільки виникнення надзвичайних станів, але й санітарні втрати серед населення. На думку російських спеціалістів, основними заходами в сучасних умовах є прогноз і попередження кризових явищ та науковий моніторинг. Якщо кілька років тому можна було говорити про управління ризиками виникнення надзвичайних станів як про комплекс заходів, які дають змогу перейти від ліквідації та зменшення наслідків лих і катастроф до прогнозу та попередження катастроф майбутніх, то сьогодні цього вже недостатньо. Знакові катастрофи останніх років показали, що рядові технічні рішення можуть повести до ще більш трагічних наслідків і великих втрат. З огляду на це необхідно аналізувати можливі несприятливі події (у тому числі аварії і катастрофи) у більш широкому системному контексті як "спусковий гачок" для криз різного типу. Це ставить проблему опису, класифікації, прогнозу та попередження криз різних видів [1].

Слід зазначити, що система збирання та аналізу інформації, яка існує в Україні, неадекватна завданням управління ризиками здоров'я населення, прогнозу і попередження кризових явищ. Більш того, обсяги та зміст інформації, яка необхідна для серйозної наукової підтримки прийняття рішень, швидко змінюються. Ось чому єдиним виходом із ситуації, що склалася, є створення системи наукового моніторингу. Проблема організації наукового моніторингу, управління ризиками, прогнозу та попередження виник-

нення надзвичайних станів та санітарних втрат повинна стати основною для служби медицини катастроф.

Прикладів створення систем прогнозування виникнення надзвичайних станів можна привести багато, але ми назвемо деякі. Так, Бадюгин М.С, Каратай Ш.С., Іванов Є.Є. (2003) та ін. запропонували комп'ютерну модель прогнозування медико-санітарних втрат при хімічних аваріях. Інформаційна система виконує такі функції:

- розрахунок маси нетто хімічно чистого продукту, а при необхідності – еквімолярної маси продукту хімічного перетворення;
- визначення кількості ефективною та смертельною інгаляційних токсичних доз шляхом екстраполяції їх з тварини на людину за допомогою коефіцієнта видової стійкості Риболовлева;
- розрахунок коефіцієнта еквівалентності та ізоэффективної маси ОХР по хлору;
- оцінка ступеня хімічної небезпеки об'єкту по еквівалентній масі ОХР;
- визначення часу небезпечного випаровування хімічної речовини на аварійному об'єкті;
- визначення маси та глибини поширення порогових (початкових, прем'єрних) концентрацій у первинній та вторинній токсичній хмарі;
- визначення глибини поширення уражуючих (ефективних та смертельних) концентрацій ОХР;
- визначення площі фактичного розповсюдження уражуючих концентрацій ОХР;
- розрахунок розміру вірогідних втрат, виходячи з площі фактичного ураження, щільності населення та ефективності засобів захисту: порятунку, швидкості та якості надання медичної допомоги;
- визначення в абсолютних числах структури вірогідних втрат населення тощо.

На замовлення Кабінету Міністрів України та Міністерства надзвичайних ситуацій України створено урядову інформаційно-аналітичну систему з питань надзвичайних ситуацій (УІАС НС), яка базується на прогнозно-моделюючих комплексах запобігання, мінімізації та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій (ПМК НС). Як зазначають автори проекту, до 2001 р. створено комплекси: прогнозування та оцінки наслідків паводкових ситуацій (ПМК "Паводок"); прогнозування та оцінки наслідків викидів в атмосферу небезпечних хімічних речовин (ПМК "Хімія"); прогнозування та оцінки наслідків селів (ПМК "Селі"); просторової оцінки наслідків карстових проявів (ПМК "Карст") [5;6].

Водночас залишається відкритим питання прогнозування медичних наслідків дорожньо-транспортних пригод, епідемій тощо, які є актуальними при організації служби медицини ка-

тастроф великого міста. Слід зазначити, що проблемі прогнозування розвитку епідемій присвячені роботи українських авторів [7;9].

Висновки

Таким чином, сьогодні можна стверджувати, що виникла необхідність використання систем-

ного аналізу медичних наслідків можливих аварій і катастроф (надзвичайних ситуацій) для розробки системи управління, удосконалення організації та функціонування служби медицини катастроф в умовах великого міста і країни в цілому.

Список літератури

1. Воробьев Ю.Л., Малинецкий Г.Г., Махутов Н.А. Управление риском с позиций нелинейной динамики. Человеческое измерение // Прикладная нелинейная динамика / Изв. ВУЗов. – 2000. – Т.8. – №6. – С. 12–26.
2. Гвишиани Д.М. Методологические проблемы моделирования глобального развития // Вопросы философии. – 1978. – №2. – С. 14–28.
3. Глушков В.М. Основы безбумажной информатики. – М.: Наука, 1982. – 552 с.
4. Закон України “Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру” від 08.06.2000, №1809-III // www.rada.gov.ua.
5. Іщук О.О., Ободовський О.Г., Коноваленко О.С. Взаємодія ГІС та проблемно-орієнтованих моделюючих комплексів в системах прогнозування та оцінки наслідків надзвичайних ситуацій, пов'язаних з паводками: Наук. зб. КГУ “Гідрологія, гідрохімія, гідроекологія”. – 2002. – Т.3. – С. 53–59.
6. Іщук О.О., Середінін Є.С. Прогнозування й оцінка наслідків екстремальних повеневих ситуацій засобами просторового аналізу ГІС // Вісник геодезії та картографії. – 2000. – №2. – С. 37–42.
7. К построению модели влияния циклических природных явлений на развитие эпидемических процессов / П.В. Василик, Л.А. Колос, А.С. Коваленко, А.Г. Василега. – Кибернетика и вычислительная техника. – 2001. – Вып. 133. – С. 97–102.
8. Панорама охорони здоров'я населення України / А.В. Підаєв, О.Ф.Возіанов, В.Ф.Москаленко, В.М.Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 128–147.
9. Садова Д.Т., Гром О.Л. Оценка влияния социально-экономических факторов на состояние заболеваемости туберкулезом населения Украины. – Львів, 2001.
10. Wildavsky Aaron. Riskless Society // The Fortune New York: encyclopedia of Economics / Ed. by David R. Henderson. — Warner Books, 1993. – P. 426–432.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБОЙ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В УСЛОВИЯХ БОЛЬШОГО ГОРОДА

В.В. Бичков (Киев)

Указана необходимость применения системного подхода к организации службы медицины катастроф большого города. Проанализированы существующие системы поддержки деятельности службы на основе информационных технологий.

THE SYSTEM APPROACH TO THE ORGANIZATION OF MANAGEMENT BY SERVICE OF MEDICINE OF ACCIDENTS IN CONDITIONS OF THE BIG CITY

V.V. Bychkov (Kiev)

Necessity of application of the system approach to the organization of service of medicine of accidents of the big city is specified. Existing systems of support of activity of service are analyzed on the basis of information technologies.

ЯКІСТЬ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОЛІПШЕННЯ ОЧИМА ПАЦІЄНТІВ

Дніпропетровська державна медична академія

Провідні вчені в галузі менеджменту охорони здоров'я виділяють два аспекти якості медичної допомоги: технічний та особистісний [10]. Технічна якість мається на увазі, коли йдеться про ефективність діагностики та лікування. Але не можна нехтувати тим, як процес надання медичної допомоги сприймається пацієнтом. Загальновідомо, що кінцевий результат лікування залежить від ставлення самого хворого до процесу медичної допомоги, довіри лікарю, впевненості, психічної рівноваги, на які, в свою чергу, впливає багато чинників, важливих для пацієнта, але часто не помітних для медичних фахівців.

В одному з основоположних принципів Люблінської хартії наголошується: "Реформи повинні забезпечити, щоб думка та вибір громадян мали вирішальний вплив на те, як організовані та функціонують служби охорони здоров'я" [2]. Дослідження суб'єктивних оцінок якості медичної допомоги пацієнтів стаціонарів важливе передусім для розуміння проблем, які турбують основних споживачів медичних послуг.

Питання соціальної ефективності стаціонарної медичної допомоги вивчали багато науковців [1;3;4;5;6;7;8;9]. Але цілісний підхід до думки пацієнтів застосовувався дуже рідко. У зв'язку з цим у рамках комплексного дослідження адекватності використання ліжкового фонду терапевтичного профілю в стаціонарних закладах вивчалася думка пацієнтів лікарень щодо різних аспектів шпитального обслуговування.

Метою даного дослідження був аналіз оцінки якості госпітальної допомоги пацієнтами терапевтичного профілю та їхнього ставлення до реформування стаціонарного сектора охорони здоров'я.

Матеріали та методи. За спеціально розробленою "Анкетною пацієнта стаціонару", яка налічувала 59 питань, у 2006 р. проведено опитування 409 пацієнтів відділень терапевтичного профілю в 7 багатопрофільних лікарнях м. Дніпропетровська. Використані статистичний та експертний методи обробки отриманих даних. В дослідженні взяли участь незалежні високок-

валіфіковані експерти, які оцінювали обґрунтованість госпіталізації за критерієм необхідності вжиття до пацієнта лікувально-діагностичних заходів і нагляду медичного персоналу впродовж усієї доби.

За основним захворюванням у клінічному діагнозі респонденти розподілились таким чином: хворих на хвороби системи кровообігу – 54,9%; хвороби органів дихання – 11,7%, хвороби органів травлення – 11,2%; інші хвороби – 22,2%, що кореспондується з загальною структурою госпіталізованих пацієнтів у відділення терапевтичного профілю.

Результати та обговорення. Серед респондентів майже половина хворих (48,9%) була направлена на стаціонарне лікування лікарями поліклінік, чверть (25,7%) – лікарями швидкої допомоги, 17,8% – стаціонарів, 2,2% – інших установ; 5,4% хворих звернулись самостійно. Частка пацієнтів, які надійшли до стаціонару за екстреними показаннями, була вдвічі більша за частку планових хворих (65,8 і 32,3% відповідно, $p < 0,01$).

З усієї кількості респондентів чоловіків – 55,5%; середній вік – $54,8 \pm 16,0$ року. Освіта опитаних була: вища – 35,7%, середня – 60,9%, початкова – 3,4%. Середня чисельність сім'ї респондентів – 2,78 особи. За складом сім'ї опитані розподілились так: самотні – 19,3%, 2–3 члени сім'ї – 50,6%, 4 і більше – 30,1%. Середнє число тих, хто заробляє в сім'ях, становило 1,56; на одного працюючого приходилось 1,8 непрацюючого члена сім'ї. Кожна п'ята сім'я (20,8%) не мала тих, хто самостійно заробляє; у 27,9% сімей працював лише один чоловік.

Дослідженням встановлено, що основний контингент пацієнтів терапевтичних відділень міських лікарень – найменш забезпечені прошарки населення країни: пенсіонери за віком – 49,1%, пенсіонери за інвалідністю – 0,5%, студенти – 2,9%, безробітні – 2,7%, домогосподарки – 2,0%, що загалом становило 57,2% опитаних. Економічно активні пацієнти за родом занять були робітниками (25,7%), службовцями (13,4%) та підприємцями (3,7%).

Середньодушовий дохід респондентів, які відповіли на питання щодо своїх доходів та витрат на медичне обслуговування (77,8% з усієї кількості опитаних), у 2,15 разу нижчий за такий серед населення країни в цілому і здебільшого (71,1%) нижчий за прожитковий мінімум [11]. Одним з факторів, що пояснюють цю ситуацію, є істотно більша частка пенсіонерів серед опитаних (49,6%), ніж у популяції (30,4%) [11]. Аналогічні дані отримані і російськими вченими [9].

Витрати хворих на медичну допомогу становили істотну частку бюджету сімей, а в малозабезпечених сім'ях значно перевищили його. Відзначили, що витрати на стаціонарне лікування більші за місячний сімейний бюджет, 26,5% респондентів. Ще близько третини опитаних (29,9%) вказали, що ці витрати становили більше половини сімейного бюджету за місяць. В середньому витрати хворих за добу перебування в стаціонарі склали 45,1 грн. При середній тривалості лікування 12,4 дня витрати середнього пацієнта становили 1,3 прожиткового мінімуму. Величина витрат має слабкий зв'язок з доходами сімей ($r=0,3$) і тривалістю госпіталізації ($r=0,23$).

Одним з найважливіших показників, які характеризують якість госпітального медичного обслуговування, є задоволеність пацієнтів стаціонарною допомогою. Як показало дослідження, більшість респондентів (52,8%) госпітальною допомогою задоволені цілком, 39,6% – не зовсім задоволені або цілком не задоволені, інші 7,6% опитаних не відповіли на це питання.

Рівень задоволеності стаціонарною допомогою істотно відрізняється в різних лікарняних закладах від 68,3% до 95,0%, що можна пов'язати з особливостями організації лікувально-діагностичного процесу.

За даними дослідження, на рівень задоволеності респондентів стаціонарною допомогою впливають їх суб'єктивні оцінки багатьох факторів (рис. 1) – думка щодо: ставлення медичного персоналу лікарні (коефіцієнт кореляції $r=0,31$), достатності обсягу ($r=0,25$) та якості ($r=0,25$) досліджень, проведених у стаціонарі; достатності консультативної допомоги ($r=0,20$), якості лікарняного харчування ($r=0,15$), зовнішнього вигляду та санітарного стану лікарні ($r=0,14$), побутових умов ($r=0,13$), а також труднощі з придбанням призначених лікарем медикаментів ($r=-0,12$).

Рівень задоволеності якістю та організацією медичної допомоги значною мірою залежить від деонтологічних аспектів поведінки медичних працівників. У дослідженні встановлено, що серед усіх факторів ставлення персоналу медич-

ної установи до пацієнта мало найбільший вплив на задоволеність лікарняним обслуговуванням взагалі (кореляційний зв'язок середньої сили $r=0,31$) і передусім – на задоволеність доглядом у стаціонарі ($r=0,40$). Серед загального числа опитаних 65,0% вказали на турботливе, доброзичливе ставлення до них медичного персоналу лікарні, ще 27,4% – формально ввічливе, 4,4% – байдуже; лише 1,0% опитаних відзначив грубе до них ставлення; 2,2% не змогли відповісти на питання.

Приблизно однаковий вплив на задоволеність стаціонарною допомогою мали фактори, пов'язані з оцінкою респондентами діагностичних втручань (коефіцієнти кореляції від 0,20 до 0,25). Встановлено, що більшість пацієнтів вважали обсяг (69,7%) та якість (65,0%) проведених досліджень достатніми і лише 10,0% та 8,1% відповідно – недостатніми, інші респонденти відповідно (20,3 і 26,9% відповідно) не сформулювали своєї думки з цього приводу. Щодо обсягу консультативної допомоги, менше половини пацієнтів (46,9%) вважали її повністю достатньою, інші респонденти – лише частково достатньою (34,7%), а 6,8% опитаних переконані, що їм надані не всі необхідні консультації лікарів.

Соціально-побутові умови перебування в лікарні також мали вплив на задоволеність госпітальним обслуговуванням (коефіцієнти кореляції становили від 0,13 до 0,15). Харчування в стаціонарі 46,5% респондентів оцінили як задовільне, 16,6% – як добре; майже кожен третій пацієнт (30,1%) – як на незадовільне. Більша частина респондентів частково (44,7%) або істотно (39,4%) доповнювала лікарняне харчування власним, 12,0% пацієнтів харчувались лише за рахунок коштів сімейного бюджету. Незначна частина пацієнтів (3,7%) харчувалась тільки тим, що пропонувалось у стаціонарі. Зовнішній вигляд та санітарний стан лікарні визнали поганим 9,0% респондентів. П'ята частина опитаних (21,3%) була невдоволена відсутністю у лікарні необхідних побутових умов (опалення, умов для дотримання особистої гігієни, забезпечення постільною білизною тощо). Деякі пацієнти конкретно вказували на відсутність окремої палати, туалету, душу.

Ще одним складним і до кінця не вирішеним питанням є недостатнє забезпечення стаціонарів медикаментами, у зв'язку з чим хворим нерідко пропонують купити необхідні ліки. З огляду на соціально-економічне становище більшості опитаних така пропозиція не сприяє підвищенню рівня задоволеності стаціонарною медичною допомогою. Більшість респондентів (66,7%) відзначила, що їх просили придбати повністю усі медикаменти для стаціонарного лікування; майже чверть опитаних



Рис. 1. Вплив оцінки пацієнтами факторів медичного обслуговування на задоволеність стаціонарною медичною допомогою (коефіцієнти кореляції)

(23,5%) купували частину медикаментів; 7,3% пацієнтів відповіли, що не купували ліки взагалі; 2,5% – не відповіли на запитання. З придбанням ліків більшість хворих труднощів не відчула (80,4%); лише 12,7% опитаних було важко дістати необхідні медикаменти; 6,9% не відповіли на запитання.

Серед факторів, які зумовлюють результати лікування хворих, значне місце посідає своєчасне надання медичної допомоги, яке, в свою чергу, залежить від стану здоров'я хворого при надходженні до стаціонару, строків діагностики та лікування пацієнта.

Серед опитаних хворих терапевтичних відділень стаціонарів менше половини (44,3%) заявили про повну доступність стаціонарної допомоги; 31,3% відзначили, що стаціонарна допомога не зовсім доступна; на думку 15,4% респондентів, стаціонарна допомога важкодоступна; ще 9,0% не відповіли на питання.

Опосередковано свідчить про рівень доступності госпітального лікування термін відкладан-

ня пацієнтом надходження в стаціонар. У дослідженні 26,9% опитаних визнали, що не звернулись до лікарні в першу добу з моменту рекомендації лікарем стаціонарного лікування. Середній термін затримки госпіталізації – 7,3 доби. Серед причин несвоєчасного звертання до стаціонару респонденти назвали: відсутність коштів для лікування в стаціонарі (27,3%), впевненість, що упораються із захворюванням самостійно (24,5%), безрезультатне амбулаторне лікування (23,6%), те, що самопочуття дозволяло вести звичайний спосіб життя (20,9%), сильну зайнятість на роботі (14,5%) тощо. Слід зазначити, що 6,3% пацієнтів з групи тих, хто звернувся в стаціонар несвоєчасно, не бажають звертатись до лікарів через недовіру, страх перед помилками при діагностиці та призначенні лікування. Відсутній зв'язок між терміном відкладання стаціонарного лікування та доходом сім'ї респондентів, затратами опитаних на стаціонарне лікування. Таким чином, основними причинами пізнього

звертання хворих по кваліфіковану медичну допомогу є не тільки їхня самовпевненість і легковажність, але й економічні чинники та недоліки в наданні медичної допомоги.

Відзначили, що обстеження і лікування почалося на першу добу їхнього перебування у стаціонарі, 76,5 і 81,2% респондентів відповідно, на другу добу – 18,1 та 11,0%, на третю добу – 1,7 і 4,2%, пізніше – 1,5 і 0,7%; не лікувались 1,2% опитаних, інші 2,2 та 1,7% не відповіли на запитання.

На думку 33,1% опитаних, в результаті перебування в стаціонарі стан здоров'я у них значно поліпшився; 48,1% пацієнтів відзначили його незначне покращання; 9,8% не відчували яких-небудь змін; 1,0% респондентів відмітили погіршення; інші 8,0% не визначились.

В цілому, хоч рівень задоволеності госпітальною медичною допомогою (52,8%) та її доступністю (44,3%) можна оцінити як помірний, переважна більшість респондентів (87,1%) визнає необхідність перетворень у стаціонарному секторі охорони здоров'я. Респонденти вказали на необхідність змін щодо фінансування стаціонарів (53,3% опитаних), підвищення зарплатні персоналу (45,5%), поліпшення оснащення лікарень (44,7%), роботи господарчих служб (15,9%), збільшення кількості персоналу (11,0%), поліпшення ставлення персоналу до пацієнтів (6,4%); 5,1% респондентів відзначили, що необхідна повна перебудова роботи стаціонару. Лише 7,3% опитаних відповіли, що в стаціонарі нічого міняти не треба, тому що "все і так добре". Не змогли відповісти на запитання 5,6% пацієнтів.

Основний блок запитань у дослідженні спрямований на виявлення ставлення пацієнтів до реорганізації лікарень і стаціонаророзамінних форм медичного лікування.

На запитання щодо місця, де, на погляд пацієнтів, краще лікуватися, відповіді розподілились таким чином: у стаціонарі – 50,1%, у денному стаціонарі лікарні – 25,2%, у домашніх умовах – 10,3%, у денному стаціонарі поліклініки – 5,9%, у поліклініці – 1,5%, інші 7% не відповіли на питання.

Найбільш значущими перевагами стаціонарного лікування опитані назвали: постійний нагляд лікарів за пацієнтами (50,1%), наявність більш досвідченого медичного персоналу (31,1%), якісне лікування (27,6%), цілодобовий догляд (20,8%), якісну діагностику захворювань (19,3%). Менш важливими факторами пацієнти вважали наявність у лікарнях необхідної для діагностики і лікування сучасної медичної апаратури (13,3%), безоплатність харчування (9,8%) та деякої частини медикаментів (8,3%).

Респонденти висловились щодо основних факторів, які, на їхню думку, впливають на тривалість лікування в стаціонарі. Переважна більшість з них відзначила важкість захворювання (74,6%), кожен четвертий (25,7%) вказав на якість лікування, майже кожен шостий – на увагу лікаря (14,9%), тривалість обстеження (14,7%) та кількість лікувальних процедур (14,4%). Незначна частка опитаних відмітила якість догляду (7,6%), загальну організацію роботи в лікарні (5,6%) та увагу завідувача відділення (4,9%). Не змогли відповісти на запитання 5,6% опитаних.

Значна частка пацієнтів (68,5%) не заперечувала щодо термінів перебування в стаціонарі, доки буде потреба у постійному, цілодобовому нагляді медичного персоналу. При цьому умовою скорочення таких строків опитані вважають наявність можливості долікування в іншому місці: в домашньому стаціонарі – 35,6%, в денному стаціонарі лікарні – 32,9%, амбулаторно в поліклініці – 19,9%, в денному стаціонарі поліклініки – 11,6%. П'ята частина опитаних (20,8%) не погодилась на скорочення терміну стаціонарного лікування, 10,7% респондентів не змогли відповісти на питання.

У дослідженні встановлено негативну залежність між кількістю членів сім'ї опитаних та терміном, протягом якого пацієнти бажають знаходитись в стаціонарі ($r=-0,13$), що певною мірою пов'язано з можливістю забезпечення вдома умов для лікування та догляду за допомогою членів сім'ї хворого.

Як зазначено вище, майже половина опитаних пацієнтів стаціонарів (49,9%) готова використовувати інші форми медичного обслуговування (стаціонаророзамінну та амбулаторну медичну допомогу). Для тих пацієнтів, хто згодився на заміну госпіталізації денним стаціонаром (31,1%), важливими умовами були: зручність та швидкість маршруту від дому до денного стаціонару (32,7%), збереження якості діагностики та лікування (26,4%), не менш грамотний, ніж у стаціонарі, медичний персонал (22,1%) або декілька з перелічених вище умов (18,8%). Для тих, хто вважав за краще лікуватись в умовах стаціонару вдома (10,3%), важливими умовами були також збереження якості діагностики та лікування (50,9%), грамотність медичного персоналу (31,5%) або обидві перелічені умови (17,6%). Респонденти, які більше часу хворіли за останній рік, частіше відмовлялись від заміни цілодобового госпітального перебування денним стаціонаром ($r=0,16$) або стаціонаром вдома ($r=0,11$).

Важливим моментом дослідження був аналіз неупередженої думки пацієнтів щодо реформи стаціонарного сектора охорони здоров'я і, зокрема, розподілу стаціонарів залежно від інтен-

сивності медичних втручань. Перед проведенням опитування респондентам було роз'яснено особливості, структуру та функції лікарень для хворих з гострими захворюваннями, хронічних хворих, для реабілітації, сестринського догляду. Більше половини опитаних (55,5%) вважали, що реорганізація стаціонарів за інтенсивністю лікувально-діагностичного процесу потрібна. З цієї групи 61,7% були переконані, що міняти треба обережно і не все; інші 38,3% респондентів відповіли, що міняти треба все, негайно і сміливо. Ще 11,7% пацієнтів стверджували, що міняти треба обставини, які склалися навколо здоров'я людей, 3,9% міняти спочатку самих себе; 1,0% вважав обидва твердження вірними. Незначна частка опитаних (2,2%) відповіла, що міняти стаціонари треба, але не так. Вказали, що нічого міняти не слід лише 9,3% пацієнтів. Інші 16,4% не висловили думку з цього приводу.

В дослідженні була пропозиція визначитись, де б респонденти бажали пройти курс лікування, якщо б у нашій країні уже існували стаціонари, де хворим надають допомогу залежно від важкості стану здоров'я. Відповіді розподілились таким чином: у лікарні інтенсивного короткотривалого лікування і догляду за хворими з гострими захворюваннями – 40,4%, у лікарні тривалого перебування для лікування хронічних хворих – 18,8%, у лікарні для реабілітації хворих – 14,4%, у лікарні сестринського догляду – 2,9% опитаних. Інші 23,5% респондентів не відповіли на запитання.

Як визначили експерти, розподіл пацієнтів згідно з об'єктивною оцінкою їхнього стану на момент надходження до стаціонару був дещо інший. З початку треба зауважити, що 47,2% опитаних за їхнім станом здоров'я взагалі не була потрібна стаціонарна допомога. Ще 9,3% пацієнтів були з числа тих, хто не визначився з відповіддю щодо вибору стаціонару. Ті хворі, які потребували госпіталізації і вибрали лікарню за інтенсивністю лікувально-діагностичного процесу (178 опитаних), були розподілені експертами за видами стаціонарів так: у лікарні інтенсивного короткотривалого лікування і догляду за хворими з гострими захворюваннями – 51,7%, у лікарні тривалого перебування для лікування хронічних хворих – 28,7%, у лікарні для реабілітації хворих – 14,0%, у лікарні сестринського догляду – 5,6% (таблиця 1).

Таблиця 1. Розподіл думок респондентів, яким показане стаціонарне лікування, щодо вибору лікарні за інтенсивністю лікувально-діагностичного процесу та збіг з думками експертів

| Тип стаціонару | Думка опитаних | | Думка експертів | | Збіг думок опитаних та експертів | |
|--|----------------|------|-----------------|------|----------------------------------|------|
| | абс. чис. | % | абс. чис. | % | абс. чис. | % |
| Лікарні для хворих з гострими захворюваннями | 97 | 54,5 | 92 | 51,7 | 72 | 40,5 |
| Лікарні для лікування хронічних хворих | 45 | 25,3 | 51 | 28,7 | 32 | 18,0 |
| Лікарні для реабілітації хворих | 28 | 15,7 | 25 | 14,0 | 15 | 8,4 |
| Лікарні сестринського догляду | 8 | 4,5 | 10 | 5,6 | 5 | 2,8 |
| Усього | 178 | 100 | 178 | 100 | 124 | 69,7 |

Думка пацієнтів співпала з рішенням експертів у 69,7% випадків. Узгодженість думок експертів і пацієнтів підтверджена кореляційним зв'язком середньої сили ($r=0,47$; $p<0,01$), результатами розрахунку критерію відповідності ($\chi^2=7,25$; $p=0,027$) і свідчить про те, що більшість пацієнтів реально оцінюють місце лікування згідно зі станом свого здоров'я та морально готові до реорганізації стаціонарів, яка планується в Україні.

Висновки

1. Ступінь задоволеності медичною допомогою госпіталізованих хворих помірна (52,8%). На неї впливає думка пацієнтів щодо: ставлення медичного персоналу лікарні, достатності обсягу та якості досліджень, проведених у стаціонарі;

достатності консультативної допомоги, якості лікарняного харчування, зовнішнього вигляду і санітарного стану лікарні, побутових умов тощо.

2. Переважна більшість досліджених пацієнтів (87,1%) вважають, що в стаціонарному секторі охорони здоров'я потрібні зміни.

3. Кожен другий респондент (55,5%) висловив свою думку щодо доцільності розподілу стаціонарів залежно від інтенсивності лікувально-діагностичного процесу, але на думку більшості прихильників змін (61,7%), ці реформи необхідно здійснювати обережно і виважено.

4. Погодженість думок пацієнтів і експертів стосовно шляхів перетворень стаціонарного сектора медичної допомоги свідчить про здатність пацієнтів при достатній їх інформова-

ності зробити виважений вибір, що підтверджує мадян при здійсненні реформ охорони здо-
доцільність враховувати думку пересічних гро- в'я в цілому та стаціонарного сектора зокрема.

Список літератури

1. Гриненко А.Я., Тришин В.М. Изучение мнения пациентов об организации стационарной помощи в крупной агропромышленной области // Проблемы социальной гигиены. – 2003. – №3. – С. 51–52.
2. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения. / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 1996. – 6 с.
3. О проблеме интенсификации использования конечного фонда стационаров / Н.Г. Петрова, Е.С. Железняк, Е.С. Мищенко, С.Г. Погосян // Экономика здравоохранения. – 2003. – №4. – С. 52–55.
4. Пономаренко В.М., Зіменковський А.Б. Актуальність проблеми якості медичної допомоги на сучасному етапі реформування охорони здоров'я України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – №4. – С. 49–50.
5. Слабкий В.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. 59–61.
6. Степаненко А.В. Система забезпечення якості медичної допомоги населенню України та наукове обґрунтування її реалізації: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03. – К., 2001. – 29 с.
7. Татарников М.А. Общественная оценка медицинской помощи населению Московской области // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2003. – №1. – С. 7–11.
8. Тищук Е.А., Щегин В.О. Современные проблемы качества медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2003. – №3. – С. 13–19.
9. Успенская И.В., Пономарева Г.А. Социальный статус пациентов больницы, их затраты на лечение и удовлетворенность медицинской помощью // Экономика здравоохранения. – 1999. – №5, 6. С. 21–23.
10. Tarlov A. R., Ware J. E., Greenfield S., et al. The Medical Outcomes Study. An Application of Methods for Monitoring The Results of Medical Care // JAMA. – 1989. – Vol. 1262. – №7. – P. 925–930.
11. <http://www.ukrstat.gov.ua/>

КАЧЕСТВО СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ И ПУТИ ЕЕ УЛУЧШЕНИЯ ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТОВ

В.Н. Лехан, В.В. Волчек, И.В. Тищенко (Днепропетровск)

Цель исследования – анализ оценки качества госпитальной помощи пациентами терапевтического профиля и их отношения к реформированию стационарного сектора здравоохранения. Опрошено 409 пациентов отделений терапевтического профиля в 7 многопрофильных больницах г. Днепропетровска. Половина опрошенных отдает предпочтение лечению в круглосуточном стационаре (50,1%) и на первый взгляд удовлетворена им (52,8%). Но преобладающее большинство респондентов (87,1%) считает, что в стационарном секторе здравоохранения необходимы перемены. Каждый второй пациент (55,5%) указал на целесообразность структурной перестройки стационаров в зависимости от интенсивности лечебно-диагностического процесса. Установлена статистически значимая согласованность мнений пациентов и экспертов относительно выбора места лечения по интенсивности медицинской помощи ($r=0,47$, $p<0,01$; $\chi^2=7,25$, $p=0,027$).

QUALITY OF THE HOSPITAL AID AND WAY OF ITS IMPROVEMENT TO PATIENTS

V.N. Lehan, V.V. Volchek, I.V. Tishchenko (Dnepropetrovsk)

The purpose of the research - the analysis of an estimation of quality of hospital aid to patients of a therapeutic profile and their attitude to reforming stationary sector of public health. It is interrogated 409 patients of therapeutic profile units in 7 multiprofile hospitals of Dnepropetrovsk. Half of the interrogated patients prefers treatment in the hospital (50,1%) and at first sight is satisfied with it (52,8%). But the prevailing majority of respondents (87,1%) consider that changes are necessary in stationary sector of public health. Each second patient (55,5%) specified to expediency of distribution of hospitals according to intensity of treatment-diagnostic process. It was established statistically significant coordination of opinions of patients and experts concerning a choice of a place of treatment by intensity of medical aid ($r=0,47$, $p<0,01$; $\chi^2=7,25$, $p=0,027$).

УДК

В. М. САМОХОДСЬКИЙ (м. Кіровоград)

РОЛЬ І МІСЦЕ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ СТАНДАРТІВ ЯК КРИТЕРІЇВ У СТРУКТУРІ „СТАНДАРТУ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ” В РАМКАХ ПРОФІЛЬНИХ СЛУЖБ РЕГІОНАЛЬНОЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ УСТАНОВИ

Кіровоградська філія відкритого міжнародного університету розвитку людини „Україна”

Із величезної кількості задач, які треба вирішити в процесі трансформації системи нашої охорони здоров'я на принципи бюджетно-страхової медицини (БСМ) до найбільш актуальних і складних належить проведення радикальних змін її організаційної структури, економіки, планування, фінансування [19, 6, 2, 3, 5, 11].

Як відомо, система БСМ в ідеологічному, організаційному, технологічному і правовому аспектах має свої значні особливості. Тому її в принципі неможливо автоматично „запустити в роботу” в процесі майбутнього реформування наших лікувальних установ (ЛУ). Враховуючи цю обставину, деякі автори [20, 10, 14, 18] вважають за доцільне проведення на початковому етапі надійного науково обґрунтованого організаційного медико-економічного експерименту. Базою для вказаного експерименту могла би слугувати одна із регіональних центральних районних лікарень (ЦРЛ), яка обслуговує певну кількість населення [17, 18].

Система БСМ передбачає використання в комплексі обов'язкових технологічних ланок, низки стандартів, нормативів та критеріїв [16], завдяки яким усі зацікавлені в успішній діяльності ЛУ, а також представники страхових компаній можуть і повинні проводити моніторинг таких розділів, як ефективність, економічність та адекватність [8].

Це саме ті розділи, раціональна реалізація яких дозволить забезпечити високу якість медичного обслуговування населення регіону.

На думку В. М. Пономаренка А. Б. Зіменковського [11], охорона здоров'я в Україні потребує нових підходів до управління якістю. Вважаємо доцільним стандарт якості діагностики та лікування доповнити таким критерієм як організаційний стандарт.

Мета дослідження. В процесі підготовки і можливої реалізації проекту „Лікарня страхової медицини...” [17] на прикладі однієї із профільних медичних служб регіональної ЛУ обґрунтувати

доцільність, роль і місце організаційних стандартів, від обліку та аналізу яких залежить ступінь об'єктивної оцінки якості та ефективності медичної допомоги населенню.

Матеріал і методи. Проведено структурно-логічний аналіз організаційних ланок в межах оториноларингологічної служби Новоукраїнської ЦРЛ Кіровоградської області з використанням економічно-математичного методу, хронометражу та цільового нормативного прогнозу [1, 9, 13].

В технологічному ланцюгу реалізації системи БСМ в умовах регіону одним із найбільш важливих є аналіз і оцінка т. зв. стандарт якості діагностики та лікування [2, 11, 16, 17]. Процесу одержання та накопичення необхідної інформації для створення вказаних критеріїв в оцінці конкретної роботи окремого лікаря або в цілому тої чи іншої профільної медичної служби ЛУ повинна передувати певна аналітична робота по формуванню організаційних стандартів якості щодо таких обов'язкових розділів діяльності профільних фахівців, як профілактичні огляди, амбулаторний прийом хворих, диспансеризація та стаціонарна допомога. Суть стандарту якості організації щодо вказаних розділів є в тому, наскільки організаційно грамотно завідувачі профільними службами та лікарі ЛУ виконують рекомендації по практичному використанню останніх. В даному випадку під стандартом розуміється нормативний документ, який розроблено на основі згоди, при відсутності заперечень з принципових питань у більшості зацікавлених сторін, який прийнято чи затверджено уповноваженим на те органом [4].

Розроблений нами організаційний стандарт є оптимальна модель профільної медичної служби регіональної медичної установи. Вона включає такі технологічні ланцюги, як організаційні рівні (ідеальний, максимальний, реальний варіанти) служби, раціональне планування реальної можливості проведення якісно виконуваних в ЛУ об'ємів роботи кожному лікарю,

хронометражні показники оптимального варіанту профілактичного огляду, діагностики та лікування одного хворого в рамках клініко-статистичних груп (КСГ) і ступеню складності захворювання, обґрунтовані принципи бальної оцінки діяльності лікаря і стану профільної медичної служби, алгоритми розрахунку кінцевого показника діяльності КПД окремого лікаря, профільної медичної служби ЛУ як необхідної передумови визначення обсягу та якості виконаної медичної роботи за певний період. Вказані технологічні ланцюжки організаційного стандарту грають роль нормативних і оціночних критеріїв в експертизі якості і ефективності надання медичної допомоги населенню.

Науково обґрунтований нами [16] хронометраж з врахуванням оптимальної технології проведення, наприклад, профілактичних оглядів дозволив встановити середньостатистичний мінімальний час, на протязі якого можливо виконати якісно профілактичний огляд одного мешканця району – 8 хвилин. І це тільки один із критеріїв для визначення змісту оптимальної моделі організації профілактичних оглядів.

Як приклад побудови оптимальної моделі організації профілактичних оглядів, ми скористувалися даними, які отримані в процесі аналізу ЛОР служби Новоукраїнської ЦРЛ Кіровоградської області (50100 тис. населення).

Максимальний варіант оптимальної моделі (МВОМ) профілактичних оглядів в районі передбачав обстеження певних декретованих контингентів: підлітків – 2070, дошкільнят – 4260, школярів – 3696, вагітних жінок – 582, воїнів-інтернаціоналістів – 62, інвалідів та учасників Вітчизняної війни – 812, робітників шкідливих професій – 7040, всього – 19236 осіб.

По відношенню до нашого критерію – ідеального варіанту оптимальної моделі (ИВОМ), тобто всіх мешканців району (50100), яким по великому рахунку бажано було б теж провести профілактичний огляд, наведений вище організаційний рівень – МВОМ (декретований контингент – 19238 осіб) складає, – 36,4 %.

Реальна неспроможність якісного виконання такого обсягу роботи в ЦРЛ аргументується слідуючим чином. Шляхом умноження загальної кількості осіб, підлеглих обов'язковому профілактичному огляду (19236), на мінімальний час, необхідний для якісного виконання одного профілактичного огляду (8 хв.), одержуємо робочий час, який потрібно витратити для вказаних оглядів (19236 x 8 хв.) – 394,42 робочих днів для одного лікаря, який працює кожного дня 6 годин, 30 хв. (одна лікарська ставка). Нереальність виконання поставленої задачі очевидна.

Таким чином, використовуючи обґрунтований норматив щодо раціонального планування обсягу профілактичних оглядів, маємо можливість заздалегідь визначити оптимальну кількість осіб, які можуть бути якісно обстежені лікарем ЦРЛ в тих умовах, які там існують на сьогоднішній день.

При створенні оптимальної моделі лікаря поліклініки ЦРЛ, наприклад, районного оториноларінголога (хірурга, окуліста і т. ін.) слід приймати до уваги, крім обсягу потреби (ИВОМ, МВОМ) і реальні можливості в наданні мешканцям району якісної медичної допомоги, тобто варіант, який відповідає такому організаційному рівню, як РВОМ. Відпрацьовуючи вказану організаційну модель, необхідно приймати до уваги комплекс обов'язкових функціональних обов'язків фахівця профільної медичної служби (амбулаторний прийом хворих, виконання профілактичних оглядів осіб, які звернулися у поліклініку, облік та оздоровлення диспансерних хворих, впровадження нових методик, аналіз захворюваності, надання ургентної допомоги і т. інше).

Отже, оптимальна модель лікаря регіональної медичної установи повинна включати:

- перелік функціональних та посадових обов'язків з врахуванням можливості виконання оптимального і в той же час реального об'єму медичної роботи високої якості в межах названих організаційних рівнів;
- обґрунтовані критерії оцінки роботи;
- механізм матеріального стимулювання по кінцевим результатам роботи [15, 16].

Проведений нами хронометраж [16] амбулаторно-поліклінічної роботи лікаря оториноларінголога в згаданій ЦРЛ, дає підстави стверджувати, що якісний причтом одного хворого в поліклініці потребує витрати в середньому 14 хвилин робочого часу, а профілактичного огляду, як відзначалось, 8 хвилин. Виходячи з цього, є змога планувати максимальну кількість відвідань лікаря хворими на протязі місяця, кварталу, року з певною гарантією якості діагностики та лікування.

Наприклад, в ЦРЛ, яка надає медичну допомогу 50 тис. мешканцям і не має оториноларінгологічних ліжок, робочий днів (6 годин, хв.) слід планувати так, щоб певна частина цього часу, припустимо, 2 години, призначалось амбулаторному прийому хворих, 1,5 години – профілактичним оглядам, 40 хв. - диспансеризації, 30 хв. - впровадженню нових методик лікування хворих, 30 хв. – аналізу захворюваності, 50 хв. – консультаціям стаціонарних хворих в ЦРЛ, 30 хв. – аналізу та оцінці виконаної на протязі дня роботи. Таким чином, за один день, працюючи без перерви, ЛОР лікар зможе якісно надати допо-

могу 9 хворим (2 год. : 14 хв.), провести 11 профілактичних оглядів (1,5 год. : 8 хв.), пролікувати по новій методиці 2-х хворих, надати фахову консультацію в стаціонарі ЦРЛ 5-ти хворим (50 хв. : 10 хв.), обстежити, виконати лікувальні процедури, оформити необхідну документацію на 3-х диспансерних хворих (40 хв. : 14 хв.).

Враховуючи легко прогнозовані на рік захопи для лікаря, такі, як профспілкова відпуска, короткострокові курси в обласній лікарні (18 днів) участь у роботі обласного товариства оториноларингологів (3 дні), робот у військкоматі (50 днів) і т. і., визначаємо максимально можливу кількість робочих днів для роботи з хворими у наступному році. У нашому випадку – це 211 днів для одного лікаря. Такі нескладні розрахунки дозволяють планувати максимально можливий обсяг медичної роботи, який якісно може виконати один лікар у згаданій ЦРЛ.

Отже, на протязі року ЛОР лікар реально зможе прийняти в поліклініці: 1899 хворих (9 x 211), виконати 2321 профілактичні огляди (11 x 211), пролікувати по новій методиці 422 (2 x 211), проконсультувати у стаціонарі ЦРЛ 1055 хворих (5 x 211), виконати необхідний обсяг роботи щодо 633 диспансерних пацієнтів (3 x 211). Таким чином, на протязі року ЛОР лікар може надати кваліфіковану медичну допомогу 6330 (1899 + 2321 + 422 + 1055 + 633) мешканцям району, який обслуговує ЦРЛ.

Ми прорахували т. зв. реальний варіант оптимальної моделі (РВОМ) лікаря оториноларинголога ЦРЛ, який надає амбулаторно-поліклінічну допомогу. Для відповіді на питання про ступінь задоволення потреб населення цього регіону оториноларингологічною допомогою, якщо ЛОР лікар якісно обстежить і пролікує лише 6330 його мешканців, ми повинні визначити рівень максимального варіанту оптимальної моделі (МВОМ) ЛОР служби цієї ЦРЛ.

Ретроспективний аналіз амбулаторно-поліклінічні роботи ЛОР лікаря зазначеної ЦРЛ за три останні роки вказує на те, що в середньому за рік до цього фахівця зверталось набагато більше осіб – 14770. Цей показник характеризує максимальний варіант оптимальної моделі ЛОР служби. При порівнянні неважко визначити, що прорахований і запланований нами вище обсяг амбулаторно-поліклінічної роботи для ЛОР лікаря на наступний рік, який би відповідав такому організаційному рівню, як РВОМ, складає лише 42,8 %, по відношенню до МВОМ, тобто від кількості осіб хворих + профілактичні огляди, які зазвичай зверталися в ЦРЛ в попередні роки. Оскільки всі вони приймалися ЛОР лікарем, то із наведеного розрахунку очевидно, що лікар вимушений був використовувати якусь „приско-

рену” технологію їх обстеження та лікування, що, як всім зрозуміло, неминуче віддзеркалює нижчий рівень якості медичного обслуговування.

В процесі створення оптимальної моделі ЛОР лікаря (хірурга, окуліста та інших) поліклініки доцільним є використання в якості технологічних ланцюгів – клініко-статистичних груп (КСГ) і ступеня складності захворювань [17].

Пропонуємо використовувати шість КСГ в залежності від обсягу роботи, її напруженості та витрати робочого часу в процесі амбулаторного обстеження та лікування хворих. Результат роботи з хворим кожної КСГ оцінюється балами, а саме: („0”) КСГ (0,5 бала) - для осіб, які звернулися з приводу профілактичного огляду; I КСГ (1 бал) - хворі з банальними ЛОР захворюваннями, яким показано тільки консервативне лікування; II КСГ (1,5 бала) - диспансерні хворі з наявністю неускладнених форм ЛОР захворювань; III КСГ (2 бала) - хворі з такими проявами, задля діагностики яких потрібні допоміжні методи (рентгенологічні лабораторні та інші обстеження). В цю КСГ зараховують також хворих, об'єм фахової роботи з якими відповідає II КСГ, але ускладнюється супутніми захворюваннями і яким необхідні залучення відповідних консультантів; IV КСГ (2,5 бала) - хворі, у яких констатовано не менше двох ЛОР захворювань (наприклад, гайморит, отит) і обсяг діагностичної і лікувальної роботи у яких потребує не менше 20-30 хв. робочого часу, але нема необхідності в амбулаторних операціях; ургентні хворі, які не потребують невідкладних (в поліклініці) хірургічних втручань; V КСГ (3 бала) - хворі, яким показана амбулаторна операція; пацієнти, об'єм діагностичної та лікувальної допомоги яким відповідає IV КСГ, але вони мають супутні захворювання і потребують невідкладної консультації відповідних фахівців; ургентні хворі, яким показані термінові хірургічні втручання; ЛОР онкологічні хворі; у яких констатована IV клінічна група захворювання хворі, яких запросили в ЦРЛ внаслідок скарг у вищій медичній та адміністративній інстанції.

Як приклад, оцінимо по вищезгаданій методиці роботу лікаря за один робочий день в поліклініці аналізуємої ЦРЛ. Прийнято 19 хворих, в т.ч.: I КСГ - 5 пацієнтів (5 балів), II КСГ - 4 (6 балів), III КСГ – 7 хворих (14 балів), IV КСГ – 3 (7,5 балів), V КСГ – 2 (6 балів). Загалом „зароблено” 36,5 бала. Виконано також II профілактичних оглядів - 5,5 балів. Таким чином робота лікаря на амбулаторному прийомі за один робочий день оцінена в 47,5 бала.

Можливість практичного використання вказаних вище організаційних стандартів у запропонованому проекті „Лікарня страхової медицини ...”, дало б змогу переконатися у доцільності всього технологічного ланцюга в т.ч. і організа-

ційних стандартів рекомендованого варіанту радикальні реформування регіональної лікувальної установи, а також простежити і оцінити в динаміці науково-обґрунтовані показники.

Висновки.

1. Сучасний стан організації роботи регіональних лікувальних установ в Україні унеможливає в повному обсязі впровадження принципів нової для нас системи бюджетно-страхової медицини без попередньої розробки і апробації науково-обґрунтованого механізму такого впровадження.

2. На підготовчому етапі реформування галузі має сенс запровадити нові технологічні розділи, в т.ч. і організаційні стандарти в умовах реалізації проекту „Лікарня страхової медицини...”

3. Головними ланками організаційних стандартів є обґрунтовані технології вибудови фахівцями регіональної лікувальної установи т. зв. „організаційних рівнів” і оптимальної моделі профільної медичної служби.

4. Вказані організаційні стандарти, доцільність яких доведена на прикладі отоларингологічної служби, можуть бути застосовані (1:1) у всіх інших профільних медичних службах регіональної лікувальної установи, оскільки принципи організації та функціонування їх повністю співпадають.

5. Від того, наскільки грамотно завідувачі профільними медичними службами лікувальної установи будуть використовувати рекомендовані їм алгоритми організаційних стандартів, критеріїв і нормативів, залежить об'єктивність аналізу та оцінки стандартів якості діагностики і лікування, а значить і ступінь якості та ефективності надання медичної допомоги населенню регіону.

6. Практична реалізація комплексу технологічно взаємопов'язаних ланок в процесі реформування діяльності лікувальної установи на регіональному рівні абсолютно неможлива без розробки та широкого використання відповідних комп'ютерних програм.

Список літератури

1. Бешелев С. Д., Гурвич Ф. Г. Статистические методы экспертных оценок. – М.: „Статистика”, 1980. – 263 с.
2. Василюшин Р. Й. Експертні оцінки якості і медичні стандарти – головний важіль реформування охорони здоров'я сьогодні. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 29-32.
3. Голяченко О. М. Організаційні проблеми гарантованого обсягу медичної допомоги, які має вирішити самостійна Україна. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – № 3. – С. 46-50.
4. Голяченко О. М., Стеценко Г. С., Побережний А. І., Сміянов В. А., Андрієвський І. Ю., Гаврилюк О. Ф. Реформа охорони здоров'я в Україні. – Тернопіль, 2006. – 159 с.
5. Гройсман В. А. Экономика, качество и стандартизация в управлений лечебно-профилактическими учреждениями. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 1. – С. 5-9.
6. Колоденко В. О. Політика в області фінансової підтримки регіональних систем охорони здоров'я України. Міфи та реальність. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 29-32.
7. Картиш А. ІІ. До питання якості надання медичної допомоги при захворюваннях, які формують рівень і структуру основних показників здоров'я населення України. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 2. – С. 13-16.
8. Лехан В., Гук А. Методичні підходи до розробки медичних стандартів. – Київ, 2000. – 28 с.
9. Могучая О. В. Целевое нормирование в медицине и здравоохранении. // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1993. – № 10. – С. 18-20.
10. Пономаренко В. М. Про деякі об'єктивні та суб'єктивні причини недоліків перебудови управління галуззю на сьогоднішньому етапі. // Підсумки та проблеми освоєння нового господарчого механізму в системі охорони здоров'я. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Житомир, 1992. – С. 96-98.
11. Пономаренко В. М., Зіменковський А. Б. Актуальність проблеми якості медичної допомоги на сучасному етапі реформування охорони здоров'я України. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – № 4. – С. 48-52.
12. Пономаренко В. М., Зіменковський А. Б. Стан стандартизації в охороні здоров'я України та шлях її подальшого розвитку. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – № 2. – С. 43-48.
13. Романюк Л. М., Федчишин Н. Е. Інформаційне забезпечення управління центральною районною лікарнею. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 4. – С. 65-67.
14. Спіженко Ю. П. Сучасний стан проблеми реформування управління галузі. // Підсумки та проблеми освоєння нового господарчого механізму в системі охорони здоров'я. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Житомир. – 1992. – С. 3-4.
15. Самоходський В. Н., Евсеев В. И. Механизм ценообразования в системе здравоохранения. // Врачебное дело. – 1993. – № 2-3. – С. 159-164.
16. Самоходський В. М. Наукове обґрунтування: медико-економічних механізмів реформування управління отоларингологічної служби на етапі переходу до бюджетно-страхової медицини. // Авт. докт. дис. – Київ, 1994. – 32 с.
17. Самоходський В.Н. Больница страховой медицины. Натурный эксперимент (организационные, медико-экономические и правовые механизмы. – Кировоград, 2004. – 242 с.

18. Самоходский В. М. Наш вариант реформування охорони здоров'я на регіональному рівні. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – № 2. – С. 81-85.
19. Шайман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. – М. Издатцентр. – 1998. – 33 с.
20. Уваренко А. Р., Евсеев В. И. О поэтапном переходе к системе страховой медицины в республике. // Материалы I республиканской конференции. – Тбилиси, 1991. – С. 82-83.

РОЛЬ И МЕСТО ОРГАНИЗАЦИОННЫХ СТАНДАРТОВ КАК КРИТЕРИЕВ В СТРУКТУРЕ „СТАНДАРТА КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ” В РАМКАХ ПРОФИЛЬНЫХ СЛУЖБ РЕГИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ”

В. Н. Самоходский (Кировоград)

Грамотное применения профильными специалистами региональных лечебных учреждений научно обоснованных организационных стандартов в процессе реализации основных разделов работы (профилактические осмотры, амбулаторный прием, диспансеризация и стационарная помощь) способствует более четкому выполнению стандартов качества диагностики и лечения, а следовательно – улучшению эффективности медицинской помощи населению.

THE ROLE AND PLACE OF ORGANIZATION STANDARDS AS CRITERIA IN THE STRUCTURE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT QUALITY STANDARD IN THE PROFILE SERVICE OF A REGIONAL MEDICAL INSTITUTION

V. N. Samohodsky (Kirovohrad)

Competent usage by regional medical institutions profile specialists of scientifically grounded organization standards in the process of realization of the main aspects of work (prophylactic medical examination, out-patient reception, clinical examination, in-patient medical aid) promotes better implementation of diagnosis and treatment quality standards and consequently enhances the efficiency of medical and to population/

УДК 615.1:616-082

В.М. БОДАК, Г.О. СЛАБКИЙ, В.С. ШВЕЦОВ (Київ)

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

ДП "Державний фармакологічний центр" МОЗ України
Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Стабільні негативні демографічні тенденції та чітко сформований тип інтенсивного накопичення у населення хронічних не інфекційних захворювань, зростання останніми роками кількості ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, туберкульоз, онкологічні хвороби є тими чинниками, що зумовлюють зростання потреби населення у різних видах медичної допомоги: від первинної, спеціалізованої до вузькоспеціалізованої (високотехнологічної допомоги), послуги якої надаються пацієнтам як в амбулаторно-поліклінічних, так і стаціонарних лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я. Як відомо, найбільш суттєвою складовою медичної послуги є фармакотерапія [6;7;11].

© В.М. Бодак, Г.О. Слабкий, В.С. Швецов, 2007

Мета роботи – вивчення стану доступності та економічно ефективного забезпечення населення лікарськими засобами в ринкових умовах.

Методи дослідження – статистичні, соціологічні, порівняльно-правовий та системний підхід.

Лікарський засіб з економічної точки зору – це специфічний товар, відмінний від інших, які поступають на ринок [4;8].

Статтею 2 Закону України "Про лікарські засоби" від 4 квітня 1996 р. №123/96-ВР визначено, що "лікарські засоби – це речовини або їх суміші природного, синтетичного чи біотехнологічного походження, які застосовуються для запобігання вагітності, профілактики та лікування

захворювань людей або зміни стану і функцій організму". Шлях лікарського засобу до ринку, як це передбачено державною політикою, складається з таких етапів:

- система реєстрації, яку забезпечує ДП "Державний фармакологічний центр" Міністерства охорони здоров'я України. На цьому етапі проводиться перевірка якості, безпеки та ефективності препарату шляхом проведення контролю якості лікарських засобів в уповноважених лабораторіях, а також доклінічних та клінічних досліджень, що створює відповідні гарантії захисту ринку лікарських засобів від недоброякісної, неефективної та небезпечної продукції. Регулювання процесу експертизи та реєстрації лікарських засобів забезпечується нормативно-правовими актами, адаптованими до європейських та міжнародних вимог;

- система контролю у сфері виробництва, яка передбачає оцінку дотримання ліцензійних умов виробниками фармацевтичних препаратів. Реалізацію цієї складової забезпечує Державна служба лікарських засобів та виробів медичного призначення Міністерства охорони здоров'я України.

- система контролю лікарських засобів на фармацевтичному ринку, який проводить Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів Міністерства охорони здоров'я України. Такий контроль проводиться системно із залу-

ченням аптечних та лікувально-профілактичних закладів, правоохоронних органів та місцевих органів виконавчої влади.

На тлі загальних процесів реформування галузі охорони здоров'я, що відбуваються в Україні, необхідною складовою стало впровадження ринкових механізмів у систему забезпечення населення лікарськими засобами.

За даними Державного фармакологічного центру МОЗ України, станом на 01.01.2007р. в Україні зареєстровано, відповідно до чинного нормативного регламенту, близько 10 тис. торгових найменувань лікарських засобів. Динаміка співвідношення зареєстрованих вітчизняних та імпортованих препаратів у 1998–2006 рр. (табл. 1) свідчить про стабільну тенденцію превалювання імпортованих препаратів, незважаючи на неухильний темп приросту вітчизняних препаратів на ринку. Він становив у 2005 р. 61,4%, водночас темп приросту імпортованих препаратів – 116,9 % (абсолютний приріст у відсотках 2005 р. до 1999 р.).

У грошовому вимірі наведені дані щодо співвідношення імпортованих та вітчизняних лікарських засобів на фармацевтичному ринку України за своїми обсягами віддзеркалюють аналогічні тенденції. Так, у розрахунку на 1 жителя на внутрішньому фармацевтичному ринку у 2004 р. приходить 21,5 дол. США, з них тільки 6 припадає на вітчизняні препарати (табл. 2).

Таблиця 1. Співвідношення (у %) зареєстрованих вітчизняних та імпортованих препаратів на ринку лікарських засобів у 1998–2006 рр.

| Рік | Препарати | |
|------|------------|-------------|
| | вітчизняні | імпортовані |
| 1998 | 39,8 | 60,2 |
| 1999 | 37,1 | 62,9 |
| 2000 | 43,9 | 56,1 |
| 2001 | 36,6 | 63,4 |
| 2002 | 35,0 | 65,0 |
| 2003 | 36,5 | 63,5 |
| 2004 | 33,5 | 66,5 |
| 2005 | 33,0 | 67,0 |
| 2006 | 32,9 | 67,1 |

Таблиця 2. Економічна характеристика обсягів фармацевтичного ринку України

| Рік | % співвідношення лік. засобів у еквіваленті \$ США | | У розрахунку на одного жителя | | |
|------|--|------------|-------------------------------|-------------|------------|
| | імпортовані | вітчизняні | усього | імпортовані | вітчизняні |
| 2002 | 55,9 | 44,1 | 15,9 | 8,9 | 7,0 |
| 2003 | 64,7 | 35,3 | 19,2 | 12,4 | 6,8 |
| 2004 | 72,0 | 28,0 | 21,5 | 15,5 | 6,0 |

Суттєвим наслідком цих процесів є усунення проблеми дефіциту лікарських засобів в аптечній мережі, з іншого боку, відбувається послаблення ролі державного сектора через його не-

здатність керувати незнайомим, орієнтованим на ринок сектором [7]. Швидкий розвиток ринку та неконтрольована приватизація (лікарськими засобами населення забезпечують близько 5,3

тис. суб'єктів господарювання різних форм власності, із них 70% знаходяться у приватній та колективній формах власності) привели до розвитку хаотичної та мало керованої ситуації на фармацевтичному ринку, зокрема:

1. Суттєво зросла фізична доступність для населення лікарських засобів. Разом з тим збільшився неконтрольований продаж значного обсягу лікарських засобів.

2. Високі ціни зумовили виникнення проблеми фінансової доступності для населення лікарських засобів.

3. Вихід значного обсягу лікарських препаратів на ринок поставив перед системою контролю якості проблему "запізнення", тобто своєчасності контролю якості, що приводить до порушення конституційних прав громадян на ефективне медичне обслуговування.

4. Формування ринку генеричних лікарських засобів, як значно дешевших від оригінального препарату, переважно орієнтовано на імпорт. Вітчизняні виробники постають перед проблемою виробництва копії брендового препарату у тих випадках, коли оригінальний препарат не зареєстрований в Україні. Виробники йдуть шляхом доповнень до базового інгредієнту, тобто створення нового лікарського засобу, фактично псевдогенерика, який практично не має ніяких нових властивостей, а інколи є значно гіршим від оригінального [10]. Водночас, слід зазначити, що майже 60% зареєстрованих в Україні лікарських засобів не мають європейського сертифікату належної виробничої практики (GMP).

5. Відсутність ефективного впливу в умовах ринку на пропозицію і попит лікарських засобів. Маркетингові дослідження переважно проводять фармацевтичні компанії, які конкурують між собою за вплив як на лікувально-профілактичні заклади, так і на лікарів. У цій ситуації окремі з них фактично стають дистриб'юторами. Державне регулювання стосовно контролю за маркетингом та рекламою з боку центральних і регіональних органів управління охороною здоров'я ще не стало постійною нормою діяльності [8].

6. Недосконалість системи заходів щодо зменшення вартості лікарських засобів, як результат відсутності належної системи ціноутворення, через прогалини у нормативно-правовій базі та дотримання правових норм в існуючій.

7. Формальне використання рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо визначення Національного переліку (життєво необхідних) лікарських засобів як інструменту їх відбору та закупівлі за економічно доступними цінами і належної якості для задоволення потреб системи охорони здоров'я [8]. У 2006 р. Національний перелік життєво необхідних

лікарських засобів (проект) був практично гармонізований із переліком лікарських засобів, які можуть закуповувати заклади охорони здоров'я, що фінансуються, за державні кошти (затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України (від 27.02.2006 р. №86, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 06.03.2006 р. №234/12108) Однак до проекту Національного переліку лікарських засобів (2006 р.) увійшло тільки 31% препаратів, рекомендованих ВООЗ. Разом з тим цей перелік ще не став ефективним інструментом для поліпшення цінової доступності ліків.

8. Залишаються невизначеними правові механізми зняття з виробництва та усунення з ринку лікарських засобів, які перестали відповідати сучасному рівню доказової медицини.

Перелік основних проблем, пов'язаних з регулюванням ринку лікарських засобів, визначений нашими дослідженнями, суттєво впливає на якість та доступність медико-санітарної допомоги населенню, що подається як в стаціонарних, так і амбулаторно-поліклінічних медичних закладах. Суттєвими елементами структури ринку лікарських засобів, які визначають попит на ліки, є лікарі та пацієнти. Причому попит на ліки контролює не пацієнт як кінцевий споживач, а лікар. Водночас, видатки за вартість ліків сплачує не тільки заклад, а також і пацієнт, що зумовлює проблеми на фармацевтичному ринку.

Вибірковий аналіз медичної документації – історій хвороби та листів призначень, амбулаторних карток (ф.ф. 003/о, 025/о) щодо призначень лікарями фармацевтичних препаратів засвідчив про недостатню увагу до їх економічної обґрунтованості. Тобто принцип "розумна (доступна) ціна та якість і кількість різновидів призначених пацієнту ліків" у лікувально-профілактичних закладах як при стаціонарному, так і при амбулаторному лікуванні ще не став регулятором доступності медичної допомоги. Оскільки практика часткового покриття вартості ліків пацієнтами при їх перебуванні у стаціонарі дає підстави стверджувати про:

- низький рівень управління процесами раціонального використання фінансових ресурсів на придбання та використання лікарських засобів;
- слабкий аудит за призначеннями лікарями ліків з боку завідувачів відділень та начмедів;
- недостатнє впровадження затверджених Міністерством охорони здоров'я галузевих стандартів – протоколів надання медичної допомоги при різних захворюваннях;

При амбулаторному лікуванні пацієнти, за винятком окремих категорій населення, визначених Кабінетом Міністрів України, сплачують повну вартість призначених ліків. Вимушеність повного

покриття вартості ліків стає важким тягарем для сімей із низькими доходами, для осіб похилого віку, що приводить нерідко до часткової, інколи і повної відмови від отримання своєчасної медичної допомоги або пошуку її у знахарів.

Таким чином, зменшення обсягу медичної допомоги чи затримки в її отриманні приводять до погіршення стану здоров'я населення, зокрема, до переходу від гострого періоду хвороби до хронічного, збільшення ускладнень у течії хронічної хвороби, збільшення частоти рецидивів, зменшення періоду ремісій. Вирішення цього кола проблем полягає передусім в удосконаленні нормативно-правової бази, яка забезпечить обґрунтування та приведення раціональної фармацевтичної політики на національному та місцевому рівнях. Однак вже більше десяти років в Україні загальмовано впровадження системи медичного страхування як права громадян, закріпленого Конституцією України з 1996 р. Подальший розвиток правових засад медичного страхування визначено у 1998 р. в Законі України "Основи законодавства України про соціальне страхування", яким підтверджено необхідність створення системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Правове врегулювання цієї проблеми

дало б змогу звільнити повністю у стаціонарі і частково при лікуванні в амбулаторних умовах населення від особистої сплати медичних витрат на лікарські засоби.

Суттєвим інструментом у врегулюванні ринку лікарських засобів, як свідчить досвід багатьох європейських країн, є контроль за кількістю препаратів на ринку, розвиток ринку генериків, обґрунтування та розвиток ринку лікарських засобів, що відпускаються як за рецептами, так і без них, впровадження системи еталонних цін.

Висновки

Проблеми ринку лікарських засобів та подання населенню медико-санітарної допомоги стали істотним гальмом для реалізації Указу Президента України від 6 грудня 2005 р. №1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" [9]. Їх вирішення потребує термінового удосконалення нормативно-правової бази, яка повинна містити норми регулювання ринку в інтересах насамперед пацієнта, удосконалення державного регулювання, спрямованого на забезпечення якості ліків, контролю за прибутками виробників та продавців, цінами, за маркетингом та рекламою, а також обмеження обсягів споживання лікарських засобів.

Список літератури

1. Буг Г. Бренды или генерики // Новости медицины и фармации. – 2007. – №2 (206). – С. 4.
2. Конституція України. Закон України "Про внесення змін до Конституції України". – К.: Школа, 2006. – 64 с.
3. Лехан В.М. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2001. – С. 174.
4. Магуайр Е., Гендерсон Д., Муні Г. Економіка охорони здоров'я. – К.: Основи, 1998. – 289 с.
5. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. – К., 2006. – 160 с.
6. Панорама охорони здоров'я населення України / А.В. Підаєв, О.Ф. Возіянов, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко. – К.: Здоров'я, 2003. – 396 с.
7. Салтман Р.Б., Фигерайс Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР, Медицина, 2000. – С. 432.
8. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформ системи охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2005. – 272 с.
9. Указ Президента України від 6 грудня 2005 р. №1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" // <http://www.rada.gov.ua>.
10. Чумак В.Т. Система реєстрації ліків в Україні має бути чіткою та сучасною // Ваше здоров'я. – 2006. – №2, 20 січня. – С. 4–5.
11. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік. – К., 2006. – 226 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В.М. Бодак, Г.А. Слабкий, В.С. Швецов (Киев)

Изучено состояние внедрения рыночных механизмов в системе обеспечения населения лекарственными препаратами. Установлено, что практически исчез дефицит лекарств в аптечной сети, но из-за высокой их стоимости возникла проблема доступности. Одновременно были выявлены процессы ослабления роли государственного сектора в связи с его неспособностью руководить незнакомым, ориентированным на рынок фармацевтическим сектором. Необходимо усовершенствовать нормативно-правовую базу, которая должна стать в интересах населения эффективным инструментом государственного регулирования рынка лекарственных препаратов.

ACTUAL PROBLEMS OF THE MARKET OF MEDICAL PRODUCTS AND THE MEDICOSANITARY HELP

V.M. Bodak, G.A. Slabky, V.S. Shvetsov (Kiev)

The condition of introduction of market mechanisms in system of ensuring of the population is investigated by medical products. It is established, that deficiency of medicines in a chemist's network has practically disappeared, but because of their high cost there was a problem of availability. Processes of easing of a role of public sector in communication, with its inability to supervise have simultaneously been revealed by unfamiliar, pharmaceutical sector focused on the market. It is necessary to improve normative and legal base which should become in interests of the population the effective tool of state regulation of the market of medical products.

УДК 614.2:577.4

В.П. КЛИМЕНЮК (Вінниця)

АНАЛІЗ ОБУМОВЛЕНOSTІ ПОКАЗНИКІВ ДІЯЛЬНОСТІ СЛД І ФАПІВ ЇХ СТРУКТУРНИМИ ПАРАМЕТРАМИ ТА ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОСНАЩЕНОСТІ

Вінницький національний медичний університет

Удосконалення медико-санітарної допомоги на селі неможливо уявити без розуміння тих чинників, що впливають на якість обслуговування сільських мешканців на першому етапі, який характеризується високою участю середнього медичного персоналу у забезпеченні медико-соціальних потреб селян. Організаційна структура першого етапу, характер зайнятості, розселення, умови та спосіб життя, вік, грамотність населення є основними факторами, які обумовлюють потреби в медичній допомозі та звертання сільського населення до медичних працівників [1–4]. Про актуальність питання свідчить прийняття Указу Президента України “Про концепцію розвитку охорони здоров’я населення України” 2000 р., постанови Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. №989 “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я”.

Матеріали та методи. Досліджено 288 ФАПів Житомирської області за спеціально розробленою анкетною з вивчення медико-організаційної структури і діяльності сільських дільниць протягом 2000–2007 рр. Для аналізу обумовленості характеристик використовувався аналіз канонічної кореляції.

Таблиця 1. Статистичні характеристики двох перших канонічних корелят обумовленості структурних параметрів ФАПів характеристиками макроструктури районів (отримані на основі ієрархічного аналізу канонічної кореляції)

| № пор. | Канонічна кореляція | m | % обумовленості | F | P |
|--------|---------------------|----------|-----------------|-------|---------|
| 1. | 0,901330 | 0,011074 | 81,24 | 13,65 | <0,0001 |
| 2. | 0,826872 | 0,018670 | 68,37 | 9,71 | <0,0001 |

© В.П.Клименюк, 2007

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз обумовленості структурних параметрів СЛД і ФАПів характеристиками макроструктури районів.

Дослідження обумовленості структурних параметрів СЛД і ФАПів характеристиками макроструктури районів здійснювалося на основі ієрархічного аналізу канонічної кореляції, а саме обумовлююча група змінних представлена характеристиками макроструктури районів, тоді як група залежних змінних включала структурні параметри СЛД і ФАПів. Перелік змінних обох груп наведений у табл. 2.

У табл. 1 наведено статистичні характеристики двох перших канонічних корелят. Перша корелята з високим коефіцієнтом канонічної кореляції $0,901 \pm 0,011$ достовірно ($F=13,65$ $p<0,0001$) обумовлює 81,24% дисперсії структурних параметрів ФАПів за характеристиками макроструктури районів. Друга корелята теж з високим коефіцієнтом канонічної кореляції $0,827 \pm 0,019$ достовірно ($F=9,71$ $p<0,0001$) обумовлює 68,37% остаточної (що залишилась після першої кореляти) дисперсії структурних параметрів ФАПів за характеристиками макроструктури районів. Третя і наступні кореляти описували значно меншу

обумовленість (мали низьку інформативність) і тому не розглядались.

У табл. 2 показано змінні, які склали характеристики макроструктури районів (група незалежних змінних), і характеристики структури сільських лікарських дільниць (СЛД) і ФАПів (група залежних змінних). Табл. 2 містить також навантаження змінних обох груп на перші дві кореляції.

Таблиця 2. Навантаження характеристик макроструктури районів і структури СЛД та ФАПів на перші дві кореляції (отримані на основі ієрархічного аналізу канонічної кореляції)

| Характеристики | Канонічна кореляція | |
|---|---------------------|----------|
| | перша | друга |
| Характеристики макроструктури районів | | |
| Видатки на 1 жителя, грн | 0,3987 | -0,4123 |
| Кількість населення району | 0,3270 | -0,6562 |
| % сільського населення | 0,5546 | -0,0364* |
| Розселеність с.н., чол./кв.км | 0,6248 | 0,2006* |
| % с.н. з вищою освітою | 0,5410 | 0,0183* |
| % працездатного с.н. | 0,5642 | -0,0546* |
| % дітей серед с.н. | 0,4315 | 0,2998* |
| Забезпеченість лікарями с.н. на першому етапі | 0,0349* | -0,4887 |
| сер. мед. персоналом | 0,2414* | -0,1558* |
| сер. мед. персоналом + ФАПів | 0,3956 | -0,3329 |
| ліжками | -0,2099* | -0,3372 |
| ліжками СЛД | 0,3662 | -0,2917* |
| % не акредитованих ФАПів | -0,2786* | 0,0393* |
| Смертність | -0,3631 | -0,2968* |
| Смертність немовлят | 0,0553* | 0,3173 |
| % ускладнених вагітностей | -0,1558* | 0,2117* |
| Народжуваність | -0,0896* | -0,2394* |
| Загальна інвалідність | 0,0658* | -0,4327 |
| Рівень госпіталізації I, II | 0,4104 | -0,5566 |
| III | 0,7050 | -0,1790* |
| за екстремними показами | -0,4822 | 0,3421 |
| Первинна захворюваність | 0,0257* | -0,7202 |
| Загальна захворюваність | -0,6035 | 0,6571 |
| Поширеність туберкульозу | 0,6604 | 0,2553* |
| онкологічних захворювань | 0,1495* | -0,2565* |
| Кількість звернень на 1 с.м. в ЛПЗ: | | |
| I рівня | 0,0006* | -0,5776 |
| II рівня | 0,0549* | -0,0511* |
| I+II рівня | 0,0281* | 0,2150* |
| Рівень диспансеризації | 0,2165* | 0,0276* |
| Охоплення мед. оглядами дітей (%) | -0,1916* | -0,5567 |
| | 0,6329 | -0,3086 |
| Раннє охоплення мед. оглядами вагітних (%) | -0,0809* | -0,5909 |
| Характеристики структури СЛД і ФАПів | | |
| Кількість населення СЛД | 0,4124 | 0,2829* |
| Радіус СЛД, км | -0,6221 | 0,5035 |
| Кількість ФАПів СЛД | -0,2681* | 0,0121* |
| інших ЛПЗ СЛД | 0,5085 | -0,7163 |
| лікарів СЛД | 0,2026* | -0,3058 |
| сер.мед.персоналу СЛД | -0,1825* | -0,3175 |
| ліжок СЛД | -0,1975* | 0,1265* |
| Відстань від ФАПу до СА/СЛ | -0,0499* | 0,1066* |
| Кількість обслуг. ФАПом населення | 0,4202 | -0,3119 |
| немовлят | 0,3734 | -0,3651 |
| дітей | 0,3282 | -0,1790* |
| Радіус обслуг. ФАПу | 0,0971* | -0,1721* |
| Кількість сер.медперсоналу ФАПу | 0,1826* | 0,1419* |
| Стаж фельдшера | -0,1688* | 0,0908* |
| Категорія фельдшера | -0,3189 | 0,2545* |

* Навантаження, що не перевищують |3|.

Перша корелята з 81,24% дисперсії показує, що більші видатки на 1 жителя (0,40), більша кількість населення району (0,33), вища частка сільського населення (0,55), більша розселеність сільського населення (0,62), вища частка сільського населення з вищою освітою (0,54), вища частка працездатного сільського населення (0,56), вища частка дитячого сільського населення (0,43), краща забезпеченість середнім медичним персоналом СЛД (0,40), краща забезпеченість ліжками СЛД (0,37), вищі рівні госпіталізації (0,41 і 0,70), охоплення медичними оглядами жінок (0,63), нижчі рівні смертності та загальної захворюваності сільського населення (-0,36 і -0,60) обумовлюють більшу кількість населення СЛД (0,41) та менший радіус СЛД (-0,62), більшу кількість лікувально-профілактичних закладів СЛД (0,51), більшу кількість населення, яке обслуговується ФАПом (0,42), зокрема більшу кількість немовлят (0,37) та дітей (0,33), вищу кваліфікацію середнього медичного персоналу (-0,32).

Серед змінних першої групи вищі рівні планової госпіталізації (0,41 і 0,70) мають обернену направленість зв'язку з першою корелятою порівняно з рівнями екстреної госпіталізації (-0,48), що відповідає логіці. Вищі рівні поширеності туберкульозу (0,66) співнаправлені з більшими видатками на 1 жителя (0,40), більшою кількістю населення району (0,33), вищою часткою сільського населення з вищою освітою (0,54), кращою забезпеченістю середнім медичним персоналом СЛД (0,40), кращою забезпеченістю ліжками СЛД (0,37), вищим охопленням медичними оглядами (0,63), що пояснюється кращими умовами для реєстрації цієї хвороби, як це випливає з переліку зазначених змінних і відповідає висновкам інших авторів.

Навантаження змінних на другу канонічну кореляту практично підтверджує особливості обумовленості параметрів структури ФАПів макроструктурними характеристиками районів. Крім вищеперахованих закономірностей, друга корелята показує, що краща забезпеченість лікарями сільського населення на першому етапі (-0,49) пов'язана з кращою забезпеченістю середнім мед. персоналом СЛД (-0,33), кращою забезпеченістю ліжками (-0,34), меншою смертністю немовлят (0,32), меншими рівнями госпіталізації за екстреними показами (0,34), кращою виявляемістю захворювань, зокрема, вищими рівнями первинної захворюваності (-0,72), більшою кількістю звернень на мешканця в ЛПЗ I рівня (-0,58), вищими рівнями охоплення мед. оглядами дітей (-0,56), вищими рівнями охоплення медичними оглядами жінок (-0,31), вищими рівнями раннього охоплення мед. оглядами вагітних (-0,59). Вищезазначені закономірності обумовлюють менший радіус СЛД (0,50), більшу кількість медичних закладів

сільської дільниці (-0,72), більшу кількість лікарів СЛД (-0,31), середнього медперсоналу СЛД (-0,32), більшу кількість населення (-0,31), зокрема немовлят (-0,37), які обслуговуються ФАПом.

Примітно, що вищий рівень загальної інвалідності (-0,43) пов'язаний з кращою забезпеченістю лікарями сільського населення на першому етапі (-0,49), кращою забезпеченістю середнім мед. персоналом СЛД (-0,33), кращою забезпеченістю ліжками (-0,34), тобто кращою виявляемістю захворювань, зокрема, вищими рівнями первинної захворюваності (-0,72), більшою кількістю звернень на мешканця в ЛПЗ I рівня (-0,58), вищими рівнями охоплення мед. оглядами дітей (-0,56), вищими рівнями охоплення медичними оглядами жінок (-0,31), вищими рівнями раннього охоплення мед. оглядами вагітних (-0,59).

Нижчі рівні загальної захворюваності (0,66) асоціюються з більшими видатками на охорону здоров'я (-0,41), кращою забезпеченістю лікарями сільського населення на першому етапі (-0,49), кращою забезпеченістю середнім мед. персоналом СЛД (-0,33), кращою забезпеченістю ліжками (-0,34), вищими рівнями первинної захворюваності (-0,72), більшою кількістю звернень на мешканця в ЛПЗ I рівня (-0,58), вищими рівнями охоплення мед. оглядами дітей (-0,56), вищими рівнями охоплення медичними оглядами жінок (-0,31), вищими рівнями раннього охоплення мед. оглядами вагітних (-0,59). Це, очевидно, пов'язано з більшою керованістю здоров'я при кращому медичному забезпеченні і молодшим населенням більших сіл.

Аналіз обумовленості параметрів забезпеченості СЛД і ФАПів їх структурними параметрами

При тому, що структурні параметри ФАПів залежать від характеристик макроструктури районів, вони, в свою чергу, можуть обумовлювати як параметри забезпеченості ФАПів, так і показники діяльності ФАПів.

Для дослідження цих гіпотез ми знову використали процедури ієрархічного аналізу канонічної кореляції, а саме,

обумовлююча група змінних представлена структурними параметрами ФАПів, тоді як група залежних змінних включала параметри забезпеченості ФАПів. Перелік змінних обох груп наведений у табл. 4.

У табл. 3 наведені статистичні характеристики двох перших канонічних корелят. Перша корелята з досить високим коефіцієнтом канонічної кореляції $0,623 \pm 0,036$ достовірно ($F=1,89$ $p < 0,0001$) обумовлює 38,85% дисперсії характеристик забезпеченості ФАПів за структурними параметрами ФАПів. Друга корелята з коефіцієнтом канонічної кореляції $0,570 \pm 0,040$ достовірно ($F=1,60$ $p < 0,0001$) обумовлює 32,45% оста-

точної (що залишилась після першої кореляції) значно меншу обумовленість і тому не приймали дисперсії. Третя і наступні кореляції описували лись до розгляду.

Таблиця 3. Статистичні характеристики двох перших канонічних кореляцій обумовленості характеристик забезпеченості ФАПів їх структурними параметрами (отримані на основі ієрархічного аналізу канонічної кореляції)

| № пор. | Канонічна кореляція | m | % обумовленості | F | P |
|--------|---------------------|----------|-----------------|------|---------|
| 1. | 0,623338 | 0,036093 | 38,85 | 1,89 | <0,0001 |
| 2. | 0,569650 | 0,039873 | 32,45 | 1,60 | <0,0001 |

У табл. 4 показані змінні, які склали структуру СЛД і ФАПів (група незалежних змінних), та параметри їх забезпеченості (група залежних змінних) разом з навантаженнями змінних на перші дві кореляції.

Таблиця 4. Навантаження характеристик забезпеченості СЛД і ФАПів та їх структурних параметрів на перші дві кореляції (отримані на основі ієрархічного аналізу канонічної кореляції)

| Характеристики | Кореляція | |
|--|-----------|----------|
| | перша | друга |
| Характеристики структури СЛД і ФАПів | | |
| Кількість населення СЛД | 0,2441* | 0,1042* |
| Радіус СЛД, км | -0,6537 | 0,1312* |
| Кількість ФАПів СЛД | -0,2200* | -0,2347* |
| інших ЛПЗ СЛД | 0,3266 | -0,6427 |
| лікарів СЛД | 0,1116* | 0,1228* |
| сер. мед. персоналу СЛД | -0,1316* | 0,0485* |
| Кількість ліжок СЛД | -0,2603* | 0,1247* |
| Відстань від ФАПу до СА/СЛ | -0,0672* | 0,1580* |
| Кількість обслуг. ФАПом населення | 0,5064 | 0,2431* |
| немовлят | 0,3772 | -0,3279 |
| дітей | 0,4526 | 0,2625* |
| Радіус обслуг. ФАПу | -0,0109* | 0,2311* |
| Кількість сер. мед. персоналу ФАПу | 0,3350 | -0,1689* |
| Стаж фельдшера | 0,1389* | 0,2274* |
| Категорія фельдшера | -0,3149 | -0,2826* |
| Характеристики забезпеченості ФАПів (наявності) | | |
| Холодильник | 0,1085* | 0,1676* |
| Гінекологічне крісло | 0,5408 | -0,0112* |
| Ваги дитячі | 0,1356* | 0,2451* |
| Стерилізаційна камера | 0,5320 | 0,1495* |
| Столик сповивальний | 0,3387 | 0,1828* |
| Столик інструментальний | 0,3683 | 0,1911* |
| Стерилізатор медичний | 0,3958 | -0,0715* |
| Тубус-кварц | 0,2096* | -0,2344* |
| Апарат для гальванізації "Поток" | 0,3130 | -0,1493* |
| Апарат "Солюкс" | 0,5116 | 0,0342* |
| Апарат УВЧ | 0,5683 | -0,0025* |
| Парафінонагрівач | 0,0787* | -0,0511* |
| Інгалятор | 0,3076 | 0,0295* |
| Телефон | 0,3481 | 0,0402* |
| Кількість кімнат ФАПу | 0,6552 | -0,0714* |
| Відповідність ФАПу вимогам: | | |
| БНП** | 0,3359 | -0,1159* |
| ППБ*** | 0,2153* | 0,1317* |
| СЕС**** | -0,0821* | -0,3565 |
| Метрологічний контроль апаратури ФАПу | 0,1370* | -0,5762 |

* Навантаження, що не перевищують |3|.

** Будівельні норми і правила.

*** Протипожежна безпека.

**** Санітарно-гігієнічні вимоги.

Перша канонічна кореляція з 38,8% дисперсії показує, що краща структура СЛД (тобто менший радіус СЛД (-0,65), більша кількість ЛПЗ СЛД (0,33)), більший розмір сіл (тобто більша кількість населення, що обслуговується ФАПом (0,51), зокрема, більша кількість немовлят (0,38) та дітей (0,45), що обслуговується ФАПом), краща забезпеченість середнім медичним персоналом ФАПу (0,34) та вищі рівні кваліфікації останнього (-0,32) обумовлюють достовірно кращу забезпеченість ФАПів гінекологічним кріслом (0,54), стерилізаційною камерою (0,53), столиком сповивальним (0,34), столиком інструментальним (0,37), стерилізатором медичним (0,40), апаратом для гальванізації "Поток" (0,31), апаратом "Солюкс" (0,51), апаратом УВЧ (0,57), інгалятором (0,31), телефоном (0,35), а також вищу кількість кімнат ФАПу (0,65), кращу відповідність ФАПу вимогам будівельних норм і правил (0,34).

Навантаження змінних на другу канонічну кореляцію показують, що більша кількість ЛПЗ СЛД (-0,64) і більший розмір сіл за кількістю немовлят, які обслуговуються ФАПом (-0,33) сприяють кращій відповідності ФАПу санітарно-гігієнічним вимогам (-0,36), а також регулярнішому метрологічному контролю медичної апаратури ФАПу (-0,58).

Таблиця 5. Статистичні характеристики двох перших канонічних кореляцій обумовленості показників діяльності ФАПів їх структурними параметрами (отримані на основі ієрархічного аналізу канонічної кореляції)

| № пор. | Канонічна кореляція | m | % обумовленості | F | P |
|--------|---------------------|----------|-----------------|------|---------|
| 1. | 0,937585 | 0,007139 | 87,90 | 4,58 | <0,0001 |
| 2. | 0,608957 | 0,037139 | 37,08 | 2,52 | <0,0001 |

У табл. 6 наведено змінні, які складали характеристики структури СЛД і ФАПів (група незалежних змінних), та показники їх діяльності (група залежних змінних) разом з навантаженнями змінних на перші дві кореляції.

Перша кореляція з 87,9% дисперсії свідчить, що більша кількість населення СЛД (0,51), лікарів СЛД (0,46), а особливо більший розмір сіл (тобто більша кількість населення, що обслуговується ФАПом (0,98), зокрема, більша кількість немовлят (0,85) та дітей (0,89), що обслуговується ФАПом), забезпеченість середнім медичним персоналом ФАПу (0,65) обумовлюють достовірно кращий рівень звертань населення по медичну допомогу до ФАПу, а саме, вищу кількість звернень до ФАПу (0,74), зокрема, немовлят (0,49) і дітей (0,69), вагітних (0,51), також більшу кількість обслуговування населення працівниками ФАПу вдома, а саме, більшу загальну кількість відвідувань (0,69), відвідувань немовлят (0,78), дітей (0,69), вагітних (0,50), також більший обсяг охоплення ог-

Як видно з навантажень, характеристики СЛД, за винятком радіусу СЛД і кількості ЛПЗ СЛД (кількість населення СЛД, кількість ФАПів СЛД, кількість лікарів СЛД, кількість середнього медперсоналу СЛД, кількість ліжок СЛД, відстань від ФАПу до СА/СЛ), значно менше впливають на забезпеченість ФАПів, ніж характеристики безпосередньої структури ФАПів, як то обслуговувана ФАПом кількість населення, немовлят та дітей, число середнього медперсоналу ФАПу і їх категорія.

Аналіз обумовленості показників діяльності СЛД і ФАПів їх структурними параметрами

У табл. 5 наведено статистичні характеристики двох перших канонічних кореляцій. Перша кореляція з високим коефіцієнтом канонічної кореляції $0,938 \pm 0,007$ достовірно ($F=4,58$ $p<0,0001$) обумовлює 87,90% дисперсії показників діяльності ФАПів за структурними параметрами ФАПів. Друга кореляція з коефіцієнтом канонічної кореляції $0,609 \pm 0,037$ достовірно ($F=2,52$ $p<0,0001$) обумовлює 37,08% остаточної дисперсії. Третя і наступні кореляції описували значно меншу обумовленість і тому не приймалися до розгляду.

лядами шкіл (0,43) та активно оглянутих на гіпертонічну хворобу (0,92), як наслідок, більшу кількість занедбаних випадків злоякісних новоутворень (0,46) і меншу кількість інсультів (-0,48) та нещасних випадків (-0,36). Останнє можна пояснити дещо кращою виявляемістю онкозахворювань, зокрема, в занедбаних стадіях порівняно з ситуаціями з гіршими структурними параметрами ФАПів. Про кращу виявляемість у ранніх стадіях хвороби при ситуаціях з кращими структурними параметрами ФАПів свідчать також пов'язані менші рівні інсультів і нещасних випадків.

Навантаження змінних на другу канонічну кореляцію, яка описує лише 37,1% остаточної (що залишилась після першої кореляції) дисперсії практично не дають ніяких інших закономірностей обумовленості показників діяльності ФАПів і структурних параметрів ФАПів, крім тієї, що більша кількість немовлят, які обслуговуються ФАПом (-0,30), обумовлює більшу кількість відвідувань немовлят вдома (-0,38).

Таблиця 6. Навантаження показників діяльності СЛД та ФАПів і їх структурних параметрів на перші дві кореляти (отримані на основі ієрархічного аналізу канонічної кореляції)

| Характеристики | Корелята | |
|---|----------|----------|
| | перша | друга |
| Характеристики структури СЛД і ФАПів | | |
| Кількість населення СЛД | 0,5127 | -0,1060* |
| Радіус СЛД, км | 0,0322* | 0,2540* |
| Кількість ФАПів СЛД | 0,0504* | 0,1850* |
| інших ЛПЗ СЛД | 0,3934 | -0,2058* |
| лікарів СЛД | 0,4611 | -0,1527* |
| сер. мед. персоналу СЛД | 0,2124* | 0,2265* |
| ліжок СЛД | -0,0534* | -0,0120* |
| Відстань від ФАПу до СА/СЛ | -0,1124* | -0,1729* |
| Кількість обслуг. ФАПом населення | 0,9821 | 0,0479* |
| немовлят | 0,8462 | -0,3017 |
| дітей | 0,8880 | 0,0799* |
| Радіус обслуг. ФАПу | -0,0041* | -0,2233* |
| Кількість сер. мед. персоналу ФАПу | 0,6541 | -0,1531* |
| Стаж фельдшера | 0,0559* | 0,1495* |
| Категорія фельдшера | -0,1795* | -0,1467* |
| Показники діяльності ФАПів | | |
| Кількість звернень до ФАПу загальна** | 0,7414 | -0,1195* |
| немовлят ** | 0,4856 | -0,2439* |
| дітей ** | 0,6885 | -0,1718* |
| вагітних ** | 0,5065 | 0,0036* |
| Кількість відвідувань вдома загальна** | 0,6864 | -0,0913* |
| немовлят ** | 0,7836 | -0,3764 |
| дітей ** | 0,6928 | 0,0341* |
| вагітних ** | 0,5025 | -0,1320* |
| Виконання щеплень, % | 0,1526* | 0,1182* |
| Охоплення обстеженням вагітних, % | 0,2174* | 0,2637* |
| цитологічним обстеженням жінок, % | 0,0482* | 0,2451* |
| Ro, % | 0,1410* | 0,1062* |
| оглядами шкіл, % | 0,4302 | 0,2073* |
| Кількість оглянутих на ГХ ** | 0,9238 | 0,2003* |
| занедбаних Тбс *** | 0,1589* | 0,0891* |
| занедбаних Са*** | 0,4580 | -0,0556* |
| інсультів *** | -0,4799 | 0,1801* |
| гострих інфекцій *** | 0,2608* | 0,0537* |
| нешасних випадків *** | -0,3630 | 0,0537* |

* Навантаження, що не перевищують |3|.

** Показник вираховувався за рік.

*** Показник вираховувався за три роки

Аналіз обумовленості показників діяльності ФАПів параметрами їх забезпеченості

Тоді як параметри забезпеченості ФАПів обумовлюються структурними характеристиками ФАПів, вони, в свою чергу, можуть обумовлювати показники діяльності ФАПів. Для дослідження цієї гіпотези ми використали процедури ієрархічного аналізу канонічної кореляції, а саме, обумовлююча група змінних представлена параметрами забезпеченості ФАПів, тоді як група залежних змінних включала показники діяльності ФАПів. Перелік змінних обох груп наведений у табл. 8.

У табл. 7 наведено статистичні характеристики двох перших канонічних корелят. Перша корелята з високим коефіцієнтом канонічної кореляції $0,646 \pm 0,034$ достовірно ($F=1,66$ $p < 0,0001$) обумовлює 41,71% дисперсії показників діяльності ФАПів за параметрами їх забезпеченості. Друга корелята з коефіцієнтом канонічної кореляції $0,532 \pm 0,042$ достовірно ($F=1,38$ $p < 0,0001$) обумовлює 28,29% остаточної дисперсії. Третя і наступні кореляти описували значно меншу обумовленість і тому не розглядалися.

Таблиця 7. Статистичні характеристики двох перших канонічних корелят обумовленості показників діяльності ФАПів параметрами їх забезпеченості (отримані на основі ієрархічного аналізу канонічної кореляції)

| № пор. | Канонічна кореляція | M | % обумовленості | F | P |
|--------|---------------------|----------|-----------------|------|---------|
| 1. | 0,645838 | 0,034407 | 41,71 | 1,66 | <0,0001 |
| 2. | 0,531866 | 0,042330 | 28,29 | 1,38 | <0,0001 |

Таблиця 8. Навантаження показників діяльності ФАПів і параметрів їх забезпеченості на перші дві кореляти (отримані на основі ієрархічного аналізу канонічної кореляції)

| Характеристики | Канонічна корелята | |
|---|--------------------|----------|
| | перша | друга |
| ПАРАМЕТРИ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ФАПІВ | | |
| Холодильник | 0,1336* | 0,1377* |
| Гінекологічне крісло | 0,1421* | 0,1019* |
| Ваги дитячі | 0,1764* | 0,2338* |
| Стерилізаційна камера | 0,5620 | 0,3769 |
| Столик сповивальний | 0,2284* | 0,3228 |
| Столик інструментальний | 0,2080* | 0,2958 |
| Стерилізатор медичний | 0,3192 | 0,2078* |
| Тубус-кварц | 0,0299* | 0,2552* |
| Апарат для гальванізації "Поток" | 0,4971 | 0,1279* |
| Апарат "Солюкс" | 0,3708 | 0,0844* |
| Апарат УВЧ | 0,1506* | 0,1024* |
| Парафінонагрівач | 0,0647* | 0,1355* |
| Інгалятор | 0,6079 | -0,0651* |
| Телефон | 0,2880* | 0,3422 |
| Кількість кімнат ФАПу | 0,0890* | 0,3985 |
| Відповідність ФАПу вимогам БНІП (будівельним нормам і правилам) | 0,1850* | 0,3501 |
| ППБ (протипожежної безпеки) | 0,2597* | -0,1169* |
| СЕС (санітарно-гігієнічним) | 0,0820* | 0,4670 |
| Метрологічний контроль апаратури ФАПу | 0,4143 | 0,3214 |
| Показники діяльності ФАПів | | |
| Кількість звернень до ФАПу загальна** | 0,0862* | 0,2774* |
| немовлят ** | 0,0254* | 0,4980 |
| дітей ** | -0,0020* | 0,4421 |
| вагітних ** | -0,0787* | 0,6779 |
| Кількість відвідувань вдома загальна** | 0,4349 | 0,2726* |
| немовлят ** | -0,1631* | 0,4529 |
| дітей ** | 0,2877* | 0,4535 |
| вагітних ** | -0,0703* | 0,4885 |
| Виконання щеплень, % | 0,2299* | 0,6078 |
| Охоплення обстеженням вагітних, % | -0,0946* | 0,3592 |
| цитологічним обстеженням жінок, % | 0,3002 | 0,1842* |
| Ro, % | 0,6540 | 0,2107* |
| оглядами шкіл, % | -0,0477* | 0,2040* |
| Кількість оглянутих на ГХ ** | 0,1530* | 0,2991 |
| занедбаних Тbc *** | -0,1784* | -0,0814* |
| занедбаних Са *** | -0,0145* | 0,1299* |
| інсультів *** | -0,3770 | -0,0053* |
| гострих інфекцій *** | -0,1958* | 0,2401* |
| нещасних випадків *** | -0,1634* | 0,2132* |

* Навантаження, що не перевищують |3|.

** Показник вираховувався за рік.

*** Показник вираховувався за три роки.

Перша кореляція з 41,7% дисперсії свідчить (табл. 11), що краща забезпеченість ФАПів стерилізаційною камерою (0,56), стерилізатором медичним (0,32), апаратом для гальванізації (0,50), апаратом "Солюкс" (0,37), інгалятором (0,61), а також кращий метрологічний контроль апаратури (0,41) обумовлюють достовірно більшу кількість обслуговування населення працівниками ФАПів вдома (0,43), краще охоплення профілактичними програмами, як то краще охоплення цитологічним обстеженням жінок (0,30), флюорографічним обстеженням сільського населення (0,65), як наслідок, меншу кількість інсультів (-0,38).

Навантаження змінних на другу канонічну кореляцію показує, що краща забезпеченість ФАПів медичною апаратурою, а саме стерилізаційною камерою (0,38), столиком сповивальним (0,32), столиком інструментальним (0,30), телефоном (0,34), а також достатня кількість кімнат ФАПів (0,40), відповідність ФАПів вимогам БНІП (будівель-

ним нормам і правилам) (0,35), санітарно-гігієнічним вимогам (0,47), регулярний метрологічний контроль апаратури ФАПів (0,32) обумовлюють достовірно більшу кількість звернень немовлят (0,50), дітей (0,44) і вагітних (0,68) до ФАПів, достовірно більшу кількість відвідувань працівниками ФАПів вдома немовлят (0,45), дітей (0,45), вагітних (0,49), а також повніше охоплення населення плановими щепленнями (0,61), профілактичним вимірюванням тиску крові (0,30), краще охоплення обстеженням вагітних (0,36).

Висновки

1. Більшість структурних параметрів СЛД і ФАПів обумовлені характеристиками макроструктури районів.

2. Параметри оснащеності СЛД і ФАПів істотно визначаються їх структурними параметрами.

3. Показники діяльності СЛД і ФАПів, своєю чергою, достовірно залежать як від структурних параметрів СЛД і ФАПів, так і від параметрів їх забезпеченості.

Список літератури

1. Основні показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2005–2006 роки. – К., 2007. – 72 с.
2. Стан та соціальний захист сільських дітей. – К., 2006. – 284 с.
3. Чепелевська Л.А., Баторшина Г.І. Демографічна ситуація в сільській місцевості // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – К., 2006. – С. 14–18.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік / За ред. Ю.О. Гайдаєва. – К., 2007. – 398 с.

АНАЛИЗ ОБУСЛОВЛЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУ И ФАПОВ ИХ СТРУКТУРНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ И ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОСНАЩЕНИЯ

В.П. Клименюк (Винница)

Для изучения обусловленности показателей деятельности СЛУ и ФАПов их структурными параметрами и характеристиками оснащённости исследовано 288 ФАПов Житомирской области за специально разработанной анкетой по изучению медико-организационной структуры и деятельности сельских участков на протяжении 2000–2007 гг. Использовался анализ канонической корреляции. Исследование показало, что большинство структурных параметров СЛУ и ФАПов обусловлены характеристиками макроструктуры района. Параметры оснащённости СЛУ и ФАПов существенно определяются их структурными параметрами. Показатели деятельности СЛУ и ФАПов, в свою очередь, достоверно зависят как от их структурных параметров, так и от параметров их обеспечения.

Analysis indices of rural auxiliary health facilities' (RAHF) activity which depended upon structural parameters and characteristics of RAHFs' equipment

V.P. Klimenuk (Vinnitsa)

There were 288 rural auxiliary health facilities (RAHF) staffed with physician assistant (feldsher) and possibly nurse examined over 2000–2007 in Zhitomir region to study efficiency of their care. Canonical correlation analysis was used to the purpose. Research revealed that the most of characteristics on RAHFs' structure were determined by macrostructural components of rural districts. The scope of medical equipment installed significantly depended upon characteristics on RAHFs' structure. Efficiency of care catered by RAHFs in turn depended upon both characteristics on RAHFs' structure and RAHFs' provision with medical equipment.

УДК 614.2:725.51.003.2

О.С. ЧЕРНЯК (Київ)

СТАВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ДЕРЖАВНИХ ПОЛІКЛІНІК М.КИЄВА ДО ФІНАНСОВИХ ВІДНОСИН В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Національний університет "Києво-Могилянська Академія"

Неефективне функціонування сучасної вітчизняної медичної галузі зумовлене невідповідністю системи фінансового забезпечення, що залишилася з радянських часів, ринковим відношенням, що формуються в країні та обумовлюються такими факторами, як переважне бюджетне фінансування галузі і його "залишковий" принцип, недостатність і неефективне використання бюджетних коштів, відсутність економічних стимулів у досягненні високих результатів діяльності медичних установ державної та комунальної форм власності та їх медичних працівників [3;5].

Пошук шляхів подолання головних проблем – брак фінансових коштів, низька якість та недостатні обсяги медичного забезпечення – спонукають до переходу на систему страхування здоров'я людей, яка з успіхом застосовується в більшості економічно розвинутих країн світу [1;2;8].

Такі системи дають змогу розширити офіційну фінансову базу сектору за рахунок залучення коштів працедавців, фондів соціального страхування, населення країни. Підтримка розвитку різних форм добровільного страхування зазвичай сприяє поступовому впровадженню загальнообов'язкового страхування, яке передбачає участь населення у витратах на охорону здоров'я (ОЗ) та, відповідно, на розбудову самої галузі [2;3;5]. Саме тому сьогодні відчувається нагальна потреба у з'ясуванні думки споживача медичних послуг щодо якості медичної допомоги, управління та фінансування сфери медичного забезпечення. Лише за умов врахування інтересів населення в ОЗ створюються можливості розробки ефективної стратегії функціонування галузі [2].

З урахуванням вищезазначеного метою даного дослідження було виявити соціальні групи респондентів, найбільш вмотивовані на підтримку і розбудову сектору охорони здоров'я із залученням власних коштів.

Дане дослідження спрямоване на з'ясування громадської думки, а саме споживачів медичних послуг (МП) щодо задоволеності якістю, обсягом та доступністю медичних послуг у поліклініці, ставленням до платних медичних

послуг і обов'язкового медичного страхування (ОМС).

Методи дослідження: опитування у вигляді роздаткового стандартизованого анкетування; описова статистика з використанням таблиць одномірного розподілу, попарне порівняння груп за допомогою t-критерію, кореляція із застосуванням коефіцієнта Спірмена [7;9;10].

Результати та їх обговорення. Результати досліджень оцінювались як у сукупності відповідей респондентів на те чи інше запитання, так і залежно від розподілу респондентів на групи за такими критеріями: соціальний статус, рівень освіти, середньомісячний дохід на одну людину.

Під час дослідження роздано 450 та зібрано 253 анкети у відвідувачів трьох державних поліклінік Печерського, Подільського та Шевченківського районів м. Києва. Серед опитаних 57,3% становили жінки, 42,7% – чоловіки. За віком респонденти розподілилися таким чином: до 30 років – 13,3%; 30–39 років – 21,3%; 40–49 років – 24,5%; 50–69 років – 17,8%; старші 70 років – 5,5%. Соціальний склад респондентів представлено службовцями (34,4%), робітниками (22,1%), працюючими пенсіонерами (18,2%), пенсіонерами (12,6%), підприємцями (5,9%), студентами та домогосподарками (по 2,4%), безробітними (2%). За рівнем освіти 64,0% респондентів отримали вищу чи неповну вищу освіту, 36,0% – початкову або середню. За рівнем середньомісячного доходу на одного члена сім'ї респонденти розподілилися так: 400–600 грн – 44,3%, 600–800 грн – 22,5%, 800–1000 грн – 19% і понад 1000 грн – 14,2%.

Оцінюючи якість МП у ЛПЗ, 4,0% респондентів дали незадовільну оцінку, 26,0% – задовільну, 52,0% – добру і 18,0% – відмінну.

Основними проблемами, з якими доводиться стикатися пацієнтам у поліклініці, є черги на отримання послуг (63,7%), брак інструментальних (57,2%) чи лабораторних (53,3%) досліджень, низька доступність послуг вузьких спеціалістів (30,5%).

На питання про власні витрати на лікування 94,5% респондентів відповіли позитивно. При цьому 98,0% опитаних спрямовують кошти на

придбання медикаментів, 61,3% – на медичні консультації, 55,7% – на отримання медичної послуги.

По платні МП звертається 73,0% респондентів, хоча часто вони є фінансово обтяжливими (31,6%) або навіть недоступними (45,8%). Із причин звернення по платні МП опитані виділяли економію часу та швидкість отримання послуги (51,1%), неможливість отримання послуги безкоштовно (49,5%), довіру до платної медицини (12,5%), якість платних послуг (12%), ефективність діагностики та лікування у приватних постачальників (10,3%).

Ставлення респондентів до оплати МП з'ясувалось з відповідей на такі питання: "Чи звертаєтесь Ви по платні МП?", "Чи знайомі з переліком послуг ОМС?", "Максимальний відсоток відрахувань на страховий поліс?", "Готовність до оплати окремих видів медичної допомоги (амбулаторної, стаціонарної та стоматологічної)?", "Визначте суб'єкт отримання коштів пацієнтів від лікування", "Вкажіть категорії громадян, які мають право на безкоштовне медичне обслуговування".

Проведений статистичний аналіз отриманих результатів встановив прямий зв'язок між рівнем доходів і частотою звернень по платні МП – із зростанням доходів збільшується частота користування платною медичною допомогою ($P < 0,001$). Суттєву роль відіграє вік опитаних: молодші за віком респонденти схильні частіше користуватися платними МП. Разом з тим, освіта та стать не є визначальними факторами у наданні переваги платній медицині перед безкоштовними послугами. Щодо соціального статусу, то зроблені розрахунки показали, що рівень доходів у підприємців є суттєво вищим порівняно з іншими групами, що і зумовило більшу кількість звертань респондентів цієї групи по платні МП ($P < 0,05$).

Більша обізнаність у питанні послуг у рамках ОМС спостерігалась серед робітників, підприємців та службовців і менша – серед пенсіонерів та працюючих пенсіонерів ($P < 0,05$). За рівнем освіти та доходів на одну людину статистично значимої різниці між відповідями респондентів на це запитання знайдено не було.

Щодо відрахувань на страховий поліс, то найбільші відсотки погоджуються сплачувати підприємці порівняно з усіма іншими групами респондентів ($P < 0,02$), а потім – службовці і робітники порівняно з пенсіонерами і працюючими пенсіонерами ($P < 0,05$). Рівень освіти у вирішенні зазначеного питання також відіграє певну роль, оскільки встановлено, що респонденти з вищою освітою погоджуються сплачувати більший відсоток порівняно з відповідям рес-

пондентів із початковою та середньою освітою ($P < 0,01$). Суттєве значення мають прибутки громадян – на максимальні відрахування вказують респонденти із середньомісячними доходами 800–1000 грн та понад 1000 грн на одну особу.

На готовність до сплати за окремі види медичної допомоги суттєвий вплив мали: соціальний статус опитаних (підприємці, службовці і робітники проявляли найбільшу готовність сплачувати послуги порівняно із особами пенсійного віку – $P < 0,02$), освіта (респонденти з вищою освітою більшою мірою схвалюють перспективу оплати медичних послуг за власні кошти – $P < 0,02$), прибутки (респонденти, доходи яких коливаються у межах 800–1000 грн, більш позитивно ставляться до можливості оплачувати ці послуги порівняно з респондентами, щомісячні надходження яких до сімейного бюджету становлять 400–800 грн ($P < 0,02$)). Слід зазначити, що найбільш популярними виявились послуги терапевта, вузьких спеціалістів, інструментальні дослідження, стоматологічні послуги. Найменшу готовність респондентів оплачувати МП було виявлено щодо невідкладної та акушерської допомоги ($P < 0,01$). Загалом 61,7% опитаних виявились готові сплачувати за послуги терапевта, 59,7% – за послуги вузьких спеціалістів, 53,0% – за лабораторні дослідження, 62,8% – за інструментальні дослідження, 55,3% – за хірургічне лікування, 48,2% – за стаціонарне консервативне, 40,7% – за акушерську допомогу, 35,6% – за екстрену допомогу, 52,2% – за стоматологічний огляд і консультацію, 60,9% – за лікування і видалення зубів, 75,1% – за стоматологічне протезування. При цьому 62,4% опитаних бажали б встановлення єдиних тарифів на платні МП.

Щодо визначення суб'єктів, які мають отримувати кошти пацієнтів від лікування, респонденти надали перевагу безпосереднім постачальникам МП у особі медичних закладів і лікарів (43,5%), тільки лікарів (35,6%), тільки медичних закладів (15,4%). Фонд страхування (4,3%) та органи місцевого самоврядування (1,2%) для респондентів не були пріоритетними у даному питанні.

На нашу пропозицію визначити категорії громадян, які мають право на безкоштовне медичне обслуговування, 75,5% опитаних назвали пенсіонерів, 69,2% – неповнолітніх, 61,3% – недієздатних громадян, 48,6% – вагітних жінок, 46,2% – хронічно хворих, 39,5% – безробітних, 9,5% респондентів вважають, що платити за медичну допомогу повинні всі громадяни без винятку.

Досить висока оцінка якості обслуговування в ЛПЗ може бути зумовлена приналежністю дос-

ліджуваних поліклінік центральним районам міста і їхнім дійсно задовільним станом.

Виявлені в ході дослідження проблеми ЛПЗ (тривалі черги, обмеження доступності послуг вузьких спеціалістів, певний брак діагностичних досліджень) зазвичай були причинами звертань по платні медичні послуги, незважаючи на фінансову обтяжливість для сімейних бюджетів.

Загальнодержавна тенденція до широкого залучення коштів пацієнтів на власне лікування підтверджена тим, що майже кожен респондент самостійно забезпечує себе ліками, а більшість змушені сплачувати і за отримання консультації чи лікування. Це вказує на те, що в даному випадку місцеві органи самоврядування та охорони здоров'я, як і відповідні органи державного значення, не в змозі забезпечити населення необхідними медичними послугами.

Якщо припустити, що порівняно висока готовність опитаних платити за медичну допомогу зумовлена станом медицини в державі, то можна стверджувати, що більшість у дослідженні схвалюють оплату з метою поліпшення системи охорони здоров'я. Разом з тим, порівняно низька кількість згодних з оплатою невідкладної та акушерської допомоги респондентів може вказувати на те, що частина опитаних вважає ці види медичної допомоги життєво важливими. Існування фінансових перешкод до їх отримання може сприйматися як загроза життю. Також опитані можуть вважати, що саме держава повинна відповідати за забезпечення належної невідкладної та акушерської допомоги, а не пацієнти.

Розбіжності у точках зору між різними соціальними групами респондентів можна пояснити тим, що групи, які продемонстрували значно нижчу оцінку схвалення оплати послуг пацієнтами, можуть не мати достатньої мотивації для зміцнення і поліпшення охорони здоров'я. Той факт, що респонденти з низькими прибутками часто демонстрували незгоду з оплатою медичних послуг, вказує, що розміри сімейного бюджету відіграють важливу роль у прийнятті рішення про оплату послуг. А отже, особи з низькою освітою та особи старше 60 років (зазвичай пенсіонери та працюючі пенсіонери) – переважно люди, з низькими прибутками – значно частіше не згодні платити за отримання медичних послуг і тим самим збільшувати видатки зі своїх обмежених сімейних бюджетів. Водночас, працююче населення (підприємці, службовці, робітники) має порівняно вищі і більш стабільні доходи, тому й ставлення до оплати послуг протилежне.

Надання переваги фінансовим розрахункам за медичні послуги із безпосередніми їх поставальниками пояснюється тим, що більшість населення не звикла до страхування і не довіряє

страховим компаніям, а також органам місцевого самоврядування як представникам влади загалом.

Сам же факт небажання сплачувати за страховий поліс, а також бажані мінімальні рівні відрахувань за страхування здоров'я при можливості впровадження ОМС свідчить про низьку фінансову забезпеченість населення. А низька обізнаність опитаних із ОМС – про відчутний дефіцит широкодоступної, зрозумілої, вичерпної інформації для населення про механізми регулювання відносин у галузі платної медицини загалом та в рамках ОМС зокрема.

Висновки

1. Найбільш зацікавленою, вмотивованою та здатною до підтримки національної системи ОЗ із залученням власних коштів є працюючі громадяни працездатного віку зі стабільними прибутками у розмірі 800 та понад 1000 грн/міс. на одного члена родини та з вищою освітою.

2. Значна частина респондентів користується платними МП. Основними причинами звертання до платних поставальників медичної допомоги виявились: неможливість отримати необхідні лікувальні чи діагностичні заходи у державних медичних установах, швидке отримання платної послуги порівняно з аналогічною у державному лікувальному закладі.

3. Виходячи з рівнів щомісячних родинних прибутків, найчастіше користуються платною медициною респонденти з доходами понад 1000 грн на одного члена родини. Найменший попит на платні МП зареєстровано серед осіб, старших 60 років (пенсіонери та працюючі пенсіонери) та низькими родинними прибутками (менше 800 грн/міс.).

4. Рівень обізнаності респондентів у питаннях ОМС низький. Більшість респондентів не знайома з переліком послуг, які може отримувати в рамках ОМС і сьогодні не має страхового полісу добровільного страхування. Переважна більшість опитаних спроможна сплачувати за страхування здоров'я в межах 1–5% своїх прибутків. Зростання розмірів відрахувань залежать від доходів (понад 800 грн/міс.), зайнятості на роботі (підприємці, службовці, робітники) та рівня освіти (вища освіта).

5. Найбільшу готовність до оплати продемонстровано щодо стоматологічного лікування та протезування, інструментальних досліджень, послуг терапевта та вузьких спеціалістів. Найменш схвально респонденти поставились до оплати невідкладної, акушерської та консервативної стаціонарної допомоги. Найбільшу готовність до оплати МП продемонстрували працюючі респонденти (підприємці, службовці, робітники) працездатного віку, з вищою освітою і

доходами понад 800–1000 грн/міс., що вказує на визначальний вплив зазначених параметрів при вирішенні фінансових питань.

6. Більшість респондентів відстоює точку зору, що кошти пацієнтів мають концентруватися в місцях надання медичної допомоги, тобто надходити до лікарів чи медичних установ, де здійснюється обслуговування населення, а не до фондів страхування чи місцевої влади. Опитані вважають, що право на безкоштовну медичну допомогу мають пенсіонери, діти до 18 років та недієздатні громадяни.

7. До повністю безкоштовних МП респонденти відносять невідкладну медичну (служба "03") та акушерську допомогу. На інші види пропонованих послуг респонденти вважають за необхідне встановлювати єдині загальнодержавні тарифи. При цьому, зважаючи на порівняно низьке схвалення оплати стаціонарної консервативної допомоги, лабораторних досліджень та стоматологічних консультацій і огляду, ці види медичних послуг можна розглядати як частково платні зі спільною оплатою за рахунок бюджету та власних коштів громадян.

Список літератури

1. Колоденко В.А., Тищук М.М. Реорганізація амбулаторно-поліклінічної мережі. Участь громадян // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я в Україні. – 2001. – №1. – С. 37–40.
2. Колоденко В.О. Політика в області фінансової підтримки регіональних систем охорони здоров'я України. Міфи та реальність // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я в Україні. – 2001. – №1. – С. 5–9.
3. Кутузов І.М., Заярський М.І., Горбунова Г.В. Проблема самофінансування охорони здоров'я // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я в Україні. – 2000. – №1. – С. 84–87.
4. Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцехівський В.М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2001. – С. 63.
5. Лисовицкий В.Н. Государственные программы финансирования медицинского обслуживания // Журнал дерматологии и венерологии. – 2000. – №2(10). – С. 48–50.
6. Підгорна Л.М. Медичне страхування та реформування охорони здоров'я // Стратегія реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України на засадах медичного страхування: Зб. наук. праць за матеріалами наук.-практ. конф. (25–26 грудня 2001р.). – Ірпін, 2001. – С. 171.
7. Решетников А.В., Ефименко С.А., Астафьев Л.М. Методика проведения медико-социологических исследований. – М., 2003. – 91с.
8. Ціборовський О.М., Галієнко Л.І. Основні тенденції реформування систем медичної допомоги в економічно розвинених зарубіжних країнах // Проблеми медицини. – 2000. – №1–2. – С. 60–71.
9. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей: Пер. с нем. / Ахим Бююль, Петер Ефель. – СПб: ООО «ДиаСофтЮП», 2005. – 608 с.
10. Pavlova M., Groot W., Van Merode G. Public attitude towards patients in Bulgarian public health care sector: results of a household survey // Health Policy. – 2002. – №59. – P. 1–24.

ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОЛИКЛИНИК Г. КИЕВА К ФИНАНСОВЫМ ОТНОШЕНИЯМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О.С. Черняк (Киев)

Приведены данные медико-социологического исследования среди пациентов государственных поликлиник г. Киева по определению групп населения, наиболее мотивированных на поддержку развития здравоохранения с привлечением личных средств.

THE ATTITUDE OF PATIENTS OF THE STATE POLYCLINICS OF CITY OF KIEV TO FINANCING SPHERE OF PUBLIC HEALTH

O.S. Chernjak (Kyiv)

Data of medico-sociological research among patients of the state polyclinics of city of Kiev by definition of groups of the population most motivated on support of development of public health with attraction of personal means are brought.

УДК 616.33/.34:616-082:711.454

О.І. СТАРОДУБЦЕВ (Кривий Ріг)

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГОСТРИМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ У ВЕЛИКОМУ ПРОМИСЛОВОМУ МІСТІ

Міська лікарня №16 м. Кривого Рогу

XX з'їзд хірургів України у своєму рішенні визначив, що пацієнтам з ускладненою виразковою хворобою, в т.ч. кровотечею, показано оперативне лікування. При цьому вибір операції має ґрунтуватися на оцінці характеру ускладнення, локалізації виразки, ступеня ризику операції та її наслідків з переважним використанням органозберігаючих операцій. З'їзд указав на те, що в лікуванні виразки, ускладненої гострою кровотечею, слід широко використовувати ендоскопічний гемостаз з наступним виконанням оперативного втручання [1].

Мета роботи – вивчити досвід організації медичної допомоги пацієнтам з гострими шлунково-кишковими кровотечами у великому промисловому місті.

Метод, який використано під час виконання роботи, – статистичний. Аналізу підлягали звіти міського центру з лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами в динаміці 1999–2005 рр.

Результати та їх обговорення. Наказом по міському відділу охорони здоров'я м. Кривого Рогу від 23.05.1991 р. №281 на базі міської лікарні №16 створено міський центр з лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кро-

вотечами (ГШКК). Метою створення центру стало забезпечення кваліфікованої профілактичної, діагностичної та лікувальної допомоги населенню міста та прилеглих сільських районів з гострими шлунково-кишковими кровотечами.

Згідно з вказаним наказом основними завданнями центру визначені:

1. Проведення консультативного прийому у поліклінічному відділенні міського центру захворювань системи травлення хворих за направленнями з усіх лікувально-профілактичних закладів міста та прилеглих сільських районів.

2. Надання цілодобової висококваліфікованої стаціонарної термінової хірургічної допомоги пацієнтам з гострими шлунково-кишковими кровотечами.

3. Надання високоспеціалізованої планової хірургічної допомоги населенню міста та прилеглих сільських районів при захворюваннях шлунка та дванадцятипалої кишки з ускладненою течією та з хворобами оперованого шлунка.

4. Надання лікувально-профілактичним закладам міста організаційно-методичної та консультативної допомоги щодо організації профілактики, діагностики та надання невідкладної допомоги пацієнтам з шлунково-кишковими кровотечами.

Таблиця 1. Показники надання медичної допомоги пацієнтам з гострими шлунково-кишковими кровотечами в динаміці семи років (1999–2005 рр.)

| Показник | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|
| Усього пацієнтів з ГШКК | 879 | 766 | 894 | 734 | 734 | 818 | 789 |
| ГШКК не виразкової етіології | 444 | 299 | 334 | 285 | 289 | 352 | 366 |
| ГШКК виразкової етіології | 435 | 467 | 560 | 449 | 445 | 466 | 423 |
| Оперовано на висоті кровотечі | 36 | 34 | 58 | 44 | 38 | 28 | 28 |
| Оперативна активність | 8,3 | 7,2 | 10,3 | 9,72 | 8,5 | 6,0 | 6,6 |
| Померло прооперованих пацієнтів | 4 | - | 3 | - | 1 | 1 | 2 |
| Післяопераційна летальність | 11,1 | - | 5,1 | - | 2,6 | 3,6 | 7,14 |
| Прооперовано у відстроченому порядку | 4 | 5 | 8 | 1 | 3 | 2 | 3 |
| Із них померло | - | - | - | - | - | - | - |
| Проліковано консервативно пацієнтів з ГШКК | 395 | 428 | 494 | 404 | 404 | 436 | 395 |
| Із них померло | 1 | 3 | 1 | 1 | - | 1 | 1 |
| Летальність при консервативній терапії | 0,25 | 0,69 | 0,24 | 0,24 | - | 0,22 | 0,25 |
| Усього померло | 5 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| Загальна летальність | 1,14 | 0,64 | 1,07 | 0,22 | 0,22 | 0,43 | 0,7 |

5. Впровадження новітніх технологій та ендоскопічних малоінвазивних форм надання медичної допомоги з профілактики та комплексного лікування пацієнтів при ГШКК.

Для ефективної організації діяльності центру розроблено та затверджено порядок скерування до нього пацієнтів. Центр укомплектовано необхідним діагностичним та лікувальним устаткуванням, медичні працівники пройшли необхідну підготовку.

У таблиці 1 наводимо деякі результати надання допомоги в стаціонарному відділенні пацієнтам із ГШКК у динаміці семи років (1999–2005 рр.).

Із таблиці 1 видно високу ефективність діяльності стаціонарного відділення міського центру ГШКК.

Наступним кроком дослідження було вивчення діяльності кабінету ендоскопічного гемостазу при ГШКК (табл. 2).

Таблиця 2. Показники проведення ендоскопічного гемостазу при ГШКК у динаміці 1999–2005 рр.

| Показник | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1. МEB по Тейлору | 122 | 57 | 45 | 31 | 90 | 63 | 49 |
| 1.1. Екстрена | 42 | 12 | 1 | - | 17 | - | - |
| 1.2. Планова | 80 | 45 | 44 | 31 | 73 | 63 | 49 |
| 2. МEB по Тейлору зі склерозуванням | 3 | 30 | 72 | 64 | 35 | 15 | 19 |
| 2.1. Екстрена | 3 | 22 | 43 | 25 | 16 | 3 | 18 |
| 2.2. Планова | - | 8 | 29 | 39 | 19 | 12 | 1 |
| 3. Склерозування дна виразки | 4 | 10 | 45 | 27 | 72 | 110 | 101 |
| 3.1. Екстрена | 3 | 9 | 40 | 20 | 54 | 70 | 59 |
| 3.2. Планова | 1 | 1 | 5 | 7 | 18 | 40 | 42 |

Наведені в таблиці 2 дані вказують на значний обсяг медичної допомоги, який надається кабінетом ендоскопічного гемостазу, особливо планових втручань при ускладненнях виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки.

Висновки

Організація міського центру з лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кровоте-

чами є перспективним організаційним заходом з удосконалення екстреної та планової, в т.ч. профілактичної, допомоги пацієнтам з ускладненнями виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки.

Список літератури

1. Рішення XX з'їзду хірургів України / Клінічна хірургія. – 2003. – №9. – С. 10–15.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В БОЛЬШОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

О.И. Стародубцев(Кривой Рог)

Приведены некоторые аспекты опыта организации медицинской помощи пациентам с острыми желудочно-кишечными кровотечениями в Кривом Роге.

SOME QUESTION OF THE ORGANIZATION OF MEDICAL AID OF PATIENTS WITH A ACUTE GASTROENTERIC BLEEDING IN THE BIG INDUSTRIAL CITY

O.I. Starodubtsev(Krivoi Rog)

Some aspection of experiemence of the organization of medical aid to patients with a acute gastroenteric bleeding in Krivoi Rog are brought.

УДК

А. О. ГОЛЯЧЕНКО, В. С. КИЛИВНИК (Тернопіль, Немирів)

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Тернопільський медичний університет ім. І.Я.Горбачевського
ЗАТ "Медичний центр "Авангард"

Вступ. Актуальною стала потреба підняття якості медичної допомоги [3,6,7,8]. Рівною мірою це стосується медичної реабілітації [1,4,5,10,11]. Існуючі дотепер засади і методи контролю якості не відповідають потребам сьогодення [6,11]. Крім того, висока якість медичної допомоги, в т.ч. медичної реабілітації, має бути досягнута за оптимальної вартості [5,9].

Мета. Розробити і впровадити модель управління якістю медичної реабілітації.

Матеріал і методи. Вивчено і узагальнено передовий досвід управління якістю медичної реабілітації в лікувальних і санаторних закладах Тернопільської і Вінницької областей.

Результати дослідження та їхнє обговорення. Проблема якості є пріоритетною глобальною проблемою розвитку здоров'я. В процесі дослідження нами розроблена модель загального управління якістю, яка враховує управління маркетинговою діяльністю, управління фінансово-економічною діяльністю, управління ресурсами, процесами управління персоналом, управління якістю процесів (рис. 1)

Управління якістю ґрунтується на статистичних методах управління якістю, експертній оцінці якості і мотивації за якість.

Необхідна документація враховує процес медичної реабілітації пацієнтів за розділами: діаг-

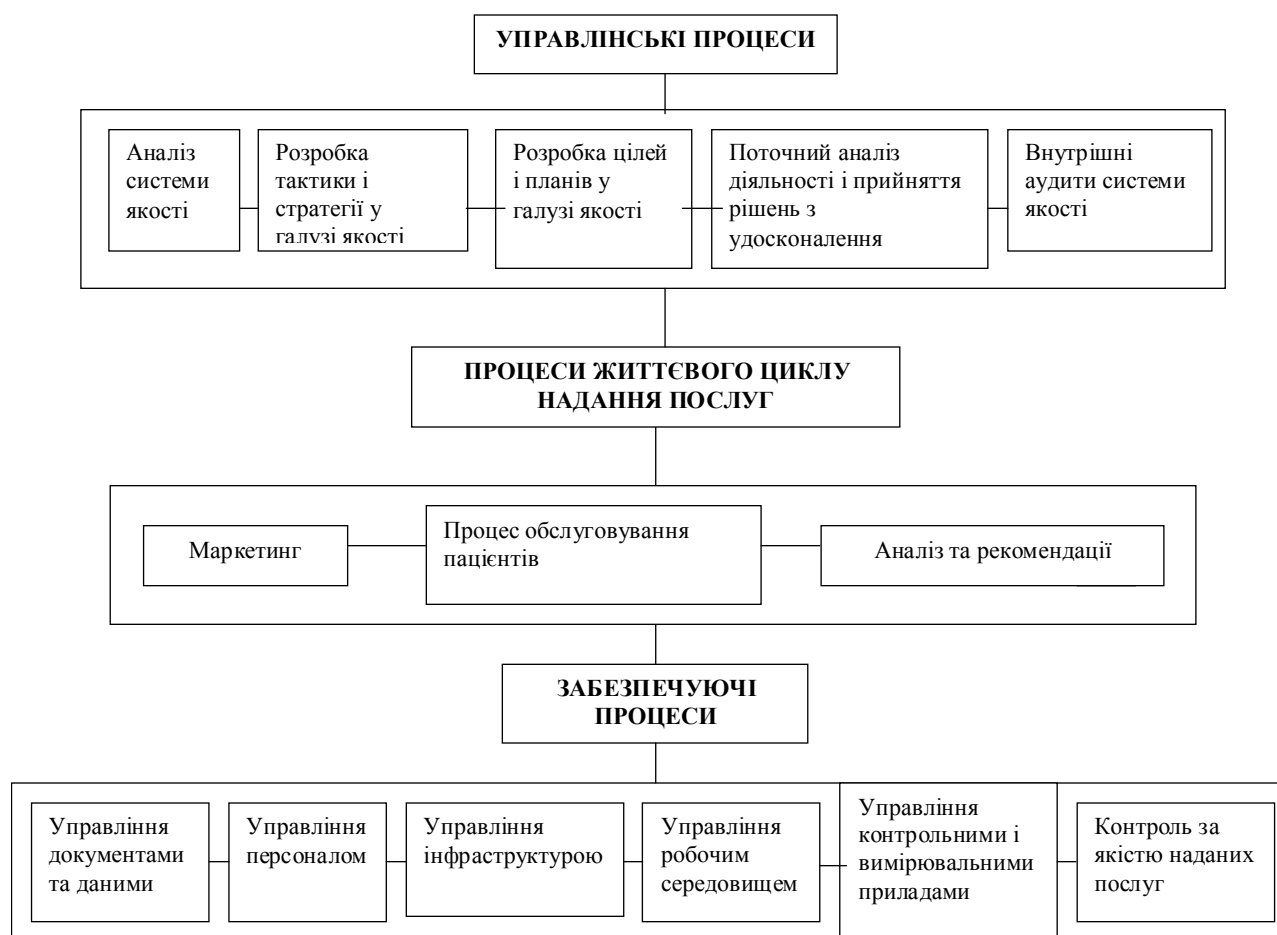


Рис. 1. Система управління якістю медичної реабілітації

ностика, лікування, реабілітація, побут, харчування та дозвілля.

Для забезпечення прямого регулювання параметрами якості при наданні послуг, удосконалення механізму управління якістю та мотивації за якість визначені основні напрямки діяльності:

- навчання і підвищення кваліфікації кадрів;
- впровадження комп'ютерних технологій в діагностиці та лікуванні;
- виявлення та усунення невідповідностей за напрямками процесу медичної реабілітації пацієнтів;
- мотивація за якість згідно результатів експертних оцінок;
- метрологічне забезпечення якості;
- сертифікація та ліцензування різних видів послуг;
- забезпечення практичної діяльності груп якості, фокус-груп;
- участь у конкурсах з якості;
- попереджувальні та корегуючі дії;
- вдосконалення процесів;

- технагляд та аудит системи менеджменту якості;

- забезпечення вимог охорони праці та екології.

Механізм управління якістю передбачає мотивацію за якість згідно затвердженої інструкції, в якій щорічно встановлюється мотивація за виявлення та усунення невідповідностей, мотивація, за результатами експертних оцінок, результативності роботи лікарів та відділень.

Важливим в роботі щодо впровадження системи менеджменту якості є люди. Основний капітал – це персонал. Усі працівники мають розуміти і приймати участь в реалізації цілей і завдань якості.

Зацікавленість працівників має бути не тільки фінансова, але й моральна, виховується почуття особистої відповідальності за якість. Персонал має пишатись тим, що працює заради високої мети оздоровлення хворої людини.

Має діяти функціональний менеджмент економічного управління якістю роботи медичних працівників. Для цього кожен з працівників керуючої підсистеми повинен:

| Знати | Уміти |
|---|--|
| 1. Систему економічних законів розвитку суспільства, форми їх прояву і механізми використання. | 1. Організувати і вести поточну планово-економічну роботу в медичному закладі. |
| 2. Законодавчі акти Верховної Ради, постанови Уряду України, які регулюють економічні процеси управління. | 2. Вивчати ринок, формувати ціннісні орієнтири, місію, цілі, обґрунтовувати стратегію, прогнозувати і планувати соціально-економічну діяльність. |
| 3. Основи створення цілісних систем, комплексного підходу до вивчення техніко-організаційних, екологічних, соціально-економічних процесів. | 3. Розробити механізм надання послуг відповідно до вимог якості. |
| 4. Принципи і прийоми техніко-економічного планування та управління. | 4. Обґрунтувати планові та корегуючі управлінські рішення. |
| 5. Методики і методичні підходи до надання послуг функціонально-забезпечувальних систем і підсистем. | 5. Обґрунтовувати варіанти управлінських рішень стосовно технічної, організаційної і економічної підсистеми та системи в цілому. |
| 6. Методики проведення техніко-економічного аналізу виробничо-господарської діяльності, діагностики системи і підсистеми управління якістю. | 6. Створювати і розвивати механізм організаційної структури, формувати матриці компетентності та робочі інструкції, забезпечувати економічне функціонування системи управління якістю, формувати імідж системи управління якістю. |
| 7. Економіку і організацію надання послуг, основи менеджменту, маркетингу. Основи організації обліково-аналітичного механізму. Основи формування і розвитку трудового колективу, комп'ютерну техніку, механізм правового забезпечення функціонуючих систем. | 7. Впроваджувати нововведення. Використовувати в професійній діяльності комп'ютерну техніку. Використовувати статистичні методи, використовувати інформаційні технології, інтернет. Володіти раціональними прийомами пошуку і використання наукової інформації. Проводити ліцензування. Оцінювати вартість послуг. |
| 8. Систему стимулювання персоналу. Систему мотивації персоналу за якість. | 8. Розробляти механізм стимулювання персоналу. Розробляти і практично впроваджувати мотивацію персоналу за якість. |
| 9. Систему інформаційного забезпечення. | 9. Обґрунтовувати перспективу поведінки організаційної системи. |
| 10. Організацію патентно-ліцензійної справи. | 10. Впроваджувати наукові досягнення і передовий досвід. |

Висновок. Система медичної реабілітації має забезпечити не лише обсяг, а й якість відповідних послуг. Управління якістю має ґрунтуватись на статистичних методах, експертних оцінках, мотивації за якість, високопрофесійному функціональному менеджменті працівників керуючої підсистеми.

Література

1. Бабов К.Д., Литвиненко А.Г., Дмитриева Г.А. Итоги и перспективы функционирования реабилитационной медицины в Украине // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. –2002. - №1.- С.7-9
2. Вороненко Ю.В., Мінцер О.П. Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині. - К., 2003.-208 с.
3. Лехан В.М., Іпатов А.В., Гук А.П., Зюков О.Л. Якість життя в медичних дослідженнях (огляд літератури) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. - № 1. – С.57-62
4. Лисенюк В.П., Самосюк І.З., Кожанова А.К. Сучасні стандарти та критерії у реабілітаційній медицині // Мед. реабілітація, курортология, физиотерапия. -2000.- № 2.-С.48-51
5. Лобода М.В., Москаленко В.Ф., Бабов К.Д. Состояние и перспективы развития медицинской реабилитации в Украине в современных социально-экономических условиях // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. –2000.- № 1.- С.3-6
6. Москаленко В.Ф., Слабкий Г.О., Весельський В.П., Галієнко Л.І. Організація медико-соціальної допомоги // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. - № 3. – С.70-75
7. Степаненко А.В. Система забезпечення якості медичної допомоги населенню України та наукове обґрунтування її реалізації / Автореферат дис. докт. мед. наук.- К.,2001.- 35 с.
8. Bloom B. The future of public health // Nature. – 1999. – Vol. 402, N 6761. – P.63-64.
9. Farkas M., Anthony W. Psychiatric Rehabilitation Programs. Putting Theory into Practice.-Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1989.-258 p.
10. Flax H.S. Ethics in rehabilitation medicine // IRMA, VIII.-Bologna, Italy: Monduzzi Ed., 1997.-P.5-10
11. Granger E.C.V., Gresham G.E. Functional assessment in rehabilitation medicine. - Baltimore, 1984. –15 p.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

А.А. Голяченко, В. С. Киливник (Тернополь, Немиров)

Приводится функциональная модель управления качеством медицинской реабилитации.

PROVIDING BY QUALITY OF MEDICAL REHABILITATION

A.Holyachenko, V.Kilivnik (Ternopil, Nemirov)

A functional management model of quality of medical rehabilitation frame over is brought.

О.В.ОЛЕКСІЄНКО

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКІЙ МОЛОДІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА РІВНІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Погребищенська центральна районна лікарня Вінницької області

Вступ. Хвороби системи кровообігу залишаються проблемою №1 охорони здоров'я. В Україні вони обіймають перше місце в структурі смертності, поширеності хвороб та інвалідності (5, 9, 10, 12, 13, 14).

Вирішення проблеми серцево-судинних хвороб тісно пов'язується із реформуванням охорони здоров'я в країні, центральним моментом якого є становлення сімейної медицини. На сімейного лікаря покладаються сподівання на раннє виявлення факторів ризику і початкових стадій артеріальної гіпертензії, що створить передумови для ефективного її лікування і оздоровлення населення (2, 4, 6, 8, 17, 18).

Мета. Вивчити організацію медичної допомоги сільській молоді, що хвора на приграничну гіпертензію і гіпертонічну хворобу, на рівні сімейного лікаря.

Матеріал і методи. Вивчення охопило усі вищі навчальні заклади I-II рівнів акредитації Вінницької області, в яких навчається більше 20 тис. сільських юнаків і дівчат.

Результати дослідження та їхнє обговорення. Допомога на рівні сімейного лікаря є основною. Її першим і найважливішим етапом були профілактичні огляди студентів. Вони здійснювались двома шляхами: перший полягав у проведенні огляду під час звертальності студента за медичною допомогою; другий – у проведенні планових комплексних оглядів, які здійснюються щороку на початку навчального року, у вересні-місяці.

Для підвищення ефективності планових профілактичних оглядів проводиться цілеспрямований відбір тих, кому показане поглиблене обстеження. Це здійснюється за допомогою розробленої системи прогнозування приграничної гіпертонії і гіпертонічної хвороби. Огляди проводяться в чотири етапи.

На першому етапі перед початком огляду кожен із студентів заповнює "Робочу карту прогнозування приграничної гіпертонії і гіпертонічної хвороби". Її обробка ведеться на комп'ютері і за 5 хвилин дається результат, а саме увесь потік

відвідувачів ділиться на 2 частини – здорових, які не потребують подальшого обстеження і тих, хто потребує цих обстежень.

На другому етапі усім особам, що потребують подальшого огляду, вимірюється кров'яний тиск і заповнюється прогностична карта двох зразків – для тих, у кого виявлено підвищений кров'яний тиск і тих, у кого він в нормі. Основне призначення другого етапу – отримання вичерпних даних про фактори ризику і відбір осіб для поглибленого огляду, який здійснює сімейний лікар, а при потребі кардіолог центральної районної лікарні. Обробка прогностичних карт також проводиться на комп'ютері. Ступінь ризику гіпертонічної хвороби проставляється в медичній карті амбулаторного хворого, куди додається прогностична карта.

Третій етап – поглиблений огляд сімейним (дільничим) лікарем і при потребі кардіологом ЦРЛ. Огляд носить індивідуальний характер. Основне призначення цього етапу – встановлення діагнозу і формування груп диспансерного спостереження.

Четвертий етап – корекція факторів ризику і здійснення лікувально-оздоровчих заходів.

На всіх хворих приграничною гіпертензією і гіпертонічною хворобою заповнюється амбулаторна картка (ф. 025/0), контрольна карта диспансерного спостереження (ф. 030/0) і карта обліку диспансеризації (ф. 131/0). Кожного року сімейний лікар заповнює в амбулаторній карті етапний епікриз. В ньому відмічається стан хворого, число днів тимчасової непрацездатності, якщо вони мали місце, характеристики амбулаторного і стаціонарного лікування. Амбулаторне обстеження і лікування вимагає такі обов'язкові елементи, як вимірювання кров'яного тиску, аналізи крові і сечі, визначення протромбіну в крові, електрокардіографію, рентгенографію органів грудної порожнини, антигіпотензивне лікування

Аналіз медичної допомоги, наданої на первинному рівні, дав такі результати. В середньому за 2002-2004 рр. до сімейного (дільничого)

лікаря було здійснено 2,4 відвідування пересічно на кожного хворого із приграничної гіпертонією і гіпертонічною хворобою. При цьому 43,0% хворих відвідали лікаря 1 раз на рік, 22,0% - 2 рази, 14,5% - 3 рази, 17% - 4 і більше раз, а 3,5% не відвідали жодного разу. Пересічно на одного хворого припадало 1,5 дня втрати працездатності. Хворі із помірною і більш тяжкою стадією

гіпертонічної хвороби проходили стаціонарне лікування на другому етапі – в центральній районній лікарні.

Профілактичний огляд потребує серйозних часових затрат і супроводжується складнощами організаційного і психологічного гатунку, які призводять до того, що їх не завжди регулярно відвідують або зовсім не відвідують (табл. 1).

Таблиця 1. Причини нерегулярних відвідин профілактичних оглядів або неявок на них

| Причини | % |
|--|----------|
| Завантаженість навчанням і роботою | 25,5±3,4 |
| Шкода гаяти час | 12,5±2,2 |
| Надія, що все обійдеться | 12,2±2,2 |
| Завантаження домашніми справами | 12,0±2,1 |
| Самі знаємо про стан власного здоров'я | 8,5±1,9 |
| Далеко добиратись до медзакладу | 7,6±1,7 |
| Візит викликає неприємні спомини | 4,5±2,1 |
| Не вірять в ефективність оглядів | 2,5±0,8 |
| Інші причини | 13,7±2,4 |

Як видно із табл. 1, майже 40% студентів не відвідують регулярно профілактичні огляди або зовсім не з'являються на них через завантаженість навчанням або домашньою та іншою роботою. До інших вагомих причин, які обіймають більше 10% в загальній структурі, відносяться переконання студента, що він згаїть дорогий час, що все обійдеться само собою. Таким чином на ці чотири причини припадає майже дві третини усіх проблем, пов'язаних із проведенням профілактичних оглядів.

Менше половини оглянутих, у яких було виявлено підвищений артеріальний тиск, були

відразу прийняті сімейним (дільничим) лікарем, у половини хворих цей прийом відбувся лише в наступні дні, а 4,5±1,4% хворих (майже кожен двадцять п'ятий) до свого сімейного лікаря так і не потрапив. Спостерігались складнощі і в консультуванні іншими спеціалістами, зокрема у третини оглянутих – у стоматолога.

Кожен четвертий студент, який був оглянутий із виявленням у нього підвищеного артеріального тиску, залишився незадоволений роботою сімейного (дільничого) лікаря (табл. 3).

Таблиця 2. Можливості отримання консультацій у сімейного (дільничого) лікаря та лікарів-спеціалістів після проходження попередніх досліджень за програмою профілактичного огляду (%)

| Показники | Чоловіки | Жінки | Разом |
|---|----------|----------|----------|
| Були прийняті відразу сімейним (дільничим) лікарем | 51,5±3,5 | 42,4±3,5 | 45,5±3,4 |
| Прийом у сімейного лікаря відбувся у наступні дні | 44,1±3,5 | 53,0±3,5 | 50,0±3,4 |
| Прийом у сімейного (дільничого) лікаря не відбувся, мали складнощі: | 4,4±1,5 | 4,6±1,5 | 4,5±1,4 |
| потрапити на прийом до офтальмолога | 7,4±1,9 | 4,5±1,5 | 5,5±1,6 |
| потрапити на прийом до невролога | 8,8±2,0 | 6,1±1,7 | 7,5±1,8 |
| потрапити на прийом до стоматолога | 38,2±3,4 | 31,1±3,3 | 33,5±3,2 |

Таблиця 3. Структура недоліків в роботі сімейних (дільничих) лікарів (за даними опитування студентів, %)

| Характер недоліків | % |
|------------------------------------|---------|
| Недостатньо уважний | 8,0±1,9 |
| Невисокий рівень медичної допомоги | 6,5±1,7 |
| Нетактовний | 5,0±1,5 |
| Відсутній на робочому місці | 1,0±0,6 |
| Метушливий | 0,5±0,4 |
| Любить подарунки | 0,5±0,4 |

21,5% опитаних студентів вказали на недоліки, які, на їхню думку, властиві сімейним (дільничим) лікарям (табл. 3). Як видно із табл. 3, основним із них є три – недостатня увага, яка приділяється пацієнтам, невисокий рівень медичної допомоги і безтактність. Крім того, третина опитаних (32,5±3,7%) незадоволені роботою допоміжних служб, (10,0±2,1%) – роботою рентгенівського кабінету, 13,5±2,4% відмічають великі черги та грубість співробітників реєстратури.

Очевидно, ці недоліки та інші причини зумовили неповне виконання приписів сімейного лікаря (табл. 4).

Виконували приписи сімейного (дільничого) лікаря три четверти студентів із підвищеним артеріальним тиском.

Стосовно подальшого диспансерного нагляду, то результати були ще гіршими. Трішки більше половини студентів із підвищеним артеріальним тиском вважають, що диспансерне спостереження потрібне (табл. 5).

Таблиця 4. Виконання приписів сімейного лікаря після профілактичного огляду (%)

| Рекомендації | Чоловіки | Жінки | Разом |
|--------------|----------|----------|----------|
| Виконували | 82,3±2,7 | 74,2±3,1 | 77,0±3,0 |
| Невиконували | 16,2±2,6 | 17,4±2,7 | 17,0±2,6 |
| Не відповіли | 1,5±0,9 | 8,4±2,0 | 6,0±1,7 |
| Разом | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Таблиця 5. Думка студентів стосовно потреби в подальшому лікарському диспансерному нагляді (%)

| Потреба в подальшому диспансерному нагляді | Чоловіки | Жінки | Разом |
|--|----------|----------|----------|
| Потрібна | 61,8±3,6 | 52,3±3,5 | 55,5±3,5 |
| Не потрібна | 35,3±3,4 | 42,4±3,5 | 40,0±3,5 |
| Не знають | 2,9±1,2 | 5,3±1,6 | 4,5±1,5 |
| Разом | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Висновок.

Наведені вище дані свідчать про наявність серйозних проблем у здійсненні профілактичних заходів щодо артеріальної гіпертензії у молодих

людей, сільських студентів із Вінницької області, на рівні “пацієнт – сімейний (дільничий) лікар”. Основну суть цих проблем, на нашу думку, визначають питання лікарської етики та деонтології.

Література

1. *Алма-Атинская* конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВОЗ.- 1980.- Т. 33.- №3.- С. 123-146.
2. *Головчанська С.Є., Бесполоудіна Г.В., Жила А.В.* Організація медичної допомоги сільському населенню та умови її удосконалення згідно з результатами соціологічного дослідження (на прикладі Луганської області) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.-2004.-№4.-С.62-67
3. *Голяченко А.М.* Сельская врачебная амбулатория.-К.: Здоровье, 1985.-160с.
4. *Заремба Є.Х., Топілко О.Й.* Шляхи оптимізації профілактики серцево-судинних захворювань в роботі сімейного лікаря // Сімейна медицина.-2004.-№4.-С.40-41.
5. *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.
6. *Концепція розвитку сімейної медицини в Україні* // Матеріали I з'їзду сімейних лікарів. Львів, 7-9 лист., 2001 р. – К.-Л., 2001. – С. 4-11
7. *Кузько Н.В., Кузько Ю.Н., Кузько И.Н.* Диагностика, лечение и профилактика гипертонической болезни на врачебном участке. - К.:«Здоров'я», 2004.-406с.
8. *Матеріали Першого Українського з'їзду сімейних лікарів.* – Київ – Львів: Факт, 2001. – 243 с.
9. *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.
10. *Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи* / За заг. ред. проф. В.М.Пономаренка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 310 с.
11. *Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Галієнко Л.І.* Розвиток сімейної медицини в Україні: стан, здобутки, перспективи (дані дворічного моніторингу впровадження сімейної медицини у систему охорони здоров'я України) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. - № 3. – С 5-12
12. *Смірнова І.П.* Національна програма профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Клінічна фармакологія, фізіологія, біохімія. – 1996.- №2. – С.6-9
13. *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я* / За заг. ред. Вороненка Ю.В., Москаленка В.Ф. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

14. *Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я України* / В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
15. *Duanc M., Green L.A., Dovey S., Lai S., Graham R., Feyer G.E.* Length and content of family practice residency training / *J. Am. Board Fam. Pract.*-2002.-vol.15,№3.-p.201-208.
16. *The future of family practice. Implications of the changing environment if medicine.* Council on Long Range Planning and Development in cooperation with the American Academy of Family Physicians. // *LAMA* – 1998. - vol.260, №9.- p.1272-1279
17. *Vanselow N.I.* Primary care and the specialast // *LAMA.* - 1998. - vol.279, №17 – p.1394-1395
18. *Wright R.A.* Community-oriented primary health care: The cornerstone of health care reform // *J. Am. Med. Assc.* – 1993. - vol.269, № 19. – p.2544-2547

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОЙ МОЛОДЕЖИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА УРОВНЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.

О.В.Олексиенко

Освещен опыт медицинского обслуживания семейным врачом сельской молодежи, страдающей артериальной гипертензией.

ORGANIZATION OF MEDICAL AID FOR YOUNG VILLAGERS WHO HAVE ARTERIAL HYPERTENZION ON THE LEVEL OF FAMILY DOCTOR.

O. Olexiyenko

Experience of medical service of young villagers, who have arterial hypertenzion on the level of family doctor is determined.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 312.6:616-053.9:001.8

*Г.О. СЛАБКИЙ, В.Л. ВЕСЕЛЬСЬКИЙ, Г.В. КУРЧАТОВ, Г.М. МОСКАЛЕЦЬ,
Н.М. ЛЕЩУК (Київ)*

МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕЗУЛЬТАТІВ МОНІТОРИНГУ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ТА ВИКОНАННЯ ЗАХОДІВ ЩОДО ЙОГО ЗБЕРЕЖЕННЯ В СТАРОСТІ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Проблеми здоров'я людей в умовах соціально-економічних перетворень у нашій країні є одними з найбільш складних і актуальних. У процесі реформування галузі охорони здоров'я особлива увага надається питанням об'єктивної оцінки стану здоров'я населення України.

В Українському інституті громадського здоров'я (УІГЗ) здійснюється одночасно щорічний моніторинг здоров'я населення за двома основними напрямками з аналізом динаміки змін відповідних показників. Перший з цих напрямків стосується моніторингу показників стану здоров'я як усього населення країни, так і окремих його груп, у т. ч. населення непрацездатного віку, за даними Центру медичної статистики МОЗ України [4;5;8;9;12]. Статистичні дані дають змогу проводити аналіз стану здоров'я всього населення, окремих його груп, а також за класами хвороб МКХ-10, найбільш вагомим нозологічним одиниць, регіональних відмінностей відповідних показників.

Демографічна ситуація, що склалася в Україні, зокрема, зростання чисельності людей похилого віку, призводить до поступового збільшення серед населення питомої ваги людей з комплексною хронічною патологією, зниженими фізичними можливостями і високим ступенем залежності від суспільної підтримки [3;17]. Тому цілком природним є включення у Міжгалузеву комплексну програму "Здоров'я нації" (далі Програма) на 2002–2011 рр. окремого VI розділу завдань з реалізації в Україні стратегії "Збереження здоров'я в старості" для забезпечення пріоритетності у наданні медичної та соціальної допомоги людям похилого віку, моніторинг виконання яких теж здійснюється співробітниками УІГЗ [2;7].

Мета роботи – розробити методологічні та методичні підходи до узагальнення даних моніторингу стану здоров'я населення непрацездатного віку, а також ступеня виконання завдань Про-

грами щодо збереження здоров'я в старості.

Матеріали та методи. Нами проаналізовано дві основні методологічно поєднані складові забезпечення здоров'я – статистичні дані щодо показників здоров'я (поширеність хвороб та захворюваність) населення непрацездатного віку за останній 5-річний період (2001–2006 рр.), а також матеріали звітів з 27 регіонів України та залучених до виконання розділу VI Програми міністерств та відомств. При цьому використовувались такі методи: статистичний, епідеміологічного та графічного аналізу.

Результати та їх обговорення. Особливості перебігу віко-залежної патології істотно впливають на показники захворюваності людей похилого віку. За даними офіційної статистики, зрушення у стані здоров'я населення непрацездатного віку носять різноспрямований характер [5;11].

У 2006 р. серед осіб непрацездатного віку вперше зареєстровано 5,5 млн випадків хвороб. Усього їх зареєстровано 29,1 млн (у 2005 р. – 28,6 млн). Їх рівень на 100 тис. населення становив відповідно 49644,4 та 261955,3. Оскільки серед осіб похилого віку більшість хвороб мають хронічний перебіг, для цього контингенту населення характерною є значна поширеність патології, рівень якої за останній 5-річний період (2001–2006 рр.) зріс на 22,4% і в 1,8 разу перевищував цей показник у осіб працездатного віку.

Аналіз динаміки змін показників статистичної звітності з 2001 р. свідчить про погіршення стану здоров'я населення непрацездатного віку в Україні. За цей період спостерігалось подальше зростання рівнів захворюваності і поширеності хвороб взагалі та за більшістю основних класів МКХ-10. При цьому показники захворюваності збільшились серед 13 класів хвороб МКХ-10, а поширеності хвороб – у 14 класах з 15, за якими ведеться моніторинг змін стану здоров'я населення та окремих його груп. Зокре-

ма, захворюваність на ендокринні хвороби зросла на 45,6%, хвороби крові й кровотворних органів – на 33,9%, сечостатевої системи – на 17,8%, хвороби ока та його придаткового апарату – на 15,3%, органів травлення – на 13,7%, вуха та соскоподібного відростка – на 12,6%, а в решті класів хвороб вона збільшилась у межах 2,2–10,9%. Водночас, практично не змінилась захворюваність на хвороби органів дихання (100,2%) та системи кровообігу (100,3%), від яких за їхніми обсягами найбільше потерпає населення похилого віку.

Поширеність хвороб серед населення літнього і старечого віку збільшилась порівняно з 2001 р. на 22,4%. Таке явище спостерігалось щодо всіх класів хвороб, за винятком деяких інфекційних та паразитарних, які зменшились за цей період на 8,7%. Найбільш помітні зміни у поширеності хвороб спостерігалась щодо таких класів хвороб: крові й кровотворних органів (+57,8%), сечостатевої системи (+32,7%), органів травлення (+30,7%), системи кровообігу (+27,5%), ендокринних хвороб (+26,7%). Збільшення показників інших класів хвороб відбувалося у межах 2,2–18,7%.

Порівняно з 2005 р. у 2006 р. більшість показників, які характеризують стан здоров'я населення непрацездатного віку, мали подальшу негативну тенденцію до збільшення. У ряді випадків ці зміни не мали суттєвого характеру, що дає надію на стабілізацію окремих показників здоров'я. Якщо поширеність хвороб у людей похилого віку за останній рік зросла на 2,7%, то захворюваність зменшилась за цей час на 0,7%. Статистичні дані свідчать, що поширеність хвороб за останній рік найбільше зросла серед класів хвороб крові й кровотворних органів (+6,7%), ендокринних хвороб (+6,3%). Водночас, цей показник зменшився щодо трьох класів: деяких інфекційних та паразитарних хвороб (-3,3%), хвороб органів дихання (-2,1%), травм та отруєнь (-1,9%).

За останній рік найбільше зростання показників захворюваності населення похилого віку спостерігалось на ендокринні хвороби (+8,5%), а також хвороби нервової системи (+4,9). Разом з тим за цей час відбулося зменшення рівнів показників серед 7 класів хвороб, з них найбільш суттєво – органів дихання (-4,9%), розладів психіки та поведінки (-3,3%), травм та отруєнь (-1,5%).

Серед найбільш поширених причин госпіталізації у шпиталі, за даними Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни, перше місце традиційно посіли хвороби системи кровообігу, а далі йдуть хвороби кістково-м'язової системи, органів травлення, дихання (разом 84,6%) [10].

У літньому й особливо в старечому віці значно змінюється структура захворюваності за рахунок збільшення числа хвороб, пов'язаних із прогресуванням хронічних патологічних процесів.

У 2006 р. структуру захворюваності значною мірою формували хвороби органів дихання (23,7%), системи кровообігу (20,8%), ока та його придаткового апарату (8,9%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (7,7%), травми та отруєння (7,5%), частка яких разом у структурі усіх вперше зареєстрованих хвороб становила 68,7%.

У структурі поширеності хвороб серед населення літнього та старечого віку п'ять домінуючих класів посіли хвороби системи кровообігу (52,4%), органів травлення (9,1%), дихання (8,2%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (6,2%), ока та його придаткового апарату (5,6%), на які разом припадало 81,5%.

Існують регіональні особливості віко-залежної патології (рис. 1;2).



Рис. 1. Регіональні особливості поширеності хвороб серед населення непрацездатного віку у 2006 р. (на 100 тис. відповідного населення)

У 2006 р. показники поширеності захворювань перевищували загальний рівень у країні серед восьми регіонів, з яких найвищі зареєстровано у містах Києві (429655,8), Севастополі (392203,4), а також у Харківській (301062,7), Черкаській (296066,5), Одеській (290177,8 на 100 тис. відповідного населення) областях. Поширеність хвороб була меншою за середньостатистичний показник у 18 регіонах (66,7%) України з 27. Найменші показники на 100 тис. відповідного населення були у Чернівецькій (202459,7), Рівненській (215450,4) областях та АР Крим (208173,3).

Регіональні особливості стосуються також і захворюваності населення непрацездатного віку, яка у 2006 р. була нижчою за загальноукраїнський показник у більшості регіонів – 17, проте його значення перевищувала у 10 регіонах (рис. 2).



Рис. 2. Регіональні особливості захворюваності населення непрацездатного віку у 2006 р. (на 100 тис. відповідного населення)

Найбільші рівні захворюваності осіб похилого віку відмічалися у м. Києві (83868,2), Львівській (70060,5), Харківській (66273,5), Івано-Франківській (62891,1), Закарпатській (62823,6 на 100 тис. відповідного населення) областях, найменші – у Луганській (31100,5), Житомирській (31961,5), Сумській (33018,1), Кіровоградській (33212,2), областях та АР Крим (34035,0).

З аналізу даних статистики за 2005–2006 рр. випливає, що найбільш проблемними регіонами України за рівнями загальної, а також первинної захворюваності населення непрацездатного віку є м. Київ та Харківська область.

Значні регіональні особливості виявлено не тільки щодо рівнів загальної та первинної захворюваності в Україні населення непрацездатного віку, а також захворювань, які посіли домінуючі позиції у їх структурах (рис. 3;4). На цих рисунках наведено по три регіони з найменшими і найбільшими показниками рівнів захворюваності та поширеності хвороб серед основних їх класів за даними 2006 р., від яких переважно потерпало населення похилого віку.

Звертають на себе увагу значні регіональні розбіжності у рівнях показників за класами хвороб. Порівняння регіонів за рівнями хвороб довело, що у випадку їх поширеності ця розбіжність становила від 2,7 разу між показниками м. Севастополя та Чернівецької області за класом хвороб системи кровообігу до 5,2 разу – між показниками м. Києва та Запорізької області за класом хвороб органів травлення (рис. 3).

При порівнянні статистичних даних захворюваності населення непрацездатного віку у різних регіонах України розбіжності у їх рівнях коливались від 2,7 разу між максимальним (м. Київ) та мінімальним (Сумська область) показниками щодо класу хвороб ока та його додаткового апарату

до 5,4 разу між показниками хвороб органів дихання, які були найбільшими у Львівській та найменшими у Луганській областях (рис. 4).

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

У зв'язку зі сталою тенденцією до демографічного постаріння населення України значними соціально-економічною та медичною проблемами є організація оптимальної системи надання медичної та соціальної допомоги людям похилого віку. Результати щорічного моніторингу виконання заходів Програми свідчать, що у регіонах країни діє розгалужена мережа різних за своєю організацією та відомчою підпорядкованістю закладів, які забезпечують медико-соціальну допомогу вразливим верствам населення.

Згідно з чинним законодавством, пріоритетність у наданні медичної допомоги ветеранам війни, праці, громадянам непрацездатного віку, інвалідам забезпечується на всіх рівнях системи охорони здоров'я: первинної медико-санітарної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах, спеціалізованої та вузькоспеціалізованої, висококваліфікованої допомоги у профільних лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ).

Для надання стаціонарної допомоги пільговому контингенту населення у загальній мережі територіальних ЛПЗ розгортаються ліжка для ветеранів та використовується існуючий ліжковий фонд госпіталів для ветеранів війни.

На початок 2006 р. стаціонарну медичну допомогу ветерани війни отримували в 30 регіональних госпіталях з ліжковим фондом 7207 ліжок та в 28 госпітальних відділеннях на 1585 ліжок у складі міських та обласних ЛПЗ. Забезпеченість цими ліжками становила 27,8 на 10 тис. відповідного контингенту населення.

Наразі в усіх регіонах України в територіальній мережі ЛПЗ функціонують профільні геріатричні відділення чи палати, а в амбулаторно-поліклінічних закладах – відповідні кабінети. Для їх кадрового забезпечення у 2006 р. підготовлено 75 лікарів зі спеціальності "Геріатрія". Питання геронтології входять до навчальних програм післядипломної підготовки спеціалістів лікувального профілю [15]. **Враховуючи особливості потреб осіб, що вийшли з працездатного віку, при територіальних центрах обслуговування пенсіонерів у 2006 р. функціонувало 277 відділень медико-соціальної реабілітації.**

В умовах демографічного постаріння населення значною соціальною проблемою є організація оптимальної системи патронажу самотніх

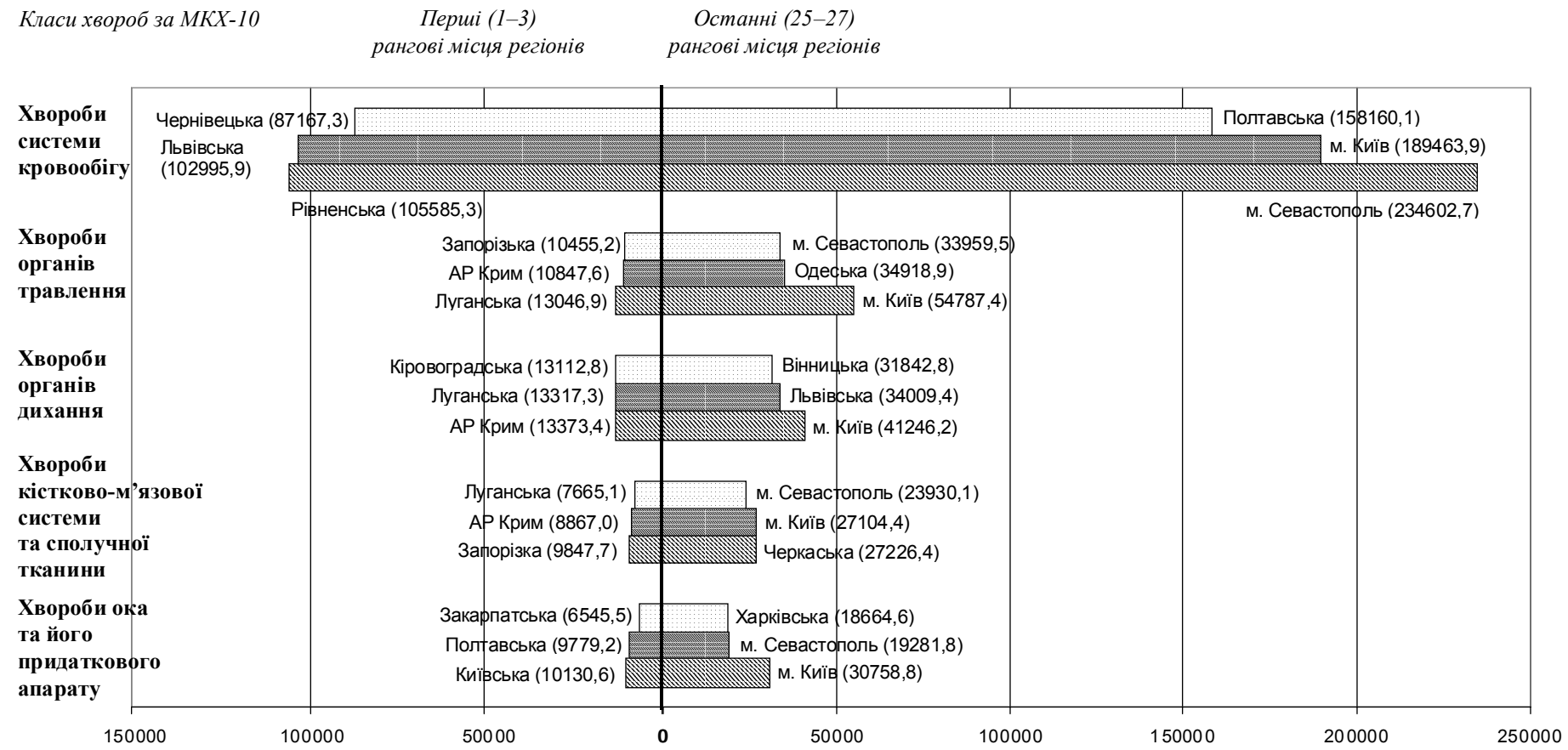


Рис. 3. Діапазон регіональних відмінностей у рівнях показників поширеності хвороб серед населення непрацездатного віку в 2006 р. за основними класами хвороб (на 100 тис. відповідного населення)

Класи хвороб за МКХ-10

Перші (1–3)
рангові місця регіонів

Останні (25–27)
рангові місця регіонів

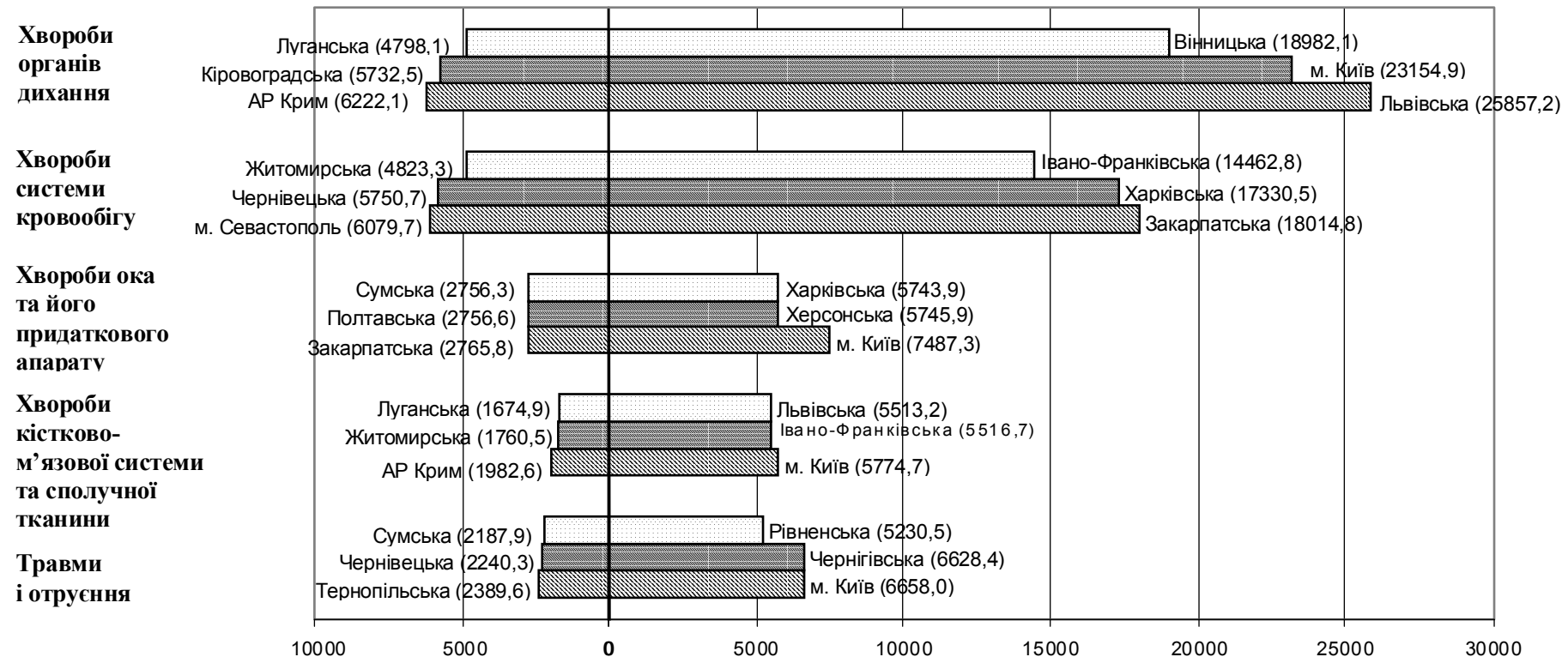


Рис. 4. Діапазон регіональних відмінностей у рівнях показників захворюваності населення непрацездатного віку в 2006 р. за основними класами хвороб (на 100 тис. відповідного населення)

немічних громадян. Вони за станом свого здоров'я неспроможні самостійно вирішувати свої побутові проблеми і потребують постійного догляду соціальних і медичних працівників [6; 14; 18]. У районах і містах організовано центри (відділення) соціального обслуговування вдома самотніх громадян непрацездатного віку.

Сьогодні в 12 регіонах України організовано лікарні соціального догляду, у 10 – лікарні Товариства Червоного Хреста (ТЧХ). У 15 регіонах надають паліативну допомогу тяжкохворим особам похилого віку 18 хоспісів на 520 ліжок, найпотужніші з яких знаходяться у Харківській, Херсонській областях та м. Києві.

Медичну та соціальну допомогу особам похилого віку надають медичні та соціальні працівники відповідних служб Міністерства охорони здоров'я, а також праці та соціальної політики, співробітники ТЧХ. Суттєву допомогу їм у забезпеченні потреб одиноких громадян похилого віку, особливо з тяжкими захворюваннями, здійснюють волонтери громадських організацій практично в усіх регіонах України.

Важливим розділом медико-соціальної допомоги вразливим верствам населення є медикаментозне забезпечення, яке регулюється державою через прийняття відповідних директивно-нормативних документів. Серед причин, що обмежують доступність широких верств населення лікарських засобів та виробів медичного призначення, одне з перших місць посідає їх вартість.

МОЗ України розроблено галузеву програму щодо створення мережі аптек для ветеранів війни, праці, пенсіонерів. Проводиться робота з розгортання мережі спеціалізованих аптек для поліпшення забезпечення незахищених верств населення дешевими ліками вітчизняного виробництва.

Враховуючи велику потребу у ліках осіб літнього та старечого віку з множинною патологією, у 2006 р. додатково до вже діючих відкрито 21 ветеранську аптеку, 44 профільні відділи у територіальній мережі фармацевтичних закладів, а також 45 спеціалізованих аптечних пунктів (переважно у сільській місцевості). Для задоволення функціональних потреб цього контингенту населення відкрито 35 нових пунктів прокату основних засобів догляду за тяжкохворими та інвалідами.

Дані моніторингу виконання Програми вказують на те, що з кожним роком продовжується робота з розширення мережі закладів соціального спрямування та сфери їх діяльності у межах виділених бюджетних асигнувань, проте в регіонах спостерігається брак цих коштів. За залишковим принципом фінансуються потреби у санаторно-курортному лікуванні, а також у ко-

ригуючих втручаннях (зубопротезуванні, ендопротезуванні суглобів), забезпеченні кардіостимуляторами, слуховими апаратами, штучними кришталиками тощо.

На думку провідних вітчизняних фахівців, для підвищення якості і доступності геріатричної допомоги необхідна спеціальна комплексна програма. Її основні заходи мають бути спрямовані на поліпшення стану здоров'я населення похилого віку, перегляд нормативів забезпечення його медичною і соціальною допомогою з урахуванням потреб, розширення інфраструктури служб і обсягів допомоги, підготовку висококваліфікованих кадрів, забезпечення чіткої координації, етапності і взаємозв'язку проведення медико-соціальних заходів [1; 16].

Загальна стратегія забезпечення здоров'я у старості, на наше переконання, повинна складатися з трьох основних взаємозалежних компонентів:

1) Заходи на індивідуальному (особистому) рівні. Якість життя літніх та старих людей залежить від комплексу чинників, що сприяють мотивації до здорового способу життя та реалізації програм первинної профілактики захворювань. До них передусім можна віднести відмову населення похилого віку від шкідливих звичок (тютюнокуріння, надмірного вживання алкоголю, транквілізаторів), дотримання вікових вимог гігієни харчування, фізичної активності, засвоєння навичок психологічного аутотренінгу для подолання стресових ситуацій, налагодження гармонійних стосунків зі своїм оточенням тощо.

2) Заходи з охорони здоров'я на галузевому рівні. До них належать: організація доступної якісної кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги (ранньої діагностики віко-залежних хвороб, лікування, медичної і соціальної реабілітації); забезпечення проведення планових скринінгових обстежень, профілактичних оглядів і диспансерного нагляду за особами похилого віку; підвищення кваліфікації медичних працівників з питань геронтології і геріатрії, медичної реабілітації, відновного лікування.

3) Заходи на державному та регіональному рівнях. До них насамперед належать: удосконалення існуючої нормативно-правової бази щодо забезпечення пріоритетності у наданні медико-соціальної допомоги законодавчо визначеним категоріям населення, наближення її до стандартів Євросоюзу; фінансування у повному обсязі соціальних, медико-оздоровчих програм з державного та місцевих бюджетів; підвищення виконавської дисципліни у реалізації завдань Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації", забезпечення контролю та підвищення персональної відповідальності за її реалізацією на практиці [13].

Висновки

1. Поширеність хвороб серед населення пенсійного віку є вищою, ніж серед населення працездатного віку, має найчастіше негативну динаміку щодо класів хвороб та окремих захворювань. Ці особливості необхідно враховувати при плануванні та організації медичної та медико-соціальної допомоги.

2. Оптимізація медико-соціальної допомоги населенню у віці, старшому за працездатний, потребує використання специфічних підходів у зв'язку з наявністю низки специфічних чинників. До основних з них можна віднести демографічні процеси постаріння населення України зі зростанням чисельності осіб віком, старшим за працездатний; особливості стану їхнього здоров'я, пов'язані зі зменшенням фізичних можливостей, зростанням захворюваності, полісистемним характером вікової патології тощо; збільшення з

віком потреби у медико-соціальній допомозі і, відповідно, навантаження на лікувально-профілактичні та соціальні заклади.

3. Потребують подальшого удосконалення механізми взаємодії відповідних регіональних служб різного підпорядкування (управлінь охорони здоров'я, соціального захисту населення), а також Товариства Червоного Хреста, різних фондів, громадських організацій, координації заходів при реалізації завдань державних та регіональних програм поліпшення якості життя соціально незахищених верств населення.

4. Загальна стратегія забезпечення здоров'я у старості повинна складатися з трьох основних взаємозалежних компонентів: заходи на індивідуальному (особистому) рівні, заходи з охорони здоров'я на галузевому рівні; заходи на державному та регіональному рівнях.

Список літератури

1. Безруков В.В., Вороненко Ю.В. Шляхи вдосконалення медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні // Пробл. старения и долголетия. – 2004. – Т. 13, №3. – С. 221–224.
2. Дудіна О.О., Медведовська Н.В., Москалець Г.М. та ін. Здоров'я різних верств населення. Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки. – К., 2006. – С. 35–46.
3. Корнацький В.М., Шевченко О.М., Манойленко Т.С. Проблеми охорони здоров'я та напрямки їх подолання в сучасних умовах України // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конференції "Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров'я в Україні: нові законодавчі ініціативи", м. Київ, 27 лютого 2004 р. – К., 2004. – С. 242–245.
4. Кульчицька Т.К., Грузєва Т.С., Пономаренко С.Д. Показники захворюваності осіб літнього віку // Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я (Щорічна доповідь. 2000 р.). – К., 2001. – С. 63–69.
5. Курчатова Г.В. Особливості динаміки захворюваності осіб літнього віку // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік. – К., 2006. – С. 46–48.
6. Мартиненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. – М.: Наука, 1999. – 240 с.
7. Моїсєєнко Р.О., Дудіна О.О., Пономаренко С.Д. та ін. Досвід виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки. – К., 2006. – С. 99–123.
8. Нагорна А.М., Кульчицька Т.К., Грузєва Т.С. Захворюваність населення старше працездатного віку // Охорона здоров'я України: результати діяльності (Щорічна доповідь, 1999 рік). – К., 2000. – С. 159–170.
9. Нагорна А.М., Кульчицька Т.К., Грузєва Т.С. Особливості захворюваності населення працездатного та непрацездатного віку // Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (Щорічна доповідь, 1998 рік). – К., 1999. – С. 173–198.
10. Основні показники медичного забезпечення ветеранів війни України (статистичні матеріали за 2004–2005 роки). – Циблі-1. – Укр. державний медико-соціальний центр ветеранів війни. – 2006. – 55 с.
11. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2006 р. – К.: Центр медичної статистики МОЗ України, 2007. – 720 с.
12. Пономаренко В.М., Весельський В.Л., Медведовська Н.В. та ін. Сучасний стан захворюваності осіб непрацездатного віку в Україні // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – №3. – С. 6–9.
13. Пономаренко В.М., Курчатова Г.В., Москалець Г.М. Шляхи оптимізації медико-соціальної допомоги населенню похилого і старечого віку в Україні // Пробл. старения и долголетия. – 2004. – Т. 13, №3. – С. 278–279.
14. Соціальна робота в Україні: перші кроки / Під ред. В.І.Полтавця. – К.: Видавничий дім "KM Akademia", 2000. – 236 с.
15. Стаднюк Л.А., Чайковська В.В., Стеженська О.І. Сучасний стан і концепція розвитку навчальних програм з геріатрії у нових демо-економічних умовах // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. "Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров'я в Україні: нові законодавчі ініціативи", м. Київ, 27 лютого 2004 р. – К., 2004. – С. 223–226.
16. Чайковська В.В. Сучасний стан і концепція розвитку геріатричної допомоги населенню України: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. – К., 2003. – 32 с.
17. Чепелевська Л.А., Баторшина Г.І., Рудницький О. Проблеми постаріння населення // Матер. наук.-практ. конф. "Охорона здоров'я: проблеми та перспективи", м. Донецьк, 22 січня 2004 р. – Донецьк: Донецький державний медичний університет ім. Горького, 2004. – С. 41–44.

18. Щупіпенко І.М. Загальний і спеціальний медичний догляд за хворими з основами валеології: Навч.-метод. посібник. – К.: "КИЙ". – 1998. – 384 с.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ХАРАКТЕРИСТИКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ВЫПОЛНЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЕГО СОХРАНЕНИЮ В СТАРОСТИ

Г.А. Слабкий, В.Л. Весельский, Г.В. Курчатов, Г.М. Москалец, Н.М. Лещук (Киев)

Впервые разработаны методологические и методические подходы к аналитическому и графическому обобщению данных двух видов мониторингов в региональном аспекте: состояния здоровья населения нетрудоспособного возраста, а также степени выполнения заданий Межотраслевой программы "Здоровья нации" по сохранению здоровья в старости. Наглядно представлены региональные отличия по уровням показателей распространенности болезней и заболеваемости населения нетрудоспособного возраста по основным классам болезней. Полученные в результате исследования данные позволили сделать научно обоснованные выводы как в отношении состояния здоровья лиц пенсионного возраста, так и вопросов оптимизации медико-социальной помощи, усовершенствования механизма взаимодействия соответствующих региональных служб различного подчинения, а также общей стратегии обеспечения здоровья в старости.

METHODOLOGICAL AND METHODICAL APPROACHES TO THE CHARACTERISTIC OF MONITORING RESULTS OF STATE OF HEALTH OF PEOPLE OF ADVANCED AGE AND PERFORMANCE OF ACTIONS ON ITS PRESERVATION IN AN OLD AGE

G.A. Slabky, V.L. Veselsky, G.V. Kurchatov, G.M. Moskalets, N.M. Leshchuk (Kyiv)

For the first time methodological and methodical approaches to analytical and graphic generalization of the given two kinds of monitorings in regional aspect are developed: states of health of the population of invalid age, and also a degree of performance of tasks of the Comprehensive Program of "Health of the nation" on preservation of health in an old age. Regional differences on levels of parameters of prevalence of illnesses and are evidently submitted to disease of the population of invalid age on the basic classes of illnesses. The data received as a result of research have allowed to make scientifically substantiated conclusions as concerning a state of health of persons of a pension age, and questions of optimization of the medical and social aid, improvement of the mechanism of interaction of corresponding regional services of various submission, and also the general strategy of maintenance of health in an old age.

УДК 616.9:616-082:364.444

В.М. ПОНОМАРЕНКО, Г.О. СЛАБКИЙ, О.О. ШПИТА (Київ, Житомир)

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗМЕЖУВАННЯ ОБСЯГІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ З ПРИВОДУ ІНФЕКЦІЙНИХ ТА ПАРАЗИТАРНИХ ХВОРОБ МІЖ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ ТА ЛІКАРЕМ-ІНФЕКЦІОНІСТОМ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України
Міська санепідстанція м. Житомира

На сучасному етапі розвитку національної системи охорони здоров'я одним із пріоритетних напрямків є розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [1;2;5].

Впровадження сімейної медицини потребує наукового обґрунтування для сімейних лікарів обсягів надання медичної допомоги населенню за окремими класами хвороб [4]. Така робота активно проводиться науковими співробітниками Українського інституту громадського здоров'я [3].

Мета роботи – визначити методичні підходи до розмежування медичної допомоги між лікарем-інфекціоністом амбулаторно-поліклінічного закладу та сімейним лікарем за класом “Інфекційні та паразитарні хвороби”.

Метод, що був використаний у ході виконання роботи – інформаційно-аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення. З метою розмежування обсягів медичної допомоги населенню з приводу інфекційних та паразитарних хвороб між сімейним лікарем та лікарем-інфекціоністом в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу розроблено експертну карту оцінки функціональних засад розмежування обсягів медичної допомоги населенню із зазначеного питання.

Карта складається з таких розділів:

1. Функції лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

1.1. Лікар загальної практики/сімейний лікар забезпечує самостійне проведення прикріпленому населенню заходів з профілактики, діагностики й лікування інфекційних та паразитарних хвороб:

- а) у гострій стадії;
- б) у стадії бактеріоносійства;
- в) диспансеризація на період реконвалесценції.

1.2. Лікар загальної практики/сімейний лікар забезпечує обов'язкове своєчасне направлен-

ня хворих для надання відповідної консультативної/лікувальної допомоги до лікаря-інфекціоніста (лікарів іншого фаху) амбулаторно-поліклінічного закладу у разі діагностування інфекційних та паразитарних хвороб вперше в житті або при підозрі на них.

1.3. Лікар загальної практики/сімейний лікар здійснює профілактику, діагностику та лікування хворих у разі інфекційних та паразитарних хвороб за рекомендаціями лікаря-інфекціоніста амбулаторно-поліклінічного закладу:

- а) у гострій стадії;
- б) у стадії бактеріоносійства;
- в) диспансеризація на період реконвалесценції.

1.4. Лікар загальної практики/сімейний лікар здійснює спільно з лікарем-інфекціоністом амбулаторно-поліклінічного закладу профілактику, діагностику й лікування хворих у разі інфекційних та паразитарних хвороб.

1.5. Лікар загальної практики/сімейний лікар забезпечує своєчасну госпіталізацію хворих у лікарняні заклади в разі діагностування інфекційних хвороб і паразитарних та синдромів інфекційного профілю (після надання необхідної медичної допомоги на догоспітальному етапі) при відсутності лікаря-інфекціоніста.

- 1.6. Проведення вакцинації населення:
- за календарним планом;
 - за епідемічними показами.

1.7. Сімейний лікар здійснює самостійно протиепідемічні заходи на дільниці.

1.8. Сімейний лікар після консультації лікаря-інфекціоніста здійснює визначені протиепідемічні заходи.

2. Функції лікаря-інфекціоніста амбулаторно-поліклінічного закладу.

2.1. Лікар-інфекціоніст амбулаторно-поліклінічного закладу консультує пацієнтів за направленням лікаря загальної практики/сімейного лікаря (розділ карти 1.2), спільно з ліка-

рем загальної практики/сімейним лікарем ведення хворих у разі інфекційних та паразитарних хвороб (розділ карти 1.4), а також надає консультації сімейному лікарю з проведення протиепідемічних заходів (розділ карти 1.8), самостійно проводить профілактику, діагностику й лікування хворих у разі інфекційних та паразитарних хвороб.

2.2. Лікар-інфекціоніст направляє для стаціонарного лікування пацієнтів з інфекційними та паразитарними захворюваннями.

2.3. Лікар-інфекціоніст самостійно проводить диспансеризацію пацієнтів на період реконвалесценції, які перенесли інфекційні та паразитарні захворювання.

Експертами в експертній оцінці розмежування обсягів надання медичної допомоги населенню з приводу інфекційних та паразитарних хвороб в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу між лікарем загальної практики/сімейним лікарем та лікарем інфекціоністом згідно з нашою методикою виступають сімейні лікарі, лікарі-інфекціоністи різних рівнів надання медичної допомоги, організатори охорони здоров'я, науковці, які працюють у сфері організації надання первинної медико-санітарної до-

помоги та медичної допомоги пацієнтам з інфекційними та паразитарними хворобами, лікарі СЕС. Експерти висловлюють свою думку за п'ятибальною шкалою оцінок від 5 – “найбільш доцільно” до 1 – “недоцільно”, поставивши позначку “+” у відповідну графу. У разі невизначеної думки щодо окремих хвороб та синдромів пропонується використати нульову оцінку – графа “0”.

Інфекційні та паразитарні хвороби, які, на думку експерта, потребують додаткового включення, дописуються після рядка “інше” з відповідною оцінкою у балах. Отримані дані дають змогу забезпечити наукове обґрунтування механізмів реструктуризації медичної допомоги населенню на сучасному етапі.

Розглянемо більш детально механізм визначення функції лікаря загальної практики/сімейного лікаря.

Першим кроком експертної оцінки експертам пропонується визначити перелік інфекційних та паразитарних хвороб у гострій стадії, при яких сімейний лікар забезпечує самостійно проведення прикріпленому населенню заходів з профілактики, діагностики та лікування (фрагмент 1 експертної карти).

Фрагмент 1 експертної карти

Перелік інфекційних та паразитарних хвороб у гострій стадії, при яких сімейний лікар забезпечує самостійно проведення прикріпленому населенню заходів з профілактики, діагностики та лікування

| Перелік інфекційних та паразитарних хвороб | Доцільність впровадження | | | | | |
|--|--------------------------|---|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| <u>Кишкові інфекції:</u> | | | | | | |
| - дизентерія | | | | | | |
| - черевний тиф | | | | | | |
| - паратифи | | | | | | |
| - вірусний гепатит “А” (легкі форми) | | | | | | |
| - поліомієліт | | | | | | |
| - зоонози | | | | | | |
| - бруцельоз | | | | | | |
| - лептоспіроз | | | | | | |
| - сальмонельози | | | | | | |
| - ботулізм | | | | | | |
| - інші | | | | | | |
| <u>Інфекції дихальних шляхів:</u> | | | | | | |
| - дифтерія | | | | | | |
| - скарлатина | | | | | | |
| - кашлюк | | | | | | |
| - менінгококова інфекція | | | | | | |
| - кір | | | | | | |
| - натуральна віспа | | | | | | |
| - вітряна віспа | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| - краснуха | | | | | | |
| - паротити | | | | | | |
| - інші | | | | | | |
| <u>Кров'яні інфекції:</u> | | | | | | |
| - поворотний тиф | | | | | | |
| - висипний тиф | | | | | | |
| - малярія | | | | | | |
| - волинська гарячка | | | | | | |
| - чума | | | | | | |
| - туляремія | | | | | | |
| - рикотсіози | | | | | | |
| - кліщові спірохитори | | | | | | |
| - жовта гарячка | | | | | | |
| - кліщовий енцефаліт | | | | | | |
| - інші | | | | | | |
| <u>Інфекції зовнішніх покривів:</u> | | | | | | |
| - бешиха | | | | | | |
| - сказ | | | | | | |
| - газова гангрена | | | | | | |
| - шкіряний лейшманіоз | | | | | | |
| - сап | | | | | | |
| - сибірка | | | | | | |
| - правець | | | | | | |
| - ящур | | | | | | |
| <u>Паразитарні хвороби:</u> | | | | | | |
| - аскаридоз | | | | | | |
| - трихінельоз | | | | | | |
| - ентеробіоз | | | | | | |
| - трематодози | | | | | | |
| - цестодози | | | | | | |

На наш погляд, є важливим визначення станів, при яких сімейний лікар забезпечує обов'язкове своєчасне направлення хворих для надання відповідної консультативної/лікуваль-

ної допомоги до лікаря-інфекціоніста або лікарів іншого профілю. Для цього розроблено спеціальну експертну форму (фрагмент 2 експертної карти).

Фрагмент 2 експертної карти

Перелік інфекційних та паразитарних хвороб та синдромів, при яких сімейний лікар забезпечує направлення пацієнта до відповідного спеціаліста

| Перелік хвороб та синдромів інфекційного профілю | Спеціальність лікаря-консультанта | Доцільність впровадження | | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------|---|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Менінгіт | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | невропатолог | | | | | | |
| Енцефаліт | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | невропатолог | | | | | | |
| Манінгоенцефаліт | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | невропатолог | | | | | | |
| Дитячий церебральний параліч | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | невропатолог | | | | | | |
| Полінейропатії | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | невропатолог | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|
| Субфібрильна, довготривала температура, пітливість | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | фтизіатр | | | | | | |
| Підйом температури понад 5 днів | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| Диспептичні прояви (нудота, блювота) | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | гастроентеролог | | | | | | |
| Дисфункція кишківника | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | хірург | | | | | | |
| Іктеричність склер, шкіряних покривів | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | дерматолог | | | | | | |
| Біль у епігастрії та правому підребер'ї | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | хірург | | | | | | |
| Висипка на тілі | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | дерматолог | | | | | | |
| Збільшення окремих груп лімфовузлів | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | онколог | | | | | | |
| Тривалий кашель з репризами | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | фтизіатр | | | | | | |
| Тривалий кашель з виділенням мокротиння | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | пульмонолог | | | | | | |
| | фтизіатр | | | | | | |
| Кон'юнктивіт | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | офтальмолог | | | | | | |
| Гострий розвиток парезу та паралічу кінцівок | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | невропатолог | | | | | | |
| Гострий розвиток парезу жувальних м'язів | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | невропатолог | | | | | | |
| Кровотеча шлунково-кишкова | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | гастроентеролог | | | | | | |
| | хірург | | | | | | |
| Анурія | лікар-інфекціоніст | | | | | | |
| | уролог | | | | | | |
| Інші | | | | | | | |

За допомогою експертної карти проводиться встановлення станів, при яких сімейний лікар забезпечує своєчасну госпіталізацію хворих у лікарняні заклади після надання необхідної

медичної допомоги на догоспітальному етапі при відсутності лікаря-інфекціоніста, який повинен надавати консультативну допомогу (фрагмент 3 експертної карти).

Фрагмент 3 експертної карти

Перелік станів, при яких сімейний лікар забезпечує своєчасну госпіталізацію хворих у лікарняні заклади після надання необхідної медичної допомоги на догоспітальному етапі

| Перелік хвороб та синдромів інфекційного профілю | Доцільність впровадження | | | | | |
|--|--------------------------|---|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Особливо небезпечні інфекційні хвороби: | | | | | | |
| - чума | | | | | | |
| - холера | | | | | | |
| - жовта гарячка | | | | | | |
| - орнітоз | | | | | | |
| - сказ | | | | | | |
| - лептоспіроз | | | | | | |
| - ящура | | | | | | |
| - кліщовий енцефаліт | | | | | | |
| - черевний тиф | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| - паратифи | | | | | | |
| - сальмонельози | | | | | | |
| - дизентерія | | | | | | |
| - іерсініози | | | | | | |
| - кампілобактеріоз | | | | | | |
| - коліти, ентеріти, гастроентероколіти встановленої та не встановленої етіології | | | | | | |
| - харчові токсикоінфекції | | | | | | |
| - дифтерія | | | | | | |
| - кашлюк | | | | | | |
| - паракашлюк | | | | | | |
| - скарлатина | | | | | | |
| - менінгококова інфекція | | | | | | |
| - правець | | | | | | |
| - поліомієліт гострий | | | | | | |
| - вітряна віспа | | | | | | |
| - кір | | | | | | |
| - краснуха | | | | | | |
| - вірусні гепатити | | | | | | |
| - паротит епідемічний | | | | | | |
| -інфекційний мононуклеоз | | | | | | |
| Носійство збудників: | | | | | | |
| - черевний тиф | | | | | | |
| - сальмонельоз | | | | | | |
| - паратиф | | | | | | |
| - дизентерія | | | | | | |
| - токсигенні та нетоксигенні штами дифтерії | | | | | | |
| - малярія | | | | | | |
| - токсоплазмоз | | | | | | |
| - лямбліоз | | | | | | |
| - інші | | | | | | |

Вкрай важливим розділом діяльності сімейного лікаря є проведення протиепідемічних заходів на дільниці. Цей розділ діяльності не визначено нормативними документами, що регламентують діяльність сімейного лікаря. За

допомогою наукового дослідження ми вважаємо за необхідне встановити, які протиепідемічні заходи сімейний лікар має проводити самостійно, а які узгоджувати з лікарем-інфекціоністом (фрагменти 4, 5 експертної карти).

Фрагмент 4 експертної карти
Сімейний лікар здійснює самостійно протиепідемічні заходи на дільниці

| Протиепідемічні заходи | Доцільність впровадження | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Санітарно-освітня робота | | | | | | |
| Диспансерний нагляд за контактними | | | | | | |
| Контроль за проведенням поточної дезінфекції | | | | | | |
| Подача екстреного повідомлення до СЕС | | | | | | |
| Відбір проб від: | | | | | | |
| - хворих | | | | | | |
| - контактних | | | | | | |
| - об'єктів навколишнього середовища | | | | | | |
| Проведення превентивного лікування контактних | | | | | | |
| Посімейні (подвірні) обходи в разі виникнення вогнища інфекції на закріпленій території | | | | | | |
| Інші | | | | | | |

Фрагмент 5 експертної карти

Сімейний лікар після консультації лікаря-інфекціоніста здійснює протиепідемічні заходи

| Протиепідемічні заходи | Доцільність впровадження | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Диспансерний нагляд за контактними | | | | | | |
| Контроль за проведенням заключної дезінфекції | | | | | | |
| Подача екстреного повідомлення до СЕС | | | | | | |
| Відбір проб від: | | | | | | |
| - хворих | | | | | | |
| - контактних | | | | | | |
| - об'єктів навколишнього середовища | | | | | | |
| Проведення превентивного лікування контактних | | | | | | |
| Посімейні (подвірні) обходи в разі виникнення вогнища інфекції на закріпленій території | | | | | | |
| Інші | | | | | | |

Далі за допомогою експертної карти встановлюються функції лікаря-інфекціоніста амбулаторно-поліклінічного закладу в умовах впровадження сімейної медицини.

Як приклад наводимо фрагмент експертної

карти з вивчення обсягу диспансеризації пацієнтів у період реконвалесценції, що має проводити лікар-інфекціоніст амбулаторно-поліклінічного закладу (фрагмент 6 експертної карти).

Фрагмент 6 експертної карти

Лікар-інфекціоніст самостійно проводить диспансеризацію пацієнтів на період реконвалесценції, які перенесли такі захворювання

| Перелік хвороб | Доцільність впровадження | | | | | |
|------------------------|--------------------------|---|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Холера | | | | | | |
| Чума | | | | | | |
| Жовта гарячка | | | | | | |
| Геморагічна лихоманка | | | | | | |
| Туляремія | | | | | | |
| Правець | | | | | | |
| Менінгококова інфекція | | | | | | |
| Черевний тиф | | | | | | |
| Паратифи АВС | | | | | | |
| Сибірка | | | | | | |
| Бруцельоз | | | | | | |
| Лептоспіроз | | | | | | |
| Поліомієліт | | | | | | |
| Дифтерія | | | | | | |
| Вітряна віспа | | | | | | |
| Кір | | | | | | |
| Краснуха | | | | | | |

Висновки

Розроблена карта експертної оцінки розмежування обсягів медичної допомоги населенню з приводу інфекційних та паразитарних хвороб між сімейним лікарем та лікарем-інфекціо-

ністом дає змогу науково обґрунтувати обсяги медичної допомоги та протиепідемічних заходів, які проводяться сімейним лікарем самостійно, за консультативної допомоги лікаря-інфекціоніста та безпосередньо лікарем-інфекціоністом.

Список літератури

1. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Зб. офіц. матеріалів. – К., 2001. – 29 с.
2. Матеріали I з'їзду сімейних лікарів України / За заг. ред. В.Ф. Москаленка, Львів, 7–9 листопада 2001 р. – Київ-Львів, 2001. – 243 с.
3. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Галієнко Л.І. Розвиток сімейної медицини в Україні: стан, здобутки, перспективи // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – №3. – С. 5–11.

4. Роль лікарів загальної практики/сімейної медицини у медичному обслуговуванні населення, прикріпленого до закладів сімейної медицини / В.М. Пономаренко, О.М. Ціборовський, Л.І. Галієнко, В.С. Гуменний // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – №3. – С. 40–45.
5. Слабкий Г.О., Петряєва О.Б. Розвиток сімейної медицини як крок до виконання концепції розвитку охорони здоров'я України // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. праць. – 2005. – Вип. 16. – С. 666–670.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАЗГРАНИЧЕНИЮ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЕЖДУ СЕМЕЙНЫМ ВРАЧОМ И ВРАЧОМ-ИНФЕКЦИОНИСТОМ

В.М. Пономаренко, Г.А. Слабкий, А.А. Шпита (Киев, Житомир)

Приведена методология разграничения между семейным врачом и врачом-инфекционистом объемов медицинской помощи при инфекционных и паразитарных заболеваниях.

METHODICAL APPROACHES TO DIFFERENTIATION OF VOLUMES OF MEDICAL AID TO THE POPULATION AT INFECTIOUS AND PARASITIC DISEASES BETWEEN THE FAMILY DOCTOR AND THE DOCTOR-INFECTIOUS

V.M. Ponomarenko, G.A. Slabky, A.A. Shpita (Kyiv, Zhitomir)

The methodology of differentiation between the family doctor and the doctor-infectious of volumes of medical aid is resulted at infectious and parasitic diseases.

УДК 616-082(07)

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

ОСОБЛИВОСТИ ПОБУДОВИ КЛАСИФІКАТОРА МЕДИЧНИХ ПРОЦЕДУР (ПОСЛУГ)

Міністерство охорони здоров'я України
Дніпропетровська державна медична академія

Будучи критерієм якості життя, здоров'я є невідмінною складовою соціального, економічного та культурного розвитку суспільства, а надання якісної та безпечної медичної допомоги населенню є генеральною метою будь-якого медичного закладу. Відомо, що якість завжди визначається певними критеріями. Загальна оцінка якості медичної допомоги включає: якість структури, якість процесу і якість результату [7;8].

Наразі домінуючими чинниками незадовільного перебігу процесів громадського здоров'я залишаються, з одного боку, ризикові соціально-гігієнічні умови життєдіяльності людей, а з іншого – відсутність або недостатність розробки і запровадження експертних оцінок якості та єдиних підходів щодо класифікації медичної діяльності, які б регламентували надання різних

видів медичної допомоги.

У Глобальній стратегії ВООЗ "Здоров'я для всіх" має місце розділ "Якість обслуговування та відповідна технологія", яким передбачено, що "всі країни-члени повинні мати відповідні структури та механізми для забезпечення безперервного підвищення якості медико-санітарної допомоги та вдосконалення відповідного розвитку і використання технології охорони здоров'я" [6]. Згідно з визначенням ВООЗ, компонентами якості вважаються:

1) адекватність – відповідність фактично наданої технології обслуговування потребам і очікуванням населення, які відносяться до медичних проблем;

2) економічність – економне і раціональне використання наявних засобів для вирішення

поставлених завдань на відповідному науково-технічному рівні. При цьому вважається, що кінцева інтегральна оцінка діяльності закладу складається із суми коефіцієнтів: коефіцієнта якості, затрат, відповідності технології і соціальної задоволеності (кожний коефіцієнт – це відношення нормативних і фактичних значень) [1–3;7].

Для кількісного вираження якості медичної допомоги може визначатися за пропозицією деяких авторів [4] як коефіцієнт відношення числа випадків досягнутих медичних результатів до загальної кількості оцінюваних випадків наданої медичної допомоги. Коефіцієнт співвідношення затрат являє собою відношення нормативних затрат щодо фактично проведених витрат на оцінювані випадки наданої медичної допомоги [5]. Інтегральний коефіцієнт ефективності, за даними вказаних авторів, являє собою вихідне значення від наведених вище коефіцієнтів.

Поліпшення функціонування охорони здоров'я (ОЗ) в сучасних умовах, з перспективою переходу до обов'язкового медичного страхування неможливе без створення класифікації номенклатури медичних процедур (послуг), необхідних для телемедицини та статистичного обліку. Тобто класифікатора, побудованого за допомогою інформаційних технологій у формі відкритої системи, елементи якої могли б коригуватися та доповнюватися. Це дасть змогу проводити різні медичні дослідження, збирати і обробляти інформацію в територіально розподілених медичних центрах. Система кодування класифікатора розроблена таким чином, що внесення окремих процедур у разі їх коригування або доповнення могло б проводитися за допомогою інформаційних технологій без зміни кодів існуючих медичних процедур (послуг).

Таким чином, сьогодні виникла необхідність накреслення єдиних методологічних підходів щодо надання медичної допомоги у лікувальних закладах на всій території України.

Мета дослідження – створення класифікатора медичних процедур (послуг) для лікувально-профілактичних закладів МОЗ України.

Матеріали і методи. Класифікатор медичних процедур (послуг) створений фахівцями Дніпропетровської державної медичної академії спільно з Міністерством охорони здоров'я України та 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.

Результати досліджень та їх обговорення. “Класифікатор” являє собою побудований

за п'ятиповерховою ієрархічною системою перелік кодів простих та складних медичних послуг, які застосовуються під час надання медичної допомоги у лікувальних закладах України. Його ієрархічна побудова включає: тип послуги, яка відображає напрямок призначення групи процедур (загально клінічні, діагностичні інструментальні та лабораторні, хірургічні, анестезіологічні, профілактичні); вид послуги (процедури), що відображає спосіб її виконання або загальний напрямок дослідження; клас послуги, який відображає фах, за яким використовується певний діагностичний метод дослідження органу або тканини; підклас послуги, що може бути необов'язковим рівнем і який відображає характер патологічного процесу, при якому виконується дана процедура, характер хірургічного впливу або дослідження; цифровий код послуги. На кожному рівні розподіл процедур проводиться за класифікаційними ознаками. Перший код цифровий, потім три рівні мають буквенний код, який присвоюється автоматично при формуванні класифікаційного дерева, а найнижчий ступінь, що характеризує процедуру, має двозначний цифровий код. Таким чином, залежно від набору букв та цифр кожна процедура належить до певного типу, виду, класу та підкласу “Класифікатора”.

де:

код типу процедури може мати цифрове значення від 1 до 9;

код виду процедури — літерне значення від А до Z;

код класу процедури — літерне значення від А до Z;

код підкласу процедури — літерне значення від А до Z;

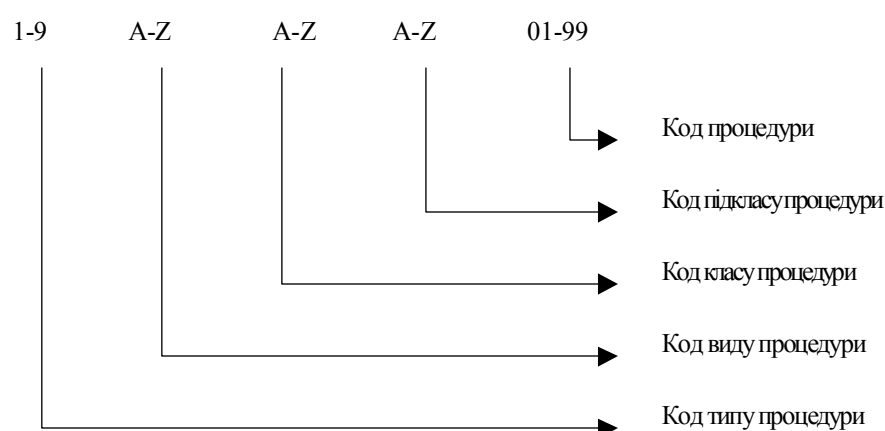
код процедури — може мати цифрове значення від 01 до 99.

Таким чином, у “Класифікаторі” має місце 8 типових розділів, кожний з яких розбито на підрозділи за видами, класами та підкласами. Наявність такого розподілу має призначення, нарівні з однаковим термінологічним представленням процедури, проводити їх статистичну обробку за всіма необхідними показниками. Достатня кількість вільних кодів процедур дає змогу проводити їх доповнення, окрім зміни структури “Класифікатора”.

Кожний типовий розділ медичних процедур розподіляється за видами. У першому типовому розділі загальномедичних процедур є 4 видових підрозділи:

А – Медичне обстеження дорослих;

В – Медичне обстеження новонароджених;



С – Спеціальне лікарське обстеження;
D – Медичні маніпуляції загального призначення.

Приклад:

1 Загальноклінічні.

1A Медичне обстеження дорослих.

1AA Загальне обстеження хворого.

AA1 01 Первинне лікарське обстеження госпіталізованого хворого.

AA1 02 Первинне лікарське обстеження амбулаторного хворого.

AA1 03 Повторне лікарське обстеження амбулаторного хворого.

AA1 04 Повторне лікарське обстеження госпіталізованого хворого.

AA1 05 Консультація амбулаторного хворого.

AA1 06 Консультація госпіталізованого хворого.

AA1 07 Консиліум амбулаторному хворому.

AA1 08 Консиліум госпіталізованому хворому.

AA1 09 Вимір артеріального тиску.

AA1 10 Визначення частоти пульсу.

AA1 11 Антропометрія.

AA1 12 Визначення маси тіла

AA1 13 Пальцеве дослідження прямої кишки.

У другому типовому розділі діагностичних інструментальних процедур є 12 видів підрозділів залежно від методу дослідження:

A – Ендоскопічні дослідження;

B – Рентгенологічні дослідження;

C – Комп'ютерно-томографічні дослідження;

D – Магнітно-резонансні томографічні дослідження;

E – Радіологічні дослідження;

F – Сонографічні дослідження;

G – Термографічні дослідження.

Функціональні методи дослідження:

I – Біопсія не операційна;

J – Спеціальні зондові процедури;

K – Електрофізіологічні методи дослідження;

L – Протонно-емісійні томографічні методи дослідження.

Приклад:

2 Діагностичні інструментальні.

2A Ендоскопічні.

2AA Ендоскопічні дослідження в нейрохірургії.

AA2 01 Вентрикулоскопія.

AA2 02 Цистерноскопія.

У третьому розділі діагностичних лабораторних процедур є 12 видів підрозділів залежно від виду проведеного дослідження:

A – Фізико-хімічні та мікроскопічні лабораторні дослідження;

B – Гематологічні методи дослідження;

C – Дослідження системи гемостазу;

D – Біохімічні дослідження;

E – Імунологічні дослідження;

F – Функціональні тести;

G – Мікробіологічні дослідження;

H – Морфологічні дослідження;

I – Паразитологічні дослідження;

J – Мікологічні дослідження;

K – Вірусологічні дослідження;

L – Токсикологічні дослідження.

У четвертому розділі наведено комплексні діагностичні процедури, які в повсякденній роботі лікувальних закладів поєднані в різні за обсягом та фахом складні лабораторні дослідження, їх 14:

A – Загально клінічні;

B – Дослідження системи гомеостазу;

C – Медико-генетичне дослідження;

D – Біохімічні дослідження;

E – Імунологічні дослідження;

F – Функціональні тести;

G – Мікробіологічні дослідження;

H – Морфологічні дослідження;

I – Паразитологічні дослідження;

J – Мікологічні дослідження;

K – Вірусологічні дослідження;

L – Токсикологічні дослідження;

W – Цито-, гістологічні та гістохімічні дослідження матеріалу;

S – Стандарт лабораторного обстеження хворого.

У п'ятому розділі наведено лікувальні процедури, які виконуються за допомогою пристроїв фізичного, електричного та іншого впливу на організм хворого за допомогою спеціальних фахових методик:

- A – Фізіотерапевтичні;
- B – Ендоскопічні;
- C – Променева терапія;
- E – Блокади;
- F – Пункції;
- G – Катетеризація;
- H – Спеціальні офтальмологічні лікувальні процедури;
- I – Спеціальні отоларингологічні лікувальні процедури;
- K – Спеціальні гінекологічні лікувальні процедури;
- L – Спеціальні урологічні лікувальні процедури;
- M – Спеціальні травматологічні та ортопедичні лікувальні процедури;
- N – Спеціальні психологічні лікувальні процедури;
- O – Спеціальні неврологічні лікувальні процедури;
- V – Харчування хворих.

Приклад:

5 Лікувальні.

5A Фізіотерапевтичні.

5AA Тепло-грязелікування.

- AA5 01 Гаряче обгортання для зігрівання тіла.
- AA5 02 Укутування.
- AA5 03 Нафталанова ванна загальна.
- AA5 04 Грязелікування загальне.
- AA5 05 Грязелікування внутрішньопорожнинне.
- AA5 06 Грязелікування внутрішньо-порожнинне з аплікацією.
- AA5 07 Гальваногрязь.
- AA5 08 Аплікація парафінова.
- AA5 09 Аплікація озокеритова.
- AA5 10 Аплікація грязьова.
- AA5 11 Аплікація торф'яна.
- AA5 12 Аплікація глиняна.
- AA5 13 Аплікація нафталанова.
- AA5 14 Аплікація бішофітна.

У шостому розділі наведено лікувальні процедури, які проводяться лікарями анестезіологами під час підготовки до знеболення та при проведенні інтенсивної терапії перед операцією та в післяопераційному періоді:

- A – Премедикація;
- B – Знеболення;
- S – Інтенсивна терапія.

У кожному видовому розділі медичні процедури розподілено на класи. Як правило, розподіл

на класи проведений за фаховою належністю, органною та тканинною локалізацією. Класи процедур заковані також наскрізними літерними кодами в межах одного типу процедур.

AA5 12 Аплікація глиняна.

AA5 13 Аплікація нафталанова.

AA5 14 Аплікація бішофітна.

У шостому розділі наведено лікувальні процедури, які проводяться лікарями анестезіологами під час підготовки до знеболення та при проведенні інтенсивної терапії перед операцією та в післяопераційному періоді:

- A – Премедикація;
- B – Знеболення;
- S – Інтенсивна терапія.

У кожному видовому розділі медичні процедури розподілено на класи. Як правило, розподіл на класи проведений за фаховою належністю, органною та тканинною локалізацією. Класи процедур заковані також наскрізними літерними кодами в межах одного типу процедур.

Підкласові розділи мають літерний код від A до W і вони присутні не у всіх класах процедур, а тільки там, де є потреба уточнити дію, обсяг допомоги або операції.

Усі медичні процедури кодувались двозначним числом від 01 до 99, що у поєднанні з кодами символів типів, видів, класів та підкласів робить код процедури (послуги) унікальним. Деякі процедури мають додаткові двозначні кодові ознаки, які уточнюють локалізацію, де виконуються процедура чи операція або метод її виконання. Такий підхід дасть змогу повніше проводити статистичний облік процедур та операцій, особливо у разі використання інформаційних технологій, та відображати їх повну клінічну назву.

Висновки

1. Створення класифікатора медичних процедур (послуг), сформованого за допомогою інформаційних технологій у формі відкритої системи, який дає змогу без перешкод користуватися цифровим зв'язком між різним діагностичним і терапевтичним обладнанням, що створює умови для проведення різних медичних досліджень у територіально розподілених медичних центрах з можливістю збирання і оброблення інформації в потрібному місці, є перспективним напрямком поліпшення надання медичної допомоги населенню України.

2. Система кодування "Класифікатора" побудована таким чином, що внесення окремих процедур у разі їх коригування або доповнення проводиться за допомогою інформаційних технологій і не потребує зміни кодів існуючих медичних процедур (послуг).

3. В основу класифікатора медичних процедур (послуг) покладені не нозології та клініко-ста-

тистичні групи, що пов'язані з технічною оснащено-ністю суб'єктів лікувально-профілактичних закладів, а технологія надання медичної допомоги, незалежно від ресурсів медичного закладу.

4 Апробація класифікатора у практичній охороні здоров'я дасть змогу зробити раціональний вибір щодо пріоритетних шляхів поліпшення медичної допомоги.

Список літератури

1. Березницький Я.С., Васишлин Р.Й., Кабак Г.Г. Гострий панкреатит (принципи уніфікації та стандартизації медичної допомоги): Зб. матер. 1-ї Всеукр. наук.-практ. конф. "Актуальні проблеми стандартизації у невідкл. абдом. хірургії". – Львів, 2004. – С. 113–114.
2. Березницький Я.С., Яльченко Н.А., Васишлин Р.Й. Стандартизація медичної допомоги при непрохідності кишечника // Мед. наук.-практ. журнал "Харківська хірургічна школа". – 2004. – Вип. 1–2. – С. 11–15.
3. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Васишлин Р.Й. Принципи формування класифікаційних вимог та клінічного діагнозу при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки // Мед. наук.-практ. журнал "Харківська хірургічна школа". – 2003. – Вип. 1. – С. 15–17.
4. *Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы.* – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1993. – 322 с.
5. Лехан В., Гук А. Методичні підходи до розробки медичних стандартів / Асоціація психіатрів. – К., 2000. – 23 с.
6. 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.
7. Степаненко А.В. Система забезпечення якості медичної допомоги населенню України та наукове обґрунтування її реалізації: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.02.03 – соціальна медицина / НМУ ім. О.О. Богомольця. – К., 2001. – 241 с.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТРОЕНИЯ КЛАССИФИКАТОРА МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР (УСЛУГ)

Р.И. Васишлин, Я.С. Березницький (Киев, Днепропетровск)

Разработка экспертных оценок качества и медицинских стандартов является важным и перспективным путем повышения качества медицинской помощи населению. Один из путей разрешения проблемы – это создание единых методологических подходов к разработке классификаторов медицинской помощи для лечебно-профилактических учреждений Украины.

FEATURES OF CONSTRUCTION OF THE BRANCH QUALIFIER OF MEDICAL PROCEDURES (SERVICES)

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

Development of expert estimations of quality and medical standards is important and perspective by improvement of quality of medical aid to the population. One of ways of the decision of a problem is creation of uniform methodological approaches to development of qualifiers of medical aid for treatment-and-prophylactic establishments of Ukraine.

УДК 616-082:725.51(575.22)

В.М. ПОНОМАРЕНКО, С.В. КАЛИНЧУК (Київ, Одеса)

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМАЛІЗАЦІЇ РОЗРАХУНКУ КІЛЬКОСТІ ЛІЖОК ДЛЯ СТАЦІОНАРНИХ ЗАКЛАДІВ НА ПРИКЛАДІ ОДЕСЬКОГО РЕГІОНУ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України
Одеський державний медичний університет
Одеська обласна клінічна лікарня

Доступність і якість медичної допомоги населенню можуть бути визначені на основі застосування багатофакторного аналізу найбільш важливих показників ефективності системи охорони здоров'я у співвідношенні з характеристиками населення, якому власне надається медична допомога [2;3;8]. Подібний аналіз є важливим з позицій ідентифікації найбільш значущих показників, корекція яких визначає ефективність організаційно-управлінських рішень у системі охорони здоров'я [1;7]. Однак сьогодні мало відомо, як різні управлінські рішення можуть прямо чи опосередковано впливати на ліжковий фонд стаціонарів, тобто на показник, що нині є найбільш поширеним та розглядається як один з найбільш інформативних оцінки роботи медичного закладу [2;5;13].

Слід підкреслити, що використання медичного сервісу має розглядатись у контексті соціального захисту населення [4;5;7], особливо, якщо потрібно передбачити вторинні ефекти, викликані відповідними управлінськими рішеннями. Як такі можуть бути визначені показники вікових характеристик населення, рівня добробуту та інші. Також критичним є фактор – характеристика соціальної політики в тому чи іншому регіоні, яка сама частково формує “під себе” структуру та потужність системи охорони здоров'я.

Метою дослідження стала розробка соціальної системної моделі, яка пов'язує між собою систему оцінки ефективності роботи стаціонарів, а також ідентифікація детермінант, які визначають особливості моделі, що може використовуватись для прогнозування наслідків соціальної політики в регіоні, та які прямо чи опосередковано можуть впливати на ефективність роботи шпиталів.

Матеріали та методи. Першим кроком у напрямку до створення ефективної моделі охорони здоров'я Одеського регіону був вибір ознак оптимальності, які визначають ефективність роботи шпиталю.

Значна кількість економістів вказує на те, що класична економічна теорія, яка базується на змінах цін на товари та послуги, не може лягти в основу описання роботи сектора охорони здоров'я та, зокрема, в основу оцінки ефективності роботи шпиталів [12;14]. В роботі останнього при визначенні показників шпиталізації сьогодні найбільш широко використовується показник числа ліжок загального профілю, які є в стаціонарі [1;3–7;13;14]. Оскільки лікарі все більше залежать від технологій, а також від рівня спеціальних знань, зокрема, від умінь користуватись сучасною апаратурою, очевидно, що частота шпиталізації пацієнтів має залежати від самого складу (штату) лікарів, а також від числа і кваліфікації вузьких спеціалістів у стаціонарі [8;15].

Рівняння-модель симультанної наявності множини факторів. Модель, що описує комплексні взаємовідносини між компонентами системи охорони здоров'я і характеристиками населення регіону, яке обслуговується, складається із системи рівнянь, що можуть бути використані для дослідження ефективності роботи стаціонару при довільній зміні таких факторів, як число задіяних у системі охорони здоров'я лікарів, чи при зміні характеристик населення регіону.

Ендогенні ознаки оптимальності. Модель пояснює варіабельність з позицій використання внутрішніх характеристик процесу, який притаманний системі охорони здоров'я та населенню, яке обслуговується. До таких ознак ми віднесли відносну кількість осіб віком старше 60 років (показник “вік” – “В”), відносну величину осіб віком старше 25 років, які мають повну середню шкільну освіту, а також подальшу освіту (показник “рівень освіти” – “РО”), відносну кількість осіб, у яких річний рівень грошових надходжень становить менше 4500 грн (умовний прожитковий мінімум), чи відповідний еквівалент, визначений з урахуванням курсу гривні (показник “рівень доходів” – “РД”), число лікарів загальної практики (показник “лікарі загальної

практики”) (ЛЗП), число ліжок загального профілю в лікарнях на 1000 населення (показник “число ліжок” – “ЧЛ”). Число ліжко-днів (ЧЛД), яке було розраховане на 1000 населення, розглядали як показник шпиталізації. Оскільки останній показник є залежним від частоти та тривалості шпиталізації, ці два показники також приймали до розгляду як “внутрішній” варіант (ознак оптимальності). Тому застосовували логарифми від числа ліжко-днів (Log ЧЛД), показники надходження пацієнтів у шпиталь – частоти шпиталізації (Log ЧШ) та середньої тривалості перебування на ліжку (Log ТПЛ) з метою апроксимації взаємовідносин досліджуваних показників. Значення цих показників взято за період 2002–2006 рр. [4;6].

Предетерміновані ознаки оптимальності включають характеристики передусім населення, яке обслуговується, – ендегенні ознаки оптимальності та відставлені у часі значення ендегенних ознак [8]. Екзогенні ознаки оптимальності – це відносна величина представленості етнічної меншості (етнічне населення – ЕН) у регіоні, а також число іммігрантів (ІМ). Слід зазначити, що для Одеського регіону ці ознаки мають особливо важливе значення, оскільки він регіон характеризується найбільш високою представленістю меншості різних національностей порівняно з іншими регіонами України, а також відрізняється найбільш високими показниками зайнятості працездатного населення [6]. Крім того, до числа цих показників віднесли також і відносну величину міського населення (МН) регіону. Цей показник є важливим з позицій урахування різниці якості надання медичних послуг у різних населених пунктах Одеського регіону, в тому числі в сільській місцевості. Крім того, предетермінованими можна вважати вихідні (стартові) величини забезпеченості населення лікарями первинної медико-санітарної допомоги, до яких станом на 2002 р. віднесли дільничних лікарів зі стажем роботи не менше 10 років (ПМСД-1), а також забезпеченість населення вузькими спеціалістами (ВС-1) [8;10].

Структурну модель, побудовану за допомогою лінійного множинного регресійного аналізу, наведено на рис. На цій схемі коефіцієнти кореляції, близькі до нуля (тобто відсутність взаємовпливів) між предетермінованими ознаками, показано двосторонніми стрілками, які поєднують відповідні ознаки. Одностороння стрілка вказує на наявність та направленість причинно-наслідкових відношень між відповідними ознаками. Крім того, кожен вплив охарактеризовано з позицій його виразності, на яку вказує величина коефіцієнта стандартизованої парціальної (множинної) регресії.

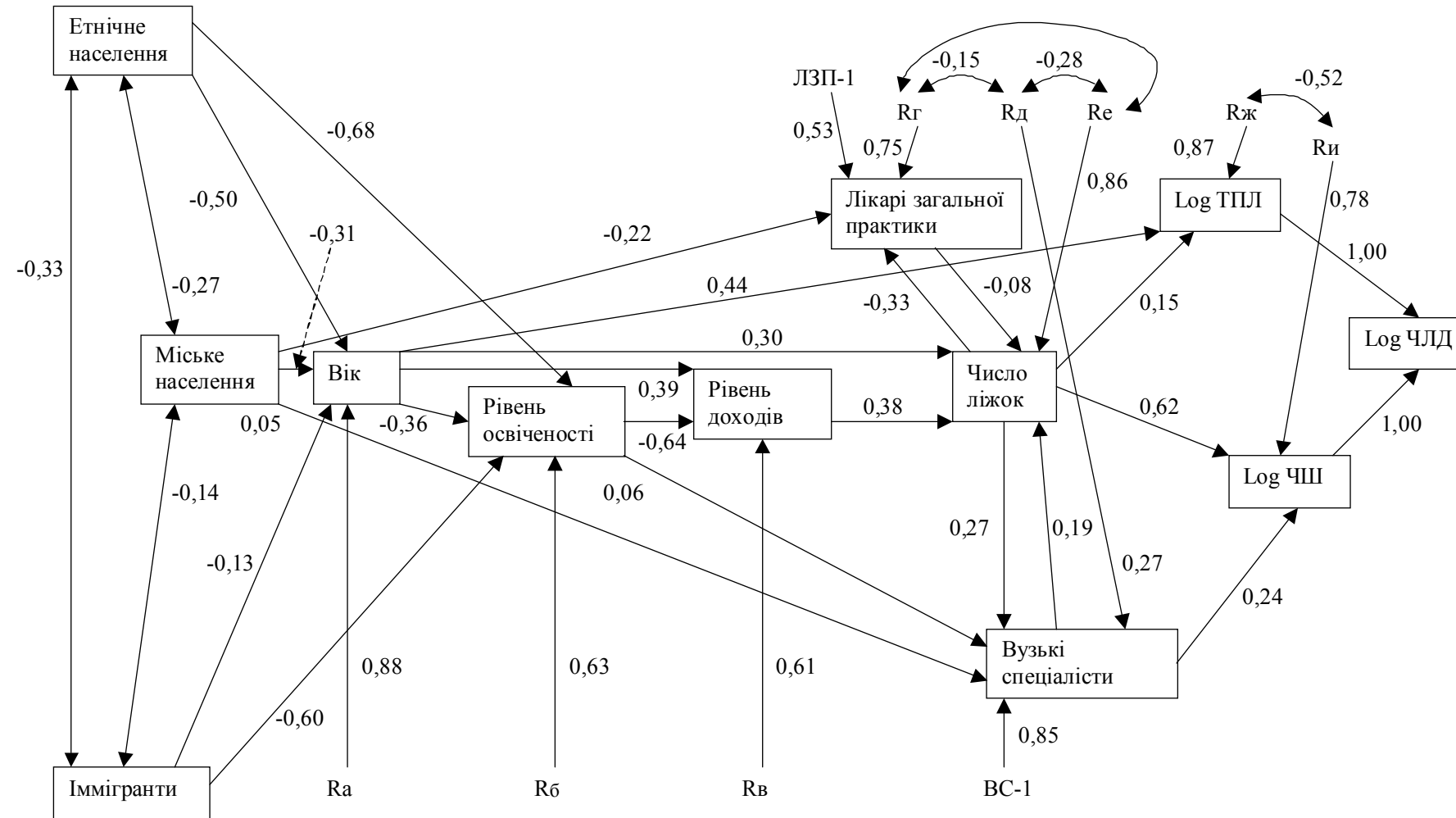
Ідентифікація моделі. Перш ніж оцінити параметри структури відповідних рівнянь, необхідно визначити питання щодо достатності числа залучених до аналізу значущих ознак. В іншому разі число параметрів, які б могли бути значущими і для самих даних, і для інших ознак, а також які обмежують можливості самої моделі є невизначеним [9].

Побудована модель розглядається як блочно-рекурсивна [15]. Перші три рівняння – для вікових характеристик, рівня освіченості, а також рівня доходів попередньо приймалися як рекурсивні, тобто взаємопов’язаними в прямих та зворотних впливах і, таким чином, були визначеними [9]. Оскільки вважалось, що ці три характеристики не корелюють між собою, дані рівняння розглядалися як визначені. Три рівняння для лікарів загальної практики, вузьких спеціалістів, а також шпитальних ліжок є нерекурсивними, оскільки для них не визначається зворотній зв’язок. У цьому разі слід здійснити процедуру оцінки ступеня визначеності кожного з рівнянь. У даному дослідженні рівняння зберігали визначеність у разі виключення двох ознак оптимальності, тоді як відповідно до вимоги [9] виключення однієї ознаки при збереженні визначеності є достатнім свідченням визначеності відповідного рівняння. Таким чином, перевірка 4–6 засвідчила відповідність цих рівнянь вказаній вимозі.

Нарешті, рівняння логарифмів числа надходжень пацієнтів і середнього часу перебування на ліжку приймалися спочатку як рекурсивні і були визначеними, тобто відповідали вимогам [9]. Те ж стосувалось рівняння логарифма для показника числа ліжко-днів.

Оцінка параметрів моделі. Після процедури ідентифікації моделі проводилась оцінка параметрів, які було використано в моделі. Параметри всіх рекурсивних рівнянь оцінювали методом найменших квадратів [15]. Двоетапний ординарний метод найменших квадратів застосовано для рівнянь (4–6), оскільки цей метод дає змогу визначити параметри, які можуть бути різнонаправленими і є непостійними [9;12;15].

На першій стадії застосування цієї методики всі ендегенні ознаки досліджували за допомогою регресивного методу аналізу щодо всіх предетермінованих значень ознак оптимальності. На другому етапі змінювали значення предетермінованих ознак з метою оцінки ступеня залежності ендегенних ознак. Проведення цієї процедури пов’язане з оцінкою параметрів структурних рівнянь за допомогою ординарного методу найменших квадратів, використовуючи певні значення ендегенних ознак та приймаючи предетерміновані ознаки оптимальності як



ПМСД-1 та BC-1 – число (відносе) лікарів загальної практики і вузьких спеціалістів відповідно, в 2002 році. ЧШ – число шпиталізацій, ЧЛД – число ліжко-днів; ТПЛ – тривалість перебування на ліжку. Ra – Ri – показники множинної регресії при розрахунках відповідних показників.

Рис. Блочно-рекурсивна модель регіональної системи охорони здоров'я

незалежні. Коефіцієнти, які оцінювали за допомогою подібної двостадійної процедури, ставали постійними і були більш ефективними за ті їх значення, які можна було отримати тільки за допомогою методу найменших квадратів [8;9;15].

Результати дослідження та їх обговорення. Рівняння наведені для кожної із внутрішніх ознак, включених у модель. Коефіцієнти відображують величину прямого ефекту, який має незалежна перемінна величина щодо залежних

варіант при обов'язковій участі решти ознак оптимальності, які наведені в рівнянні. Цифри в дужках – стандартні помилки коефіцієнтів регресії. "R" – коефіцієнт множинної кореляції (справа знизу від рівнянь). Важливо підкреслити, що тільки деякі з них є дещо більшими, ніж величина окремих ознак. Їх роль розглядалась як важлива, якщо мали місце емпіричні свідчення щодо значення відповідних ознак у процесі, який розглядався, а також якщо це уявлялось логічно витриманим. Таку процедуру проводили з тією

$$\text{Вік} = 16,327 - 0,168 \text{EH} - 0,073 \text{MH} - 0,029 \text{IM} \quad (1)$$

(0,075) (0,044) (0,057) R=0,492

метою, щоб наприкінці не виникали додаткові помилки в розрахунках та не формувалась упереджена оцінка всієї ситуації [15].

З наведеного рівняння (1) можна зробити висновок щодо притаманності урбанізації молоді частини населення. При збільшенні числа молодих людей у міській місцевості відносна пропорція осіб віком старше 60 років знижується. Подібний процес пояснюється різними фак-

торами і пов'язаний з депресивними змінами в сільській місцевості регіону.

Структура рівняння (2) відображує відмінності рівня освіти молодого населення в міській та сільській місцевості – число осіб віком 25 років і старші, які закінчили вищі учбові заклади, було значно нижчим у сільській місцевості. Вікова структура населення в сільській місцевості також мала певний вплив на відмінності в

$$\text{Рівень освіти} = 39,025 - 0,321 \text{EH} - 0,195 \text{IM} - 0,501 \text{B} \quad (2)$$

(0,077) (0,057) (0,232) R=0,740

рівні освіти. Так, при збільшенні числа осіб старшого віку рівень освіти знижувався:

Величина доходів також являє собою функцію рівня освіти (рівняння (3)). Це рівняння показує, що двовідсоткове збільшення пропорції

$$\text{Рівень доходів} = 30,027 + 0,532 \text{B} - 0,652 \text{PO} \quad (3)$$

(0,193) (0,145) R=0,775

віку здійснює виразний ефект на величину прощарку стосовно незабезпеченого населення.

Лікарів поділяли на дві групи: тих, кого було залучено в загальній практиці (сімейна медицина), і вузьких спеціалістів. У дослідженні [8;11] показано, що розподіл числа лікарів в окремих регіонах визначається як демографічними, так і екологічними факторами. Такі показ-

осіб з вищою освітою супроводжується зниженням на 1,4% числа сімей з доходами, меншими 5000 грн на рік. Низький рівень доходів осіб старшого віку також включено в це рівняння в тому вигляді, що збільшення сегменту осіб старшого

ники, як розмір і склад популяції, відіграють важливу роль. При цьому не тільки певна частина самої популяції є визначальною для медичної практики, і, особливо, надання спеціалізованої медичної допомоги, але й самі умови урбанізації створюють для лікаря певне соціальне, культурне і професійне середовище, яке досить важливе для здійснення власне медичної практи-

$$\text{Лікарі первинної ланки} = 32,643 - 0,143 \text{MH} + 0,403 \text{ПМСД-1} - 3,421 \text{ЧЛ} \quad (4)$$

(0,133) (0,175) (2,095) R=0,673

$$\text{Вузькі спеціалісти} = -38,278 + 0,087 \text{MH} + 0,411 \text{РОУО} + 0,847 \text{ВС-1} + 8,089 \text{ЧЛ} \quad (5)$$

(0,147) (0,552) (0,112) (2,070) R= 0,973

ки. Описати ці взаємовідносини можна за допомогою таких рівнянь:

Дослідження коефіцієнтів рівнянь для розрахунків числа лікарів свідчить про те, що урбанізація впливає на показник насиченості медичних закладів лікарями первинної медико-сані-

тарної допомоги та вузькими спеціалістами протилежним чином.

Водночас важливим є той момент, що знак коефіцієнта парціальної регресії для лікарів первинної медико-санітарної допомоги є від'ємним. Цей від'ємний знак взаємовідносин числа лікарів

$$\text{ЧЛ} = 1,096 + 0,129 \text{ В} + 0,122 \text{ РД} - 0,015 \text{ ПМСД} + 0,013 \text{ ВС} \quad \text{ме-}$$

тодологічні підходи в системі охорони здоров'я(6)

$$(0,133) \quad (0,091) \quad (0,061) \quad (0,009) \quad R = 0,503$$

первинної медико-санітарної допомоги і величини ліжкового фонду свідчить про "взаємозамінність" цих показників.

Шпиталізація та надання медичної допомоги у стаціонарі в певному обсязі можуть бути замінені амбулаторною медичною допомогою населенню. Ще одним важливим моментом є те, що стаціонарна медична допомога є зручною для пацієнтів з низьким рівнем доходів, а також для літніх людей, тобто для тих, хто не може собі дозволити придбання більш дорогих медичних послуг.

$$\text{Log ЧШ} = 1,783 + 0,001 \text{ ВС} + 0,064 \text{ ЧЛ} \quad (7)$$

$$(0,001) \quad (0,017) \quad R=0,658$$

$$\text{Log ТПЛ} = 0,647 + 0,013 \text{ В} + 0,012 \text{ ЧЛ} \quad (8)$$

$$(0,006) \quad (0,015) \quad R=0,513$$

дає раніше встановленим результатам [6;8;11;15]. Число шпиталізацій зростало при збільшенні кількості ліжок у лікарнях. Одночасно відбувалося зростання тривалості перебування на ліжку при збільшенні доступності ліжка. Оцінку відносної величини коефіцієнтів для ліжкового фонду наведено у двох рівняннях. Так, скорочення числа ліжок більш помітно впливає на кількість шпиталізацій пацієнтів, ніж на тривалість перебування хворого на ліжку. Іншими словами, незважаючи на те, що менша загальна кількість пацієнтів отримувала лікування за умов скорочення ліжкового фонду, середня тривалість перебування в стаціонарі тільки незначною мірою змінювалась під впливом скорочення ліжкового фонду. Подібна картина мала місце в дослідженнях [8;15]. Цей момент може свідчити про існування деяких локальних норм, які використовують при визначенні тривалості перебування хворого на ліжку.

Кількість шпиталізацій пацієнтів також підпадала під суттєвий вплив з боку такого показника, як число спеціалістів, що практикують у даній місцевості. Цей факт є свідченням того, що спеціалісти у своїй практиці значною мірою залежать від діагностичного та лікувального потенціалу відповідного шпиталю. Як це впливає з наведеного рівняння, число шпиталізацій пацієнтів залежить тільки від показника забезпеченості ліжковим фондом і числа спеціалістів вузького профілю. У тому разі, коли до рівняння (7) додати демографічні показники, залишкова дисперсія не буде суттєво відрізнятися від нуля, тобто ці показники не здійснюють суттєвого впливу на досліджувану ознаку.

Запропоновані рівняння дають змогу по-новому проаналізувати динамічні особливості змін числа лікарів та кругообіг ліжкового фонду. Цей процес носить реципрокний характер, оскільки з рівняння (5) витікає, що вузьких медичних спеціалістів більше в тих лікувально-профілактичних закладах, в яких є більша кількість ліжок.

Два наступних рівняння вказують на наявність прямого ефекту інших ендогенних ознак на ефективність роботи стаціонару:

Забезпеченість ліжками лікарні впливає виразним чином на ці два показники, що відпові-

Це можна пояснити недостатнім забезпеченням як лікарським персоналом, так і ліжками. Таким чином, число шпиталізацій є функцією доступності ліжкового фонду. Цей висновок підтверджують і інші статистичні дані, які стосуються забезпечення медичним персоналом і можливостями діагностичних та лікувальних процедур. Фактор віку в системі наведених оцінок є досить очікуваним. Середня тривалість перебування в шпиталі зростала з віком, що віддзеркалює більш високу захворюваність осіб старшого віку [1;6;13]. Цікавим є і той факт, що в дослідженнях [10] розглядали показник віку як прогностичний критерій тривалості перебування хворого на ліжку.

$$\text{Log ЧЛД} = \text{Log ЧШ} + \text{Log ТПЛ} \quad (9)$$

Оскільки число днів перебування в шпиталі пацієнта є похідною від числа шпиталізацій та середньої тривалості перебування на ліжку, використання логарифмічної залежності приводить до взаємозв'язку досліджуваних показників для лінійної форми (рівняння (9)).

Таким чином, отримані результати свідчать про можливість ідентифікації критеріїв – ознак оптимальності, які ефективно взаємодіють між собою по рекурсивному типу і визначають стан системи охорони здоров'я в регіоні. Причому йдеться про ідентифікацію ознак на основі використання чітких інструментів багатовимірного математичного аналізу із залученням формальної логіки на етапі планування дослідження. Нами було застосовано подібний підхід до аналізу стану системи охорони здоров'я в Одесько-

му регіоні за результатами діяльності Одеської обласної клінічної лікарні.

Слід зазначити, що розроблений математичний апарат дає змогу ефективно оцінювати внутрішні тенденції та взаємозв'язки самої структури охорони здоров'я, які набувають актуалізації у зв'язку з формуванням ринку медичних послуг.

Значна кількість ліжок зумовлює в лікувально-профілактичному закладі залучення більшої кількості лікарів [5;8]. Так, зокрема, в цих роботах встановлено, що облаштовані сільські лікарні привертають увагу відповідно більшої кількості сімейних лікарів, тоді як облаштовані шпитали в міській місцевості залучають до роботи більшою мірою вузьких спеціалістів. У нашій роботі показано, що число лікарів загального профілю знижувалось у тих місцевостях регіону, де спостерігалось високе забезпечення населення ліжками. Ця негативна залежність свого часу простежувалась у США в період 1955–1969 рр., коли кількість сімейних лікарів (спеціалістів загального профілю) на 100 тис. населення зменшилась з 63 до 28,6. Причому аналіз цієї ситуації показав, що така закономірність може свідчити про наявність певного змагання за пацієнтів, яке відбувається між сімейними лікарями та спеціалістами вузького профілю.

Природа встановленої в роботі залежності між частотою шпиталізації та рівнем освіченості медичних працівників, а також від числа спеціалістів вузького профілю може бути зумовлена можливістю проведення поглиблених обстежень пацієнтів. Подібна залежність наведена в роботах [11;12], в яких автори встановили, що частота шпиталізації була вищою в тих районах, в яких відношення числа лікарів до загального числа населення було більш високим, але при цьому в тих же шпиталях реєструвалась менша тривалість перебування хворого на ліжку. В цьому дослідженні, однак, в загальну групу включали як спеціалістів загального профілю, так і вузьких спеціалістів.

У дослідженні, яке було проведено в шпиталі загального профілю в Голландії [14], встановлено, що частота шпиталізацій, а також середня тривалість перебування хворого на ліжку демонстрували від'ємну динаміку за умов збільшення числа лікарів загального профілю (сімейних лікарів). Подібний характер динамічні зміни мали місце впродовж збільшення числа вузьких спеціалістів.

Етнічна структура, фактор урбанізації, а також вікові характеристики, рівень освіченості і доходів населення здійснювали виразний вплив на частоту шпиталізації [5;7;8;12;13;15]. Ці результати знаходяться у відповідності з розробленою в даній роботі моделлю. Важливим фактом, який було встановлено в роботі, є позитивна взае-

мозалежність між зростанням числа урбанізованих регіонів і збільшенням числа медичних спеціалістів, що меншою мірою стосувалось спеціалістів загальної практики.

Динаміка числа спеціалістів також мала позитивний взаємозв'язок з рівнем освіченості населення, що відповідає даним [8;12;15]. З іншого боку, цей результат відповідає факту збільшення числа лікарів-спеціалістів за умов прогресивного розвитку суспільства. Однак не слід забувати, що подібний результат може бути пов'язаний і з тим, що забезпечена частина населення ініціативно збільшує обсяги надання медичних послуг. З іншого боку, такий соціально-економічний показник, як рівень освіченості, суттєво впливає на соціальну структуру населення. Соціально фактори, в свою чергу, тісно пов'язані з джерелами надання медичних послуг, на які є активний попит з боку пацієнтів [15].

Відповідно до розробленої моделі, число ліжок у лікарні залежить від змін вікової структури населення, яке обслуговується. При цьому спостерігається закономірність зростання числа ліжок при збільшенні частки населення віком старше 60 років. Також число ліжок зростає зі збільшенням пропорції сімей з низьким рівнем доходів.

Значний позитивний коефіцієнт показника віку в структурованій формулі для розрахунку ліжкового фонду вказує на те, що вимоги до збільшення можливостей клінічних закладів зростають передусім у зв'язку з реалізацією соціально-медичних програм у системі заходів охорони здоров'я для літніх людей.

Отримані результати є перспективними щодо визначення динамічних змін у системі охорони здоров'я на різному рівні її організації та оптимізації матеріально-технічного забезпечення діяльності лікувально-профілактичних закладів за умов обмеженості фінансування галузі.

Висновки

1. Блочно-рекурсивна модель системи охорони здоров'я в регіоні дає змогу ефективно визначати причинно-наслідкові співвідношення між множиною факторів, а також виразність взаємовпливів та їх характер (негативний чи позитивний), які визначають демографічні особливості населення регіону та структуру служби охорони здоров'я.

2. Рівняння множинної регресії, які складені на основі включення найбільш впливових факторів, дозволяють оперативно контролювати відповідність медичного сервісу, залежність від особливостей демографічної ситуації в регіоні.

3. Розроблена модель є відкритою для включення та оцінки інших факторів, які можуть впли-

вати на ефективність діяльності системи охорони здоров'я при проведенні аналізу на різному рівні її організації (районному, обласному, регіональному та загальнодержавному).

Список літератури

1. Грузева Т.С. Методологія та програма поглибленого вивчення захворюваності населення за даними звернень в лікувально-профілактичні заклади // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – №4. – С. 43–46.
2. Кант В.И. Методология системного подхода и ее применение в практике здравоохранения / В.И. Кант. – М.: Медицина, 1978. – 136 с.
3. Комаров Ю.М. Сучасні методи оцінки стану здоров'я населення. В кн.: Удосконалення системи медикостатистичної інформації для управління охороною здоров'я в Україні. – Харків, 1993. – С. 29–33.
4. Показники здоров'я та діяльність установ охорони здоров'я / Статистичні матеріали за 1980–2002 рр., МОЗ України.
5. Поляченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль–Київ–Вінниця: Джура, 1997. – 327 с.
6. Чепелєвська Л.А. Регіональні особливості захворюваності населення України // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №1. – С. 23–26.
7. Пономаренко В.М., Галієнко Л.І., Курчатова Г.В. Методичні підходи до обґрунтування та розробки стандартів госпіталізації населення в лікарняні заклади // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2005. – №3. – С. 41–49.
8. Anderson J.G. A social systems model of hospital utilization // Health Serv. Res. – 1976. – Vol. 11, N3. – P. 271–287.
9. Fisher F.M. The Identification Problem in Econometrics. New York: McGraw-Hill, 1996. – 350 p.
10. Gertman P.M., Restuccia J.D. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care // Med. Care. – 1981. – Vol. 19, N8. – P. 855–871.
11. Kolodinsky J. Complaints, redress, and subsequent purchases of medical services by dissatisfied consumers // J. of Consumer Policy. – 1993. – Vol. 16, N2. – P. 193–214.
12. Navarro V., Parker R., White K.L. A stochastic and deterministic model of medical care utilization // Health Serv. Res. – 1970. – Vol. 5, N 4. – P. 342–357.
13. Pendergast J.F., Vogel W.B. A multistage model of hospital bed requirements // Health Serv. Res. – 1988. – Vol. 23, N3. – P. 381–399.
14. Van der Gaag J., Rutten F. F. H., van Praag B.M.S. Determinants of hospital utilization in the Netherlands // Health Serv. Res. – 1975. – Vol. 10. – P. 264–270.
15. Wilde J. Estimating multiple equation hybrid models with endogenous dummy regressors // Statistica Neerlandica. – 2004. – Vol. 58, N3. – P. 296–312.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМАЛИЗАЦИИ РАСЧЕТА КОЛИЧЕСТВА КОЕК ДЛЯ СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ НА ПРИМЕРЕ ОДЕССКОГО РЕГИОНА

В.М. Пономаренко, С.В. Калинчук (Киев, Одесса)

Анализ организации медицинского обслуживания Одесского региона на примере работы многопрофильной областной клинической больницы проведен с учетом социально-демографических показателей населения региона, а также показателей состояния системы медицинской помощи населению. Модель идентифицирована как блочно-рекурсивная и включает серию индексов, между которыми предварительно определялась причинно-следственная взаимосвязь. Включение в структуру модели системы обратной связи позволяет исследовать характер динамики социальной системы. Полученные результаты могут быть применены для принятия управленческих решений в отрасли здравоохранения.

METHODICAL APPROACHES TO FORMALIZATION OF CALCULATION OF BEDS QUANTITY FOR STATIONARY ESTABLISHMENTS BY THE EXAMPLE OF THE ODESSA REGION

V.M. Ponomarenko, S.V. Kalinchuk (Kyiv, Odessa)

The analysis of the organization of health services of the Odessa region by the example of work of versatile regional clinical hospital is carried out in view of social - demographic parameters of the population of region, and also parameters of a condition of medical aid system to the population. The model is identified as block-recursive and includes a series of indexes between which the cause and effect interrelation was preliminary defined. Inclusion in structure of model of system of a feedback allows to investigate character of dynamics of social system. The received results can be applied for acceptance of administrative decisions in branch of public health services.

А.В. ЯКОБЧУК (Житомир)

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ТА ЦІЛЬОВА СПРЯМОВАНІСТЬ ДІЯЛЬНОСТІ ПРОЕКТІВ МІЖНАРОДНОГО РОЗВИТКУ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ ЗА СТРАТЕГІЄЮ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ У СФЕРІ ВІЛ/СНІДУ

Житомирський інститут медсестринства

Відповідно до трактувань Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), не існує успішних програм профілактики споживання нелегальних наркотиків. Загальною метою є організація високоякісного й доступного лікування для споживачів наркотиків. Однак найчастіше досягти цієї мети складно: потрібні більші витрати, а коефіцієнт корисної дії є досить низьким. Таким чином, для тих, хто не хоче або не може припинити споживання наркотиків чи випробовує рецидив споживання, програми зниження шкоди можуть запобігати ризику інфікування ВІЛ і інших шкідливих наслідків, пов'язаних зі споживанням наркотиків. Програми зменшення шкоди (ЗШ) найчастіше служать першою або єдиною сполучною ланкою між споживачами наркотиків і системою охорони здоров'я й соціальних послуг, відкриваючи двері до більш широкого спектра необхідних медичних послуг [28].

Через суперечки із приводу зменшення шкоди діяльність у рамках стратегії була вивчена більш широко, ніж будь-яка інша діяльність щодо профілактики ВІЛ-інфекції. Свідчення про ефективність цих дій перевершили очікування, що привело до визнання дій ЗШ всіма головними агентствами, залученими в глобальні зусилля для запобігання або керування ВІЛ-епідемією [3;7]. Зниження шкоди – це концентрація зусиль на зменшенні шкоди від уживання наркотиків, а не викорінювання самого споживання наркотиків. Ціль роботи зі ЗШ – профілактика поширення інфекцій, включаючи ВІЛ/СНІД, гепатит та інші, пов'язані із кров'ю інфекції; зниження ризику передозування та нещасних випадків з потенційно смертельним результатом; а також зменшення негативних наслідків споживання наркотиків, включаючи вбогість і злочинність як для окремих осіб, так і місцевих співтовариств у цілому.

Gibson D.R, Flynn N.M. та Pegales D. наводять вагомні докази того, що програми зменшення шкоди запобігають поширенню епідемії ВІЛ/СНІДу, відтягують у часі або попереджають виникнення опортуністичних інфекцій. Такі дока-

зи приводяться у системних наукових дослідженнях, проведених у багатьох країнах та серед різних груп населення. Науковці, лікарі, соціологи, фахівці з контролю споживання наркотиків та працівники громадських організацій, які вивчали результат ефективності програм за стратегією ЗШ є послідовними у їх позитивній оцінці. Ці програми функціонують на законних підставах майже у всіх країнах Центральної і Східної Європи та на території незалежних держав із складу колишнього СРСР. Це – Боснія, Болгарія, Хорватія, Чеська Республіка, Естонія, Угорщина, Киргизстан, Латвія, Македонія, Польща, Румунія, Сербія, Словачія, Словенія, Росія і Україна.

Мета – дослідити основні концептуальні засади, сутність міжнародного розвитку програм ЗШ, здійснення проектів за стратегією зменшення шкоди та організаційно-функціональну структуру щодо роз'яснення і впровадження її елементів, що ефективно впливають на перебіг епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні.

Методи: історичний, статистичний, експериментальний, наукового системного і народногосподарського підходу, аналіз нормативно-правових актів України, міжнародних документів, які регламентують діяльність координаційних структур у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні, даних щодо їх складу і основних завдань.

В основі концептуальних засад здійснення діяльності в рамках стратегії зменшення шкоди лежать розуміння того, що споживачі ін'єкційних наркотиків мають рівні права і обов'язки з усіма громадянами України і визначення спектру запобіжних видів діяльності стратегії ЗШ. Профілактична діяльність щодо споживачів ін'єкційних наркотиків повинна забезпечити їх:

- знаннями – просвіта та інформування щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- засобами, необхідними для зміни поведінки;
- навичками, що здатні змінити стереотипи поведінки [4].

Сутність програм зменшення шкоди

Зменшення шкоди – одна із трикомпонентної стратегії боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, немедичним вживанням наркотиків у суспільстві та наслідками наркоманії (рис. 1). Зменшення шкоди – це стратегія, що спрямована на профілактику та пом'якшення негативних медичних, соціальних, економічних та правових наслідків серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), які не можуть чи не готові відмовитися від вживання наркотиків, вирішення першочергових проблем та зменшення ризику, асоційованого зі споживанням ін'єкційних наркотиків, зміни поведінки на більш безпечну.

Основною цільовою групою проектів стратегії є спільнота СІН. Необхідно зважати на те, що ця спільнота (як і будь-яка інша) не є однорідною. Експрес-оцінка ситуації, інші дослідження дадуть відповідь, хто саме складає цю спільноту: за статевим, віковим, соціальним статусом (наприклад, студенти або особи без постійного місця проживання) або за національним статусом (наприклад, роми); за сексуальною поведінкою (сексуальні меншини чи представники комерційного сексу); за наркотичним статусом (який наркотик вживають, як довго, яка доза, скільки разів на день), поведінковій особливості, у зв'язку з виготовленням, розповсюдженням і вживанням наркотиків та сексуальною поведінкою тощо.

Усі ці відомості дадуть можливість розробити дієві профілактичні втручання, а також визначити коло організацій-партнерів таким чином, щоб досягти найбільшої ефективності. Окрім того, опосередкованою цільовою групою проектів стратегії можуть бути: колишні споживачі наркотиків, родичі та близькі споживачів наркотиків, працівники медичних служб (центри профілактики та боротьби зі СНІДом або установи, які виконують ці функції, наркодиспансери, шкірно-венерологічні диспансери, санепідстанції, профільні медичні заклади, соціальні служби тощо), працівники правоохоронних органів (СБУ, відділи по боротьбі з незаконним обігом наркотиків, кримінальна міліція в справах неповнолітніх, відділи по боротьбі зі злочинами, що пов'язані з торгівлею людьми, патрульно-постові служби), працівники місцевих органів виконавчої влади, місцеві координаційні ради з профілактики ВІЛ/СНІДу та наркоманії, засоби масової інформації.

Дії проектів щодо опосередкованих цільових груп можуть стосуватися таких питань: лобювань інтересів основної цільової групи, дотримання законодавчо-нормативних актів стосовно надання медичної допомоги, залучення до профілак-

тичних впливів людей, які мають особистий досвід щодо наркотиків і створення позитивного образу проекту стратегії за рахунок розповсюдження неупередженої та виваженої інформації тощо.

Діяльність у програмах зменшення шкоди передбачає такі її основні види:

1. Збільшення доступності голок і шприців, іншого ін'єкційного інструментарію й презервативів для СІН, включаючи доставку або обмін голок і шприців, забезпечення інструментарієм, необхідним для зменшення ризику передачі ВІЛ при спільному використанні ін'єкційного інструментарію й зменшення ризику передачі ВІЛ статевим шляхом.

2. Створення й поширення чіткої, зрозумілої, конкретної інформації для СІН про способи самозахисту від інфекції й запобігання передачі ВІЛ. У такий спосіб мотивувати їх і надати можливість для зменшення ризику передачі ВІЛ при спільному використанні ін'єкційного інструментарію й зменшення передачі ВІЛ статевим шляхом.

3. Надання названих послуг соціальними працівниками (включаючи колишніх або активних споживачів наркотиків) у привабливих, доступних формах, наприклад, аутрич, мобільні пункти, стаціонарні центри або польові пункти програм обміну голок/шприців, для надання послуг споживачам наркотиків у безпечному місці, щоб уникнути переслідувань, арештів або осуду; допомога споживачам наркотиків у лікуванні залежності від наркотиків за власним бажанням.

4. Надання замісного лікування від наркотиків, у якому метадон, бупренорфін або подібні речовини використовуються для тривалої підтримки споживачів наркотиків, з метою зменшити вживання наркотиків, у тому числі ін'єкційно.

5. Надання лікування залежностей від наркотиків (включаючи, при необхідності, замісне лікування) для залучення споживачів наркотиків до добровільного лікування в максимально зручний час, допускати припинення й повернення до лікування за бажанням споживачів наркотиків, щоб зменшити вживання наркотиків, у тому числі ін'єкційним шляхом.

6. Навчання методам зменшення шкоди від ін'єкційного вживання наркотиків, з акцентом на зміні стереотипів поводження, спрямованих на структурні зміни.

7. Підтримка споживачів ін'єкційних наркотиків за допомогою програм за адвокатування й підтримки груп самопомоги споживачів, залучення їх у програми з профілактики ВІЛ і допомоги, спрямовані на зміни соціальних стереотипів і небезпечного ін'єкційного поводження.

8. Розвиток зв'язків між програмами обміну

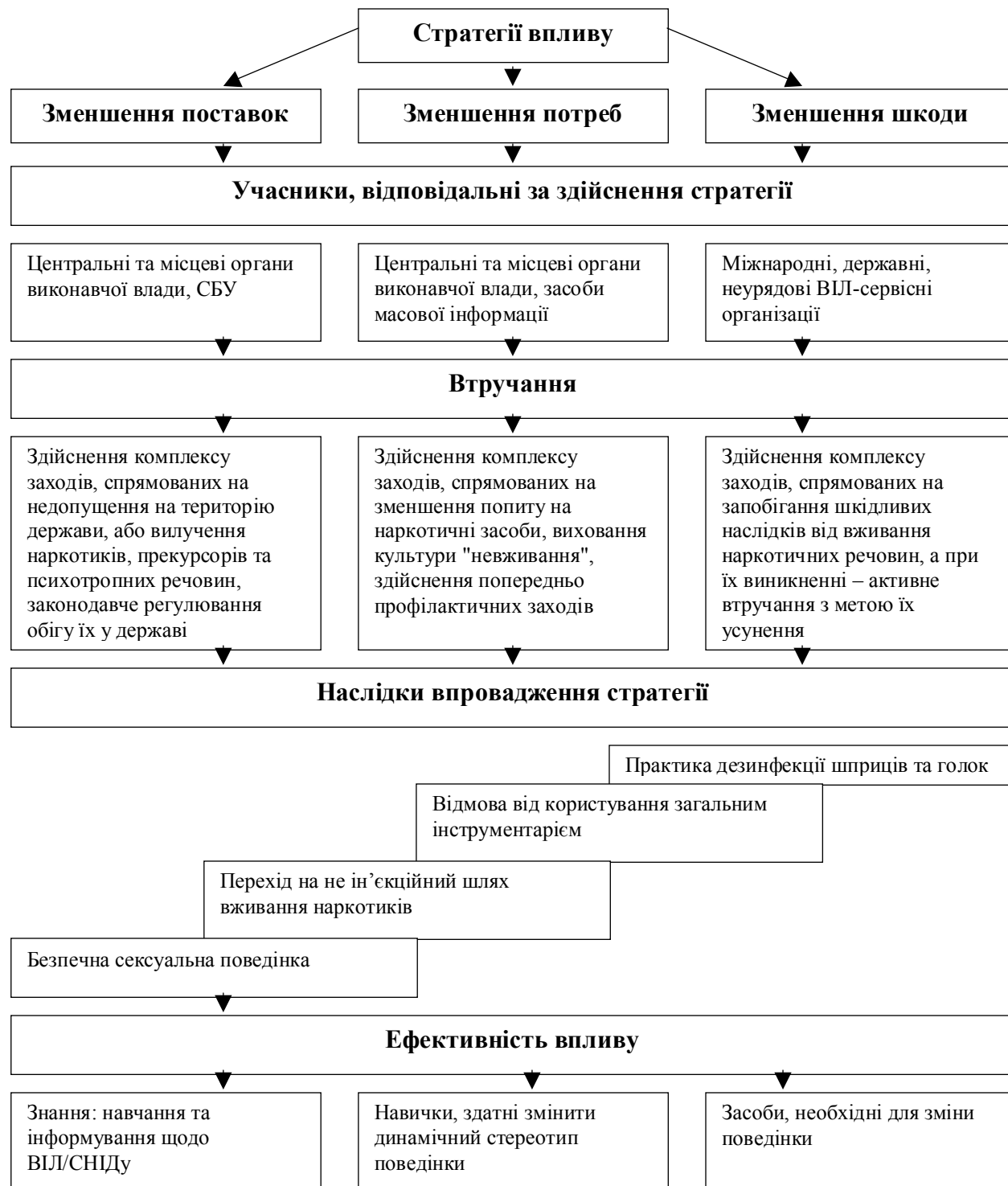


Рис. 1. Заходи, що спрямовані на протидію незаконному обігу наркотичних речовин та профілактичні стратегії

шприців/голок, програмами лікування залежностей від наркотиків, програмами профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом. Залучення медичних, юридичних і соціальних служб у систему допомоги СН, для забезпечення рівних можливостей і одержання споживачами наркотиків ефективної освіти й допомоги в сфері профілактики ВІЛ [1;4].

Основні принципи програм зменшення шкоди

Немедичне використання психоактивних засобів – неминуче явище в будь-якому суспільстві, що має доступ до них. Політика щодо наркотиків не повинна базуватися на утопічній ідеї про те, що немедичне вживання наркотиків можна припинити, а всі споживачі

наркотиків будуть завжди вживати наркотики більш безпечно.

- Немедичне вживання наркотиків неминуче викликає соціальну та індивідуальну шкоду.
- Політика щодо наркотиків має бути прагматичною. Вона повинна оцінюватися на основі актуальних наслідків, а не на символічно правильних або неправильних посланнях.
- Споживачі наркотиків – частина суспільства, а для захисту здоров'я всього суспільства необхідний захист здоров'я споживачів наркотиків. Для цього необхідно інтегрувати споживачів у суспільство, а не намагатися ізолювати їх від них.
- Споживання наркотиків наносить індивідуальний і соціальний збиток через різні механізми, а тому програми впливу необхідно адресувати у різних напрямках. Ці впливи містять програми оздоровлення (включаючи лікування наркозалежності) для нинішніх споживачів наркотиків; зменшення кількості осіб, схильних до споживання, допомога споживачам перемкнутися на більш безпечні засоби вживання наркотиків.
- Недопущення збільшення шкоди: наприклад, існуюча політика карного контролю за немедичним уживанням наркотиків може незначно зменшити їхній незаконний обіг, але збільшити ймовірність поширення ВІЛ серед СІН.
- Пріоритет віддається досягненню короткострокових прагматичних цілей (наприклад, запобігання поширенню ВІЛ), а не довгострокових цілей (таких як повне припинення використання наркотиків).
- Установлення акценту на дотриманні гідності й прав будь-якого члена суспільства, включаючи СІН.
- Установлення ієрархії зменшення шкоди для вирішення маленьких, досяжних цілей, які можуть заохочуватися відповідно до програм зменшення шкоди.
- Використання численних і різноманітних способів для досягнення поставлених завдань; використання можливості працювати, починаючи від вулиці або школи (профілактика ризикованого поводження, пов'язаного зі шляхами передачі ВІЛ) до місцевих і національних органів влади (зміна законодавства й забезпечення сприятливого відношення до реалізації стратегії зменшення шкоди). Залучення СІН у планування й виконання програм, розроблених для попередження вживання наркотиків і поширення ВІЛ/СНІД серед СІН [7].

Загалом проекти ЗШ проводять таку діяльність:

1. Інформаційно-освітня програма (заходи, що спрямовані на підвищення рівня поінформованості учасників проекту).

2. Формування мотивації та навичок (мотиваційна робота, що пов'язана з консультуванням та інформуванням, підготовкою та поширенням мотиваційних матеріалів; індивідуальна та групова робота).

3. Залучення до участі учасників проекту та фахівців зацікавлених організацій (сприяння організації груп взаємодопомоги, підготовка та залучення волонтерів, фахівців, підготовка та проведення тренінгів тощо).

4. Організація доступу до засобів захисту та стерильного інструментарію СІН; обмін шприців та голки; інформування та освіта, формування навичок більш безпечної поведінки; сприяння отриманню медичної, соціальної, психологічної допомоги з боку державних організацій – партнерів проекту.

5. Здійснення реабілітаційних програм та лікування ("12 кроків", артотерапія, реабілітаційні програми різних релігійних конфесій, мотиваційне консультування, профілактика реллапсів, детоксикація, замісна підтримуюча терапія – система заходів, одним з яких є призначення та видача наркозалежним під контролем медичного працівника тієї чи іншої медичної наркотичної субстанції (яка звичайно вживається внутрішньо "через рота"), замість нелегального наркотику (який звичайно вживається шляхом ін'єкцій), з метою зменшити ризик зараження ВІЛ, передозування, кримінальних правопорушень та поліпшення фізичного і психічного здоров'я.

6. Лобювання доступу до антиретровірусних препаратів (тільки 23% з них отримують хоч якусь форму АРВ у країнах колишнього Радянського Союзу та держав Центральної та Східної Європи).

7. Створення суспільно-політичної ситуації, яка б віддзеркалювала принципи ЗШ і підтримувала різні служби із ЗШ, що працюють для і за допомогою найбільш уражених спільнот.

У рамках глобального мандату Міжнародної програми ЗШ зосереджуються ресурси на обраних країнах регіону Центральної і Східної Європи і колишнього СРСР.

За результатами попередньої оцінки ситуації, а також наявних ресурсів організації, проектом визначаються можливості визначення переліку послуг для цільових контингентів.

Прямі послуги проекту – послуги, що безпосередньо впливають на зменшення ризиків інфікування ВІЛ: обмін використаних шприців/голок на стерильні, розповсюдження засобів дезінфекції для обробки використаних шприців/голок перед можливим повторним використанням та навчання щодо їх застосування, презервативів, засобів профілактики абсцесів та догляду за венами, надання долікарської допо-

моги і консультацій, розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів, проведення індивідуального та групового мотиваційного, індивідуального, телефонного, до- та післятестового консультування, соціальний супровід.

Опосередковані послуги проекту – послуги, які проект безпосередньо не надає, але сприяє в їх отриманні учасниками проекту в інших організаціях та установах державних і неурядових. Ці послуги можуть стосуватися підвищення або утримання рівня здоров'я, а також соціально-правової допомоги: сприяння проходженню тестування на ВІЛ-інфекцію, гепатити, інші хвороби, що передаються статевим шляхом, забезпечення доступу до відповідного лікування, догляду та підтримки, сприяння отриманню кваліфікованої медичної, наркологічної допомоги (детоксикація, реабілітація), соціальної і правової допомоги, роботі груп само- та взаємодопомоги.

Якщо серед учасників проекту є особливі цільові групи, відповідно, розширюється коло послуг, що надаються. Наприклад, наявність вагітних потребує встановлення контактів з працівниками жіночої консультації і пологового будинку. А наявність малозабезпечених СІН чи без постійного місця проживання – пошуків партнерів для надання безкоштовного харчування, одягу, житла.

Виходячи з темпів поширення ВІЛ-інфекції, значної маргіналізації цільової групи, в основі надання послуг лежать такі принципи:

- надання прямих послуг на території цільової групи або в місцях, зручних для цільової групи і в зручний для неї час;
- надання послуг відповідно до потреб (кількісних та якісних) цільової групи;
- регулярне (щоденне) надання послуг цільовій групі в один і той же час;
- низькопороговість послуг, що надаються, тобто послуги безкоштовні, анонімні, конфіденційні, однакові для всіх, зворотній зв'язок при наданні опосередкованих послуг.

Для успішного впровадження стратегії ЗШ важливе позитивне суспільне оточення. Незважаючи на сприятливу нормативно-правову базу України, на реакцію суспільного оточення мають впливи традиції та турботи спільнот, політичний клімат в країні та регіоні, погляди домінуючих релігійних конфесій, особисті погляди та переконання членів спільноти та тих, хто приймає рішення, ставлення населення загалом до споживачів наркотиків, корпоративні інтереси. Підтримка на місцевому рівні сприятиме більш успішному впровадженню стратегії ЗШ. Таку підтримку можуть надавати органи місцевого самоврядування, депутатські комісії, комітети та ради, державні медичні заклади, соціальні служ-

би для молоді, правоохоронні органи, центри зайнятості населення, юридичні, адвокатські служби, відділення Червоного Хреста, департаменти виконання покарань, СНІД-сервісні неурядові організації, відділення мережі людей, що живуть з ВІЛ, громадські організації, що займаються проблемами наркоманії, групи взаємодопомоги, правозахисні організації, телефони довіри, молодіжні та студентські організації, жіночі організації, релігійні гуманітарні місії, гуманітарні фармацевтичні місії, структури приватного бізнесу, засоби масової інформації, родинне оточення СІН, колишні споживачі наркотиків.

Стосунки організацій, що втілюють програми за стратегією ЗШ, із цим зовнішнім оточенням є непростими. Можна визначити дві групи стосунків: формальні та неформальні.

Формальні взаємини передбачають офіційні зустрічі, розсилку прес-релізів, спільні різноманітні засідання, оприлюднення результатів роботи або досліджень, щорічних фінансових звітів громадською організацією, громадські звіти і слухання, анонсування проектів або виконання якогось з їх етапів, зустрічі з представниками місцевих правоохоронних органів, відкриті дні проекту для ЗМІ, зацікавлених організацій та безліч інших.

Неформальні – використання особистих зв'язків для донесення інформації до впливових людей, особисті зустрічі з відомими і впливовими людьми тощо.

Певні офіційні заходи, наприклад "круглі столи" з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу та наркоманії, що ініційовані громадською організацією за участю представників державних установ, інших громадських організацій, ЗМІ, можуть перевести формальні стосунки в неформальні. Таку ж дію мають і тренінги та семінари, що проводяться для правоохоронних органів, медичного персоналу або представників приватних структур.

Ініціювати встановлення стосунків з конкретним оточенням можуть дослідження організації. Наприклад, виявлення однакових проблем у сфері впливу держави, громадських організацій. Вони можуть стати основою для об'єднання з метою спільних дій. Наприклад, спільне виконання загальнодержавних завдань щодо реалізації Національної програми протидії ВІЛ/СНІДу або як відповідь на проблему поширення наркоманії та ВІЛ-інфекції серед молоді можуть стати спільні профілактичні дії соціальних служб для молоді та громадської організації. Окрім того, дослідження дають змогу визначити коло потенційних партнерів та коло співпраці, наприклад, потреба учасників проекту в низькопороговій медикаментозній детоксикації спонукає громадську організацію шукати наркологічну установу, що може надати такі послуги.

Факторами, які можуть впливати на формування позитивного оточення, є невідповідність фінансування запланованих державою заходів, порушення прав людини, законних норм конфіденційності, анонімності, медичної допомоги та надання інших послуг. Використання проблем ВІЛ/СНІДу та наркоманії для досягнення політичних, фахових або особистих цілей, корпоративність, упередженість неспівпадання реальних соціальних пріоритетів та пріоритетів цільових груп. Маніпулювання проблемами ВІЛ/СНІДу та наркоманії для досягнення особистих, корпоративних або політичних цілей, упередженість. Дискримінація та стигмація, оперування необ'єктивною, ненауковою інформацією. Навпаки, політична воля і свідомо громадянська позиція, розуміння масштабів та наслідків розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу та наркоманії, реальна підтримка організацій, що діють за принципами стратегії ЗШ та інших ВІЛ-сервісних організацій, глибоке розуміння проблем ВІЛ/СНІДу та наркозалежності на посадовому і особистому рівні, неупереджене ставлення до людей, яких ці проблеми стосуються, та підтримка громадських ініціатив впливатимуть позитивно на поєднання зусиль і зростання національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу і сприятимуть попередженню поширенню наркоманії та її збиткових наслідків.

Основою вибору форми впровадження стратегії ЗШ є дослідження наркосцени, насамперед поведінкових особливостей СІН певного населеного пункту або його адміністративно-територіальної структури. В умовах, коли в населеному пункті наркосцена відкрита, тобто можемо припустити наявність вуличного дилерства, а значить місць концентрації споживачів, дієвою формою для впровадження профілактичних втручань є первинний обмін. В умовах, коли діє закрита наркосцена, вуличне дилерство відсутнє, відповідно немає місць концентрації СІН, то доцільний вторинний обмін. (Необхідно зауважити, що слово "обмін" використовується традиційно, хоча йдеться про повний обсяг послуг, що надаються учасникам проекту).

Первинний обмін – це обмін, який передбачає безпосередній контакт між соціальним працівником та споживачем наркотику.

Вторинний обмін – це обмін, який передбачає контакт соціального працівника з "посередником", тобто учасником проекту, який взяв на себе зобов'язання обмінювати шприци для тих споживачів, які через певні причини не можуть відвідувати пункт обміну. Або "обмін вдома", коли соціальний працівник здійснює обмін для певної кількості споживачів безпосередньо вдома.

Можна передбачити, що через первинний обмін до профілактичних послуг буде залучено менше споживачів наркотиків, ніж при вторинному. Водночас, вторинний обмін потребує більших організаційних зусиль та моніторингу, що стосуються, наприклад, обліку послуг (відомості вторинного обміну), які надаються, налагодження системи надання додаткових послуг проекту, наприклад, первинної лікарської допомоги тощо. Незважаючи на технічні труднощі організації вторинного обміну, саме ця форма створює можливість для волонтерства та дій "рівний допомагає рівному". Первинний обмін здійснюється на польових та стаціонарних пунктах. Вторинний передбачає обмін вдома та аустріч-роботу.

Необхідно зважати на те, що найчастіше в населених пунктах діє і відкрита, і закрита наркосцена. Хоча, якщо переважає закрита, треба аналізувати усі переваги та недоліки створення польових пунктів, щоб мимоволі не сприяти створенню відкритої наркосцени, тобто місць концентрації споживачів наркотиків.

Основною структурною одиницею програм зменшення шкоди є пункти довіри, які мають на меті, оцінюючи ситуацію, організувати роботу для забезпечення надання максимальної кількості послуг максимальній кількості клієнтів проекту. Результати експрес-оцінки ситуації дають можливість визначити, яким чином організувати профілактичні втручання задля ефективного охоплення найбільшої кількості споживачів наркотиків.

На пунктах довіри відбувається основний сценарій виконання роботи з наркозалежними особами (обмін шприців, голок, розповсюдження інформаційно-освітньої літератури та засобів контрацепції, індивідуальне та групове консультування, видача направлень до лікувальних закладів, інформування та безпосереднє спілкування):

- у стаціонарних пунктах довіри, які, як правило, знаходяться в приміщеннях лікувально-профілактичних закладів чи інших приміщеннях;
- на польових пунктах, розташованих просто неба на вулицях і можуть бути легко переміщені у зв'язку зі зміною ситуації;
- на мобільних пунктах довіри – "пункти на колесах", можуть розташовуватись в автобусі, автомобілі;
- на так званих "польових маршрутах", які передбачають переміщення соціальних працівників протягом робочого дня від одного місця концентрації СІН до іншого.

Час роботи ПД визначається відповідно до активності СІН, яка прояснюється у процесі попереднього дослідження та оцінки ситуації. Як правило, це вранішні та денні години. Локалізація пунктів визначається щодо місць найбільшо-

го скупчення СНІ і поблизу точок нелегальної торгівлі наркотиками на розумному віддаленні від житлових будинків, дитячих та учбових закладів, торгівельних місць та інших публічних місць.

Польові пункти – це визначені місця на території населеного пункту, де надаються послуги учасникам проекту – СНІ. Створення польових пунктів доцільно в місцях дії відкритої наркосцени, тобто там, де поширене вуличне дилерство, а, отже, ймовірна велика концентрація споживачів наркотиків в одному місці. Або у “спальних районах”, якщо дослідження організації визначили, що в певному районі проживає велика кількість споживачів. Або (для великих населених пунктів) в місцях перетину транспортних маршрутів. Або в місцях, які визначили самі наркозалежні учасники проекту.

Переваги польових пунктів:

- при раціональному графіку роботи вдається охопити великі території і встановити контакт з великою кількістю цільової групи;
- можливість легко реагувати на зміни в дислокації цільової групи;
- фіксовані години роботи дають можливість споживачам наркотиків внести відвідування пункту у свій денний графік;
- діяльність на території цільової групи, неформальна обстановка сприяє встановленню дружніх стосунків між соціальним працівниками та споживачами наркотиків.

Недоліки польових пунктів:

- певна залежність від погодних умов;
- ускладнення роботи соціальних працівників, за рахунок необхідності значних пересувань у населеному та перенесень стерильного та використаного інструментарію, профілактичних засобів, інформаційних видань;
- вірогідність конфліктних ситуацій з оточенням;
- залежність відвідування від правоохоронних органів.

Стаціонарні пункти, як правило, діють у лікувально-профілактичних установах або інших приміщеннях.

Переваги стаціонарних пунктів:

- надання послуг протягом цілого дня, а іноді – цілодобово;
- можливість організації умов для взяття крові на дослідження, консультацій фахівців;
- більші можливості для надання консультацій, додаткових послуг;
- можливість проведення бесід і консультування незалежно від погодних умов;
- безпека персоналу;

Недоліки стаціонарних пунктів:

- приміщення офіційної установи може викликати недовіру у споживачів наркотиків, особливо на початках роботи проекту;

- неможливість реагувати на зміни дислокації споживачів наркотиків;
- висока вірогідність конфліктних ситуацій з оточенням (мешканцями і працівниками організації і установ, що розташовані поруч).

Мобільні пункти – “пункти на колесах” діють в автобусі, автомобілі.

Переваги мобільних пунктів:

- можливість активного охоплення і надання допомоги СНІ у місцях найчастішого їх перебування;
- дозволяють швидко реагувати на зміни в дислокації цільової групи та охоплювати велику кількість споживачів наркотиків, у т.ч. у віддалених районах;
- зручність для персоналу, найбільш безпечний спосіб доставляння використаних шприців/голок до місця утилізації;

Недоліки мобільних пунктів:

- залежність від технічного стану автобуса/автомобіля та обставин (відсутність пального).

Робота вдома – послуги проекти, що надаються безпосередньо на території цільової групи.

Переваги роботи вдома:

- сталі контакти з цільовою групою;
- більші можливості для мотивації, досліджень та моніторингу;
- можливість ліпшого забезпечення щодо дезинфекції шприців/голок;
- вплив на денний графік споживачів наркотиків.

Недоліки обміну вдома:

- більші організаційні вимоги;
- потреба організації та забезпечення контролю за засобами профілактики та безпеки, що надаються;
- більші вимоги до соціальних працівників.

Польові маршрути дають змогу протягом робочого дня охопити профілактичними заходами споживачів наркотиків на визначених місцях (польові пункти, обмін вдома) та у визначений час.

Переваги польових маршрутів:

- можливість охопити велику кількість споживачів наркотиків, не змінюючи кількості соціальних працівників та волонтерів.

Аналітичний огляд, підготовлений Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІДУ (№1, 2003), свідчить, що, з досвіду діяльності проектів зменшення шкоди в Україні, середня потреба у шприцах становить: інсулінові із замінами голками 2, 5, 10 і 20-мілілітрових – 15%, 2,0 – 20%, 5,0 – 50%, 10,0 – 10% і 20,0 – 5%. Шприці обмінюються з розрахунку співвідношення 1:1 (до 5 шприців) і 3:1 (понад 5 шприців) залежно від кожного конкретного випадку і потреб цільової групи. Щоденно кожний учасник програми отримує 3–5 шприців.

Паралельно видаються антисептики. Шприці здаються у розібраному вигляді, з голкою, притиснутою до циліндру поршнем чи у зібраному стані з голкою під ковпачком. Шприці збираються до спеціального контейнеру, знезаражуються та утилізуються. Як уже зазначалось, обов'язковими є надання представникам цільових груп інформаційно-освітніх матеріалів, консультування, дезінфікуючих засобів, презервативів.

За даними Житомирського обласного благодійного фонду протидії соціально-небезпечним хворобам і СНІДу, інформацію щодо ВІЛ/СНІД, хвороб, що передаються статевим шляхом, гепатитів та інших шкідливих наслідків вживання наркотиків клієнти проекту черпають з таких джерел:

- з брошур, буклетів та інших інформаційних матеріалів, які отримують на стаціонарних та мобільних пунктах обміну шприців;
- від друзів, знайомих, родичів;
- від працівників благодійного фонду та центру профілактики та боротьби зі СНІД;
- із ЗМІ, які є основним джерелом інформації для молоді;
- з бюлетенів та стендів у лікувально-профілактичних закладах.

Низький рівень використання презервативів споживачами наркотиків та їхніми партнерами мало наслідком вихід епідемії ВІЛ-інфекції в широкі маси населення, оскільки часто статевими партнерами СН є люди, які не вживають наркотики. При кожному статевому контакті користуються презервативами лише 15% статево активних опитаних СН, інколи – 45%, ніколи не використовують презерватив 37%. Слід зазначити, що в Україні рівень використання презервативів молоддю взагалі не дуже високий: за даними оцінки, проведеної у 2002 р. на замовлення Британської Ради серед молоді віком від 12 до 28 років, лише 32% сказали, що вони завжди користуються презервативом. На хвороби, що передаються статевим шляхом, хворіли 29%. Часто в презервативі вбачають лише засіб власного захисту від хвороб партнера, не думаючи про результати вживання наркотиків. Не мають статевих відносин 23% опитаних. Слід відзначити, що препарати ефедрину стимулююче впливають на статево активність, тоді як у СН, які достатньо довго вживають препарати опію, статева активність суттєво знижується. В результаті зниження потенції у споживачів наркотиків вони не можуть використовувати презерватив.

Програми зниження шкоди рентабельні й виправдовують витрати на своє проведення з гуманітарної й економічної точки зору.

Програми зниження шкоди зберігають людям життя й поліпшують якість людського життя. Саме

якість життя окремої людини й місцевого співтовариства в цілому є пріоритетним завданням успішних соціальних програм. Зниження шкоди також включає надання послуг і ресурсів наркоспоживачам на непримусовій і неупередженій основі й має на увазі, що люди, які споживають наркотики, мають право голосу при формуванні наркополітики й державних програм, покликаних відповідати потребам споживачів наркотиків. Підхід зниження шкоди також припускає, що споживачі наркотиків є основною рушійною силою в зниженні шкідливого впливу від споживання наркотиків; тому необхідно дати можливість і допомогти споживачам наркотиків обмінюватися інформацією й підтримувати один одного у виробленні стратегій, які відповідають реальним умовам споживання наркотиків. Слід відзначити, що впровадження програм зменшення шкоди не сприяють поширенню вживання наркотиків [20;22;26], не впливають негативно на лікування наркозалежності [5;9–12;27] і не збільшують ціну на ін'єкційний інструментарій, що продаються нелегально на вулиці [6;17;18;21].

Дослідниками також встановлено, що у регіонах, де за зберігання наркотиків передбачені менш суворі заходи карного впливу, немає більш високого рівня споживання наркотиків. Навпаки, споживачі наркотиків не бояться звертатись по допомогу, знаходять роботу та залишаються у суспільстві. Можна сказати, що програми зменшення шкоди дають додаткові переваги не тільки у профілактиці хвороб, а й у поліпшенні якості життя [15;19].

З економічної точки зору програми зниження шкоди обходяться дешевше, ніж надання медичної допомоги, лікування від наркозалежності й витрати на юридичні послуги, необхідні при відсутності таких програм. Також доведено, що програми зниження шкоди зменшують злочинність і тим самим забезпечують більш безпечні умови життя в місцевих співтовариствах, знижуючи витрати на судочинство й в'язниці.

Таким чином, завдання зниження шкоди підкріплені гуманітарними й економічними аргументами. Міжнародні дослідження економістів і експертів доводять, що, інвестуючи в проведення програм зниження шкоди, місцеві співтовариства й уряди в результаті заощаджують гроші [8;13;14;16;25].

Висновки

1. Стратегія зменшення шкоди розглядає проблему медично неконтрольованого вживання наркотиків з реалістичної і прагматичної позиції охорони здоров'я населення, концентруючись на можливості практичного здійснення завдань.

2. Окрім того, запобігаючи зростанню показника нових випадків інфекційних захворювань, що мають гемотрансмісійний шлях серед споживачів ін'єкційних наркотиків, робота із зменшення шкоди сприяє профілактиці подальшого охоплення ВІЛ/СНІДом населення в цілому.

3. Залучення до роботи з виконання програм зменшення шкоди громадянського суспільства сприяє розвитку самосвідомості громадян, контрольованості і керованості, а відтак, і стабілізації епідеміологічної ситуації, створенню робочих місць для уразливих до ВІЛ категорій громадян і інтеграції їх у суспільство.

Список літератури

1. *Врачи без границ: Пособие для работников аутич "Обучение стратегиям профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в Украине"*. – К., 2000. – С. 5–10.
2. *Врачи без границ: Пособие для менеджеров программ "Обучение стратегиям профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в Украине"*. – К., 2000. – С. 10–17.
3. *Дэйв Берроуз. Роль программ снижения вреда от употребления наркотиков в профилактике передачи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации*. – М., 2000. – 322с.
4. *Предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наркоманов, вводящих наркотики инъекционно. Планирование и проведение локальных мер против заражения ВИЧ: Руководство для местных отделений / Дж. В.Стимсон, А.Д. Керк*. – Лондон: Центр исследований наркотиков и здорового поведения, 1992. – С. 17–21.
5. *Brooner R., Kidorf M., King V. et al. Drug Abuse Treatment Success Among Needle Exchange Participants // Public Health Reports*. – 1998. – №112 (Supplement 1). – P. 129–139.
6. *Doherty M.C., Garfein R.S., Vlahov D. Discarded needles do not increase soon after the opening of a needle exchange program // American journal of Epidemiology*. – 1997. – №145. – P. 730–737.
7. *Burrows D., Alexander G. Walking on two legs: a developmental and emergency response to HIV/AIDS among young drug users in the CEE/CIS/Baltic's region. UNICEF Regional Office for CEE/CIS/Baltic's*. – Geneva, 2001. – P. 23–29.
8. *Gold M., Gafni A., Nelligan P. Needle exchange programs: an economic evaluation of a local experience // Canadian Medical Association Journal*. – 1997. – №157(3). – P. 255–262.
9. *Hagan H., Des Jarlais D.C., Purchase D. et al. An interview study of participants in the Tacoma, Washington syringe exchange // Addiction*. – 1993. – №8. – P. 1694–1695.
10. *Heimer R., Lopes M. Needle exchange in New Haven reduces HIV risks, promotes entry into drug treatment, and does not create new drug injectors // JAMA*. – 1994. – №271. – P. 1825–1826.
11. *Heimer R., Kaplan E.H., O'Keefe E. et al. Three years of needle exchange in New Haven: what have we learned? // AIDS and Public Policy Journal*. – 1994. – №9. – P. 59–74.
12. *Heimer R., Eicher A., Eno R., et al. Needle exchange programs as a conduit to drug treatment: the New Haven experience. Paper presented at the 11th International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.*
13. *Holtgrave D.R., Pinkerton S.D., Jones T.S. et al. Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*. – 1998. – №18 (Supplement 1). – P. 133–138.
14. *Laufer F.N. Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2001. – №28(3). – P. 273–278.
15. *Lenton S., Hummeniuk R., Heale P., Christie P. Infringement versus conviction: The social impact of a minor cannabis offence in SA and WA // Drug and Alcohol Review*. – 2000. – №19. – P. 257–264.
16. *Lurie P., Drucker E. An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA // Lancet*. – 1997. – №349. – P. 604–608.
17. *Lurie P., Reingold A. The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad (prepared for the Centers for Disease Control and Prevention). Berkeley, CA: University of California, School of Public Health and San Francisco, CA: University of California, Institute for Health Policy Studies*. – 1993. – №388. – P. 138–145.
18. *Macalino G.E. et al. Community based programs for safe disposal of used needles and syringes // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*. – 1998. – №18(Supplement 1). – P. 111–119.
19. *MacCoun R., Reuter P. Interpreting Dutch cannabis policy: Reasoning by analogy in the legalization debate // Science*. – 1997. – №278. – P. 47–52.
20. *Normand J., Vlahov D., Moses L.E. et al. Preventing HIV Transmission: The Role of Sterile Needles and Bleach*. – Washington DC: National Academy Press, 1995. – P. 224–226, 248–250.
21. *Oliver K.J., Friedman S.R., Maynard H. et al. Impact of a needle exchange program on potentially infectious syringes in public places // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 1992. – №5. – 380 p.
22. *Paone D., Des Jarlais D.C., Gangloff R. et al. Syringe Exchange: HIV prevention, key findings, and future directions // International Journal of the Addictions*. – 1995. – №30. – P. 1647–1683.
23. *Rydell C.P., Everingham S.S. Controlling Cocaine, Prepared for the Office of National Drug Control Policy and the United States Army (Santa Monica, CA: Drug Policy Research Center, RAND Corporation, 1994), p. xvi.*
24. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US Department of Health and Human Services, Summary of Findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse (Rockville, MD: SAMHSA, September 2001), p.*

- 131, Table F.1, and p. 132, Table F.2, from the web at <http://www.samhsa.gov/oas/NHSDA/2kNHSDA/2kNHSDA.htm>, last accessed October 15, 2001. – P. 110–117.
25. *Ward P., Sutton M.* The effectiveness of methadone maintenance treatment: cost effectiveness. In (eds.) Ward J, Mattick RP and Hall W, Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies. – Amsterdam: Harwood, 1998. – P. 112–117.
26. *Watters J.K., Estilo M.J., Clark G.L. et al.* Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users // *JAMA*. – 1994. – №271. – P. 115–120.
27. *Wolk J., Wodak A., Guinan J. et al.* The effect of a needle and syringe exchange on a methadone maintenance unit // *British Journal of Addictions*. – 1990. – №85. – P. 1445–1450.
28. *WHO* Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention. – Geneva: World Health Organization, 2002. – P. 172–190.

**КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ И ЦЕЛЕВАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОЕКТОВ
МЕЖДУНАРОДНОГО РАЗВИТИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ПО СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ
ВРЕДА В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИДА**

А.В. Якобчук (Житомир)

Представлен опыт деятельности проектов по стратегии снижения вреда в странах Центральной и Восточной Европы, бывшего СССР, Украине, других государствах. Обоснована медицинская, социальная и экономическая эффективность их дальнейшего внедрения в Украине с целью противодействия ВИЧ/СПИДу и последствиям наркозависимости.

**CONCEPTUAL BASES AND TARGET ORIENTATION OF ACTIVITY OF PROJECTS OF THE
INTERNATIONAL DEVELOPMENT OF PREVENTIVE PROGRAMS ON STRATEGY OF DECREASE IN
HARM IN AREA HIV/AIDS**

A.V. Jakobchuk (Zhitomir)

Experience of activity of projects on strategy of decrease in harm in the countries Central and the East Europe, the former USSR, Ukraine, other states is submitted. It is proved medical, social and economic efficiency of their further introduction in Ukraine with the purpose of counteraction HIV/AIDS and to consequences of drug abuse.

М.П. ГРЕБНЯК, О.Б. ЄРМАЧЕНКО, В.В. МАШИНІСТОВ, В.В. НІКОЛАЄНКО,
І.В. КОКТИШЕВ (Донецьк)

МОДЕЛЬ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ІННОВАЦІЙНИХ ЗДОРОВ'ЯФОРМУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Тривалість стану здоров'я, тобто термін перебування в нормі, останнім часом суттєво скорочується. На значну втрату потенціалу здоров'я вказують підвищення захворюваності та смертності, зниження народжуваності та тривалості життя, зростання інвалідизації [1;2;9]. Зокрема, показники загальної смертності в працездатному віці в Україні в 2–4 рази вищі, ніж у розвинутих країнах. Протягом останніх 15-ти років рівень смертності населення істотно перевищував коефіцієнт народжуваності, що зумовило процеси депопуляції. Особливо велика смертність чоловіків у Донецькій області, яка за 1998–2004 рр. зросла на 15,4%.

Вагомим резервом підвищення ефективності системи охорони здоров'я є посилення профілактичної діяльності медичних працівників. Невикористані можливості профілактичної медицини яскраво ілюструють матеріали соціологічних досліджень [5]. Так, незадовільний рівень професійної компетентності дільничних лікарів-педіатрів встановлено з розділів медико-соціальної роботи з сім'єю (42,6%), санітарно-освітньої роботи (40,9%), реабілітації (33,3%), оздоровлення контингентів груп ризику (23,5%). Чільне місце в оптимізації заходів з охорони здоров'я посідає впровадження інноваційних технологій у повсякденну практичну діяльність лікувально-профілактичних закладів. Це дасть змогу перейти від стихійної появи елементів запобігання хворобам до системи здоров'яформувальних технологій.

Мета дослідження – обґрунтування методологічних підходів до підготовки фахівців з інноваційних оздоровчих технологій.

Матеріали та методи. Вивчено дані Держкомстату України та Донецького обласного інформаційного центру за період 1998–2004 рр. Аналіз захворюваності проводився відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб і причин, пов'язаних з нею, 10-го перегляду. Розраховувалися показники захворюваності та поширеності. У дослідженні використано ме-

тоди медичної та математичної статистики. Статистичний аналіз ґрунтувався на отриманні середніх і відносних величин та їх помилок з оцінкою рівня значущості розходжень.

Результати дослідження та їх обговорення. При аналізі встановлено, що за останні 5 років показник інвалідизації дітей в Україні зріс на 13,8%. Суттєво зросла захворюваність на новоутворення (на 28,0%), захворювання сечостатевої системи (на 26,0%), нервової системи (на 23,0%). На низьку ефективність лікувально-оздоровчої роботи вказує зростання в останні 5 років поширеності серед дітей діабету (на 22,2%), хронічних хвороб мигдаликів та аденоїдів (на 19,0%), вроджених аномалій серця і системи кровообігу (на 17,7%). Серед підліткового населення також спостерігається значне зростання поширеності новоутворень, природжених вад розвитку, захворювань системи кровообігу, крові й кровотворних органів, сечостатевої системи в 1,3–1,6 разу. Особливо негативною тенденцією є зростання контактного і atopічного дерматиту, пріоритетним чинником ризику в яких являється негативний вплив навколишнього середовища. На значне зменшення потенціалу здоров'я також вказує динаміка стандартизованих коефіцієнтів смертності. Вони в Україні за всіма причинами смерті суттєво вищі, ніж у країнах Європи і США [6]. При цьому слід зазначити невпинне зростання ризику летальних наслідків з віком. Так, у віці 30–44 роки вона вища у 3,1 разу, ніж у віці 15–29 років, а у віці 45–59 років – у 8,1 разу. Негативні тенденції у стані здоров'я населення також зареєстровано в Російській Федерації. Так, у 1999–2000 рр. хвороби крові та кровотворних органів у дітей зросли на 11,5%, хвороби ендокринної системи – на 7,3%, хвороби системи кровообігу – на 5,0%, у підлітків відповідно – 9,7%, 6,3% та 8,5%. У 2003–2004 рр. встановлено катастрофічне зростання смертності у працездатному віці [4;6;7].

Усе це потребує зміщення акцентів у практичній діяльності сімейних лікарів у бік посилен-

ня профілактичного напрямку. Пріоритетним елементом впровадження оздоровчих технологій, тобто системи первинної та вторинної профілактики, що включає інтегральну оцінку рівня здоров'я, виявлення факторів ризику, обґрунтування і проведення лікувально-оздоровчих заходів, є формування у студентів вищих медичних закладів компетентності до діяльності у сфері "здоров'ятворчості".

Методологічні засади системи підготовки фахівців щодо технологій, які сприяють збереженню та формуванню здоров'я, можуть бути представлені у вигляді концептуальної моделі (рис.), мета якої – формування здоров'я дитячого та юнацького населення, підвищення функціональних можливостей працездатного населення, збереження здоров'я осіб пенсійного віку. Її

основними блоками є такі: "Завдання", "Принципи навчання", "Умови навчання", "Компоненти навчання", "Самостійна робота", "Сформованість професійної готовності", "Критерії ефективності".

Блок "Завдання" передбачає підготовку фахівців з профілактичної медицини. Здоров'я-формувальними є такі завдання: аналіз інформації щодо стану навколишнього середовища; оцінювання його впливу на стан здоров'я; визначення тактики ведення контингенту осіб, що підлягають диспансерному нагляду; визначення необхідного режиму навчання, праці, відпочинку та відповідної дієти при лікуванні захворювань; планування і проведення системи санітарно-гігієнічних, профілактичних та протиепідемічних заходів щодо неінфекційних та інфекційних хвороб.

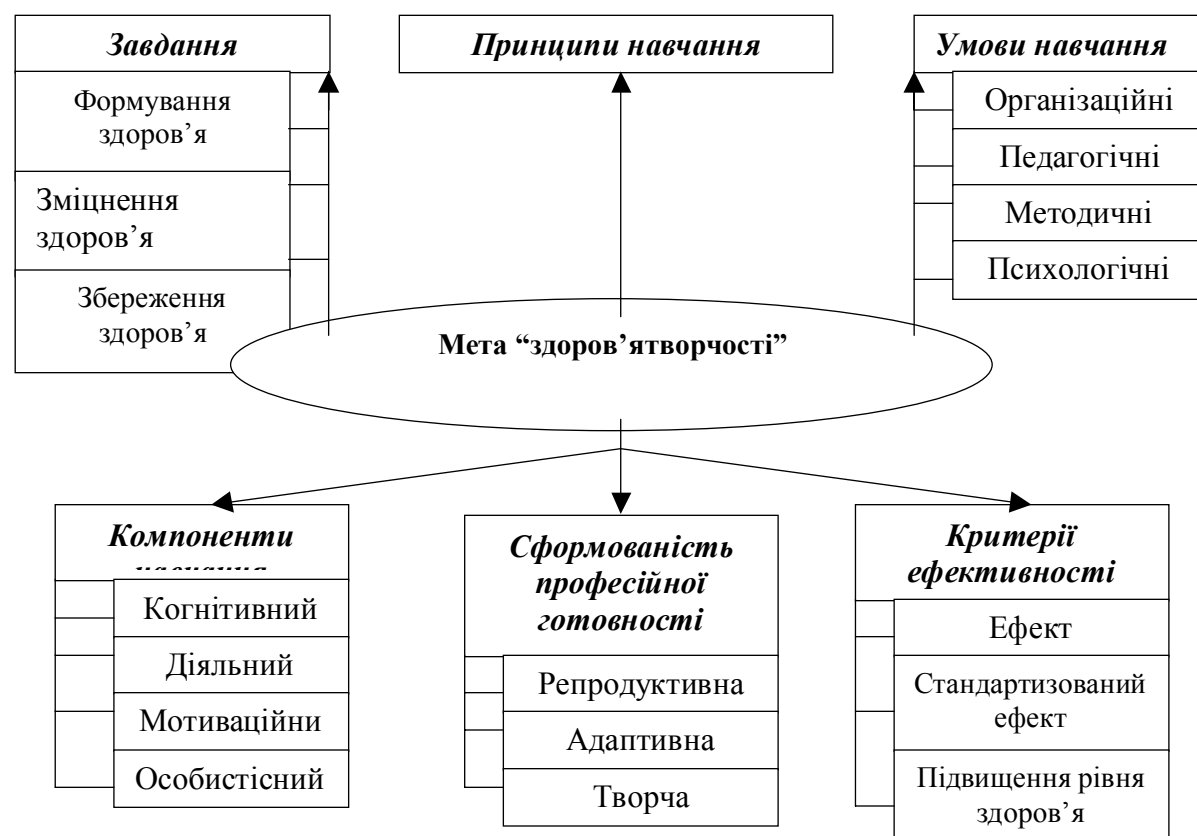


Рис. Концептуальна модель підготовки фахівців з інноваційних здоров'яформувальних технологій

Блок "Умови навчання" складається з таких частин: організаційна, педагогічна, методична, психологічна. Організаційні умови грають ключову роль у побудові системі освітніх і виховних завдань. Вони детермінуються "Освітньо-кваліфікаційними характеристиками" (7.110101 "Лікувальна справа", 7.110104 "Педіатрія", 7.110105 "Медико-профілактична справа"), "Освітньо-професійними програмами підготовки" і навчальними планами. Важливе значення має введення у дисципліни спеціалізації факультативних і елективних курсів, які спрямовані на формуван-

ня у студентів професійних навичок з пошуку та впровадження інноваційних здоров'яформувальних технологій. Базовий навчальний план з профілактичної медицини для сімейного лікаря повинен включати такі розділи: скринінг-методи виявлення факторів ризику, а також провокантів і активаторів патологічних станів і захворювань; критерії здоров'я, рання діагностика донозологічних станів; первинна та вторинна профілактика; попередження дезадаптаційних станів у критичні онтогенетичні періоди; формування здорового способу життя; підвищення

адаптаційного захисту організму від факторів ризику; використання заходів медичного, реабілітаційного та соціального характеру.

У педагогічні умови входить відповідність змісту професійної підготовки особливостям практичної діяльності, застосування сучасних засобів навчання, детермінованість форм навчального процесу рівнем професійної підготовки, створення умов для позааудиторної самостійної роботи студентів, оптимальне поєднання загальних групових та індивідуальних форм організації навчального процесу, співвідношення між якістю підготовки фахівців з вимогами соціального замовлення.

Пріоритетним засобом формування готовності студентів до "здоров'ятворчої" діяльності є самостійна робота. Її особливим видом є позааудиторна самостійна робота. Для підвищення її ефективності слід використовувати різноманітні форми: навчально-дослідницьку роботу, курсову та циклову роботи, оволодіння анкетним методом дослідження факторів навколишнього середовища, оволодіння вміннями-навичками у закладах охорони здоров'я та на тренажерах, навчання за допомогою комп'ютерних програм, оволодіння вміннями-навичками за допомогою німих схем, тестовий самоконтроль, пошук у Internet та підготовку реферативного аналітичного огляду з актуальних проблем профілактики захворювань, підготовку лекцій та бесід, розробку таблиці доведень, систематичний огляд інформації за певний термін за ключовими словами. При виконанні систематичного огляду на конкретні питання профілактичної медицини сумують кількісну інформацію та докази про їх ефективність, а також інтерпретують результати. Однією із сучасних методик обґрунтування оздоровчих заходів є мета-аналіз, основними етапами якого виступають епідеміологічні дослідження в літературних і електронних джерелах інформації, критична оцінка теоретичних і практичних результатів з урахуванням валідності, адекватності та профілактичної придатності, оцінка рівня доказовості, прогнозування ефективності превентивних заходів.

У методичні основи входить диференціація і індивідуалізація навчання у процесі реалізації галузевих стандартів вищої освіти, застосування методів активізації навчальної діяльності студентів. При цьому організація зворотного зв'язку навчально-виховного процесу забезпечить перевірку відповідності виконаних операцій плану і досягнення мети. Психологічні умови спрямовані на формування готовності до виконання певної соціальної ролі, зокрема, до професійної діяльності, а також професійної компетенції до реалізації інноваційних технологій у

"здоров'ятворчості" та розвитку професійно значущих психофізіологічних якостей.

Блок "Принципи навчання" ґрунтується на таких основних положеннях: формування міжпредметних зв'язків, адекватності, динамічності, технологічності, варіативності. Принцип формування міжпредметних зв'язків реалізується у рамках наступних навчальних дисциплін: соціальна медицина і організація охорони здоров'я, загальна гігієна, лікувальна фізкультура та спортивна медицина, фізичне виховання та здоров'я, організаційні основи сімейної медицини, нутриціологія, основи геронтології та геріатрії, професійні хвороби, епідеміологія, дитячі інфекційні хвороби, інфекційні хвороби, психологія та гігієна дитячого віку, пропедевтика внутрішніх хвороб, пропедевтична педіатрія. Принцип адекватності передбачає відповідність професійної підготовки кінцевим цілям і завданням. Принцип динамічності забезпечує постійний розвиток навчально-виховного процесу відповідно до соціального замовлення та нових реалій. Відповідно до принципу технологічності професійна підготовка забезпечується закінченими технологічними процесами формування здоров'я. Принцип варіативності забезпечує можливість студентам самостійно оволодівати різноманітними інноваційними оздоровчими технологіями.

Блок "Компоненти підготовки" складається з когнітивної, діяльної, мотиваційної, особистісної частин. Когнітивна компонента передбачає формування готовності до "здоров'ятворчої" діяльності у процесі оволодіння навичками з первинної профілактики захворювань, корекції відхилень у стані здоров'я, реабілітації порушених функцій, технологій оцінки функціонального стану та відновлення функціональних можливостей організму. Формування діяльного компонента здійснюється шляхом формування навичок організації конкретних видів інноваційних технологій, уміння планувати та застосовувати інноваційні оздоровчі технології у практичній діяльності, використання різноманітних форм та методів підвищення функціональних можливостей організму, оволодіння методологією формування здорового способу життя, проведення індивідуальних і колективних оздоровчих заходів у групах ризику, здійснення консультацій з питань формування здоров'я. Мотиваційна компонента передбачає формування валеологічного, інноваційного та науково-педагогічного мислення, а також готовності до практичного застосування інноваційних здоров'яформувальних технологій. Суттєвість валеологічного мислення полягає в наявності запиту у кожного студента на здоров'я та вміння вибрати найбільш раціональні заходи,

що забезпечують можливість бути здоровим, а не тільки "не хворим". В особистісний компонент входить формування соціальної активності при реалізації інноваційних оздоровчих технологій, потреби до збереження та зміцнення здоров'я, здібностей до постійної освіти, самоудосконалення та інноваційної діяльності, мобілізації особистого креативного потенціалу при пошуку і впровадженні інноваційних здоров'яформувальних технологій.

Блок "Сформованість професійної готовності" передбачає формування професійної компетенції у галузі інноваційних технологій відповідно до таких принципів: поетапність формування знань-навичок-вмінь, диференційованість засвоєння основних видів професійної діяльності, рухливе формування навчальних груп у міру оволодіння навчальним матеріалом. Процес формування професійної готовності до оволодіння інноваційними технологіями передбачає три етапи. Перший етап (репродуктивний) – формування мотивації щодо засвоєння інноваційних технологій, збагачення знань, засвоєння методики пошуку інноваційних технологій, набуття навичок втручання репродуктивного типу із використанням відомих схем. Другий етап (адаптивний) – формування навички критичної оцінки інформації та вибору оптимального втручання у конкретному випадку за типом "стандартної ситуації", безпосереднє знайомство з традиційними та інноваційними технологіями. Третій етап (творчий) – вміння формувати свою думку про інноваційні технології, у т.ч. прогнозування їх перспектив на основі доказів за типом "творчої ситуації", розвиток творчої здатності до пошуку та оволодіння інноваційними технологіями, практична реалізація інноваційних здоров'яформувальних технологій.

Блок "Критерії ефективності" передбачає оцінку за такими критеріями: ефект, стандартизований розмір ефекту, поліпшення стану здоров'я. Ефект – зменшення індивідуального або колективного ризику, тобто вірогідності розвитку захворювання внаслідок дії чинника ризику (не-

гативного фактору). Стандартизований розмір ефекту – різниця між середніми величинами у групах з проведенням профілактичних заходів і контролю, поділена на середньоквадратичне відхилення [3;8]. На поліпшення стану здоров'я вказує перехід з групи з нижчим рівнем здоров'я до більш високого рівня ($IV_3 \rightarrow III_3 \rightarrow II_3 \rightarrow I_3$).

Для оцінки ефективності функціонування моделі також можна використовувати рівні сформованості професійної компетентності з інноваційних здоров'яформувальних технологій.

Висновки

1. Стан здоров'я населення у сучасних умовах характеризується високими рівнями та зростанням смертності, захворюваності і поширеності хвороб, підвищенням ранньої інвалідизації хворих.

2. Кризові явища у стані здоров'я потребують якісного посилення базисної та післядипломної освіти з питань профілактичної підготовки, насамперед ризик-підходу до управління станом здоров'я населення.

3. Валеологічна корекція здоров'я базується на формуванні професійної готовності до "здоров'ятворчості" на вузівському та післядипломному етапах освіти, що відповідає сучасним вимогам до забезпечення медико-соціальних потреб населення.

4. Підготовка фахівців з інноваційних здоров'яформувальних технологій є багатофакторною проблемою. Головним інструментом для оптимізації системи охорони здоров'я є концептуальна модель підготовки фахівців з інноваційних технологій, що складається з таких блоків: "Завдання", "Принципи навчання", "Умови навчання", "Компоненти навчання", "Сформованість професійної готовності", "Критерії ефективності".

5. Перспективи подальших досліджень спрямовані на розробку і вдосконалення навчально-методичного забезпечення підготовки фахівців, орієнтованих на реалізацію сучасних здоров'яформувальних технологій.

Список літератури

1. Весельський В.Л., Медведовська Н.В., Кульчицька Т.К., Матвієнко І.М. Моніторингова оцінка здоров'я дитячого населення та заходи щодо його збереження // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – №2. – С. 5–10.
2. Гребняк Н.П. Валеологические основы летнего оздоровления детей. – Донецк: Норд-Пресс, 2006. – 281 с.
3. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 3. – М.: Медиа Сфера, 2003. – 163 с.
4. Здоровья населения России и деятельность учреждений здравоохранения // Здравоохран. Рос. Федерации. – 2002. – №1. – С. 37–44.
5. К вопросу реформирования педиатрической службы / Л.П. Чичерин, И.А. Лешкевич, В.А. Прошин, Е.В. Михальская // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2006. – №3. – С. 21–28.
6. Максимова Т.М., Белов В.Б., Роговина А.Г. Динамика смертности населения трудоспособного возраста в странах СНГ // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2006. – №3. – С. 3–8.
7. Онищенко Г.Г. Актуальные вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации // Гигиена и санитария. – 2006. – №5. – С. 4–10.

8. 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.
9. Сучасні тенденції смертності населення в регіонах України / В.М. Пономаренко, В.Л. Весельський, Л.А. Чепелевська, Г.І. Баторшина // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – №2. – С. 10–15.

МОДЕЛЬ ПОДГОТОВКИ СПЕЦІАЛІСТОВ ПО ІННОВАЦІОННИМ ЗДОРОВЬОФОРМУЮЩИМ ТЕХНОЛОГІЯМ

Н.П. Гребняк, А.Б. Ермаченко, В.В. Машинистов, В.В. Николаенко, І.В. Коктышев (Донецьк)

Состояние здоровья населения характеризуется высокими уровнями и ростом смертности, заболеваемости и распространенности болезней, повышением ранней инвалидизации больных. Отрицательные явления в состоянии здоровья диктуют необходимость подготовки специалистов по инновационным здоровьесформирующим технологиям. Основными блоками концептуальной модели их подготовки являются: "Задачи", "Принципы обучения", "Условия обучения", "Компоненты обучения", "Сформированность профессиональной готовности", "Критерии эффективности".

MODEL OF PREPARATION OF EXPERTS ON INNOVATIONAL TECHNOLOGIES FORMATION HEALTH

N.P. Grebnjak, A.B. Ermachenko, V.V. Mashinistov, V.V. Nikolaenko, I.V. Koktyshev (Donetsk)

The state of health the population is characterized by high levels and growth of death rate, morbidity and prevalence of illnesses, increase early incapacitating patients. The negative phenomena in a state of health dictate necessity of preparation of experts on innovative forming health technologies. Mainframes of conceptual model of their preparation are: "Tasks", "Principles of training", "Conditions of training", "Components of training", "Organized professional readiness", "Criteria of efficiency".

УДК 614.252.1

М.Ю. САЛЮТА (Київ)

РИНКОВІ ВІДНОСИНИ І ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Київська міська клінічна лікарня №1

Ринкові реалії, з якими покликані рахуватися сучасна вітчизняна медицина та охорона здоров'я, спонукають вузівський освітній процес до формування й реалізації моделей підготовки сучасних керівників, економістів-менеджерів вітчизняної охорони здоров'я.

Якщо сутність професійної діяльності лікарів-керівників, економістів-менеджерів сьогодні у жодного з фахівців не викликає сумніву, то управлінські аспекти професійної діяльності лікарів-клініцистів для багатьох їхніх колег та й керівників є і донині новиною.

Водночас у доступних нам вітчизняних публікаціях останнього десятиріччя вже не один автор наводить досить переконливу аргументацію й характеристики професійної діяльності ліка-

ря-клініциста, пов'язані з її управлінськими аспектами.

Мета – вивчити проблеми ефективності медичної освіти та розробити оптимальні шляхи організації навчального процесу в умовах ринкових відносин.

Матеріал та методи дослідження. Проведено аналіз професійного життя випускників лікувального факультету, вивчено фізіологічні механізми, що забезпечують результативну діяльність людини в умовах емоційної перенапруги, особливості фізіологічного забезпечення навчальної діяльності (як повсякденної, так і в період іспитів) і стан здоров'я студентів залежно від домінуючого типу вегетативної регуляції і результативності навчальної діяльності. Стан

здоров'я студентів оцінювали за ступенем виразності вегетативних дисфункцій (СВВД), використовуючи спеціальний опитувальник.

Результати дослідження та їх обговорення. У професійному житті випускників лікувального факультету спілкування посідає істотне місце (74% відповідей), причому 22% опитаних фахівців указали на наявність у них труднощів у цій сфері. Складніше спілкуватися з адміністрацією (52%), хворими (26%), середнім і молодшим медичним персоналом (15%), колегами (7%). Причини, які приводили до цих труднощів, вказувалися такі: поганий морально-психологічний клімат у закладі (44%), відмінність правил поведінки у вузі та на робочому місці (37%), відсутність у молодого фахівця необхідних особистих якостей і умінь професійно спілкуватися (31%), його недостатня професійна підготовка (25%).

Таким чином, очевидна необхідність корекції змісту й методів навчання для формування у випускників первинних умінь управлінської діяльності.

Варто мати на увазі, що "якщо повністю повернутися лицем до професійних менеджерів, чи не виявиться непотрібним управлінський досвід теперішніх головних лікарів? Серед них є видатні керівники, які володіють як лікувальною практикою, так і тонкощами управління медперсоналом".

Тобто діалектичний погляд на проблему вказує на необхідність мати в медицині принаймні фахівців 3 категорій, що володіють теоретичним багажем, навичками й умінням керівника (менеджера): лікар, економіст-менеджер середньої ланки управління й керівник вищої ланки управління з базовою вищою медичною освітою чи без неї.

Сутністю професійної діяльності фахівця з організації охорони здоров'я (керівника, менеджера) є управління організаційною системою ступеня управління, який він займає, через систему освіти, самоосвіти, досвіду професійної діяльності, професійних стандартів як інструменту управління і творчого потенціалу.

Професійні стандарти – інструменти стабілізації організаційної системи управління на окремих рівнях управління; творчий потенціал (нові знання, уміння, досвід) – інструменти розвитку організаційної системи управління через її реструктуризацію – реалізація стратегії "розвиток через якість".

Таким чином, із поданої інформації стає зрозумілою нова парадигма освітньої підготовки лікаря XXI сторіччя: на базі не тільки теорії і практики медицини, але й теорії й практики сучасного менеджменту з введенням до освітнього стандарту навчальних курсів "Основи менеджменту" і "Управління якістю медичної продукції".

Залежно від того, в якій формі власності буде реалізувати свою професійну сутність лікар, варто диференціювати обсяг і якість (структуру) навчальної інформації, яку викладатимуть для нього. Так, для лікаря приватної практики управлінський блок навчальної інформації, можливо, потрібно доповнити такими навчальними курсами: "Економіка охорони здоров'я", "Основи правової діяльності в охороні здоров'я", "Економіка й соціологія праці", "Економіка організації" та ін.

Для лікарів-керівників органів і установ охорони здоров'я схема освітньої підготовки може виглядати так: післядипломні тематичні курси з економіки управління охороною здоров'я й у вигляді 2-річного варіанта отримання другої вищої освіти відповідно до державного освітнього стандарту 060804 за фахом "Економіст-менеджер охорони здоров'я".

Варто також зберегти, у комерційному варіанті, існуючу схему підготовки економістів – менеджерів охорони здоров'я по 5-річній програмі відповідно до державного освітнього стандарту 060804.

Запропоновані підходи збільшують комунікативну й інші види ефективності управлінської діяльності в органах і закладах вітчизняної охорони здоров'я, тому що управлінська сутність перелічених фахівців 3 категорій буде базуватися на універсальних елементах сучасної теорії й практики менеджменту.

В умовах реформування освіти в Україні особливу актуальність для охорони здоров'я набуває проблема підвищення ефективності медичної освіти. З цією метою продовжувався пошук оптимальних шляхів організації навчального процесу на такому рівні, щоб випускники вищих медичних закладів мали навички надання хворим долікарської, першої лікарської, кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги, а середній медичний персонал – долікарської допомоги.

Реалізація однієї з найважливіших соціальних потреб людини – навчання в умовах сучасного життя різко збільшує навантаження на тих, хто навчається. Необхідність засвоєння великого обсягу інформації в умовах дефіциту часу, тривалі періоди гіпокінезії, неповноцінне харчування, конфліктні ситуації, що виникають при оцінці отриманих знань, сприяють постійній тонічній напрузі гомеостатичних систем організму студента [1;5]. Раніше було показано, що складання іспиту супроводжується високою фізіологічною напругою організму, зокрема, підвищенням енерговитрат, а більшість студентів характеризуються порушеннями стану здоров'я, вегетативними дисфункціями. Можливо, навчальна діяльність студентів, особливо в умовах емоційної перенапруги під час іспитів, вибірково по-

слаблює окремі механізми саморегуляції функціональних гомеостатичних систем організму, порушуючи гармонію внутрішню і міжсистемних інформаційних відношень, що і є причиною відхилень у стані здоров'я. Регуляція діяльності гомеостатичних систем, які адаптують організм до чинників емоційної перенапруги, здійснюється передусім взаємодією симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи. Прийнято вважати, що на початкових етапах адаптаційного процесу домінування симпатичної активації підвищують адаптаційні можливості організму. У разі порушення координації симпатичної і парасимпатичної нервової системи виникають розлади, що позначаються як ваготонія або симпатикотонія [3;6]. Можна припустити, що вибіркоче залучення фізіологічних систем у реалізацію успішної результативної діяльності в умовах адаптації до навчальних навантажень, а також стан здоров'я студентів можуть бути пов'язані з вихідним типом вегетативної регуляції.

З огляду на актуальність вивчення фізіологічних механізмів, що забезпечують результативну діяльність людини в умовах емоційної перенапруги, Е.А. Умрюхин і співавтори досліджували особливості фізіологічного забезпечення навчальної діяльності (як повсякденної, так і в період іспитів) і стан здоров'я студентів залежно від домінуючого типу вегетативної регуляції і результативності навчальної діяльності [4].

Стан здоров'я студентів оцінювали за ступенем виразності вегетативних дисфункцій (СВВД), використовуючи спеціальний опитувальник, розроблений у відділі вегетативної патології Московської медичної академії ім. І.М. Сеченова.

Залежно від вихідного вегетативного тону су усі піддослідні були розподілені на 3 групи: симпатотоніки, парасимпатотоніки і нормотоніки (із змішаним типом регуляції вегетативних функцій). Найнижчі енерговитрати як в умовах повсякденної навчальної діяльності, так і після іспиту спостерігалися в осіб із переваженням парасимпатичного типу регуляції. Активація метаболічних процесів при екзаменаційному стресі в пара-, симпато- і нормотоніків реалізувалася різноманітними шляхами. У симпато- і парасимпатотоніків посилювалися аеробні метаболічні процеси (збільшувався об'єм спожитого кисню). Особливо це характерно для симпатотоніків. У них спостерігалася виражена тенденція до підвищення енерговитрат внаслідок збільшення об'єму спожитого кисню ($p < 0,05$). Це узгоджується з даними літератури про підвищення утилізації кисню і активації процесів витрати енергії при переважанні тону симпатичної нервової системи.

У студентів із вегетативним дисбалансом особливості енергообміну, очевидно, пов'язані з наявністю до нозологічних порушень функцій організму, що зумовлює меншу економічність і супроводжується активацією зовнішньої ланки саморегуляції. Це відповідає даним літератури про те, що енерговитрати у хворих вірогідно вищі, ніж у здорових.

Найбільш виражені вегетативні дисфункції відзначені в студентів-відмінників при всіх типах вегетативної регуляції (симпатотоніки – $24,8 \pm 4,0$ балу, парасимпатотоніки – $25,3 \pm 1,8$ балу, нормотоніки – $15,5 \pm 3,5$ балу) порівняно з "четвірочниками", "трієчниками" і "двієчниками", що може трактуватися як зростання фізіологічної ціни за успішність навчання. Це узгоджується з даними літератури, що в осіб, які прагнуть до соціально значущих цілей (студенти-відмінники), відзначені найбільш високі показники "узгальненого вегетативного зсуву", що відбивають порушення стану здоров'я. От чому у відмінників зі змішаним типом вегетативної регуляції, на відміну від "четвірочників", "трієчників" і "двієчників", реакції на екзаменаційний стрес аналогічні таким, як в осіб із вегетативним дисбалансом. У них у період повсякденної навчальної діяльності найнижчі енерговитрати. Раніше було показано, що студенти з гарною успішністю при складанні іспитів і з вираженими вегетативними дисфункціями відрізняються низьким рівнем енерговитрат у період повсякденної навчальної діяльності порівняно зі студентами, також добре успішними, але здоровими. На нашу думку, це пов'язано з більшими нервово-емоційними переваженнями під час навчального процесу, що призводить до зниження життєво важливих функцій організму, у тому числі енергетичного обміну. Водночас фізіологічна ціна складання іспиту в них вища, ніж у здорових студентів.

Таким чином, авторами встановлено взаємозв'язки між типами вегетативної регуляції, ступенем виразності вегетативних дисфункцій, характеристиками енергетичного обміну і результативністю навчальної діяльності. Найнижчі енерговитрати як в умовах повсякденної навчальної діяльності, так і після складання іспиту спостерігалися в осіб із переваженням парасимпатичного типу регуляції. Активація метаболічних процесів при екзаменаційному стресі в студентів симпато-, парасимпато- і нормотоніків реалізується різноманітними шляхами.

У симпато- і парасимпатотоніків посилюються аеробні метаболічні процеси. Особливо це характерно для симпатотоніків, у яких спостерігається виражена тенденція до підвищення енерговитрат унаслідок достовірного збільшен-

ня об'ємів спожитого кисню ($p < 0,05$). У студентів із змішаним типом регуляції посилюються анаеробні процеси окислювання, у них після іспиту вірогідно збільшується ДК ($p < 0,01$) при зменшенні об'ємів спожитого кисню, тоді як в інших групах дихальний коефіцієнт практично не змінюється. При відсутності істотних змін легеневої вентиляції збільшення дихального коефіцієнту в осіб із змішаним типом регуляції може вказувати на те, що зміни метаболізму в них пов'язані з переходом переважно на анаеробні окислювання вуглеводів.

У симпато- і парасимпатотоніків реакції на досягнення гарного і поганого результатів у процесі решти іспиту різноманітні. При невдалій решті іспиту (двійки і трійки) у парасимпатотоніків спостерігаються виражені зсуви по більшості вивчених показників, а в симпатотоніків вони відсутні. Водночас симпатотоніки, що добре здали іспит, характеризувалися вираженими змінами вивчених показників.

Співвідношення симпатичної і парасимпатичної регуляції органів і систем організму робить свій внесок у формування вегетативних дисфункцій. Так, студенти з вегетативним дисбалансом характеризуються вираженими вегетативними дисфункціями, тоді як у студентів із змішаним типом регуляції оцінка вегетативних дисфункцій залишається в межах норми (до 15 балів по шкалі Вейна). Найвищими бальними оцінками вегетативних дисфункцій характеризуються студенти-відмінники поза залежністю від типу вегетативної регуляції порівняно з іншими студентами. Це може трактуватися як зростання фізіологічної ціни навчання.

Навчання у вищій школі ставить підвищені вимоги до здоров'я студентів. Відповідно до думки фахівців, праця студентів має сукупність ряду специфічних особливостей, властивих тільки цій формі розумової діяльності: сприйняття і переробка різноманітної інформації в умовах дефіциту часу, часте виникнення стану нервово-психічної напруги, виконання значної роботи у вечірній і нічний час та інші особливості, що позначаються на стані психічного і соматичного здоров'я молодих людей. При цьому особливо підвищене навантаження організм студентів зазнає під час іспитів, які запускають реакції типового емоційного стресу з усіма супутніми йому фізіологічними, біохімічними і психологічними реакціями. У зв'язку з цим особливим інтересом є порівняння фізіологічних і психологічних реакцій студентів молодших курсів під час навчального семестру і під час підготовки і складання іспитів.

Фаустов А.С., Щербатих Ю.В., Боткіна І.Б. обстежили 117 студентів I–II курсу Воронежської державної медичної академії ім. Н.Н. Бурденко. Для

оцінки рівня стресу використовували такі показники: частоту серцевих скорочень (ЧСС), рівень систолічного і діастолічного артеріального тиску (АТс і АТд відповідно), вегетативний індекс Кердо (ВІК); показники варіабельності серцевого ритму: індекс напруженості (ІН), середньоквадратичне відхилення (СКВ), показник активності регуляторних систем (ПАРС), який визначався за методикою Р.М. Баєвського, і потужність окремих складового серцевого ритму. Протягом місяця робили виміри фізіологічних показників студентів тричі протягом навчального дня: із 8 год. 30 хв. до 9 год.; із 12 год. 30 хв. до 13 год. і з 15 до 16 год. Вимірювали ЧСС, АТс і АТд, фіксували різноманітні параметри математичного аналізу ритму серця [5].

Отримані дані співпадають з висновками інших дослідників, які відмічали зменшення ЧСС у студентів і зменшення ІН у школярів у процесі стомлення, викликаного навчальним навантаженням.

Після великої перерви відбувалася певна нормалізація показників вегетативної нервової системи, що виражалася в деякому зниженні ПАРС – із 4,6 до 4,2 од. Крім того, відповідно до показників ВСР, зростала активність симпатичного відділу (зростання індексу напруження з $65,5 \pm 6,8$ до $94,1 \pm 7,2$ од. і відновлення АТ до вихідних величин) і знижувалася активність парасимпатичного відділу (зменшення високочастотної складового спектра з 36 до 29% і зниження СКВ з $59,3 \pm 1,8$ до $57,0 \pm 1,9$ м/с). Проте слід зазначити, що відновлення працездатності було неповним: більшість показників до 15 год. не повернулося до норми. Більш-менш повна адаптація спостерігалася тільки у відношенні АТ і низькочастотного компонента спектра варіабельності серцевого ритму (LF), що відображає активність вазомоторного центру.

Не виявлено достовірної зміни показників пульсу і АТ у студентів протягом навчального семестру. Тільки за 2 тижні до іспитів у зв'язку з наближенням сесії і збільшенням навантаження (пов'язаного з одержанням заліків, відпрацюванням пропущених занять, написанням рефератів тощо) у студентів відзначаються посилення психофізичної напруженості і погіршення функціонального стану. Це проявилось в збільшенні ІН із $72,6 \pm 4,9$ до $83,8 \pm 5,9$ од. і зменшенні СКВ з $63,5 \pm 1,9$ до $56,2 \pm 3,1$ м/с ($p < 0,05$). Динаміка частоти пульсу і АТ носили в цей період різнонаправлений характер в окремих студентів, що було пов'язано як і з рівнем їхньої поточної успішності і готовності до майбутніх іспитів, так і з типом їх вищої нервової діяльності та особливостями особистості. Ці результати узгоджуються з даними інших дослідників, які відзначали тенденцію до

зниження АТ в старшокласників до кінця семестру, що, на думку авторів роботи, свідчить про розвиток стомлення.

Крім того, у період підготовки до іспиту спостерігався високий ступінь лабільності вегетативної нервової системи, що виражалося в частих перепадах пульсу, АТ і основних показників математичного аналізу серцевого ритму. Поки не відомо, чи може періодичний АТ у студентів згодом переходити в хронічну форму, проте дослідження останніх років не виключають такого розвитку подій, особливо у осіб чоловічої статі.

Максимальні показники активності вегетативної системи студентів, як правило, відзначалися безпосередньо перед іспитом. Головні показники стану вегетативної системи студентів зареєстровані на піку емоційного стресу.

Студенти медичного коледжу належать до групи підвищеного ризику розвитку захворювань у зв'язку з великим інтелектуальним навантаженням, необхідністю адаптації до нових умов проживання і навчання, формуванням взаємовідносин з людьми поза сім'єю. Внаслідок незавершеності росту і розвитку організму у тих, хто навчається при наявності несприятливих чинників середовища мешкання і нерационального навантаження можуть, виникати різноманітні патологічні стани.

Негативний вплив вказаних вище чинників повинен коригуватися упорядкованим побутом, правильним розпорядком дня, рівномірністю навчального навантаження. При цьому варто враховувати ту обставину, що в молодому віці, коли формується стереотип поведінки, його корекція, спрямована на формування здорового способу життя, найбільш ефективна.

Коновалов О.Є. і співавтори оприлюднили результати соціологічного опитування 394 студенток I–II курсу Рязанського медичного коледжу, проведеного з метою одержання суб'єктивної оцінки стану їхнього здоров'я, а також рівня знань про чинники ризику його порушень. Крім того, вивчали участь сім'ї в обговоренні проблем здоров'я і особистого життя респондентів [2].

Було встановлено, що хронічні захворювання мають 30,1% опитаних дівчат, 14,9% студенток, незважаючи на наявність хронічних захворювань, вважають своє здоров'я "гарним". З іншого боку, 12,6% осіб, що не мають хронічних захворювань, оцінили своє здоров'я як "скоріше погане, чим гарне і погане". Оцінку своєму здоров'ю "скоріше гарне, чим погане" дали приблизно однакове число респондентів, що мають і не мають хронічних хвороб (46,8 і 50,5% відповідно).

Серед приїжджих з інших міст було в 2 рази більше осіб із хронічними захворюваннями, чим

серед приїжджих із сільської місцевості (41,2 і 20% відповідно). Незважаючи на великий процент осіб, що мають хронічні захворювання, у групі приїжджих з інших міст 82,5% дівчат цієї групи оцінили своє здоров'я як "гарне" і "скоріше гарне, чим погане".

Однією з провідних складових способу життя є "медична активність", під якою розуміється комплекс медичних чинників, пов'язаних з установками людини щодо власного здоров'я. Сюди, зокрема, входить своєчасне звертання в лікувально-профілактичні установи при захворюванні або погіршенні стану здоров'я, точне виконання лікарських рекомендацій.

Слід зазначити, що, незважаючи на характер описаної вище суб'єктивної оцінки власного здоров'я, тільки 27 із 100 опитаних вказали на гарне здоров'я як найбільшу цінність.

При аналізі відповідей на питання "Чи завжди Ви звертаєтеся по медичну допомогу, якщо Вам нездужається" отримані такі результати: 89,1% опитаних при виникненні захворювання не завжди звертаються по медичну допомогу. При цьому студентки, що наймають квартиру, звертаються до лікаря в 1,2 разу частіше, ніж ті, хто мешкає в гуртожитку. Встановлено, що самолікуванням займаються близько 80% опитаних дівчат. Понад 90% студенток відвідують заняття, будучи хворими.

Більшість (67,6%) дівчат рідко торкаються проблеми здоров'я в розмові з членами своєї сім'ї, а 5,1% респондентів ніколи не обговорюють цю тему при спілкуванні з родичами. Встановлено також, що особи, які вважають себе нездоровими, дещо частіше обговорюють з батьками питання свого самопочуття, ніж здорові.

Проблеми особистого життя обговорюються з друзями в 1,8 разу частіше, ніж з батьками (із викладачами – в поодиноких випадках). Очевидно, виявлена ситуація значною мірою пов'язана з наявністю частих конфліктів у сім'ях опитаних, про що зазначили 40,4% респондентів. Встановлено, що в сім'ях, де практично відсутні конфлікти, частіше обговорюють питання свого здоров'я з батьками ($p < 0,05$).

Вивчення рівня знань студенток медичного коледжу про чинники ризику порушень здоров'я показало таке. Переважна більшість респондентів інформовані про шкідливий вплив на здоров'я частих стресів (це відзначили 97,6% опитаних), паління (97,5%), надлишкової маси тіла (91,6%) і вживання алкоголю (90,7%). Водночас 24,9–36,3% дівчат мають слабе уявлення про характер впливу на організм чинника харчування і про роль компонентів їжі.

При цьому майже всі респонденти підкреслили корисний вплив занять фізичною культурою і спортом.

Висновки

1. Таким чином, в умовах сучасного міста людина наражається на вплив широкого комплексу середовищних факторів, які багато в чому визначають несприятливі зміни в її здоров'ї.

2. Незважаючи на наявність наукових досліджень з профілактичного спрямування, рівень захворюваності населення не знижується.

3. Сьогодні фізичний розвиток (ФР) людини інтерпретується в декількох аспектах. З одного боку, це показник досягнення суб'єктом у своєму розвитку деяких вікових стандартів, з іншого – показник функціональних можливостей організму, з третього – показник “кількості здо-

ров'я”, тобто показник позитивний, на відміну від негативного показника наявності хвороби.

4. Невід'ємним елементом системи контролю за станом здоров'я є професійний психологічний відбір (ППВ). Він представляє, наприклад, обов'язкову складову частину військово-професійного відбору, який включає аналіз біографічних даних, оцінку стану здоров'я, характеристики освітньої, професійної і фізичної підготовки.

5. Одним з можливих перспективних нових шляхів вирішення названих проблем є обґрунтування, розроблення та впровадження системи психофізіологічного відбору медичних кадрів та оцінки їх інтелектуальних особливостей.

Список літератури

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. – М., 1997. – 160с.
2. Коновалов О.Е., Квасов С.Е. Образ жизни и здоровье студентов // Клиническая медицина. – 1999. – Т.2. – №2. – С. 59–64.
3. Судаков К.В. Теоретическая физиология: развитие в научной школе П.К.Анохина // Вести РАМН. – 1994. – №10. – С. 3–11.
4. Умрюхин Е.А., Быкова Е.В., Климина Н.В. // Физиология человека. – 1996. – Т.22. – №2. – С. 108.
5. Фаустов А.С., Щербатых Ю.В., Боткина И.Б. Резервы умственного труда студентов. – Воронеж, 1986. – 155с.
6. Akselrod S, Gordon D., Madved et al. // Fv. J.Physiol. – 1985. – Vol. 249. – P. 867.

РЫНОЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ И ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

М.Ю. Салюта (Киев)

Освещена проблема эффективности медицинского образования в условиях рыночных отношений. Рассмотрены физиологические механизмы, которые обеспечивают результативную деятельность человека в условиях эмоционального перенапряжения, особенности физиологического обеспечения учебной деятельности (как повседневной, так и в период экзаменов). Исследовано состояние здоровья студентов в зависимости от доминирующего типа вегетативной регуляции и результативности учебной деятельности. Разработаны и предложены оптимальные пути организации учебного процесса в условиях рыночных отношений.

MARKET RELATIONS AND PROBLEM OF PROFESSIONAL WORK OF MEDICAL WORKERS

M.Ju. Saluta (Kiev)

The problem of efficiency of medical education in conditions of market relations is covered. Physiological mechanisms which provide productive activity of the person in conditions of an emotional overstrain, features of physiological maintenance of educational activity (as daily are considered, and during examinations). The state of health of students is investigated depending on dominating type of vegetative regulation and productivity of educational activity. Optimum ways of the organization of educational process to conditions of market relations are developed and offered.

О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ (Київ)

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНСЬКІЙ ДЕРЖАВІ (ДОБА ГЕТЬМАНЩИНИ)

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

28 квітня 1918 р., коли Центральна Рада прийняла Конституцію УНР і обрала Михайла Грушевського першим Президентом України, з'їзд хліборобів, скликаний Союзом земельних власників, проголосив генерала Павла Скоропадського Гетьманом України. Цей переворот відбувся не без підтримки німецько-австрійських "союзників", які не були впевнені, що соціалістична Центральна Рада буде здатна виконати зобов'язання Берестейської угоди щодо постачання хліба та іншого продовольства Німеччини та Австро-Угорщини.

Цей факт, а також земельна і соціальна політика нової влади викликали невдоволення і протест соціалістичних та національно-патріотичних сил, особливо селянських мас. Проте і тогочасні, і сучасні критики не заперечують, що гетьманському урядові, який було сформовано переважно із старих, технічно добре підготовлених фахівців-управлінців, за короткий час вдалось навести певний лад у зовнішній політиці держави, у її внутрішньому становищі та економіці і особливо у гуманітарній сфері [1].

Метою цієї роботи є дослідження архівних матеріалів про розбудову системи охорони здоров'я Української Держави, аналіз та оцінка її діяльності.

У гетьманському уряді 8 травня 1918 р. створюється перше в нашій історії Міністерство народного здоров'я й опікування.

Тимчасово до надання Статуту Міністерства 4 липня 1918 р. було підготовлено законопроект, згідно з яким Міністерство народного здоров'я й опікування визнається "вищим керуючим і доглядаючим органом по всіх справах, які торкаються охорони народного здоров'я й опікування в різних галузях державного і громадського управління, й об'єднує згідно з єдиним державним планом всі заходи відносно народного здоров'я й опікування. Усі медико-санітарні і піклувальні громадські та приватні інституції мають підлягати компетенції Міністерства, і всі розпорядження Уряду відносно цих інституцій переводяться виключно через Міністерство народного здоров'я й опікування" [3].

Інший законопроект переглянув постанову Ради Міністрів від 12 вересня 1918 р. з огляду на зміну складу і компетенції окремих міністерств і передбачив, що "всі питання, що торкаються народного здоров'я й опікування, які виникли і виникатимуть в окремих галузях урядування, повинні розв'язуватись згідно із загальним планом державної політики у справах народного здоров'я й опікування". У законопроекті зазначено, що права і обов'язки міністрів і міністерств внутрішніх справ, торгівлі і промисловості та інших, які містяться в "Уставе лікарському" видання 1905 р. і "Уставе общественного призрения" видання 1915 р. з усіма продовженнями передаються міністру і Міністерству народного здоров'я й опікування, а права і обов'язки за цими статутами губернаторів і градоначальників та їхніх заступників – безпосередньо місцевим органам міністерства. Відповідно до видання нових законів колишні "Врачебные отделения губернских правлений" вважати безпосередніми органами і користуватися назвами цих відділень – місцеве управління Міністерства народного здоров'я й опікування, а для "врачебного" інспектора – голова цього управління [13].

Міністром призначено активного члена Української Народної Громади, створеної Павлом Скоропадським, лікаря-фармаколога **Всеволода Юрійовича Любинського** (1840–1920) [6] родом з Київщини, який взяв безпосередню участь у гетьманському перевороті.

Хоча українські партії звинувачували гетьманський уряд та окремих його членів у нехтуванні українською мовою і особливо протестували проти призначення В.Ю. Любинського міністром, Державний Секретаріат уряду нагадував чиновникам усіх міністерств, що державною мовою є українська, і вимагав її використання у діловодстві та листуванні, а В.Ю. Любинський та його відомство визначалось особливо уважним ставленням до українських національних проблем, особливо у справі мови і персоналу Міністерства, який складався переважно з національно свідомих людей.

Товаришем міністра призначено доктора Є.І.Яковенка, директорами департаментів: лікарської допомоги і шпитальних справ (потім – медичного) – доктора Б.П. Матюшенка, санітарного – проф. О.В. Корчака-Чепурківського загального – М.М. Галагана; завідувачами відділів: освіти – доктора В.О. Піснячевського, інформаційно-видавничого – доктора Ю.Ф. Меленевського судової медицини – доктора К.П. Сулиму, санітарно-технічного – інженера О.А. Земляниціна, демобілізаційного – доктора О. Сидоренка. Термінологічну комісію продовжував очолювати доктор Мартирій Галин.

Серед інших видатних діячів української медицини в Міністерстві працювали віце-директор Санітарного департаменту В.В. Удовенко, гігієністи В.Я. Підгаєцький і М.А. Кудрицький, віце-директор, а потім директор Медичного департаменту А.О. Барбар, пізніше репресовані і розстріляні радянською владою начальник відділу санітарної статистики Сергій Аркадійович Томлін.

Енергія міністра В.Ю. Любінського, його найближчих помічників Є.І. Яковенка, Б.П. Матюшенка, О.В. Корчака-Чепурківського та інших працівників Міністерства передусім була спрямована на боротьбу з пошестями, які супроводжували війну і післявоєнну розруху, на підтримку і оновлення існуючих у країні лікарських інституцій, на використання майна і персоналу медично-санітарних організацій військового часу (Червоного Хреста, Земського союзу, Союзу міст), закупівлю медикаментів за кордоном, головним чином у Німеччині, та розподілом їх між державними і громадськими лікарськими закладами.

Предметом опіки Міністерства була турбота про інвалідів, полонених і біженців, особливо про дитячі притулки для дітей біженців та сиріт, якими раніше опікувались різні громадські та добродійні організації.

Керівництво Міністерства народного здоров'я й опікування розуміло, що закони та підзаконні акти Російської імперії не відповідають сучасним вимогам, але процес законотворчості, систематизації та кодифікації лікарсько-санітарного законодавства є складним і тривалим. Тому пропонувалось створити комісії і секції за такими напрямками роботи [14]:

- I. Комісія з управління. Секції:
 1. Центральне управління.
 2. Органи центрального управління на місцях.
 3. Взаємовідносини з лікарсько-санітарними управліннями інших відомств.
 4. Взаємовідносини з лікарсько-санітарними органами на місцях.

II. Комісія з медичної освіти. Секції:

1. Вища медична освіта.

2. Фельдшерська освіта.
3. Зуболікарська і технічна освіта.
4. Акушерська освіта.
5. Курси масажу і лікарської гімнастики.

6. Освіта сестер-жалібниць.

III. Комісії професійні. Секції:

1. Відповідальність за хибне лікування.
2. Взаємовідносини між пацієнтом і лікарем.
3. Матеріальне забезпечення лікарського персоналу.

4. Мобілізація медичного персоналу.
 5. Шахрайство в медицині. Гомеопатія.
 6. Реєстрація медичного персоналу.
 7. Медичні товариства, професійні і наукові.
- IV. Комісія статистична. Секції:
1. Відділ лікарсько-санітарних фактів.
 2. Номенклатура хвороб.
- V. Комісія з санітарного законодавства.

Секції:

1. Житлове питання.
 2. Охорона чистоти повітря.
 3. Охорона чистоти ґрунту.
 4. Охорона чистоти води.
 5. Охорона доброчесті життєвих припасів.
- VI. Комісія з боротьби з пошестями. Секції:
1. Повідомлення про пошесні захворювання.
 2. Дезінфекція та ізоляція.
 3. Віспощення.
 4. Венеричні хвороби і проституція.
 5. Санітарна охорона кордону.
 6. Контроль за виготовленням сироваток.
- VII. Комісія з управління лікарськими закладами і внутрішнього в них порядку.
- VIII. Комісія з санітарної охорони лікарських місцевостей.

IX. Комісія з лікарської експертизи. Секції:

1. Статут судової медицини.
2. Підготовка судових лікарів.

X. Комісія з фабрично-заводської санітарії. Секції:

1. Охорона населення від шкідливого впливу фабрик.
2. Організація санітарного нагляду за фабриками і заводами.
3. Охорона життя і здоров'я робітників промислових закладів.
4. Страхування робітників.
5. Нагорода робітників за каліцтво і смерть.

XI. Комісія з аптечно-фармацевтичного законодавства. Секції:

1. Порядок і управління аптекарсько-фармацевтичною справою в центрі і на місцях.
2. Фармацевтична освіта.
3. Порядок постачання ліків населенню, аптекам, аптечним магазинам; порядок відкриття останніх.
4. Аптечна такса.

5. Фармакопея.
6. Професійні обов'язки осіб з фармацевтичною освітою; питання мобілізації; відповідальність по суду.

7. Хіміко-фармацевтична промисловість.

8. Шахрайство в аптечно-фармацевтичній справі; реклама; підробка патентів.

Незважаючи на опір німецько-австрійських "союзників", гетьман Павло Скоропадський намагався створити потужну Українську армію у складі 8 армійських корпусів чисельністю 300 тис. осіб і зробив певні кроки до її організації. Генерал Михайло Омелянович-Павленко свідчить: "Гетьман правильно підійшов до справи організації Української армії, в усіх його планах видно було ширину помислу й розуміння справи в модерному руслі [7].

Створено Військово-санітарне управління, а на головного військово-санітарного інспектора призначено генерал-значкового санітарної служби доктора Федора Яницького – досвідченого адміністратора, який звільнив з армії молодиків – зауряд-лікарів і направив їх до навчання в університетах. Цей, на перший погляд, доцільний крок призвів до усунення з армії свідомих українців-патріотів, на місце яких прийшли фахівці, далекі від української національної і державницької ідеї [2].

Наказами військового міністра отамана О.Ф. Рогози по Головній санітарній управі були призначені корпусні, дивізійні лікарі, головні лікарі шпиталів, наприклад, корпусними лікарями 1-го Волинського армійського корпусу – генерал-хорунжий санітарної служби Лінгарт, 3-го Одеського армійського корпусу – генерал-хорунжий санітарної служби Василь Кандиба, 4-го Київського армійського корпусу – генерал-хорунжий санітарної служби Мартирій Галин, 5-го Чернігівського армійського корпусу – генерал-хорунжий санітарної служби Дзбанівський, 6-го Полтавського армійського корпусу – генерал-хорунжий санітарної служби Александрович, 8-го Катеринославського армійського корпусу – генерал-хорунжий санітарної служби Михайло Сорочинський; дивізійними лікарями 7-ї пішої дивізії – генерал-хорунжий санітарної служби Михайло Бельдюгин, 1-ї кінної дивізії – лікар Володимир Підгаєцький, а потім генерал-хорунжий санітарної служби С. Сахаров, 1-ї пішої дивізії – лікар Знойка, 3-ї стрілецької дивізії – лікар Стецькович, 7-ї кінної дивізії – лікар Рожалін, 42-ї пішої дивізії – лікар В. Демолович, а головним лікарем Одеського сталого військового шпиталю – завідувач отіатричним відділом Клінічного військового шпиталю доктор О.М. Пучківський [4].

Слід зазначити, що керівництво Міністерства народного здоров'я й опікування Української

Держави вважало необхідним інформувати населення і медичну громадськість про плани і результати його роботи, а також проводити санітарну пропаганду, спрямовану на підвищення санітарної культури народу, профілактику інфекційних та інших захворювань. З цією метою у червні 1918 р. прийнято рішення про заснування "Вісника Міністерства народного здоров'я та опікування". Його відповідальним редактором призначено завідувача інформаційно-видавничого відділу Міністерства Юрія Флоровича Меленевського, секретарем редакції – Володимиром Яковичем Підгаєцьким, завідувачем редакції – Мусією Даниловичем Борисенка, завідувачем інформаційного бюро – Владиславом Вікентійовичем Піотровським [9]. У вересні 1918 р. цей щомісячний журнал, присвячений переважно питанням санітарії, громадської медицини та опікування, побачив світ [10].

Зберігся проект закону про асигнування в розпорядження міністра народного здоров'я й опікування з коштів Державної Скарбниці 50 тис. крб у рахунок кошторису Міністерства на невідкладні потреби для видання "Вісника". У пояснювальній записці до нього перераховано зміст часопису:

1. Закони, розпорядження і обов'язкові постанови офіційних інституцій щодо охорони народного здоров'я і державного опікування.

2. Огляд діяльності місцевих громадських організацій, які працюють у цій сфері.

3. Огляди діяльності закордонних офіційних і громадських інституцій.

4. Справоздання і звіти засідань, відповідних наукових та інших з'їздів.

5. Оригінальні статті, реферати, огляди з питань:

1) Організація медицини в селах.

2) Організація медицини в містах.

3) Організація медицини на фабриках і заводах.

4) Пошесні хвороби (епідеміологія та бактеріологія).

5) Санітарна статистика.

6) Загальна гігієна і засоби санітарних досліджень.

7) Санітарна техніка.

8) Професійна гігієна.

9) Соціальна гігієна.

10) Громадська психіатрія.

11) Військова і морська медицина.

12) Шляхова медицина.

13) Судова медицина.

14) Шкільна гігієна.

15) Медична освіта.

16) Санітарна просвіта.

17) Санаторно-курортні справи.

18) Аптечно-фармацевтичні справи.

19) Медичний побут.

20) Опікування дітей, хронічних хворих, калік.
21) Історія медицини.

6. Медична бібліографія.

7. Оголошення.

Аби часопис відповідав сучасному стану науки, відповідні відділи доручались окремим редакторам-фахівцям, які склали редакційний комітет. До його складу входили: проф. Добровольський, приват-доценти О.В. Корчак-Чепурківський і М.П. Нещадименко, доктори медицини Д.П. Бобров, Г. Влайков, В.М. Гаккебуш, Гліко, А.А. Говсєєв, В.О. Кир'яков, С.Є. Корженевський, В.З. Левицький, Б.П. Матюшенко, Ю.Ф. Меленевський, С.А. Томілін, В.В. Удовенко, провізор Л.К. Морейніс, інженер О.А. Земляницін.

Усі статті, реферати та інші матеріали мали оплачуватись. Кошти на видавництво складались з асигнувань державних коштів, а також коштів за передплату і оповістки.

Часопис мав виходити щомісячно, зшитками пересічно по 10 аркушів [10].

Важливою подією в системі медичної освіти стало заснування 2 серпня 1918 р. Київського клінічного інституту Київської професійної спілки лікарів, що мав власні поліклініку, стаціонар, лабораторії і став першим в Україні закладом удосконалення лікарів, який 24 квітня 1919 р. було націоналізовано.

15 серпня 1918 р. за поданням Ради Міністрів гетьман України Павло Скоропадський видав закон про заснування Українського державного університету з медичним факультетом. За наказом міністра народної освіти і мистецтв Миколи Василенка призначено викладачів факультету: приват-доцента Університету св. Володимира доктора медицини О.В. Корчак-Чепурківського – професором на кафедрі гігієни і деканом факультету; професорами і виконуючими обов'язки – професорів В. Константиновича, А. Тржецького, М. Нещадименка, Є. Черняхівського, О. Черняхівського, М. Вовкобоя [9].

5 жовтня 1918 р. відбулось урочисте відкриття університету, створеного на базі існуючого вже рік Українського народного університету. На відкритті були присутні три тисячі студентів, серед яких 99% становили українці. Перед ними виступили гетьман України Павло Скоропадський, міністр народної освіти і мистецтв Микола Василенко, голова Українського Національного Союзу Володимир Винниченко.

Влада Української Держави планувала відкрити ще чотири українські університети – в містах Одесі, Харкові, Катеринославі і Кам'янці-Подільському, але встигла заснувати його лише в останньому місті. Медичні факультети, крім Києва, мали бути в Харківському і Одеському українських університетах.

За підтримки гетьманського уряду в 1918 р. у Києві створено Українську Академію Наук (з 1921 р.

– Всеукраїнська Академія Наук), яка складалась з трьох відділів – історико-філологічного, фізико-математичного і соціально-економічного. До фізико-математичного відділу з Українського Наукового Товариства у Києві було передано Мікробіологічний інститут (директор – проф. Ф.З. Омельченко), створено науково-дослідні кафедри анатомії (завідувач – акад. А.В. Старков), експериментальної медицини і епідеміології (завідувач – акад. Д.К. Заболотний), народного здоров'я, гігієни та санітарії (завідувач – акад. О.В. Корчак-Чепурківський). Почала працювати Медична секція, яку очолив акад. О.В. Корчак-Чепурківський [5].

За Гетьманщини в листопаді 1918 р. започаткував роботу Український Червоний Хрест, створений відповідно до вимог Женевської конвенції. Першим його головою був доктор Андрій Вязлов, після його смерті – А.В. Ніковський та І.І. Холодний, який загинув у більшовицькому концтаборі. Представником УЧХ у Міжнародному Червоному Хресті в Женеві був доктор Л.Бачинський [9].

Важливим розділом роботи Міністерства народного здоров'я й опікування Української Держави було створення Комісії з реформування лікарських управлінь під головуванням члена Ради Міністрів В.О. Кир'якова, але зміст та аналіз її діяльності – тема окремої статті.

Конструктивна робота гетьманського уряду була припинена в результаті антигетьманського повстання під керівництвом Українського Національного Союзу і ліквідації режиму.

Слід зазначити, що співробітники Міністерства народного здоров'я й опікування не залишились осторонь від революційних подій, спрямованих проти Гетьманщини. Ініціативний гурток підготував і опублікував "Оголошення до співробітників-українців". Воно починалось такими словами: "Товариші, більш як піврічне панування гетьмансько-общеросійського уряду у нас на Україні заподіяло багато шкоди справі національно-патріотичного та соціального визволення Українського народу" – і закінчувалось закликом: "... Нам – українцям – співробітникам Міністерства народного здоров'я – конче потрібно міцно з'єднатись, аби захистити і зміцнити всі національно-політичні і соціальні здобутки Української Революції" [12].

Підсумковим документом Міністерства народного здоров'я й опікування Української Держави був наказ №42, виданий товаришем міністра Є.І. Яковенком 16 грудня 1918 р., який проголосував: "За відсутністю Міністра народного здоров'я я передаю керування Міністерством Комісару Української Народної Республіки по Міністерству народного здоров'я Б.П. Матюшенку і разом з цим лічу своїм обов'язком вислови-

ти всім співробітникам глибоку вдячність за їх дуже корисну та інтенсивну працю по охороні народного здоров'я" [11].

Висновки

1. В уряді Української Держави доби Гетьманщини створене перше в нашій історії Міністерство народного здоров'я й опікування.

2. Незважаючи на зміни в соціально-економічній політиці, нове Міністерство продовжило справи Головної медично-санітарної управи МВС Української Народної Республіки, зосереджуючи увагу на боротьбі з епідеміями, відновленні мережі медичних закладів, правовому і матеріальному забезпеченні галузі, опіці над інвалідами, полоненими, біженцями, особливо над дітьми-сиротами і безпритульними.

3. Міністерство народного здоров'я й опікування визнано вищим керівним і контрольним органом у всіх справах, що стосуються проблем народного здоров'я й опікування.

4. У Міністерстві, очолюваному лікарем-фармакологом В.Ю. Любинським, працювали видатні українські лікарі та вчені, які прославили українську медичну науку і практику, а саме: О.В. Корчак-Чепурківський, С.А. Томілін, Б.П. Матюшенко, М.П. Галин, В.В. Удовенко, А.О. Барбар, Є.І. Яковенко, В.Я. Підгаєцький, М.А. Кудрицький та ін.

5. Міністерство розпочало перегляд лікарсько-санітарного законодавства, яке не відповідало тогочасним умовам, і створювало для цього комісії та секції за різними напрямками діяльності, зокрема "Комісію з реформування лікарських управлінь".

6. Створюючи Українську армію, гетьманський уряд організував Військово-санітарне управління і санітарну службу армії, залучивши до неї досвідчених фахівців.

7. Міністерством було створено друкований орган під назвою "Вісник Міністерства народного здоров'я та опікування" на чолі з відповідальним редактором Ю.Ф.Меленевським, розроблено широку програму його видань.

8. Гетьманом України Павлом Скоропадським засновано Український державний університет з медичним факультетом, який очолив О.В. Корчак-Чепурківський, і Українську Академію Наук, у складі якої організовано науково-дослідні кафедри медичного профілю, а потім Медичну секцію на чолі з академіком О.В. Корчак-Чепурківським.

9. За Гетьманщини започаткував роботу Український Червоний Хрест, який спочатку очолив Андрій Вязлов, а потім – А.В. Ніковський та І.І. Холодний.

Список літератури

1. Верига В. Визвольні змагання в Україні 1914–1923. – Львів–Жовква: Місіонер, 1998. – Т.1. – С. 264–270, 285–292, 319–327.
2. Верига В. Там само. – С. 337–338.
3. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах. – Львів, 2004. – С. 69–70; Осінчук Р. Державна організація охорони здоров'я УНР (З приводу 50-ліття Української революції) / Пундій П. Українські лікарі. Біобібліографічний довідник – Книга 1. Естафета поколінь національного відродження. – Львів-Чикаго, 1994. – С. 280–281; Дорошенко Д. Історія України 1017–1923 рр. – Т. 2. Українська Гетьманська Держава 1918 року. – К.: Темпора, 2002. – С. 219; ЦДАВО України. – Фонд 1035. – Опис 1 – Справа 4. – Арк. 5; – Справа 6. – Арк. 1.
4. Ганіткевич Я. Там само. – С. 70; Колянчук О., Литвин М., Науменко К. Генералітет українських визвольних змагань: Біографи генералів та адміралів українських військових формацій першої половини ХХ ст. – Львів: Інститут українознавства ім. І. Крип'якевича НАН України, 1995. – С. 98, 104, 115, 133–134, 136, 144, 163, 183, 201, 242.
5. Ганіткевич Я. Там само. – С. 71–72; Історія Академії наук України (1918–1923): Документи і матеріали. – К.: Наукова думка, 1993; Полонська-Василенко Н.Д. Українська Академія наук: Нариси історії. – К.: Наукова думка, 1993.
6. Дорошенко Дмитро. Історія України 1017–1923 рр. – Т. 2. Українська Гетьманська Держава 1918 року. – К.: Темпора, 2002. – С. 219; ЦДАВОВУ України. – Фонд 1035. – Опис 1. – Справа 4. – Арк. 7.
7. Омелянович-Павленко М. Останні місяці 1918 року // Розбудова нації. – 1928. – Ч. 10–11. – С. 394.
8. ЦДАВО України. – Фонд 1035. – Опис 1. – Справа 6. – Арк. 6, 8–9.
9. Там само. – Справа 6. – Арк. 31.
10. Там само. – Справа 13. – Арк. 22–23.
11. Там само. – Справа 18. – Арк. 38.
12. Там само. – Справа 18. – Арк. 189.
13. Там само. – Справа 24. – Арк. 1,2.
14. Там само. – Справа 24. – Арк. 4–6.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УКРАИНСКОЙ ДЕРЖАВЕ ПЕРИОДА ГЕТМАНЩИНЫ

О.М. Циборовский (Киев)

На основании архивных материалов исследовано и проанализировано становление системы здравоохранения в Украинской Державе периода Гетманщины (1918 г.), организацию и деятельность первого

в нашей истории Министерства народного здоровья и призрения. В работе приняли участие многие выдающиеся украинские врачи и ученые.

PUBLIC HEALTH IN THE UKRAINIAN POWER OF PERIOD "GETMANCSHINA"

O.M. Tsiborovsky (Kyiv)

On the basis of archival materials becoming system of public health in the Ukrainian Power of period "Getmancschina" (1918), the organization and activity of the Ministry of national health and charity first in our history is investigated and analyzed. Many outstanding Ukrainian doctors and scientists have taken part in work.

УДК 614.2.001.95

МАРЦІНКОВСЬКИЙ І.Б. (Миколаїв)

ЦИВІЛЬНІ МЕДИЧНІ ІНСТИТУЦІЇ В БІОГРАФІЇ І ТВОРЧОСТІ Т.ШЕВЧЕНКА

Лікарня Миколаївського морського торговельного порту

У шевченкознавчій літературі неодноразово писалося про медичне оточення Т.Шевченка. В той же час медичні інституції, у яких працювали медики, до сьогодні не розглядалися.

Мета статті є подання переліку і короткої характеристики деяких цивільних медичних інституцій, що були зв'язані з біографією Т.Шевченка або згадані у його творчості з медиками-викладачами Московського університету. У повісті "Близнець" читаємо про Дерптську медико-хірургічну академію, медичні факультети університетів Харківського і найбільше Київського [5.–Т.4.–С.60,63,64,69]. Відомостей про особисте знайомство Т.Шевченка з професорами і викладачами медичного факультету Київського університету немає, хоча не знати про їхню діяльність він не міг: "... прошу вашего родительского благословения и совета, какой именно избрать мне университет: харьковский или ближайший киевский? Я пожелал бы последний, потому, что там профессора хорошие, особенно по медицинскому факультету" [5.–Т.4.–С.60]. Медичний факультет Київського університету заснований у 1841 році. Спочатку заняття проводилися у орендованому приватному приміщенні в районі Лютеранської вулиці і Хрещатика. У 1844 році факультет переведено до головного корпусу і там же організовано університетські клініки. Шістнадцять із 29-ти першокурсників вчилися "казенним" коштом, 13 – власним. Вивчали фізіологічну анатомію, енциклопедію, методологію медицини, а на інших факультетах слухали фізику, хімію, ботаніку, зооло-

гію, латинську і німецьку мови, богослов'я. З 1841 року почала працювати бібліотека медичного факультету, у 1851-1853 роках збудували анатомічний театр, який був тоді одним з найкращих у Російській імперії. Організатором медичного факультету, його першим професором і деканом був – хірург В.Караваєв (1811-1892). У різні роки першої половини ХІХ ст. на медичному факультеті працювали С.Алфер'єв, Е.Мірам, О.Вальтер, О.Матвеев та ін. [1.–С.211. 2.–С.106-108.] З деякими студентами і викладачами Київського університету Т.Шевченко познайомився 1843 року, зустрівся у 1859 році під час останньої подорожі Україною. Про те що студенти-медики знали творчість Т.Шевченка можна судити із зустрічей лікарів вихованців Київського університету з поетом-художником у Астрахані та у Нижньому Новгороді [5.–Т.5.–С.97-98,178].

Харківський університет заснований у 1805 році з ініціативи групи освічених поміщиків на чолі з В.Каразіним і мав чотири факультети: фізико-математичний, історико-філологічний, юридичний і медичний та астрономічну лабораторію (заснована 1808) і ботанічний сад (заснований 1804). Медичний факультет було відкрито у складі шести кафедр: анатомії, фізіології та судової медицини, патології та терапії, хірургії, повивальної справи та жіночих хвороб, матерії медика (фармації, фармакогнозії, фармакології) і ветеринарії (худоболікування), засновано бібліотеку. Умови праці і навчання на медичному факультеті були довгий час тяжкі із-за пога-

них побутових умов та нестачі коштів. 1814 року відкрито факультетські терапевтичну і хірургічну клініки – кожна на шість ліжок, 1827 року у хірургічній клініці виділено “родильний покій” на чотири ліжка. Першим деканом медичного факультету став професор хірургії П.Шумлянський – один з найбільше освічених медиків того часу. У перші роки існування медичного факультету більшістю кафедр завідували іноземці. В той же час у першій половині XIX ст. на медичному факультеті Харківського університету працювали професор хірургії М.Єллінський, професор анатомії і хірургії П.Наронович, професор кафедри патології і терапії П.Бутковський, кафедри *material medica* професор Є.Гордієнко. Перший випуск лікарів медичного факультету у кількості 9 осіб відбувся у 1815 році. За перші десять років було випущено 98 лікарів [1.–С.208-211. 2.–С.106-108]. 1859 року керівник кафедри патологічної анатомії професор Д.Ф.Лямбль відкрив і описав одноклітинний паразитарний організм з типу найпростіших, що згодом отримав назву *Lambliia intestinalis*. У 1858 році за конкурсом дістає кафедру естонець В.Грубе, на якій плідно працює 39 років. В.Грубе був засновником Харківського медичного товариства.

У двадцятирічному віці, у 1839 році захворівши скарлатиною Т.Шевченко близько місяця лікувався у Петербурзькій лікарні Св. Марії Магдалини (сьогодні дитяча міська лікарня Св.Марії Магдалини). У повісті “Художник” читаємо: “Я послушал его (лікаря Жидовцева – *авт.*) и в тот же вечер отвез своего бедного мученика в больницу св. Марии Магдалины, что у Тючкова мосту” [5.–Т.4.–С.150]. Міська лікарня Св. Марії Магдалини організовувалася для надання медичної допомоги жителям зарічної частини Петербурга – Василівського острова і Петербурзької сторони. Назву отримала від невеликої церкви в ім’я Рівноапостольної Святої Марії Магдалини розміщеної на території лікарні. 24 жовтня 1829 року у викупленому опікунською радою приватному будинку була обладнана лікарня на 160 ліжок терапевтичного і хірургічного профілю, а потім із спалахами епідемії холери і поворотного тифу відкрили у середині XIX ст. й інфекційне відділення. Серед Петербурзьких цивільних лікарень у повісті “Музыкант” під назвою Петровської Т.Шевченко згадав Петропавлівську міську лікарню (нині лікарня ім. Ф.І.Ерісмана) [5.–Т.3.–С.218-219]. Відкрита 1835 році і розташована у найстарішій частині міста (Петербурзькій стороні), на одному з її островів – Аптекарьському. У повісті “Художник” Т.Шевченко згадана Обухівська лікарня: “Отец ее, говорит она, умер в прошлом году в Обуховской больнице”, “На другую ночь он тоже не прихо-

дил, а на третий день уже пришел за нею от отца из Обуховской больницы служитель” [5.–Т.4.–С.184,188]. Про Петербурзьку психіатричну лікарню Всіх скорботних читаємо у повісті “Художник”: “Я, не простясь с Михайловым, взял извозчика и отправился в больницу Всех скорбящих”, “И только ежедневное посещение больницы Всех скорбящих мало-помалу уничтожило первое ужасное впечатление” [5.–Т.4.–С.224-225].

Перебуваючи у Києві Т.Шевченко можливо зупинявся у готелі “на водах” – у будинку мінеральних вод. Санаторно-курортний лікувальний заклад Акціонерного товариства штучних мінеральних вод опосередньо згаданий Т.Шевченко у повістях “Прогулка с удовольствием и не без морали” та “Музыкант”. У повісті “Музыкант” Т.Шевченко зазначив: “... и отправилась в Киев, якобы пользоваться тамошними минеральными водами” [5.–Т.4.–С.288]. У “Прогулке с удовольствием и не без морали” читаємо: “... я сам поселился на время в трактире, не на водах, а на Крещатике, в доме архитектора Беретти” [5.–Т.4.–С.350]. Будинок, у якому розміщувалося Акціонерне товариство штучних мінеральних вод, був споруджений у великому парку над Дніпром у стилі барокко у 1750-55 роках за проектом архітектора В.Растреллі з П-подібною композицією із трьох корпусів з центральним двоповерховим та двома одноповерховими флігелями (реставрований у 1870 році і названий Маріїнським палацом). У 1812 році у палаці розміщувався лазарет для кількох сотень полонених саксонців, які майже всі померли від поширення серед них якоїсь, скоріш за все, інфекційної хвороби. Внаслідок пожежі 1819 року верхній дерев’яний поверх палацу згорів. Над вцілілою частиною центрального корпусу влаштували покрівлю і у 1834-1868 роках його орендувало Акціонерне товариство штучних мінеральних вод. У головному корпусі були курзал, 10 ванн і кімнати для виготовлення, зберігання і продажу води, а у флігелях трактир з готельними номерами, де зазвичай зупинялися приїзджі та відпочиваючі протягом курортного сезону, який розпочинався, як правило, 10 травня і тривав до 1 вересня [3.–С.366].

Кирилівська психіатрична лікарня (сьогодні Психіатрична лікарня імені І.П.Павлова) згадана Т.Шевченко у повістях “Прогулка с удовольствием и не без морали” (“Не из Кирилловского ли монастыря (дом умалишённых в Киеве) вырвался ваш хороший приятель, скажите, бога ради, это чрезвычайно любопытно?”) та “Княгиня” (“Наложили мы в повозку сена да покрыли рядом и положили её, бедную, в повозку; около неё села сама Катерина Лукьяновна, да и

повезли её в Киев, в Кирилловский монастырь”, “Через несколько дней я был уже в Киеве и, поклонившись святым угодникам печерским, в тот же день посетил я Кирилловский монастырь”) [5.–Т.3.–С.181-182.–Т.4. С.258]. Свою історію цей лікувальний заклад розпочинає з 1786 року, коли на території Кирилівського монастиря (заснований 1160 р.) було розміщено будинок для інвалідів і богадільню (притулок для людей похилого віку). У 1803 році до монастиря перевели будинок для божевільних (у документах вперше згадується 1770 і 1771 роках, що містився на Подолі). Офіційно відкрита 1806 року психіатрична лікарня була на 25, а з 1850 року на 60 місць. У 1804-05 рр. споруджено нові кам'яні будівлі Кирилівських богадільень. У 1842 році при Кирилівській лікарні відкрито фельдшерську школу. З лікарнею пов'язана діяльність доктора медицини О.П.Рудиковського – знайомого Т.Шевченка [3.–С.278-279,503].

Лікарня Києво-Печерської лаври опосередньо згадана Т.Шевченком у повісті “Близнецы” [5.–Т.4.–С.119]. Т.Шевченко зустрічався у 1846 році з настоятелем монастирської лікарні отцем Досифеєм (М.Іващенко, 1780 р.н.). Як лікувальний заклад монастирська лікарня виникла при Києво-Печерському монастирі у XI ст. У 1070 році тут було влаштовано богадільню для інвалідів та людей з хронічними захворюваннями. У XII ст. чернігівський князь, а потім лаврський чернець Микола Святоша заснував у Лаврі Микільський лікарняний монастир. У монастирі був барак, де надавали допомогу хворим ченцям. Невдовзі тут було споруджено барак й для хворих прочан, тут же згодом почали селитися безродинні козаки похилого віку. Відомі імена ченців-лікарів Антонія Преподобного, Домініана, Агапіта Печерського, Пимина Постника, а також мирських лікарів І.Смери, П.Сіріанина і Февронії [2.–С.59-64. 3.–С.383].

У листі з Миргорода від 23 жовтня до А.Г. та Н.Я. Родзянків Т.Шевченко згадав Миргородську міську лікарню: “Я страшно простудился, еду-чи с Хорола, и верите ли, что знаменитый Миргород не имеет ни врача, ни аптеки, а больница градская красуется на главной улице” [5.–Т.5.–С.228]. У Полтавській губернії, з перших років існування Приказу громадського піклування, у більшості повітів були побудовані капітальні будинки для лікарень. У 1800 році першим був побудований двоповерховий корпус Кременчуцької лікарні. На садибі Полтавської губернської лікарні було збудовано вісім будинків, у кожному з них розміщували хворих з однаковими захворюваннями – “фрактурними, гарячковими, проносними, цинготними та ін”. На спорудження будинків для лікарень у Ромнах і Лубнах було

витрачено понад 80 тисяч рублів – велика для тих часів сума. У повітових містах, до яких належав і Миргород, за штатом існували лікарні на 20-25 ліжок, але фактично це були притулки для бездомних і солдатів-інвалідів [1.–С.212-213].

Перебуваючи на засланні Т.Шевченко спілкувався з багатьма медиками, частіше військовими лікарями. У повісті “Близнецы” згадана й Оренбурзька міська лікарня: “... бедная Якилина занемогла лихорадкою и лежала в городской больнице...” [5.–Т.4.–С.87].

Безпосередньо у своїх творах аптеки, як заклади для виготовлення за рецептами і продажу ліків знаходимо у повістях Т.Шевченка “Прогулка с удовольствием и не без морали” та “Музыкант”. З тексту повістей дізнаємося, що це були сільські приватні аптеки практикуючих лікарів. У Степана Осиповича Прехтеля, вихованця Дерптської медико-хірургічної академії, відставного штаб-лікаря й персонажа повісті “Прогулка с удовольствием и не без морали” про аптеку читаємо: “Это была большая комната с четырьмя небольшими окнами, украшенными разной величины бутылками с разноцветными жидкостями. В промежутках окон помещались шкафы – одни с аптекарскими банками, а другие с книгами. На столах сушились первовесенние ароматические травы” [5.–Т.4.–С.334]. Подібною описана аптека й у німця, відставного флотського лікаря, персонажа повісті “Музыкант”: “Хата Антона Адамовича, как вообще малороссийские хаты, разделялася сенями на две половины: собственно на хату с комнатою и на так называемую комору. В коморе, освещенной одним окном, помещалась у него аптека и библиотека. В сенях – лаборатория; это можно было заключить из стоявшего на широком камине алембика, реторты, стеклянных и глиняных банок” [5.–Т.3.–С.201]. Алембик – апарат для перегонки рідини. Зауважимо, що подібну аптеку у сільській хаті влаштував у Вишні М.Пирогов. У своїх творах Т.Шевченко опосередньо, через героїв повістей провізорів згадав аптеки у Переяславі, Аккермані і Дубоссарах (“Близнецы”) та їх недовідатність, бо навіть у невеликих містечках вони були відсутні (“Прогулка с удовольствием и не без морали”) [5.–Т.4.–С.9, 233]. Перебуваючи на засланні опальний поет-художник приятелював з фармацевтом М.Цейзиком, який спочатку працював лаборантом в казенній аптеці, а потім у власній [5.–Т.5.– С.273, 285, 290, 292, 296, 299, 300, 301, 303, 311, 312, 314, 315, 319, 326]. У Москві, повертаючись із заслання, Т.Шевченко звертався за медичною допомогою до лікарів, які приписували йому ліки, а їх можна було придбати у одній із численних аптек міста [5.–Т.5.– С.185,186,187]. Із спогадів М.Лескова довідує-

мося, що Т.Шевченко проживаючи на квартирі у Академії мистецтв приймав якісь ліки, а значить вони були куплені у котрійсь із аптек Санкт-Петербурга [4.–С.380].

Отже, з переліку медичних інституцій Т.Шевченко знав структури як підготовки медичних кадрів, так і цивільні лікувальні і аптечні заклади де практикували знайомі йому медики.

Література:

1. Верхратський С.А. Історія медицини. – К.: Вища школа, 1974. – 335 с.
2. Голяченко О.М., Ганіткевич Я.В. Історія медицини. – Тернопіль: Лілея, 2004. – 246 с.
3. Київ. Енциклопедичний довідник. За редакцією А.В.Кудрицького. – К.: Українська Радянська Енциклопедія, 1981. – 736 с.
4. Спогади про Тараса Шевченка. – К.: Дніпро, 1982. – 547 с.
5. Шевченко Тарас. Твори в п'яти томах. – К.: Дніпро, 1985. – Т.3. – 381 с. –Т.4.– 389 с. – Т.5. – 525 с.

ГРАЖДАНСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИНСТИТУЦИИ В БИОГРАФИИ И ТВОРЧЕСТВЕ Т.ШЕВЧЕНКО

І.Б. Марцінковський (Николаев)

Проживая в Санкт-Петербурге, путешествуя Украиной, пребывая в ссылке и возвращаясь с нее, Т.Шевченко встречался с врачами, которые работали в разных медицинских учреждениях или занимались частной практикой. В статье дана короткая характеристика гражданских медицинских институций, которые имели отношение к биографии Т.Шевченко или были им упомянуты в художественных произведениях.

CIVIL MEDICAL INSTITUTIONS IN THE BIOGRAPHY AND CREATIVE WORK OF T.SHEVCHENKO

I.B.Martsinkovsky (Mykolaiv)

Living in Saint-Petersburg, travelling through Ukraine, living in exile and returning therefrom, Taras Shevchenko met doctors, who worked at different medical institutions or carried on private practice. The article gives short description of civil medical institutions, which had relations to the biography of T.Shevchenko or was

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: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3) 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 (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

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

- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура 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.

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'ютерна верстка О.І. Пухальська
Перекладачі Н.Т. Кучеренко

Підписано до друку 26.06.2007. Формат 60x84/8. Папір офсетний.
Друк офсетний. Ум. друк. арк 18,83. Обл.-вид. арк. 18,27. Наклад 300. Зам. № 161.