

ВІСНИК

СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

- ЗДОРОВ'Я І СУСПІЛЬСТВО
- ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
- ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

Аї äðóéó äîçâîëÿð (ääàíääöÿòü ñàààé)

Ãîëîáíèé äääàèòîð
ìðîàñîð

Ã.Î . Ñëàáèèé

3/2007

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 ПРЕЗИДИДІЇ ВИЩОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ УКРАЇНИ

від 15.01.2003 №7-05/1

Необхідною передумовою для внесення видань до переліку наукових фахових видань України є їх відповідність вимогам пункту 7 постанови президії ВАК України від 10.02.1999 р. №1-02/3 "Про публікації результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук та їх апробацію". Однак окремі установи-засновники таких видань не дотримуються вимог до складу редакційної колегії видань, не організують 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

3

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

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE
QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ – Тернопіль
“Укрмедкнига”

2007

Свідоцтво про державну реєстрацію серія КВ № 374 від 23.03.99

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **Г.О. Слабкий**

Ю.В.Вороненко, О.М.Голяченко (відповід. редактор), Л.Я.Ковальчук (заст. головного редактора), Б.П.Криштопа,
О.Ю.Майоров, В.Ф.Москаленко, Г.М.Москалець (відповід. секретар),
Н.О.Лісовська (відповід. секретар), М.Є.Поліщук, А.М.Сердюк,
І.М.Солоненко, А.Р.Уваренко, А.О.Шелюженко

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.І.Агарков (Донецьк), В.О.Волошин (Київ), Є.М.Горбань (Київ), Ю.І.Губський (Київ), В.В.Слагін (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

Ю.О. Гайдаєв. Державні програми як механізм подальшого розвитку охорони здоров'я України.

7

Г.О. Слабкий, Н.Я. Жилка. Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини: стан, проблеми та перспективи.

9

В.А. Піщиков, В.П. Терещенко, В.І. Чебан. Закономірності реалізації медико-соціальних наслідків чорнобильської катастрофи.

16

Р.Ю. Хоружа, А.П. Педорець, Г.К. Северин. Вивчення поширеності деяких захворювань слизової оболонки ротової порожнини й червоної облямівки губ у пацієнтів літнього та похилого віку.

24

О.М.Голяченко, А.Г.Шульгай, Н.Я.Панчишин, Л.М.Романюк, В.Л.Смірнова, О.Н.Литвинова, Н.О.Лісовська, Н.Є.Федчишин. Аналітична епідеміологія: визначення та завдання.

27

М.В.Гребеник. Фактори ризику, летальність та виживання хворих на інфаркт міокарда із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень.

30

Організація медичної допомоги

Г.О. Слабкий, О.О. Шпита. Ставлення сімейних лікарів до інтеграції на первинний рівень протиепідемічних заходів і надання медичної допомоги пацієнтам з інфекційними та паразитарними хворобами.

34

А.В. Якобчук. Роль суспільства в державному управлінні заходами боротьби з ВІЛ/СНІДом в Україні.

39

Г.К. Северин, Р.Ю. Хоружа. Деякі питання організації діяльності онкологічної служби великого промислового міста.

47

В.П. Клименюк. Обсяги та якість надання лікувально-оздоровчої допомоги сільським мешканцям Житомирської області (на основі вибіркового багатоступеневого дослідження).

50

Історія медицини

І.Б. Марцінковський. Військові медичні інституції в біографії і творчості Т. Шевченка.

55

О.М. Ціборовський. Стан організації та управління медичною справою в Російській імперії на початку ХХ століття (за даними правових документів)

59

Health and society

Yu.O. Gaydaev. Government programs as a mechanism of subsequent development of health care system in Ukraine.

G.A. Slabkiy, N.Ya. Zhilka. Prevention of transfer of the HIV-infection from mother to child: status, problems and prospects.

V.A. Pishchikov, V.P. Tereshchenko, V.I Cheban. Laws of realization of medical -social consequences of chernobyl accident.

R.E. Khoruzhay, A.P. Pedorets, G.K. Severyn. Investigate of some diseases mucous tunics' interstice mouth and red border lip prevalence by patients' elderly and old age (based on material of the work of consultative therapeutic stomatology cabinet DonNMU).

O.Holyachenko, A.Shulgay, N.Panchyshyn, V.Smirnova, L.Romanyuk, O.Litvinova, N.Lisovska, N.Fedchyshyn. Analytical Epidemiology: determination and tasks.

M.V. Hrebenyk Risk factors, in-hospital mortality and survival in patients with myocardial infarction and concomitant chronic obstructive pulmonary disease

Menegement of public health

G.A. Slabkiy, A. Shpita. The relation of family doctors to integration on primary level antiepidemic actions and rendering of medical care by patients with infectious and parasitogenic diseases.

A.V. Jakobchuk. Role of the civil society in the public actions deal with realization of struggle against the HIV/AIDS in Ukraine.

G.K. Severin, R.E. Horuzhaya. Some questions of the organization of activity oncologic service of the big industrial city.

V.P. Klimenjuk. Volumes and quality of rendering of the medical - improving care for rural infabitant of Zhitomir region (based of selective multistage selective multistage research).

History of Medicine

I.B. Martsinkovsky. Military Medical Institutions in the Biography and Creative Work of T.G. Shevchenko.

O. M. Tsiborovsky. The state of the organization and management of medical service in the Russian empire at the beginning of the XXth century.

Ю.О. ГАЙДАЄВ (Київ)

ДЕРЖАВНІ ПРОГРАМИ ЯК МЕХАНІЗМ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Міністерство охорони здоров'я України

З метою дослідження проблеми розробки і впровадження державних програм в Україні із механізму вирішення найбільш актуальних питань здоров'я населення проведено соціологічне вивчення розуміння цієї проблеми шляхом анкетування керівників управлінь, обласних і державних закладів, а також головних фахівців МОЗ України та управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій. Абсолютно всі опитані підтримують розробку і впровадження державних та регіональних програм як один із основних напрямків подальшого розвитку системи охорони здоров'я в цілому. Але щодо методології і технології підготовки та реалізації встановлено особливості, які можна об'єднати по регіонах України – західному, південному, промислово-східному і північному, а по окремих питаннях спостерігається власне бачення також в областях, що мають свої специфічні відмінності від сусідніх. Це свідчить про необхідність урахування таких особливостей при формуванні регіональних та державних (галузевих) програм [1;5].

Мета дослідження – вивчити ставлення керівників у сфері охорони здоров'я до відповідних державних програм та встановити проблеми, пов'язані з програмно-цільовим методом розвитку галузі.

Методи, що використано в ході виконання роботи, медико-соціологічні, системного підходу, інформаційно-аналітичний. Методом анкетування за спеціально розробленою анкетною опитано 300 керівників в охороні здоров'я центральних органів влади та управлінь охорони здоров'я при обласних державних організаціях.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що найбільш актуальними причинами проблем здоров'я регіону, які потребують державної підтримки для мінімізації їх впливу на стан здоров'я населення, у західному регіоні 57,6% опитаних вважають соціально-економічні, 14,8% – екологічні і 27,6% – медико-профілактичні. У промислово-східному – відповідно 39,2, 37,9 та 27,9%, тобто більше турбують екологічні проблеми, а у Запорізькій і Дніпро-

петровській областях вони ще більш актуальні (від 50,0 до 75,0%), тоді як соціально-економічні – лише 10,0–20,0%. Істотно відрізняються у своїх баченнях північний і південний регіони (відповідно 50,3 і 21,0% та відповідно 35,2 і 50,0%), хоча Миколаївську область екологічні проблеми хвилюють більше (45,0%) майже нарівні з Чернівецькою (40,0%). Центральний регіон вказує на причини незадовільного стану здоров'я населення у 53,7% як соціально-економічні, 21,2% – екологічні і 25,1% – медичні, хоча знову таки у Кіровоградській області екологічні більш важливі (30,0%).

Питання про найбільш негативні чинники недостатнього виконання розроблених і прийнятих державних цільових програм західний регіон відзначає законодавчі на 22,9%, фінансування – 59,9% та недостатню комплексну взаємодію всіх галузей – 17,2%. Подібні тенденції спостерігаються і в інших регіонах: центральний – відповідно 4,6, 63,6 і 31,8%; північний – 40,0, 42,0 і 18,0%; південний – 17,0, 73,0 і 10,0%; східний – 25,1, 62,9 і 22,0% (за винятком Донецької, де фінансові проблеми турбують менше – 25,0%, а більше законодавчі – 50,0%).

Оцінка ефективності виконання раніше прийнятих державних цільових програм у кожному регіоні також різна: у східному – 56,0%, західному – 62,8%, центральному – 63,3%, північному – 68,0%, а у південному – 86,0% опитаних.

При розробці згаданих програм вказують на потребу у врахуванні специфічних особливостей регіонів: на заході – 49,5%, на сході – 53,3%, на півночі – 84,0%, у центральному регіоні – 85,0%, на півдні України – 82,0%, хоча у Тернопільській області – лише 8,0%, Хмельницькій – 20,0%, Сумській – 30,0%, Донецькій – 50,%, а в Криму опитані зауважень не мають.

Про недостатню інформованість населення щодо впровадження державних програм зазначають у північному регіоні 56,0% опитаних, східному – 69,3%, центральному – 65,8%, західному – 58,9%, південному – 84,0%, хоча в окремих областях ситуація ще гірша (Чернівецька – 40,0%, Чернігівська – 31,0%, Закарпатська – 40,0%, Харківська – 40,0%, Черкаська – 50,0%, Миколаївська – 50,0%).

Це пов'язують із недостатнім проведенням санітарно-освітньої роботи у східних областях 55,7% опитаних, центральних – 58,6%, північних – 70,4%, західних – 73,7%, південних – 100% респондентів.

Таким чином, доведено істотні відмінності у питаннях щодо розробки і впровадження державних програм із найбільш актуальних проблем збереження і поліпшення стану здоров'я населення регіонів України, що свідчить про необхідність урахування згаданих виявлених особливостей для досягнення належної ефективності реалізації окремих позицій програм [2;9].

Загальнодержавний підхід необхідний лише у визначенні проблеми здоров'я, а методологія розробки і технологія впровадження мають базуватися на об'єктивній оцінці специфіки області та регіону щодо соціально-економічних і екологічних умов населення, можливостей мережі медичних закладів та їх фінансування.

На державному рівні має вдосконалюватись законодавча база і комплексна взаємодія всіх відомств, але на місцевому конче потрібні конкретні заходи для їх виконання та власні акценти [4;6].

Це підтверджують і узагальнені по регіонах пропозиції першочергових завдань, спрямованих на більш ефективне виконання державних програм.

У західному – це забезпечення за рахунок централізованих державних закупівель дорожньою медичною апаратурою для надання спеціалізованої високотехнологічної допомоги при найбільш поширених хворобах.

У північних областях – суттєве зміцнення матеріально-технічної бази первинної медико-санітарної допомоги та підвищення рівня заробітної плати медичних працівників, передусім у сільській місцевості.

Східний промисловий регіон турбують екологічні проблеми території, стан питної води і продуктів харчування, формування здорового способу життя та відповідальність за втрату здоров'я.

Центральний регіон вбачає пріоритетним зміщення акцентів щодо поліпшення ресурсів первинної медико-санітарної допомоги, а також істотного впливу на існуючу екологічну ситуацію.

Південний регіон наголошує на проблемах спеціалізації імунопрофілактики, охорони материнства і дитинства та фінансового забезпечення гарантованого відповідно до існуючих стандартів рівня медичної допомоги.

Отже, загальнодержавні заходи мають діяти на всій території України і гарантувати:

- законодавчу відповідальність про збереження здоров'я і попередження його втрати внаслідок незадовільних умов проживання та

праці, а також безумовну компенсацію за спричинену шкоду;

- законодавчу зацікавленість формування здорового способу життя, народження генетично здорового покоління і збереження здоров'я, збільшення народжуваності та подовження середньої тривалості життя;

- законодавчі гарантії рівня фінансування необхідної медичної допомоги та оплати праці працівників охорони здоров'я, а також забезпечення належним обладнанням і лікарськими засобами регіональної медицини.

Це повинно бути основою ефективності будь-яких програм та державною політикою збереження і поліпшення здоров'я, без впровадження якої неможлива та недоцільна розробка цільових програм щодо вирішення окремих проблем [3;4;7].

Висновки

Таким чином, щодо оптимізації розробки та моделі більш ефективного впровадження державних цільових програм слід зазначити про таке:

1. Через надмірну кількість прийнятих державних програм (45) і їхній рівень заходів (більше 10) ресурсне забезпечення є вкрай недостатнім. Внаслідок цього виявилось не-ефективним впровадження програм, оскільки не дало змоги досягти мети їх розробки, тобто поліпшення стану здоров'я населення. Однак хоча як подальший розвиток системи охорони здоров'я вони однозначно підтримуються.

2. Негативними чинниками адекватного впровадження цільових програм вважаються недосконала законодавча база збереження і підвищення рівня здоров'я (21,9% опитаних), обмежене фінансування їх заходів (60,3%) та недостатня комплексна взаємодія з різними галузями (19,8%), а також наявність специфічних особливостей регіонів (70,8%), не врахованих у розробці, що забезпечило їх ефективність лише у 56,0–86,0% відповідних респондентів.

3. Найбільш актуальними проблемами формування і збереження здоров'я у різних регіонах, на думку керівників медичних закладів та установ, при розробці та впровадженні державних програм є соціально-економічні і екологічні умови, а також ресурсна база медико-профілактичних закладів України.

4. Негативно впливає на ефективність впровадження програм низький рівень інформованості населення у різних регіонах (56,0–84,0% опитаних), що пов'язано з недостатнім проведенням санітарно-освітньої роботи (від 55,7%, а в окремих областях лише 20,0%), що потребує вирішення зазначеної проблеми на законодавчому рівні [10].

Обов'язкове врахування всіх виявлених факторів значно покращить обґрунтованість Концепції, безпосередньої розробки і впровадження державних цільових програм, спрямованих на підвищення рівня здоров'я і подовження середньої тривалості життя громадян України.

Список літератури

1. Криштопа Б.П. Управління медичною галуззю в Україні // Мед. всесвіт. – 2001. – №1. – С. 132–137.
2. Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації” на 2002–2011 рр. – К.: ОФ, 2002. – 88 с.
3. Нагорна А.М. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення України (огляд літератури і власних досліджень) // Журн. АМН України. – 2003. – Т. 9, №2, – С. 325–345.
4. Пономаренко В.М., Зіменковський А.Б. Актуальність проблеми якості медичної допомоги на сучасному етапі реформування охорони здоров'я України // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – №1. – С. 44–48.
5. Сучасні технології збереження і зміцнення здоров'я здорових // Матеріали наук.-практ. конференції, м. Київ, жовтень 2005 р. - К.: ПП “ППНВ”, 2005. - 154 с.
6. Чепелєвська Л.А., Рудницький О.П., Баторшина Г.І. Демографічна ситуація в Україні // Стан здоров'я населення та результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2004 р. – К., 2006. – С. 13–34.
7. UNESCO (2005). UNESCO Institute for Statistics [web site]. Montreal, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Institute for Statistics (http://www.uis.unesco.org/ev_en.php?ID=2867_201&ID2=DO_TOPIC, accessed 29 November 2005).

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ПРОГРАММЫ КАК МЕХАНИЗМ ПОСЛЕДУЮЩЕГО РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

Ю.А. Гайдаєв (Київ)

Изложены результаты социологического исследования проблемы разработки и внедрения государственных программ в Украине. Они доказали, что общегосударственный подход необходим лишь в определении проблемы здоровья и ее влияния на общество, а методология разработки и технология внедрения должны базироваться на объективной оценке специфики области и региона относительно социально-экономических и экологических условий населения, возможностей сети медицинских заведений и их финансирования.

GOVERNMENT PROGRAMS AS A MECHANISM OF SUBSEQUENT DEVELOPMENT OF HEALTH CARE SYSTEM IN UKRAINE

Yu.O. Gaydaev (Kiev)

The results of sociological research of problem of the development and introduction of the Government programs in Ukraine, which proved that national approach is needed only in determination of problem of health and its influence for society, are expounded in article. Methodology of development and technology of introduction must be based on the objective estimation of specific area and region in relation to the socio-economic and ecological terms of population, possibilities of network of medical establishments and their financing.

УДК 616.9-084-053.2:001.8

Г.О. СЛАБКИЙ, Н.Я. ЖИЛКА (Київ)

ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ: СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

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

На початку 2005 р. д-р Пітер Піот – виконавчий директор ЮНЕЙДС під час виступу в Лондонській школі економіки висловив думку

про те, що “СНІД – це справді проблема у світі. Пандемія СНІДу потенційно є величезною природною трагедією в історії людства. СНІД убиває передусім дорослих, особливо молодих людей, які становлять не тільки рушійну силу еко-

номічного зростання, але й, надзвичайно важливо, є основою для наступного покоління". При цьому треба зазначити, що постійно зростає вертикальний шлях передачі ВІЛ від матері до дитини [1;4]. Цій проблемі присвячено багато наукових праць [2;3;5–7], але проблема залишається не вирішеною.

Мета дослідження – вивчити стан профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, проблеми та перспективи вирішення вказаної проблеми.

Методи, які використано під час виконання роботи, – статистичний: дані державної та відомчої статистики за 1999–2006 рр.; системного підходу, інформаційно-аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення. В Україні продовжується негативна тенденція щодо високих темпів поширення ВІЛ-інфекції. Лише упродовж 2006 р. зафіксовано понад 16 тис. нових випадків. Станом на 01.01.2007 р. в Україні офіційно зареєстровано 104635 ВІЛ-позитивних громадян, 42% серед яких становлять жінки. Необхідно відмітити щорічне збільшення частки жінок серед нових випадків ВІЛ-інфекції, що пояснює вихід ВІЛ-інфекції за межі груп ризику серед населення та спричинює збільшення кількості ВІЛ-позитивних вагітних і виникнення нових численних медико-соціальних проблем, пов'язаних із життям дітей, народженими ВІЛ-інфікованими матерями.

В Україні близько 92% ВІЛ-інфікованих дітей – це малюки, народжені ВІЛ-позитивними матерями, кількість яких щорічно збільшується: у 1997р. народилось 196 дітей від ВІЛ-інфікованих матерів, 1998 р. – 379, 1999 р. – 545, 2000 р. – 730, 2001 р. – 957, 2002 р. – 1287, 2003 р. – 1529, 2004 р. – 2115, 2005 р. – 2498, 2006 р. – 2731 дитина. Така негативна динаміка спонукає до розробки та впровадження нових заходів попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.

Основою стратегії подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні є комплексний підхід до вирішення проблеми, закладений у "Національній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки", затвердженій постановою Кабінету Міністрів України від 04.03.2004 р. №264. Проте окремі заходи зазначеної Програми (забезпечення доступу вагітних до добровільного тестування на ВІЛ-інфекцію, проведення заходів з профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та впровадження сучасних методів діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями) можуть вирішити проблему призупинення поширення ВІЛ-інфекції серед дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями.

В Україні є позитивний досвід інтеграції заходів профілактики ВІЛ-інфекції серед новонароджених у систему охорони здоров'я матерів та дітей в рамках галузевої програми "Попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини в Україні на 2001–2003 роки", що забезпечило зниження рівня вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції у 3 рази.

За період впровадження цієї Програми відпрацьовано чіткі організаційно-структурні заходи попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини. Сьогодні створено нормативно-правові, клінічні та навчальні засади діяльності закладів охорони здоров'я з питань попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.

Проте, незважаючи на певні досягнення у такому важливому компоненті подолання поширеності ВІЛ-інфекції як профілактика передачі зазначеної патології від матері до дитини, в Україні залишається низка невирішених проблем. Кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, продовжує суттєво збільшуватись відповідно до збільшення ВІЛ-інфікованої частки населення країни. ВІЛ-інфіковані діти потребують значних зусиль щодо догляду як в економічному, так і в соціальному аспекті.

Науково доведено, що за умови дотримання оптимальних вимог щорічна вартість догляду за однією ВІЛ-інфікованою дитиною (включаючи лікування відповідно до Протоколу профілактики та лікування СНІДу, рекомендованого ВООЗ) становить близько 54 тис. грн. Значною проблемою для українського суспільства є те, що близько 11% дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, позбавляються батьківського піклування.

Найявні високоефективні науково обґрунтовані та визнані міжнародною спільнотою засоби попередження ВІЛ-інфекції у новонароджених, основна частина яких впроваджена в медичну практику. Досягнути зниження рівня ВІЛ-інфікованості новонароджених до 10% протягом 2001–2003 рр. вдалося завдяки цілеспрямованим чітко визначеним заходам та їх фінансовому забезпеченню.

Для збереження подальшого зниження ризику ВІЛ-інфікування новонароджених, як основного шляху передачі ВІЛ-інфекції дітям в Україні, вирішення питань медико-соціального забезпечення таких сімей є нагальна потреба продовжити впровадження заходів попередження ВІЛ-інфекції у дітей та розробки нових підходів до вирішення питань планування сім'ї ВІЛ-інфікованою жінкою, проблем ВІЛ-інфікованих вагітних, народжених ними дітей та їхніх сімей.

До внесення змін в існуючі в Україні принципи профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції спонукає також сучасний широкомасш-

табний підхід ВООЗ до стратегічного підходу до профілактики ВІЛ-інфекції у дітей, заснований на аналізі світового досвіду. ВООЗ вважає, що ефективність програм попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини може бути за умови включення 4-х компонентів, а саме:

- первинна профілактика ВІЛ-інфекції серед жінок;
- профілактика небажаних вагітностей серед ВІЛ-позитивних жінок;
- профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- лікування і підтримка ВІЛ-інфікованої жінки та її сім'ї.

Відповідно до Глionsького заклику дій щодо планування сім'ї та подолання ВІЛ-інфекції у жінок та дітей (3–5 травня 2004 р., ВООЗ) для досягнення встановлених на міжнародному рівні цілей розвитку, є життєво необхідним забезпечити зв'язки між питаннями репродуктивного здоров'я та ВІЛ-інфекції.

Ефективність зазначених сучасних підходів полягає у їх комплексному міжгалузевому характері, оскільки задоволення соціальних та медичних потреб ВІЛ-позитивних жінок та їхніх дітей виходить за межі діяльності медичної галузі і залежить від консолідованих зусиль широкого загалу фахівців.

Саме відповідно до 4-компонетного підходу ВООЗ до вирішення проблем вертикальної трансмісії ВІЛ, затверджено спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного комітету телебачення та радіомовлення України, Державного департаменту України з питань виконання покарань від 30.11.2006 р. №786/796/4074/299/231 Міжгалузева програма "Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та забезпечення медико-соціальною допомогою ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД дітей" на 2006–2008 роки".

Метою Програми є зниження ризику ВІЛ-інфікування новонароджених та забезпечення системи медико-соціального супроводу ВІЛ-інфікованих жінок, народжених ними дітей та їхніх сімей.

Основними завданнями Програми стали зменшення темпів зростання кількості ВІЛ-інфікованих жінок та кількості небажаних вагітностей у ВІЛ-інфікованих жінок, удосконалення системи медичної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним, роділлям та народженим ними дітям, створення системи соціального супроводу ВІЛ-інфікованих жінок, дітей та їхніх сімей.

Спільно з відомствами-співвиконавцями Програми визначені стратегії досягнення мети:

У правовій та соціально-економічній сфері:

- забезпечення правової та соціально-економічної допомоги ВІЛ-інфікованим жінкам, їхнім дітям та сім'ям;
- забезпечення дітей віком до одного року, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, адаптованими молочними сумішами;
- забезпечення дієвого функціонування системи соціального супроводу ВІЛ-інфікованих жінок, їхніх дітей та сімей;
- удосконалення стандартів надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним, роділлям та породіллям та їхнім новонародженим дітям, відповідно до міжнародних стандартів.

У сфері підготовки кадрів:

- підготовка кадрів на додипломному та післядипломному рівні з числа медичних та немедичних фахівців, які працюють у сфері попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та соціального супроводу ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, народжених ними дітей та їхніх сімей;
- приведення у відповідність кваліфікаційних вимог до фахівців у системі атестації з питань запобігання передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.

У сфері освіти та підвищення обізнаності населення:

- введення викладання питань у навчальних закладах, як загальноосвітніх, так і різних рівнів акредитації, щодо попередження ВІЛ-інфекції та запобігання передачі інфекції від матері до дитини;
- підвищення обізнаності населення з питань ВІЛ-інфікування та вертикальної передачі;
- підвищення рівня інформованості з питань ВІЛ-інфікування та вертикальної трансмісії, зокрема, щодо формування відповідної репродуктивної поведінки та відповідального батьківства серед молоді.

У сфері медичної допомоги:

- забезпечення доступу до консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію жінок під час вагітності та в пологах;
- забезпечення доступу ВІЛ-інфікованих вагітних до профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини під час вагітності та пологів;
- формування прихильності до АРВ-терапії під час вагітності та в пологах;
- забезпечення доступу всіх закладів охорони здоров'я, що надають допомогу в пологах, необхідними антиретровірусними препаратами для надання невідкладного профілактичного лікування ВІЛ-інфікованих вагітних, роділь, породіль та їхніх новонароджених дітей;
- забезпечення доступу медпрацівників для постконтактної профілактики ВІЛ-інфікування;
- запровадження доступу до тестування но-

вонароджених шляхом полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР) для раннього визначення їхнього статусу.

У сфері міжсекторального та міжнародного співробітництва:

- залучення міжнародної спільноти, громадськості, людей, які живуть з ВІЛ/СНІД (ЛЖВС) до вирішення проблем попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та догляду за дітьми з ВІЛ-інфекцією/СНІДом;

- вивчення та впровадження сучасного міжнародного досвіду з питань попередження вертикальної трансмісії, а також з проблем соціального супроводу ВІЛ-інфікованих жінок, їхніх дітей та сімей.

У сфері контролю за виконанням Програми:

- забезпечення моніторингу та оцінки вертикальної трансмісії за умов впровадження Програми.

Очікуваними результатами цієї Програми є зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини до 5%, нормативно-правове врегулювання соціального супроводу ВІЛ-інфікованих жінок, народжених ними дітей та їхніх сімей.

Активно впроваджуючи заходи щодо профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ, можна надати дитині можливість народитися здоровою, тим самим протистояти поширенню ВІЛ-інфекції в Україні та зменшити репродуктивні втрати внаслідок ВІЛ. А це матиме позитивний вплив на демографічну ситуацію в цілому. Система профілактики перинатальної трансмісії ВІЛ у новонароджених в Україні інтегрована в службу організації медичної допомоги дітям і матерям.

Медична допомога з питань профілактики ВІЛ у новонароджених базується на організації обстеження вагітних на ВІЛ, виявлення ВІЛ-інфікованих вагітних, надання їм консультативної та медичної допомоги з метою профілактики ВІЛ у немовлят на допологовому етапі, під час пологів, після пологів і на етапі догляду за новонародженими.

Сьогодні в Україні наявні умови для суттєвого зниження ризику вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції, а саме: заклади охорони здоров'я повністю забезпечені тест-системами та швидкими тестами для діагностики ВІЛ у вагітних та новонароджених, у достатній кількості препаратами для медикаментозної профілактики, адаптованими замінниками грудного молока для новонароджених та стандартами надання медичної допомоги. У 2006 р. в рамках виконання Національної програми для забезпечення обстеження вагітних на ВІЛ виділено 3225 тис. грн.

Необхідно зазначити, що саме від рівня обстеження вагітних залежить своєчасність

проведення медикаментозної профілактики та її ефективність.

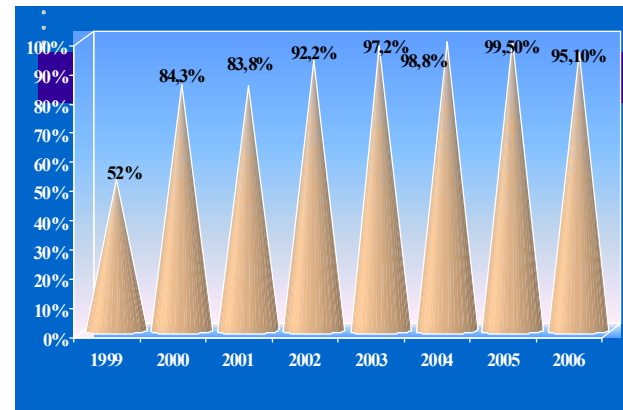


Рис. 1. Рівень обстеження вагітних на ВІЛ (1999–2006 рр.)

Місту Києву та Сумській області вдалося досягти найвищих результатів в обстеженні вагітних на ВІЛ (відповідно 99,0% і 97,0%). Найнижчі показники зареєстровано в Київській області (86,4%) та АР Крим (91,2%).

Показники обстеження, які нижчі від загальнодержавного, зареєстровано у Закарпатській (93,0%), Чернігівській (93,4%), Чернівецькій (93,9%), Тернопільській (94%), Миколаївській (94,4%), Черкаській (94,7%), Волинській (94,7%), Житомирській (94,8%) та м. Севастополі (94,4%).

З метою підвищення ефективності профілактичних заходів перинатальної ВІЛ-інфекції лікувальні родопомічні заклади забезпечуються централізованим шляхом експрес-тестами для обстеження вагітних, які не перебували на обліку по вагітності в жіночих консультаціях, а також тим, у яких на момент пологів ВІЛ-статус не з'ясований. Експрес-профілактика невірапіном після обстеження швидкими тестами має високу ефективність і дає можливість зпрофілакувати ВІЛ у пологах. Детальна інформація щодо заходів профілактики ВІЛ-інфекції у новонароджених, зокрема використання швидких тестів, викладені у навчальному посібнику "Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини", затверджену наказом МОЗ України від 10.02.2006 р. №4.

У 2006 р. (за оперативними даними) обстежено швидкими тестами 19418 вагітних, які поступили на пологи з невизначеним ВІЛ статусом, що становить 4,3% від загальної кількості пологів.

За оперативними даними, у 2006 р. виявлено у 3433 вагітних. Найбільшу кількість ВІЛ-інфікованих вагітних зареєстровано у минулому році у Дніпропетровській – 583 особи, Донецькій – 566, Одеській – 405 та Миколаївській областях – 310, АР Крим – 231, м. Києві – 216. Найменшу кількість ВІЛ-інфікованих вагітних зафіксовано в Івано-

Франківській (4), Закарпатській, Тернопільській та Чернівецькій областях (по 8).

Із загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних на облік по вагітності до 12 тижнів взято 39,5% вагітних, з 12 до 28 – 34,9%, після 28 тижнів – 14,7%. Не спостерігалось на допологовому етапі 376 вагітних, що становило 11%. Жодної вагітної не взято на облік у ранньому терміні вагітності (до 12 тижнів) у Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Тернопільській та Чернівецькій областях. Слід зазначити, що такі дані спостерігаються з року в рік, що свідчить про недостатній рівень інформованості жіночого населення щодо заходів профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ та недостатню увагу керівників служби охорони материнства та дитинства у зазначених регіонах.

За даними щорічного моніторингу профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, у 2006 р. із зареєстрованих 3433 ВІЛ-інфікованих вагітних пологами завершилась вагітність у 2711 (79,0%), аборт – у 496 (14,5%), самовільним викиднем – у 75 (2,2%), перериванням вагітності у пізніх строках за медичними показаннями – в 11 (5,8%). Позаматкову вагітність зареєстровано у 3 (0,09%) ВІЛ-інфікованих вагітних. Із усієї кількості пологів передчасні пологи відбулися у 162 ВІЛ-інфікованих вагітних, що становило 2,3%.

Одним із найважливіших етапів профілактики перинатальної ВІЛ-інфекції є **медикаментозна профілактика антиретровірусними препаратами** у вагітних та новонароджених. Медикаментозна профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції в Україні здійснюється відповідно до протоколу попередження передачі ВІЛ від матері до дитини, затвердженому наказом МОЗ України від 15.12.2003 р. №582 “Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги” і впровадження якого розпочато починаючи з 2004 р. Забезпечення медикаментами лікувальних закладів здійснюється централізовано відповідно до потреби, визначеної самими регіонами коштом закупівель за кошти Глобального Фонду та гуманітарних поставок препарату Невірапін (Вірамун) – компанією “Берінгер Інгельхайм” у рамках програми донації препарату Вірамун.

У 2006 р. медикаментозну профілактику проведено у 2528 вагітних, що становить 93,4% і свідчить про високий рівень забезпечення вагітних медикаментами (рис. 2).

Відповідно до вимог клінічного протоколу, медикаментозну профілактику у повному обсязі ретровіром отримали 1570 вагітних (57,9%). Неповний курс ретровіром у зв'язку із пізнім терміном взяття на облік (після 28 тижнів вагітності), запізненим надходженням результатів обстежен-

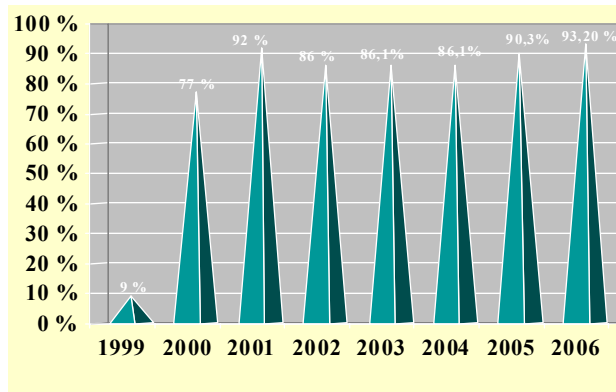


Рис. 2. Динаміка медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції серед вагітних у 1999–2006 рр.

ня та передчасним народженням дитини отримали 543 вагітні (20,1%). У пологах експрес-профілактику невірапіном отримали 366 вагітних (13,5%).

Згідно з даними щорічного моніторингу профілактики вертикальної трансмісії, який здійснює у межах своїх повноважень Відділ охорони здоров'я матерів та дітей, у 2006 р. 49 (1,8%) вагітних отримали курс високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) відповідно до клінічного протоколу “Антиретровірусна терапія вагітних та роділь”, затвердженого наказом МОЗ України від 07.04.2006 р. №206.

Зазначені дані свідчать про значне посилення зусиль медичних спеціалістів щодо заходів профілактики ВІЛ у новонароджених, що позитивно впливає на зниження рівня вертикальної трансмісії ВІЛ в Україні.

Проте 183 (6,7%) ВІЛ-інфіковані вагітні не отримали медикаментозної профілактики при тому, що при використанні експрес-діагностики можливе проведення медикаментозної профілактики в повному обсязі. У 100% медикаментозну профілактику у вагітних проведено у Закарпатській, Рівненській, Чернівецькій областях та м. Києві. Нижче за загальнодержавний показник рівень медикаментозної профілактики у АР Крим (84%), Вінницькій області (85%), м. Севастополі – (86%), Чернігівській (87,5%), Черкаській (89%) та Дніпропетровській (90%) областях.

Відповідно до сучасної стратегії профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ, **операція – елективний кесарів розтин** є одним із ефективних методів передачі ВІЛ новонародженому під час пологів. В Україні у 2006 р. пологи шляхом кесаревого розтину завершено у 660 ВІЛ-інфікованих вагітних (24,3%), з них елективним методом – у 455 (69%), що перевищує дані 2005 р. відповідно на 31,3% (2005 р. – 16,7%) і 9,0% (2000 р. – 63%).

Високий рівень розродження шляхом кесаревого розтину зареєстровано у Житомирській – 75,0%, Сумській – 82,4%, Одеській – 46,9% областях та АР Крим – 58,6%.

Зазначені дані свідчать про підвищення кваліфікації лікарів акушерів-гінекологів, які надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим вагітним, хоча цього ще недостатньо для повноцінної профілактики ВІЛ у новонароджених.

У 11,9% випадків пологів застосовувались акушерські втручання (амніотомія, перинеотомія, епізіотомія) згідно з показаннями. Відносно невисокий відсоток втручань відповідає сучасним стандартам щодо застосування оперативних втручань у пологах за строгими акушерськими показаннями з метою профілактики інтранатальної ВІЛ-інфекції. Застосування сучасних інноваційних перинатальних технологій (партнерські пологи, вільна позиція у пологах, психологічна підтримка роділлі і т. ін.) дає можливість зменшити кількість оперативних втручань і сприяє зниженню рівня вертикальної трансмісії ВІЛ.

У 2006 р. згідно з оперативними моніторинговими даними народилося ВІЛ-інфікованими жінками на 22,2% більше дітей, ніж у 2005 р. (2006 р. – 2731 дитини, 2005 р. – 2399).

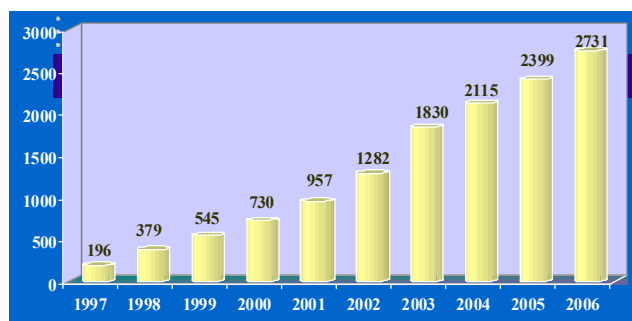


Рис. 3. Динаміка кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями (1997–2004).

З усієї кількості народжених живими народилося 2703 малюки, мертворождалими – 28, що становить 10,3% і більше, ніж удвічі перевищує показник мертвородженості серед загальної кількості народжень, 17 дітей померло віком до 1 року від СНІДу, 44 – від інших причин.

Завдяки комплексному підходу до проведення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини рівень вертикальної трансмісії у 2006 р. вдалося знизити до 7,1%, що на 8% нижче, ніж у 2005 р. (7,7%) (рис. 4).

Випадків інфікування ВІЛ новонароджених у 2006 р. не зареєстровано у Закарпатській, Сумській, Тернопільській та Чернівецькій областях.

Нижче за загальнодержавний показник, за результатами діяльності служби 2006 р. рівень вертикальної трансмісії ВІЛ у дітей, народжених

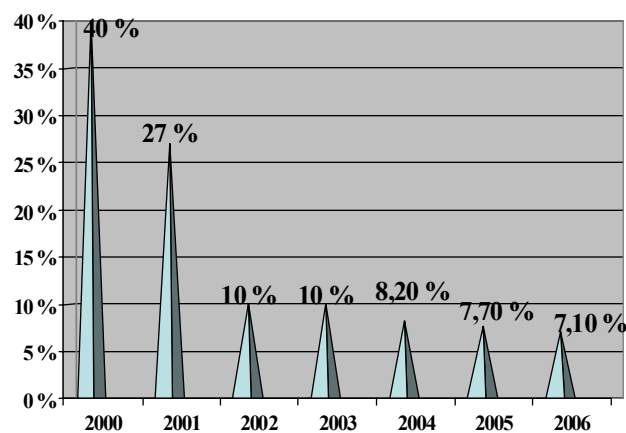


Рис. 3. Динаміка показника вертикальної трансмісії ВІЛ за період 2000–2006 рр.

у 2004–2005 рр., зареєстровано у Житомирській області (1,7%), АР Крим (1,9%), Черкаській (2,2%), Рівненській (4,0%), Волинській (4,4%), Львівській (4,4%), Запорізькій (4,5%), Миколаївській (4,9%), Харківській (5,6%), Полтавській (5,8%), Донецькій (6,1%), Одеській (6,4%), Херсонській (6,7%), Дніпропетровській (6,9%) областях, що свідчить про високу ефективність заходів щодо попередження передачі ВІЛ.

Значно перевищує загальнодержавний показник у Київській (10,6%), Луганській (12,6%) областях, м. Києві (17,6%), а також в Івано-Франківській області (19%). Така ситуація потребує невідкладних організаційних заходів щодо забезпечення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини на основі комплексного підходу.

Рівень вертикальної трансмісії ВІЛ значно нижчий за загальнодержавний показник спостерігається у Херсонській (2,9), Миколаївській (3,6), м. Севастополі (4,3), м. Києві (4,4), Волинській (5,5), Київській (5,6), Донецькій (5,7), Запорізькій (5,9) та Вінницькій (7,7) областях (таб.).

Незважаючи на певні досягнення у такому важливому компоненті подолання поширення ВІЛ-інфекції як профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини в Україні залишається низка невирішених проблем. Кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, суттєво збільшується відповідно до збільшення ВІЛ-інфікованої частки населення країни. ВІЛ-інфіковані діти потребують значних зусиль по догляду як в економічному, так і в соціальному аспекті. Недостатній рівень інформованості населення з питань профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, несвоєчасне обстеження вагітних на ВІЛ та пов'язане із цим недостатнє застосування медикаментозної профілактики ВІЛ-інфікування плода негативно впливає на рівень інфікування ВІЛ новонароджених.

Таблиця. Рівень вертикальної трансмісії ВІЛ у 2006 р. у регіонах України (%)

Регіон	Рівень вертикальної трансмісії у 2006 р.
АР Крим	1,9
Вінницька	7,9
Волинська	4,4
Дніпропетровська	6,9
Донецька	6,1
Житомирська	1,7
Закарпатська	0
Запорізька	4,5
Івано-Франківська	19,0
Київська	10,6
Кіровоградська	9,2
Луганська	12,6
Львівська	4,4
Миколаївська	4,9
Одеська	6,4
Полтавська	5,8
Рівненська	4,0
Сумська	0,0
Тернопільська	0,0
Харківська	5,6
Херсонська	6,7
Хмельницька	9,8
Черкаська	2,7
Чернівецька	0,0
Чернігівська	8,5
м. Київ	17,6
м. Севастополь	9,2
Україна	7,1%

Висновки

Таким чином, для зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини основними завданнями є:

- підвищення рівня інформованості населення про шляхи передачі ВІЛ від матері до дитини та ефективні методи їх профілактики;
- удосконалення нормативної бази з питань профілактики перинатальної ВІЛ-інфекції;
- підвищення рівня знань медичних працівників з питань до- та післятестового консультування, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини;
- впровадження програми комп'ютерного моніторингу щодо передачі ВІЛ від матері до дитини;
- забезпечення стопроцентного обстеження вагітних на ВІЛ;
- забезпечення медикаментозною профілактикою ВІЛ-інфікованих вагітних у повному обсязі;
- удосконалення надання медичної допомоги ВІЛ-позитивним жінкам у пологах та після них;
- вирішення питань щодо забезпечення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, молочними адаптованими сумішами;
- підвищення рівня інформованості медичних працівників та населення з питань догляду за ВІЛ-інфікованими дітьми;
- підвищення доступності і якості медичної допомоги для ВІЛ-інфікованих жінок та дітей, зокрема послуг з питань планування сім'ї;
- співпраця закладів охорони здоров'я із відомствами та організаціями для забезпечення соціального захисту ВІЛ-інфікованих жінок, дітей та громадськими ВІЛ-сервісними організаціями.

Список літератури

1. *Акушерсько-гінекологічна допомога в Україні за 2006 рік* // Міністерство охорони здоров'я України, Центр медичної статистики. – К., 2007. – С. 94–130.
2. *Балакірева О.М., Жилка Н.Я., Карпенко О.І. та ін.* Догляд та виховання дітей, які живуть з ВІЛ: аналіз ситуації, проблеми та шляхи вирішення. – К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2004. – 164 с.
3. *Балакірева О.М., Енн Екман, Левцун О.І. та ін.* Доступ ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 112 с.
4. *Гук А., Жилка Н., Кобець О. та ін.* Національні громадські слухання з питань виконання Національної програми "Репродуктивне здоров'я. 2001–2005". – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 96 с.
5. *Довідник з питань репродуктивного здоров'я* / За ред. Н.Г. Гойди. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 127 с.
6. *Попередження трансмісії ВІЛ від матері до дитини: Навч. посіб. для акушерів-гінекологів, неонатологів, педіатрів, сімейних лікарів, організаторів охорони здоров'я, лікарів-інтернів та студентів.* – К.: Акві, 2003. – 184 с.
7. *Review of MOTHER-to-CHILD transmission of HIV prevention system in Ukraine sn 2001–2003.* / N.Ya. Zhylyka, Dr Ruslan Maluta // Ministry of Health of Ukraine, UNISEF, World Health Organization. – 2004. – 60 p.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ: СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Г.А. Слабкий, Н.Я. Жилка (Киев)

Приведен анализ решения в Украине проблемы вертикальной трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку.

PREVENTION OF TRANSFER OF THE HIV-INFECTION FROM MOTHER TO CHILD: STATUS, PROBLEMS AND PROSPECTS

G.A. Slabkiy, N.Ya. Zhilka (Kiev)

Analysis of the decision problems of vertical transmission HIV from mother to child in Ukraine is resulted.

УДК 614.876:001.8

В.А. ПІЩИКОВ, В.П. ТЕРЕЩЕНКО, В.І. ЧЕБАН (Київ)

ЗАКОНОМІРНОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ НАСЛІДКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

Інститут екологічної патології людини, Інститут сорбції та проблем ендоекології НАН України. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України

У вересні 2005 р. світова спільнота ознайомилась з "історичною" (за визначенням у прес-релізі МАГАТЕ) доповіддю "Спадок Чорнобилю: медичні, екологічні та соціально-економічні наслідки", зокрема, її третім розділом "Медичні наслідки Чорнобильської аварії та заходи щодо підтримки здоров'я" [21]. Цей документ суттєво віддзеркалював ставлення до проблеми широким громадських і фахових кіл та базувався на традиційній методології МАГАТЕ / ВООЗ, яка склалася в галузі вивчення наслідків впливу радіації і якій властиві односторонність та упередженість (у даному разі – применшення медичних наслідків). Загалом, за визначенням світової спільноти, аварія на Чорнобильській АЕС 1986 р. є найбільшою техногенною катастрофою в історії людства (цит. по [5;10]). Виходячи із технологічних характеристик аварії, її масштабний вплив на здоров'я людей з відповідними соціальними атрибутами був невідторним і продовжується дотепер. На жаль, підвищений інтерес до цих питань зазвичай присутній у часових вимірах чергових роковин. Ми мали на меті визначити закономірності реалізації медико-соціальних наслідків аварії на ЧАЕС задля науково-методичного обґрунтування на цьому прикладі скерованості медичного забезпечення ліквідації наслідків великомасштабної радіаційної аварії.

Матеріали та методи. Для предметного дослідження ми скористалися: а) наявними на паперових та електронних носіях свідченнями про технологічні й екологічні особливості Чорнобильської катастрофи, наслідки її впливу на здоров'я людей, стратегію подолання цих наслідків впродовж "післячорнобильського"

періоду; б) документами із нормативно-правової бази щодо медичного забезпечення ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС; в) науковими базами даних Інституту екологічної патології людини щодо патоморфозу захворювань серед осіб, які зазнали впливу радіації та інших складових "чорнобильського чинника", а також структурного підґрунтя цього явища.

Задіяно комплекс сучасних методів дослідження. Медико-статистичні й аналітичні методи забезпечили отримання базисної інформації, а спектр морфологічних методів (оглядових, селективних гістохімічних, електронномікроскопічних) на біопсійному та аутопсійному матеріалі – деталізацію окремих її положень.

Результати дослідження та їх обговорення. Чорнобильська катастрофа вирізняється на тлі інших техногенних інцидентів, в тому числі радіаційних аварій, потужністю і характером впливу на довкілля. Протидіяти її чинникам у таких масштабах не було готове людство загалом (а не лише Україна чи колишній СРСР). Усі складові аварії на ЧАЕС (радіація, висока температура, кіптява, пил; різні ксенобіотики, зокрема, свинець; соціально-психологічна компонента, стрес у його патофізіологічному тлумаченні) потенційно шкідливі для людського організму (табл. 1).

Екстремальні умови існування мобілізують різні "програми адаптивної поведінки" організму, кінцева мета яких – адекватне пристосування за рахунок підвищення резистентності до чинників агресії. Одним із шляхів досягнення цього слугує запалення – "місцевий адаптаційний синдром" за Г. Сельє. Водночас цей процес сам по собі є потужним важелем у модуляції резистентності організму щонайперше до своїх індукторів (мікробів, специфічних антигенів тощо).

Таблиця 1. Потенційно небезпечні для людського організму чинники Чорнобильської катастрофи

Групи чинників	Передбачувана шкода
1	2
I. Техногенні:	
1) іонізуюче випромінювання:	
а) при короточасному (декілька хвилин – 1-3 дні) опроміненні всього тіла у дозі, що перевищує 1 Гр (100 рад);	<ul style="list-style-type: none"> • гостра променева хвороба з відповідною градацією за ступенями формами; • хронічна променева хвороба;
б) при потужності дози понад 0,005 Гр на день і накопиченні за відносно короткий термін сумарної дози опромінення, що перевищує при загальному γ -опроміненні 1,0-1,5 Гр (порогові величини доз опромінення окремих органів при надходженні радіонуклідів з вибірковою депонуванням або ж при місцевому зовнішньому опроміненні залежні від рівномірності розподілу дози в органі і сегменті тіла та переважно суттєво вищі, ніж при опромінюванні всього тіла);	
в) у малих (до 1 Гр) дозах низької інтенсивності (за тривалий проміжок часу)	<ul style="list-style-type: none"> • індукція (стимуляція) розвитку та трансформація перебігу існуючих в організмі патологічних процесів
2) різноманітні ксенобіотики як технологічні складові власне аварії та її ліквідації (першочергово - свинець) [4]	<ul style="list-style-type: none"> • реалізація автономних індукуючих (стимулюючих) патогенних ефектів; • адитивне та синергічне долучення до інших чинників аварії
3) висока температура	<ul style="list-style-type: none"> • опіки; • тепловий удар; • напруження компенсаційно-приспосувальних реакцій організму
4) кіптява	<ul style="list-style-type: none"> • негативний вплив на органи дихання і шкіру (подразнення, алергічні реакції, напруження компенсаційно-приспосувальних процесів)
5) пил	<ul style="list-style-type: none"> • механічне подразнення органів дихання з відповідними наслідками; • за наявності радіоактивних часточок – джерело інкорпорування радіо-нуклідів інгаляційним та аліментарним (при заковтуванні) шляхами
II. Соціально-психологічна компонентна (дезадаптація)	
	<ul style="list-style-type: none"> • соціальна депресія; • соціальне нерозуміння; • психологічна складова патогенетичних ланок поліорганної патології (порушення інтегративних механізмів забезпечення гомеостазу)
III. Стрес у його патофізіологічному тлумаченні як похідна первинних (за термінами аварії) чинників – загальний адаптаційний синдром	<ul style="list-style-type: none"> • вірогідність перехресної сенсibiliзації до інших факторів при формуванні резистентності до первинного; • імовірність хвороб адаптації, коли приспосувальна реакція стає патогенним чинником

Чільне місце іонізуючої радіації та психоемоційного стресу серед патогенних для людини чинників Чорнобильської аварії спонукає до розгляду їх ініціюючої ролі стосовно виникнення запалення та порушення мікроциркуляції у слизових оболонках (СО) органів інкорпорування радіонуклідів у потерпілих.

Встановлено, що більшість ефектів іонізуючого опромінення мають неспецифічний характер та зумовлені реакцією гомеостатичних систем на клітинному, тканинному, органному рівнях та організму в цілому. Ці ефекти залежать від увібраної дози, кількості подій передавання енергії, їх значень та просторового розподілу. В

діапазоні низьких доз очікувана біологічна ефективність радіаційного впливу збільшується, спостерігається колективна відповідь клітинних популяцій.

Пошкодження клітин під дією опромінення (імовірна альтеративна фаза запалення) складається з певних етапів, від кожного з яких залежать подальші ефекти на вищих рівнях організації живої системи. По-перше, це – збудження молекул, іонізація, утворення складних макро-радикалів, хімічна модифікація, розриви фосфодієфірних та міжвуглецевих зв'язків, що спричинює нелетальні зміни ДНК, порушення її репарації, затримку поділу клітин, появу патологічних мітозів. Індукована іонізуючими променями деградація макромолекул ДНК, їх перебудова при неспроможності відновних процесів (імовірність перекисного окиснення кінців розриву одного з ланцюгів молекули, формування стабільних аномальних перехресних зв'язків у подвійній спіралі – патологічних “зшивок”) – основа порушеної здатності зберігати генетичну інформацію. Наприклад, щодо СО шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) це – одна з причин порушень бар'єрної функції їх епітеліальної вистилки [6;18]. По-друге, при постійному впливі радіації відбувається накопичення вільних радикалів у всіх внутрішніх компартментах клітини та супутнє підвищення інтенсивності перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ), що пошкоджує мембрани і зумовлює напруження антиоксидантної системи захисту, а з часом – виснаження антиоксидантних резервів та розвиток окиснювальних деструктивних процесів. Ліпіди клітинних мембран – мішені іонізуючих променів поряд з молекулами ДНК [3;4]. У зв'язку з малими дозами опромінення порушення перекисного окиснення ліпідів клітинних мембран не супроводжується загибеллю клітин (органів чи організму в цілому). Однак такі пошкодження накопичуються протягом періоду опромінення і не репаруються, що відповідає хронізації оксидативного стресу [1;2]. Результатом стає проникнення води у внутрішні гідрофобні шари мембран, а отже, зміна бар'єрних властивостей останніх, нетипова активність їх протеїнів та ензимів, модуляція відмінних від звичайних функціональних властивостей клітин та їх кооперацій. Суттєву роль у трансформації процесів життєдіяльності клітин відіграє дезорганізація електронтранспортного ланцюга мітохондрій при активації ПОЛ, що невідворотно веде до пригнічення окисного фосфорилування та до часткового чи повного роз'єднання окиснення з фосфорилуванням, а отже, змінює енергетичний метаболізм клітин і сприяє утворенню їх енергетичної недостатності й обмеженню або спотворен-

ню функції. По-третє, описана “загально клітинна” патологія слугує базисом для розладів систем (нервової, ендокринної, імунної та кровотворної), котрі забезпечують внутрішній гомеостаз. Його дисрегуляція на рівні організму і нижчих рівнях в умовах будь-якого хронічного стресу формує “хибне коло” підтримки порушень репарації та зумовлює розвиток дезадаптаційної патології.

Системні гомеостатичні реакції, ініційовані радіохімічними, вільнорадикальними процесами, мембранними та ядерними порушеннями, котрі з часом змінюються напруженням і виснаженням нервової, ендокринної, імунної та кровотворної систем, вважаються базисними щодо біологічних ефектів низьких доз іонізуючої радіації [12;13]. Тому в умовах хронічного радіаційного стресу, спричиненого у потерпілих від Чорнобильської аварії тривалим впливом малоінтенсивного низькодозового іонізуючого опромінення, повноцінна адаптація, як правило, не розвивається і резистентність не підвищується.

У свою чергу, зазначені реакції модулюють місцеву тканинну відповідь на первинне пошкодження іонізуючими променями. Зауважимо, що активація ПОЛ – облігатна ланка не тільки променевого ушкодження, а й стресу, необхідна біохімічна складова цих реакцій. Роль її подвійна. З одного боку, підвищена кількість активних кисневих радикалів (продуктів ПОЛ) є чинником пошкодження біополімерів мембран клітин, судинно-тканинних бар'єрів. З іншого, – є стимулом для мобілізації антиоксидативних механізмів. З цієї точки зору, активація гомеостатичних регуляторних систем, а саме, симпатoadреналової та гіпоталамо-гіпофізарно-кортикоадреналової (головних складових патогенетичних механізмів стресу), може розцінюватись як складова протиокисної реакції, оскільки катехоламіни і глюкокортикоїди мають антиоксидативну активність. Зрозуміло, що потужний вплив стрес-агентів (у наших спостереженнях це – адитивна та синергічна дія чинників Чорнобильської аварії) є відповідальним за виснаження протиокисних резервів і неспроможність компенсації активації ПОЛ. За наведених обставин продукти ПОЛ стають аутокатализаторами, що спричинює лавиноподібне їх накопичення з відповідним руйнівним впливом на біомембрани і геном. Отже, спровоковані в такий спосіб пошкодження та деструкція найважливіших компонентів клітин зумовлюють не тільки їх дисфункцію, а й можуть знайти вихід в інтерфазній загибелі останніх. Крім того, висока та тривала гіперкатехоламінемія (результат хронічного стресу) разом із безпосереднім й опосередкованим впливом іонізуючих променів відповідальні за численні судинні розлади (не-

обхідний компонент запальної реакції), а також за виникнення ерозій і виразок у СО [6;12;13].

Початковим етапом запального процесу є, як відомо, медіаторна реакція (нейро- та ліпідомедіатори), результат якої – зміни мікроциркуляторного русла (розширення судин, експресія молекул міжклітинної взаємодії на поверхні лейкоцитів і ендотелію), лейкодіapedез та хемотаксис лейкоцитів. Першими у вогнищі запалення завжди з'являються нейтрофільні гранулоцити (НГ). Ці реактивні, здатні до швидкої мобілізації клітини, слугують джерелами різноманітних прозапальних медіаторів, котрі активно стимулюють таксис інших клітин і підтримують каскад реакцій запально-репаративного процесу. Єдність запалення, регенерації та фіброзу вказує на неподільність цілісної реакції тканини на пошкодження, кінцевою метою якої є його ліквідація, тобто максимальна анатомічна відбудова тканини з мінімальними функціональними втратами. Стереотипна динаміка цієї "автоматичної" реакції принципово не залежить від пошкоджуючого агента, хоч він і визначає деяку її своєрідність [13]. Зазначимо, що система НГ може функціонувати за двома варіантами: 1) стабілізованим, коли в тканини надходить обмежена кількість ефективно діючих клітин; 2) екстенсивним, зі значно підвищеною кількістю функціонально ослаблених клітин. При запальних захворюваннях найчастіше спостерігається саме другий варіант, що закладає підвалини для недостатності запальної відповіді у певних умовах. Водночас біологічно активні речовини, які виділяються при руйнації НГ у вогнищі запалення, слугують чинниками пошкодження тканин (метаболіти кисню, катіонні білки).

Експериментально доведено, що комбінація опромінення малими дозами (0,1 Гр) та стресу дає найзначніші зміни кількості лейкоцитів крові: лейкоцитопенію, нейтропенію, моноцитопенію і лімфоцитоз. Імовірність нейтропенії та якісних змін НГ (дефіцит мієлопероксидази, інших катіонних білків і медіаторів) в осіб із "чорнобильським анамнезом" пояснює можливість формування неадекватної пошкодженню запальної відповіді. У наших пацієнтів, особливо у мешканців територій, забруднених радіонуклідами, у віддаленому післяаварійному періоді це проявляється зниженням кореляційної залежності між бактеріальною заселеністю СО шлунка і ДПК, з одного боку, та активністю і вираженістю запалення – з іншого, а також незначною кількістю PAS-позитивних (реактивно спроможних) НГ серед суттєво більшого числа цих клітин в інфільтраті [5].

Під впливом хемотактичних цитокінів на зміну НГ приходять клітини моноклеарної фагоци-

тарної системи, які відіграють найважливішу роль у зв'язуванні ексудативної та проліферативної фаз запалення з клітинним і гуморальним імунітетом, регенерацією та фіброзом [9;19]. Сукупно з НГ вони здійснюють бактерицидну і детоксикаційну функції, протеоліз та фагоцитоз детриту (очищення тканин), в кооперації з Т-, В-лімфоцитами беруть участь в імунній відповіді, сумісно з фібробластами і Т-лімфоцитами – у відбудові тканин (продукція фібронектину, колагену IV та V типів). Неподільність зв'язку запальної та репаративного компонентів стереотипної реакції на пошкодження проявляється в гальмуванні регенерації тривалим перебігом або хронізацією запалення, і навпаки, у пролонгації запалення чи його хронізації при неспроможності регенерації або фіброзу.

В нетипових умовах – порушенні інтегральних регуляторних механізмів, неспроможності антиоксидативного захисту, що спостерігається в осіб, котрі потерпіли від аварії на ЧАЕС, надмірній або тривалій активації макрофагів при бактеріальній чи аутоантигенній стимуляції – втрачається захисна спрямованість макрофагальної реакції. Вона перетворюється на пошкоджуючий чинник, оскільки супроводжується гіперпродукцією токсичних продуктів (оксиду азоту, вільнорадикальних форм кисню, фактора некрозу пухлин). Зауважимо, що активність макрофагів інгібується кортикостероїдами, тому при хронічному стресі у пацієнтів із "чорнобильським чинником" в анамнезі можна очікувати недостатності макрофагальної системи з відповідною трансформацією запалення. Це підтверджують результати обліку в наших дослідженнях клітин інфільтрату у власній пластинці СО шлунка і ДПК у потерпілих: зменшення (порівняно з пересічними пацієнтами) відносної кількості моноцитів та макрофагів [6].

На останніх етапах запально-репаративного процесу найважливішу роль відіграє епітеліально-сполучнотканнна взаємодія. Відомо, що епітеліоцити продукують колагеназу, а клітини інфільтрату – фактори індукції та інгібіції регенерації епітелію [20]. Колагени I, III, IV, V, VIII і XIII типів, протеоглікани, фібронектин регулюють ріст, функцію й архітектоніку епітеліальної та м'язової тканин. При цьому новоутворення мікросудин відбувається синхронно з проліферацією фібробластів, оскільки на них впливають однакові фактори, які секретуються тромбоцитами, макрофагами, Т-лімфоцитами та іншими клітинами.

Вільнорадикальне та оксидативне пошкодження мембран ендотелію під впливом патогенних чинників Чорнобильської аварії відповідальне за значні розлади метаболізму, зміни реактивності стінок мікросудин, порушення

мікроциркуляції у потерпілих, що позначається на розвиткові запально-репаративної реакції у СО органів інкорпорування радіонуклідів. Так, дистрофічні зміни ендотелію, локальне збільшення його проникності, плазморагія в судинну стінку сприяють склерозуванню. Дистрофія ендотеліоцитів з імовірним обмеженням здатності продукувати фактор розслаблення, можливе зниження чутливості до нього скоротливих гладком'язових клітин, а також зміни М-холінорецепторів мембран ендотеліоцитів у зв'язку з патогенним впливом чинників аварії, можуть фундувати пригнічення ендотелій залежного розслаблення стінок судин. Опосередкована (у зв'язку з цим) активація β -адренорецепторів ендотелію підсилюватиме чутливість судинної стінки до констрикторних впливів, що негативно позначається на трофічних процесах у СО. Про значне поширення системної судинної патології серед осіб, що потерпіли внаслідок аварії, стверджують результати численних клінічних спостережень (дані щодо розповсюдженості гіпертонічної хвороби, вегето-судинної дистонії переважно за гіпертонічним типом) [5;6;10;18].

Становлення і динаміка запалення у потерпілих від аварії відбуваються за умов скопированої комбінованою дією опромінення та стресу місцевої й організмової регуляції гомеостазу. Безпосередня участь імунної системи у розвитку запалення, відомі біологічні ефекти кожного з вищепоіменованих чинників та радіочутливість імунокомпетентних клітин пояснюють модулюючу роль пошкоджень останніх, а також порушень механізмів антиген-опосередкованого захисту щодо різноманітної патології в опроміненому організмі. Зауважимо, що однозначної і односпрямованої дії іонізуючого випромінювання на структуру та функцію імунного апарату не існує. Експериментально доведено дозову залежність імунної відповіді: стимуляція – при низькодозовому (до 0,3 Гр) іонізуючому опроміненні; тяжкий імунодефіцит – внаслідок радіаційної загибелі лімфоцитів усіх класів при опроміненні в діапазоні 2–3 Гр [14]. Лінійна залежність імунної відповіді від кількості Т-хелперів визначає її збільшення при проліферації лімфоцитів, стимульованій дозовим навантаженням < 0,3 Гр. При збільшенні рівня радіації (>0,3 Гр) загальний проліферативний потенціал лімфоцитів знижується, однак зростає кількість Т-цитотоксичних клітин. В діапазоні 0,3–0,6 Гр можлива супресія гуморальних імунних реакцій, що пов'язують із переважною активацією T_H1 -клітин і, відповідно, клітинних реакцій імунітету (посилення реакцій гіперчутливості уповільненого типу). Паралельне пригнічення проліферації та метаболіч-

ної активності T_H2 -клітин зумовлює загальне зниження відносного числа Т-хелперів. Подальше ж підвищення дози опромінення спричинює загибель T_H1 -лімфоцитів (більш радіочутливої субпопуляції) та активацію гуморальних імунних реакцій завдяки переважанню більш радіорезистентних T_H2 -клітин. Усе це вказує на утворення субпопуляційного дисбалансу імунокомпетентних клітин й імовірне формування набутого імунодефіциту у потерпілих, що стверджують результати численних клінічних спостережень (цит. по [6]).

З літератури відомо, що в учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) у віддаленому післяаварійному періоді спостерігаються різноманітні зміни в імунній системі, серед яких і активація Т-хелперної ланки клітинного імунітету, і розвиток Т-клітинного імунодефіциту, і зниження індексу Т-лімфоцитарного співвідношення, і підвищення індексів гуморального імунітету та супресія цієї ланки [8]. Через 5–10 років після опромінення виявлено "повторну хвилю" збільшення числа осіб із лімфоцитопенією за рахунок Т-клітинної популяції. В останній зареєстровано більш виразне зменшення кількості $CD4^+$ Т-лімфоцитів, ніж $CD8^+$, серед осіб з увібраною дозою іонізуючої радіації 25–75 сГр, крім зниження рівня Т-хелперів/індукторів, відмічено збільшення вмісту В-лімфоцитів.

Відповідно до сучасних уявлень (цит. по [15]) легені та дихальні шляхи постають однією з "мішеней", що відповідають за розвиток променевої патології під впливом зовнішніх джерел опромінення та вдихання радіонуклідів (особливо таких сполук, які мають погану розчинність, довго затримуються в легневих тканинах). Слід зазначити, що легені – дуже складний орган, який інтегрує більше 40 типів клітин та виконує в організмі (крім газообміну) ще цілий ряд важливих функцій. Згідно з класичними уявленнями в радіобіології, бронхолегеневу систему вважали радіорезистентною [11]. Це пов'язане, з одного боку, із невисокою проліферативною спроможністю її клітинних популяцій за рахунок високого диференціювання, а з іншого – з тим, що подібне уявлення сформувалось у порівнянні з "критичними" органами та системами (кровотворною, органами травлення та ін.). Під впливом високих доз іонізуючого опромінення передбачалась смерть організму в найближчі строки після впливу пошкоджуючого чинника саме за рахунок декомпенсації однієї з вищезазваних систем життєзабезпечення.

Таким чином, відкладання та затримка радіонуклідів у дихальних шляхах відбувається протягом тривалого часу. Інша порція великих часток може накопичуватись в регіональних лімфа-

тичних вузлах, де їх середня концентрація в декілька разів вища, ніж у легенях. В обох анатомічних "регіонах" радіоактивні частки можуть утворювати вогнища високої дози опромінення. Більша концентрація радіоактивних часток у легенях може призвести до ранньої загибелі людини в зв'язку з порушенням функції органа, а менша – пагубно впливати зокрема, індукуючи прогресуючий фіброз тканини, у чому ми переконались [15].

Отже, Чорнобильська катастрофа спричинила появу у довкіллі потужних етіологічних чинників розвитку різноманітних захворювань. Причина виникнення недуги – це, як відомо, результат взаємодії організму з етіологічним фактором. Власне етіологічний чинник стає таким лише при взаємодії з організмом. Тут доцільно згадати Гегеля, який в "Науці логіки" писав: "Причина є причиною лише настільки, наскільки вона породжує дію...". Таким чином, етіологічний фактор постає у своїй якості, бо впливає на організм, викликає його захисну й власне патологічну реакції (цит. по [16]).

Зрозуміло, що організм як біологічна система через активну реакцію перебудови регуляції й ефektorів елімінує із себе наслідки впливу потенційно етіологічного чинника. Тим самим він зберігає одну зі своїх сутностей – здоров'я. Останнє обмежене рамками фенотипу. Перебуваючи в цих межах, здоров'я змінюється в результаті старіння та накопичення в організмі наслідків впливів потенційних етіологічних факторів (умов виникнення недуги) – як зовнішніх, так і внутрішніх. Тут доцільно пригадати ще одну властивість організму – резистентність, тобто здатність при взаємодії з потенційним етіологічним чинником уникати стану хвороби завдяки системній перебудові. Така перебудова являє собою активну реакцію на всіх рівнях структурно-функціональної організації. В результаті реалізованої резистентності етіологічний чинник має значення лише фактора довкілля або ж ендогенного стимулу, дія якого змінює стан організму й саму резистентність.

Отже, впливи довкілля і дія ендогенних стимулів реакції організму можуть бути як етіологічними чинниками, так і умовами захворювання. Зрозуміло, що при зростанні сили та тривалості впливу факторів довкілля через дію діалектичного закону переходу кількості в якість і виникає недуга. Таким чином, потенційний етіологічний фактор стає дійсним, долаючи резистентність.

Аварія на ЧАЕС призвела до викиду в атмосферу величезних кількостей радіонуклідів йоду (понад 50 млн. кюри), що значно перевищували такі при всіх відомих раніше інцидентах на АЕС.

В результаті у контакті з іонізуючим випромінюванням опинились мільйони людей, щитоподібні залози (ЩЗ) яких поглинали радіонукліди йоду. Такий потужний вплив тропних до ЩЗ ізотопів передбачав за абиякої добре вираженої резистентності організму вірогідність радіойоду як етіологічного чинника захворювань цього органу. Ступінь же реалізації його дії імовірно визначався рамками фенотипу організму. Потенційно найуразливішими контингентами щодо цього постають діти та особи молодого віку (маються на увазі вікові параметри на момент аварії) (цит. по [16]).

Очевидно, одним із аргументів на користь щойно сказаного є те, що ріст і розвиток дитини, яка зазнала потужного екзогенного впливу в постнатальному періоді онтогенезу, відбувається не лише як реалізація програми згідно з генотипом, а й з паралельним формуванням адаптаційних та компенсаційних реакцій. Якщо у ровесників, котрі не зазнали дії агресивних чинників Чорнобильської катастрофи, реалізація генотипу в конкретний фенотип здійснюється під впливом зовнішніх середовищних й соціальних факторів, які, врешті-решт, призводять до виникнення популяційних відмінностей, відповідних конкретним кліматогеографічним зонам, то фенотип дитини (підлітка) з "чорнобильським чинником" в анамнезі повинен, окрім усього, відповідати внутрішнім змінам, зумовленим порушеннями функції ЩЗ. Останні є невідворотними, через: а) суттєве накопичення радіоізотопів йоду в ЩЗ у зв'язку з його "тропністю" до цього органу; б) високу проліферативну активність тироцитів; в) високу потенцію до проліферації (а отже – уразливості) інших структурних компонентів ЩЗ мезенхімального походження; г) наявне становлення нейрогормональної системи регуляції; д) загалом лабільність інтеграційних систем забезпечення гомеостазу в дитячому і підлітковому віці. Звідси документовані іншими фахівцями (неодноразово згадувані нами результати творчого доробку співробітників Інституту ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комісаренка АМН України та інших авторів) поява й зростання радіоіндукованих раків ЩЗ у маленьких пацієнтів [17].

Принципове значення має зафіксована нами поява фолікулярних карцином у хворих молодого віку. На момент аварії на ЧАЕС вони переважно (група до 30 років) знаходились або у дитячому, або ж у підлітковому віці. В зв'язку з цим пригадаймо хрестоматійні дані про те, що ЩЗ у підлітковому віці збільшується, а в старечому – зменшується. До того ж, загалом в онтогенезі функціональна активність органу досить постійна і знижується лише в старечому віці. У препубертатному та пубертатному періодах ак-

тивність ЩЗ у дівчаток вища, ніж у хлопчиків [16].

Відомо, що організм, який росте, більш уразливий щодо малігнізації клітин при дії канцерогенів. Висока частота поділу клітин сприяє канцерогенезу, бо знижує час, "відпущений" для відновлення нормальної нуклеотидної послідовності ДНК. Так, вплив радіації при атомному бомбардуванні Хіросіми призвів до виникнення раку молочної залози в ході онтогенезу вчетверо частіше у тих жінок, яким на момент вибуху було 10–15 років (період онтогенезу, в якому найбільш інтенсивна проліферація клітин молочної залози) (цит. по [16]).

Отже, виходячи з технологічних параметрів Чорнобильської катастрофи, було логічним очікувати: 1) реалізацію канцерогенних ефектів радіоїоду першочергово в осіб, які на момент аварії перебували у дитячому, препубертатному і пубертатному віці (ці особи становлять своєрідний "біологічний резерв" доброякісних і злоякісних новоутворень ЩЗ у постраждалих від аварії популяції); 2) імовірне переважання серед вищекресленого контингенту осіб жіночої статі.

За результатами багаторічних комплексних досліджень співробітників Інституту екологічної патології людини, у постраждалих від Чорнобильської катастрофи документується прискорення інволюційних процесів, тобто прискорення онтогенезу. Водночас у вимірі теорії відмови імунного нагляду при канцерогенезі декларується таке. Неопластичні зміни досить часто відбуваються у клітинах макроорганізму. В результаті пошкодження ДНК неопластичні клітини синтезують нові молекули (неоантигени, пухлинні антигени). Імунна ж система організму розпізнає ці неоантигени як "чужі", що призводить до активізації цитотоксичної імунної відповіді, яка знищує неопластичні клітини. Клінічно виявлені новоутворення виникають лише тоді, коли вони не розпізнаються і не руйнуються імунною системою. Доказом цієї теорії є те, що велика частота виникнення пухлин спостерігається при імунодефіцитах й у пацієнтів, які отримують імуносупресивну терапію після пересадки органів. Поясненням того, що рак в основному є хворобою літніх людей, може бути факт прогресивного зниження імунної реактивності на тлі збільшення частоти неопластичних змін, котрі виникають внаслідок дефектів репарації ДНК, що спостерігається при старінні. Таким чином, вірогідним є принаймні прискорене постаріння тканин тих органів, які зазнали прямого уражаючого впливу радіації, зокрема ЩЗ.

Висновки

1. Виходячи із технологічних характеристик аварії на ЧАЕС, великі когорти ліквідаторів її

наслідків та мешканців прилеглих до станції територій і віддалених регіонів, де мали місце радіоактивні осади, зазнали не лише впливу зовнішнього опромінення, а й дії інкорпорованих радіонуклідів. Ступінь "долучення" окремих радіонуклідів до життєдіяльності людини вочевидь суттєво детермінований, з одного боку, ландшафтними, геологічними, урбаністичними чинниками, а з іншого – імовірною органотропністю, розчинністю у біологічних середовищах і здатністю взаємодіяти із різними біологічними лігандами (білками, амінокислотами, фосфоліпідами, оксикислотами, іншими метаболітами).

2. На нашу думку, не слід нехтувати вірогідною патогенетичною роллю свинцю, який застосували у процесі ліквідації аварії (насипна подушка у другому умовному періоді). Дотепер майже не обговорюється його імовірна адитивна (синергічна) участь в розвитку патології у потерпілих.

3. Коли йдеться про стрес у вимірі наслідків Чорнобильської катастрофи, це поняття зазвичай ототожнюють із поняттям "емоційний стрес", переводячи у соціально-психологічну площину. Насправді його потрібно інтерпретувати у всій повноті загального чи місцевого адаптаційних синдромів.

4. Провідними шляхами інкорпорування радіонуклідів були інгаляційний та аліментарний, що (з урахуванням тропності) суттєво визначило спектр патологічних змін у постраждалих від аварії. Неоднорідність проявів радіаційного пошкодження спричинена тим, що тканини й органи складаються з різних типів клітин, які різняться швидкістю проліферації і радіочутливістю.

5. Як і очікувалось, гострі радіаційні ефекти у постраждалих від аварії на ЧАЕС виникли у тканинах, котрі швидко проліферують. Віддалені, навпаки, у тих, що повільно або взагалі не проліферують. Це узгоджується з біомодальною реакцією радіорезистентності клітин, де перший пік реєструється у фазі G_1 , а другий – S клітинного циклу. У тканинах, що оновлюються повільно, більшість клітин перебуває у G_1 – періоді, тривалість якого вимірюється тижнями, а іноді – місяцями (цит. по [5]).

6. Натепер не викликає сумнівів, що інгаляція радіонуклідів була одним з основних шляхів їх інкорпорування в УЛНА на ЧАЕС. У межах же 30-кілометрової зони навколо станції внутрішнє опромінення було спричинене майже виключно вдиханням аерозолів радіоактивних речовин. Результати клініко-епідеміологічного обстеження ліквідаторів свідчать, що патологія органів дихання з пріоритетами хронічних обструктивних захворювань легень посідає одне з провідних місць у структурі загальної захворюва-

ності окресленого контингенту населення.

7. У вимірі наслідків Чорнобильської катастрофи із ендокринних органів першою прийняла удар ЩЗ, що було зумовлене масивним виводом радіоізотопів йоду. Їх накопичення виключно у ЩЗ визначило “органотропність” цих радіонуклідів як можливих і реальних патогенних чинників тиреоїдної патології в наближені та у віддалені терміни після опромінення, що, на жаль, справдилося.

8. Поєднана з аліментарним надходженням радіонуклідів патологія органів травлення переконливо постає як одна з медичних проблем наслідків аварії на ЧАЕС.

9. Визначені закономірності реалізації медичних наслідків Чорнобильської катастрофи з неодмінними соціальними атрибутами доцільно реалізовувати як науково-методичне підґрунтя при розробці системи заходів медичного забезпечення ліквідації великомасштабної радіаційної аварії.

Список літератури

1. Барабой В.А., Олійник С.А., Хмельницький Ю.В. Про оксидантно-антиоксидантний гомеостаз у морських свинок після фракціонованого низькодозового опромінення // *Укр. радіологічний журнал*. – 1993. – Т. 1, Вип. 2. – С. 109–112.
2. Барабой В.А., Чеботарев Е.Е. Проблема перекисного окислення в радиобиологии // *Радиобиология*. – 1986. – Вып. 5. – С. 591–597.
3. Василенко И.Я. Действие на организм малых доз ионизирующих излучений продуктов ядерного деления // *Военно-медицинский журнал*. – 1988. – №2. – С. 49–52.
4. Ганич Т.М. Радіація, здоров'я, радіопротекція. – Ужгород: Поличка “Карпатського краю”, 1996. – 352 с.
5. Двадцять років Чорнобильської катастрофи. Погляд у майбутнє: Національна доповідь України. – К.: Атіка, 2006. – 224 с.
6. Дегтярьова Л. В., Терещенко В. П., Піщиков В. А. Патоморфоз пептичної виразки дванадцятипалої кишки у потерпілих від аварії на Чорнобильській АЕС. – К.: МВЦ “Медінформ”, 2004. – 368 с.
7. Загрязнение окружающей среды свинцом при ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС / О.М. Осин, Л.Ф. Глебова, Г.П. Простакишин, Р.Б. Горшкова // *Медицина катастроф*. – 1996. – Специальный выпуск. – С. 40–43.
8. К вопросу о лучевых нагрузках на участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, занесенных в Российский государственный медико-дозиметрический регистр / В.А.Питкевич, В.К.Иванов, С.Ю. Чекин, А.Ф. Цыб // *Радиационная биология. Радиоэкология*. – 1996. – Т. 36, Вып. 5. – С. 747–757.
9. Кутков В.А., Муравьев Ю.Б. Дозиметрия внутреннего излучения “горячих” топливных частиц Чернобыльской аварии // *Медицинская радиология*. – 1994. – Т.39, №4. – С. 4–9.
10. Міжнародна конференція “Двадцять років Чорнобильської катастрофи. Погляд у майбутнє” 24–26 квітня 2006 р. Київ: Зб. тез. – К. – 2006. – 365 с.
11. Москалев Ю.И., Заликин Г.А. Актуальные проблемы радиобиологии трансплутониевых элементов // *Радиохимия*. – 1986. – Т. 28, №1. – С. 118–123.
12. Сегада Т.П. Особенности гемомикроциркуляторного русла при хроническом воспалении в слизистых оболочках бронхов, желудка и двенадцатиперстной кишки у ликвидаторов последствий Чернобыльской катастрофы // *Матеріали 6 конгресу патологів України “Судинні і онкологічні захворювання: морфогенез та екологічний патоморфоз”*. – Вінниця, 1998. – С. 38–41.
13. Сегада Т. П. Порушення кровообігу в периферійних відділах судинного русла у ліквідаторів наслідків Чорнобильської аварії: ультраструктурні аспекти // *Актуальные проблемы медицины и биологии* №1. – К., 2002. – С. 181–185.
14. Серкиз Я.И., Пинчук В.Г., Пинчук Л.Б. и др. Радиобиологические аспекты аварии на Чернобыльской АЭС. – К.: *Наукова думка*, 1992. – 172с.
15. Терещенко В. П., Сушко В. О., Піщиков В. А. Хронічні неспецифічні захворювання легень у ліквідаторів наслідків Чорнобильської катастрофи / За ред. В. П. Терещенко, В. О. Сушка. – К.: *Медінформ*, 2004. – 252 с.
16. Терещенко В. П., Самойлов О. О., Аветис'ян І. Л. та ін. Патоморфоз фолікулярних пухлин щитовидної залози у киян після Чорнобильської катастрофи / Піщиков В. А., Сегада Т. П. / За ред. В.П.Терещенко. – К.: *Медінформ*, 2004. – 240 с.
17. Тронько Н.Д., Богданова Т.Н. Рак щитовидной железы у детей Украины (последствия Чернобыльской катастрофы). – К.: *Чернобыльинтеринформ*, 1997. – 200 с.
18. Чернобыльская катастрофа: патологическая анатомия и патоморфоз некоторых заболеваний / Под ред. В.П. Терещенко, Л.В. Дегтяревой. – Изд. II, перераб. и доп. – К.: *МИЦ “Медінформ”*, 2006. – 172.
19. Чернушенко Е.Ф., Фещенко Ю.И., Круглова И.Ф. и др. Варианты нарушений иммунного статуса у больных хроническим бронхитом // *Укр. пульмонолог. журнал*. – 2000. – № 1. – С. 12–15.
20. Шлопов В.Г. Патологічна анатомія: Підручник. – Вінниця: *НОВА КНИГА*, 2004. – 768 с.
21. Health Effect of the Chernobyl Accident and Special Health Care Programmes. Report to the UN Chernobyl Forum, Expert Group “Health (EGH)”, Working Draft. – August 31, 2005. – 179 p.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ

Піщиков В.А., Терещенко В.П., Чебан В.И. (Київ)

На основании результатов многолетних собственных наблюдений с задействованием профильных информационных источников определены закономерности реализации медико-социальных последствий

Чернобыльской катастрофы для научно-методического обоснования на этом примере направленности медицинского обеспечения ликвидации крупномасштабной радиационной аварии.

LAWS OF REALIZATION OF MEDICAL -SOCIAL CONSEQUENCES OF CHERNOBYL ACCIDENT

V.A. Pishchikov, V.P. Tereshchenko, V.I Cheban (Kiev)

The results of long-term own supervision with based on involvement of profile information sources laws of realization of medical-social consequences of Chernobyl accident for a scientifically-methodical substantiation of orientation of medical maintenance of liquidation of large-scale radiating failure are certain.

УДК 616.314-08-053.8/.9

Р.Ю. ХОРУЖА, А.П. ПЕДЕРЕЦЬ, Г.К. СЕВЕРИН (Донецьк)

ВИВЧЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ДЕЯКИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ Й ЧЕРВОНОЇ ОБЛЯМІВКИ ГУБ У ПАЦІЄНТІВ ЛІТНЬОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ

(за матеріалами роботи консультативного кабінету кафедри терапевтичної стоматології донНму)
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У більшості держав Європи спостерігається старіння населення. Для України ця проблема також є актуальною. З одного боку, старіння – закономірний процес, для якого характерні істотні зміни усіх органів і систем. З іншого – сутність старіння залишається достатньо не вивченою. Багато версій та гіпотез висловлюють дослідники. Деякі дослідження присвячені вивченню загальнобіологічних закономірностей життя, які тим чи іншим чином сприяють старінню: порушення дії залоз внутрішньої секреції, отруєння організму шкідливими речовинами тощо. Однак усе це висвітлює лише різноманітні явища, які виникають у організмі, але зовсім не пояснюють самі процеси старіння.

Міжнародною асоціацією з геронтології (IAG), яку організовано в 1983 р., систематично проводяться конгреси та форуми, де приймаються заходи щодо поліпшення життя людей похилого та літнього віку, розробляються цільові програми щодо надання їм адекватної медичної допомоги. Зокрема, запроваджено поняття “геронтостоматологія”. На наш погляд, це – не просто новий термін, але й насамперед дисципліна, у тому числі й стоматологічна, яка повинна вміщувати як соціальне, так і медичне обслуговування достатньо широкого кола людей.

Безумовно, останнє не є декларацією, оскільки Україна гарантує людям 60 літнього віку доступну та якісну медичну допомогу, що, безумовно, потребує значних бюджетних витрат,

віддзеркалюється на авторитеті галузі, успішності програм та якості впровадження.

Проміжок часу, який відносять до етапу старіння людини, російський учений А.В. Алимський (1999) поділяє на чотири фази. Перша фаза визначається як початок старіння та саме старіння й продовжується від 45 до 59 років. Друга фаза – це літній вік. Її тривалість об’єднує період 60–74 роки. Третя фаза – це похилий або старечий вік (75–89 років). І, нарешті, четверта фаза – вельми похилий вік, що починається з 90-го року життя.

Стоматологічна допомога найбільш затребувана та соціально значуща з усього спектру медичних послуг, що надаються особам похилого та літнього віку. Відносним показником, який віддзеркалює справжній стан у одному з секторів медичних послуг – стоматології, може бути робота консультативного кабінету. Аналіз діяльності цього кабінету дає змогу відстежити й обміркувати основні проблеми охорони здоров’я в цілому та стоматології, зокрема.

Мета роботи – вивчити поширеність деяких захворювань слизової оболонки ротової порожнини й червоної облямівки губ у пацієнтів літнього та похилого віку, та запропонувати напрямки щодо поліпшення цього напрямку роботи.

Матеріали та методи. Протягом двох років нами прийнято 613 пацієнтів. Вік осіб, що звернулися по стоматологічну допомогу варіював від 14 до 81 року. Кількість пацієнтів літнього віку становила 107 осіб, або 17,46%; похилого – 78 пацієнтів, або 12,72%. Стоматологічна патологія

була різноманітною та розподілялася таким чином. Нечисленна група (якщо рахувати з усіх 613 пацієнтів) одонтологічних хворих (21 чоловік – 3,43%). Друга достатньо репрезентативна група – пацієнти пародонтологічного профілю (51 пацієнт – 8,32%). Найбільша кількість (541 – 88,25%) – це пацієнти з патологією слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ. Особлива увага приділялася характеру скарг, анамнестичним даним, огляду порожнини рота та результатам додаткових методів досліджень.

Результати дослідження та їх обговорення. Частіше за все пацієнти літнього та похилого віку зверталися по консультацією з приводу наявності глоссодинічного синдрому (127 пацієнтів / 68,65% випадках), який розвивався на фоні сполучених загальносоматичних захворювань (патології шлунково-кишкового тракту, цукрового діабету, гіпертонічної хвороби тощо). У 23 хворих (12,43%) на глоссодинічний синдром причиною розвитку парестезій були втручання лікарів-ортопедів (як правило, це пов'язано з нераціональною допомогою ортопедів, їхніми помилками). Майже у третини пацієнтів глоссодинічний синдром поєднувався з червоним плескатию лишаєм, кандидозом порожнини рота, лейкоплакією або з іншими проявами.

Друге місце щодо поширеності захворювань слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ серед пацієнтів літнього та похилого віку посіли деякі кератози (лейкоплакія 27,00%, папіломи різних ділянок ротової порожнини (16,00%), ороговіння альвеолярних відростків, тощо).

Третє місце належить мікозній патології. У 37 осіб літнього та похилого віку нами діагностовано мікозні заїди, або кандидозні хейліти кутків рота. Орофарингіальний кандидамікоз виявлявся у 20,00% літніх пацієнтів. Крім того, у цієї групи визначено куткові хейліти іншого ґенезу: стрептококові, стафілококові тощо. Усі вони характеризувалися тривалим перебігом і відсутністю тенденції до загоювання. Нерідко кандидамікози мали перебіг одночасно з іншими захворюваннями слизової оболонки порожнини рота, що згадувалися раніше, й посилювали негативні наслідки.

Останніми роками простежується тривожна тенденція щодо зростання кількості хворих, які страждають на червоний плескатию лишай. Для цієї патології також характерна гендерна своєрідність: здебільшого уражаються жінки (близько біля 70,00%). У 34 осіб (18,92%) групи пацієнтів, що вивчалися, діагностовано червоний плескатию лишай. У 18 пацієнтів (51,42%) переважала типова форма цього кератозу, а у 7 хво-

рих (20,00%) діагностували ерозивно-виразкову форму, ексудативно-гіперемійована форма у літніх і пацієнтів похилого віку становила 8,82%.

На останні форми припадає близько 18,00%. Виявлення значної кількості більш важких форм червоного плескатоного лишаю свідчить про несвоєчасну діагностику й, відповідно, про відсутність адекватної стоматологічної допомоги. У разі правильного діагностування (на жаль, таких випадків небагато), коли діагноз співпадав із клінічним станом пацієнта, медикаментозні втручання зводилися лише до рекомендацій тривало приймати вітамін А та седативні засоби. Слід зазначити, що у значній кількості пацієнтів із даним кератозом виявляли глоссодинічний синдром, кандидамікоз та ін.

У 38 осіб (20,54%) встановлено діагноз хейліт (10/26,32% – жінки, 28/73,68% – чоловіки). Патологія губ об'єднує різні захворювання від банального опіку слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ і алергічної реакції невідомої етіології до метеорологічного або ексфолювативного хейлітів і передракового ураження (хейліт Манганотті, обмежений гіперкератоз червоної облямівки губ) тощо.

Абразивний преанкротозний хейліт Манганотті виявлявся виключно у чоловіків старшого віку (12 пацієнтів). Його частка від усіх форм хейлітів становила 31,58%. Така ситуація насторожує, оскільки хейліт Манганотті розцінюється як передраковий стан. Це свідчить про те, що більшість стоматологів не знають наслідків хвороби і не завжди адекватно діагностують зазначену патологію.

Друга, не менш тривожна тенденція, спостерігається в недоцільно тривалому консервативному лікуванні, що може закінчитися малігнізацією пошкоджених ділянок червоної облямівки, як правило, нижньої губи. З метою усунення такого недоліку, на наш погляд, потрібно більш жорстко питати з лікарів-стоматологів, які працюють на прийомі, щоб вони дотримувалися сучасних вимог: консервативне лікування не може перевищувати 3–4 тижні. У випадках, коли терапевтичні втручання не є ефективними, пацієнту необхідно рекомендувати звернутися до хірурга-стоматолога або онколога.

Відносно невелика питома вага припадає на такі захворювання, як травматичні ушкодження слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ, хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, багатоформну ексудативну еритему, набряк Квінке, синдром Хашимото, гайморит (не завжди одонтогенний), неврит трійчастого нерва тощо.

Незважаючи на те, що вищеперерахованих захворювань було не так багато, ми вважаємо

за доцільне більш детально зупинитися на цій патології, оскільки вона принципово важлива для кожного лікаря-стоматолога.

Ушкодження слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ діагностовано у 8 осіб (4,32%). Під час обстеження нами виявлено травматичні ерозії, більш глибокі дефекти покривної тканини – виразки, а також папіломатозні розростання.

Торкаючись лейкоплакії, необхідно уточнити, що остання виявлялася здебільшого у пацієнтів чоловічої статі старших вікових груп. Щодо форм лейкоплакії одержано такі дані: у 48,00% випадків йшлося про пласку форму лейкоплакії, у 35,00% – веррукозну форму. М'яка форма була розпізнана лише у 12,00% пацієнтів, а бородавчаста – у 4,00%.

Відомо, що хронічний рецидивуючий афтозний стоматит частіше виявляється у молодих людей, але наші дослідження показали, що інколи ця патологія діагностується у людей літнього та похилого віку. Клінічна картина має такий вигляд: частіше це одна дві афти невеликих розмірів (афта Мікуліча), які загоюються через 7–10 днів без утворення рубців. У двох пацієнтів знайдені афти Саттона, які загоюються з утворенням рубців.

У двох випадках діагностовано пухирчатку. Відповідно до існуючих вимог, хворих відправили до спеціалізованої клініки на консультацію до дерматолога. На жаль, ми фактично втратили зв'язок із цими пацієнтами, тому що немає традиції передавати дані вузьким спеціалістам про таких хворих. Ми вважаємо таку систему суттєвим недоліком, оскільки це не створює взаєморозуміння між фахівцями різних напрямків медицини та медичними закладами.

У декількох пацієнтів під час огляду не виявлено жодної стоматологічної патології. Але на вимогу хворих їх додатково обстежили. Додаткові дослідження підтвердили попередній висновок: підстав щодо хвилювань немає. З точки зору стоматолога ці пацієнти здорові.

Шести пацієнтам за період з 01.09.2004–31.08.2006 поставлено діагноз рак (різної локалізації). Причому в декількох випадках йшлося про малігнізацію ерозивно-виразкової форми червоного плескатоного лишая, або хейліту Манганотті. Слід врахувати той факт, що більшість хворих на онкологічну патологію звернулися по допомогу не до стоматологів-терапевтів, а до хірургів або онкологів.

Висновки

Таким чином, результати роботи свідчать, що у пацієнтів літнього та похилого віку, які мешкають у великих промислових і малих аграрних містах, а також селищах і селах, досить часто виникає патологія з проявами на слизовій оболонці ротової порожнини та червоної облямівці губ. Крім того, наш консультативний досвід дає змогу сумніватися з приводу не тільки своєчасної діагностики, але й повного адекватного лікування. Нами встановлено, що проблеми залишаються актуальними у зв'язку з тим, що кількість пацієнтів не тільки не зменшується, а навпаки, чисельність помилкових діагнозів залишається суттєвою. Таку сумну ситуацію треба докорінно змінювати, оскільки ці хворі потребують висококласних фахівців, глибокого знання щодо впровадження комплексного лікування сучасними заходами, новітніми технологіями, тривалого часу та значних фінансових витрат [1;2].

На наш погляд, слід організувати центр лікувально-діагностичної допомоги пацієнтам. Під його егідою провести масове дослідження усіх груп населення з приводу виявлення захворювань слизової оболонки порожнини рота, розробити заходи щодо їхньої профілактики, сучасного лікування та наступної диспансеризації з метою попередження виявлення онкологічної патології в ротовій порожнині. Систематично проводити навчання лікарів-стоматологів, які працюють на первинному прийомі, розробити й впровадити систему надання дистанційної допомоги лікарям, що не в змозі поставити діагноз, а також їхнім пацієнтам.

Список літератури

1. Борисенко Л.Г. Обоснование долгосрочной целеориентированной комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению старших возрастных групп // Стоматологический журнал. – 2003. – №3. – С. 9–11.
2. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. – М.: Поли-Медиа Пресс РФ, 2001. – 216 с.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА (ПО МАТЕРИАЛАМ РАБОТЫ КОНСУЛЬТАТИВНОГО КАБИНЕТА КАФЕДРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ДОННМУ)

Р.Е. Хоружая, А.П. Педорез, Г.К. Северин (Донецк)

Стаття посвящена изучению заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов пожилого и преклонного возраста по материалам работы консультативного кабинета кафедры терапевтической стоматологии.

INVESTIGATE OF SOME DISEASES MUCOUS TUNICS' INTERSTICE MOUTH AND RED BORDER LIP PREVALENCE BY PATIENTS' ELDERLY AND OLD AGE (BASED ON MATERIAL OF THE WORK OF CONSULTATIVE THERAPEUTIC STOMATOLOGY CABINET DONNMU)

R.E. Khoruzhay, A.P. Pedorets, G.K. Severyn (Donetsk)

In article investigate of diseases of a mucous membrane of an oral cavity by patients' elderly and old age which based on materials of the work of consultative therapeutic stomatology cabinet of the faculty of therapeutic stomatology is devoted.

УДК 614.1:616-036.22

О.М.ГОЛЯЧЕНКО, А.Г.ШУЛЬГАЙ, Н.Я.ПАНЧИШИН, Л.М.РОМАНИЮК, В.Л.СМІРНОВА, О.Н.ЛИТВИНОВА, Н.О.ЛІСОВСЬКА, Н.Є.ФЕДЧИШИН
(м. Тернопіль)

АНАЛІТИЧНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ: ВИЗНАЧЕННЯ ТА ЗАВДАННЯ

Аналітична епідеміологія першого типу

Аналітична епідеміологія першого, або так званого спостережного типу визначає співвідношення між двома категоріями явищ і дозволяє узагальнити явище, встановивши його причини.

Для цього необхідно передовсім вивчити об'єкт дослідження та його варіації. Існують варіації двох типів: пошуки людей, що знаходяться в незадовільних умовах та результати. Пошук призводить до активних і пасивних розподілів явища.

Результатом є обрахований ефект, що був отриманий в результаті певного пошуку незадовільних умов. Результат виражає взаємозв'язок між фактором ризику і захворювання і залежить від їх варіабельності, характеру (кількісного чи якісного), альтернативного чи варіабельного розподілу. Результати можна отримати на декількох дослідженнях. Результат має різноманітні виміри: якість життя, інтенсивність болі, вірогідність виживання, смерть. Залежність між хворобою і фактором ризику перевіряється трансферально, через когорти, через випадки.

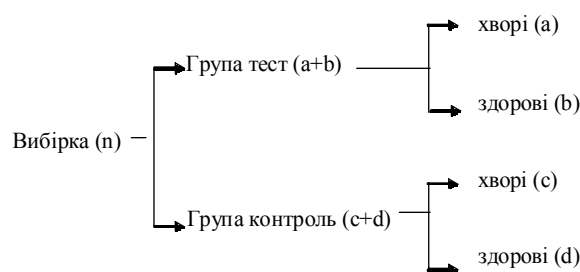
Реагуація результатів здійснюється через історичні і сучасні спостереження.

Когортні дослідження мають за мету встановлення епідеміологічних асоціацій, епідеміологічних узагальнень причинного типу, перевірку епідеміологічних гіпотез.

Модель подібного дослідження залежить від форми вибірки матеріалу.

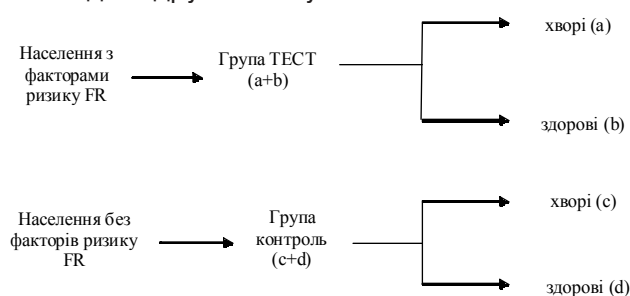
Вибірка може бути репрезентативною для усієї людності, репрезентативною для двох когорт.

Модель першого типу. Встановлюється репрезентативна вибірка для усієї людності, яка поділяється на дві частини.



Очікується що частота захворювання (смерті) буде більшою у тих, хто піддається впливу факторів ризику. Ця модель застосовується у тих випадках, коли фактори ризику є вельми поширеними. Якщо вони носять рідкісний характер застосовується модель другого типу.

Модель другого типу.



Обидві моделі вимагають ретельної організації дослідження, затрат часу і сил, інколи чи-

© О.М.Голяченко, А.Г.Шульгай, Н.Я.Панчишин, Л.М.Романюк, В.Л.Смірнова, О.Н.Литвинова, Н.О.Лісовська, Н.Є.Федчишин, 2007

малого періоду спостереження, особливо стосовно хронічних захворювань.

Види когортних досліджень. Сюди відносяться ретроспективні дослідження, проспективні та історико-проспективні. Когорти можуть бути стабільні і динамічні. Фінальні ефекти включають т.з. людино-роки спостереження. Проспективні дослідження дозволяють охопити більше захворювань.

Вибір групи ТЕСТА здійснюється залежно від вірогідності захворювання, наявності масових медичних спостережень, використовуючи типові когорти. Вибір групи контролю залежить від моделі дослідження і може бути складовою вибірки тесту, або окремічною вибіркою.

Дані для дослідження можна отримати безпосереднім шляхом (спостереження, клінічне дослідження, інтерв'ю), або побічним шляхом

(копіювання даних з медичних документів та інших конспективних записів).

Дані про результати (захворювання чи смерть) можна зібрати із відповідних медичних документів, або через періодичні огляди когорт.

Спостереження за суб'єктами. Спостереження повинно проводитись для обох груп (дослідної і контрольної) одними і тими ж методами. На тривалість спостереження впливає, передовсім, частота захворювань. Під час спостереження маємо втрати через об'єктивні та суб'єктивні причини. Так, певна частина хронічних хворих вмирає або не бажає брати участь в дослідженні.

Вимірювання та аналіз даних. На підставі отриманих даних вимірюємо частоту захворювань або смертей, силу епідеміологічної асоціації, вплив фактору ризику на людність. Дані вносяться в таблицю.

Фактор ризику	захворювання		Всього
	+	-	
+	a	b	a+b
-	c	d	c+d
Всього	a+c	b+d	a+b+c+d

Де:

a – хворі дослідної групи
 b – особи дослідної групи, які не захворіли
 c – хворі контрольної групи
 d – особи контрольної групи, які не захворіли
 a+b – дослідна група
 c+d – контрольна група
 a+c – хворі
 b+d – здорові

$$R_1 = \frac{a}{a+b} = \text{ризик захворіти (вмерти) серед дослідної групи}$$

$$R_0 = \frac{c}{c+d} = \text{ризик захворіти (вмерти) серед контрольної групи}$$

$$RR = \frac{R_1}{R_0} = \text{відносний ризик, який показує, у скільки разів ризик захворювання в дослідній групі більший порівняно з контрольною групою.}$$

$$RA = R_1 - R_0 = \text{абсолютний ризик, який показує, на скільки більший ризик в дослідній групі порівняно з контрольною.}$$

Можна визначити частину ризику, яка відноситься до конкретного фактора згідно моделі:

$$\frac{R_1 - R_0}{R_1} \cdot 100 \rightarrow$$

Сила епідеміологічної асоціації вимірюється відносним ризиком. Відносний ризик може дорівнювати 1, що означає, що між фактором ризику і хворобою асоціації немає; більше 1, що свідчить про існування асоціації між фактором ризику і хворобою, причому чим більше 1, тим асоціація сильніша; менше 1, що свідчить про те, що фактор, який вивчається не є фактором ризику.

Якщо значення відносного ризику більше 1, необхідно доказати його статистичну значимість. Вона визначається з допомогою показника χ^2 .

Результат впливу фактору ризику вимірюється абсолютним ризиком згідно моделі

$$\frac{R_p - R_0}{R_p}, \text{ де } R_p - \text{захворюваність (смертність) в дослідній групі, } R_0 - \text{захворюваність (смертність) в контрольній групі.}$$

Таким чином аналіз результатів проводиться згідно схеми:

Відносний ризик	Абсолютний ризик	Підсумок
RR > 1	RA > 0	Фактор ризику
RR = 1	RA = 0	Нейтральний фактор
RR < 1	RA < 0	Фактор захисту

Аналітична епідеміологія 2-го типу

Аналітичне епідеміологічне дослідження має відповісти на питання про існування чи відсутність епідеміологічної асоціації, про правдивість чи помилковість епідеміологічної гіпотези. Дослідження може бути ретроспективним чи проспективним.

Для епідеміологічного дослідження потрібні 2 групи спостереження: дослідна (хворі, померлі) і контрольна (здорові). В обох групах існує фактор ризику.

В дослідній групі частина хворих (померлих) піддається дії фактора ризику (а), інша частина не піддається дії фактору ризику (с). В контрольній групі одна частина піддається дії фактора ризику (b), інша не піддається (d).

Це дослідження проводилося тоді, коли число захворілих є низьким (менше 10 %). Воно дозволяє вивчити асоціацію декількох факторів ризику з одною і тою ж хворобою.

Вибір дослідної групи. Спочатку обирається критерій діагностики. Для деяких захворювань існують загальноприйняті критерії, для інших їх треба розробити досліднику. Важливо, щоб ці критерії не мали сумнівного характеру, не містили подвійних визначень, мали обмеження в часі і просторі. Дослідна група може складатись із хворих, що звертаються в лікарню, госпіталізуються в стаціонар або спеціально обрані хворі, наприклад професійні захворювання.

Важливо обирати нові випадки захворювань, що дозволяє краще ідентифікувати фактори ризику. Якщо захворювання рідко зустрічається, мусимо брати усі випадки захворювань.

Вибір контрольної групи. Контрольна група обирається за подібними критеріями за винятком захворювання. Дуже важливо виключити спільні для дослідної і контрольної груп фактори ризику. Для цього в контрольну групу доцільно брати людей, які хворіють іншою хворобою, патогенетично не пов'язаною з хворобою дослідної групи.

Подібність між обома групами досягається шляхом попарного порівняння, коли в обидві групи обираються особи з однаковими критеріями: стать, вік, соціальний статус.

Визначення необхідного числа спостережень залежить від величини відносного ризику та похибок показників.

Якщо контрольна група підбирається не шляхом попарного порівняння, то бажано, щоб вона була більшою дослідної групи.

Збір інформації. Для збору інформації необхідно витримувати 2 умови: використання однакових методів для обох груп і забезпечення найвищої достовірності. Треба пам'ятати, що не завжди людина може пам'ятати про фактор ризику, а дослідник може допустити їхнє перебільшення.

Отримані дані зводяться в таблицю.

Фактор ризику	захворювання		Всього
	+	-	
+	a	b	a+b
-	c	d	c+d
Всього	a+c	b+d	a+b+c+d

Дослідною групою є a+c, контрольною – b+d.

$f_1 = \frac{a}{a+c}$ - частота фактору ризику в дослідній групі

$f_0 = \frac{b}{b+d}$ - частота фактору ризику в контрольній групі

Сила асоціації вимірюється відносним ризиком:

$RR = \frac{R_{зд}}{R_{зк}}$

де $R_{зд}$ - ризик захворіти в дослідній групі
 $R_{зк}$ - ризик захворіти в контрольній групі

Вплив фактору ризику на людність вимірюється абсолютним ризиком:

$RAP = \frac{P_0(OR-1)}{P(OR-1)+1}$

де P_0 – число хворих в контрольній групі,
 P – число хворих серед всієї людності.

Аналіз та інтерпретація результатів. Використовуються такі методи аналізу: попарний, пошаровий, логістична регресія.

Позитивними якостями порівняння дослідів і контролю є простота, дешевизна, швидкість дослідження. Обмеженнями є неможливість прямого вимірювання ризику, асоціації. Можливі погрешності викликані складністю підбору груп.

Література

1. Андрейчин М.А., Копча В.С. Епідеміологія: Підручник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 381 с.
 2. Голяченко О.М., Уваренко А.Р. Деякі епідеміологічні особливості здоров'я людності України //Врачебное дело. – 1992. – № 1. – С. 115-117.

3. Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань. Навчальний посібник. /Лехан В.М., Вороненко Ю.В., Максименко О.П. та і н. – Дніпропетровськ: «АРТ-ПРЕС», 2004. – 184 с.
4. Рамкові програми Євросоюзу в контексті створення єдиного наукового європейського простору /С.Фірстов, Д.Левіна, Т.Патрах, Л.Чернишев //Вісник Національної Академії наук України. – 2003. – № 5. – С. 21-26.
5. Синяк К.М., Гирін В.М. Епідеміологія: Підручник. – К.: Здоров'я, 1998. – 480 с.
6. Скакун М.П. Клінічна епідеміологія як важливий фактор реформування вищої медичної освіти в Україні / М.П. Скакун //Медична освіта. – 2005. – № 4. – С. 8-11.
7. Власов В.В. Эпидемиология в современной России //Международный журнал медицинской практики. – 2001. – № 2. – С. 27-31.
8. Эпидемиология, экология и гигиена: Сб. материалов итоговой региональной науч.-практ. конф. /ХОСЭС, ХГМУ, ХМАПО. – Х., 2000. – Вып. 3. – 167 с.
9. Staffan E. Norell A short course in epidemiology. – New York: Raven Press, 1992. – 192 p.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЗАДАЧИ

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

В статье анализируются задачи аналитической эпидемиологии, в частности, использование разнообразных математических методов для установления зависимости между распространением болезней и факторами, которые могли этому способствовать.

ANALYTICAL EPIDEMIOLOGY: DETERMINATION AND TASKS

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

The tasks of analytical epidemiology, in particular, use of various mathematical methods for establishment of dependence between spreading diseases and factors which could it promote are analyzed in the article.

УДК 616.127-005.8+616.233-036.12]-085-036.8

М.В.ГРЕБЕНИК (м. Тернопіль)

ФАКТОРИ РИЗИКУ, ЛЕТАЛЬНІСТЬ ТА ВИЖИВАННЯ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Тернопільський медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Ішемічна хвороба серця (ІХС), атеросклероз і хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) - найпоширеніші неінфекційні захворювання сучасності. Якщо ІХС за поширеністю впевнено продовжує утримувати лідируючі позиції на зламі тисячоліть, то показники захворюваності, інвалідності та смертності при ХОЗЛ за даними багатоцентрових досліджень подвоюються кожні 10 років. За прогнозами ВООЗ, при збереженні таких темпів зростання, у 2020 році ХОЗЛ займуть третє місце серед причин смертності населення у світі [7].

Епідеміологічні та клінічні дослідження останніх років вказують на зростання поєднання ІХС із ХОЗЛ, які взаємообтяжують перебіг захворювань, наслідком чого є рання інвалідизація і підвищення смертності.

Мета дослідження. Вивчено частоту основних факторів ризику (ФР) кардіореспіраторної

патології, летальність в гострий період інфаркту міокарда (ІМ) та наслідки останнього у віддалений післяінфарктний період в умовах хронічної бронхіальної обструкції.

Матеріал і методи. Для статистичного аналізу поширеності патології, демографічних даних, частоти ФР, летальності і виживання залучено усіх пацієнтів, які були шпиталізовані із діагнозом гострого коронарного синдрому у період 1998-2007 рр.

Верифікація діагнозу ІМ та ХОЗЛ проводилась за критеріями ВООЗ та Європейського респіраторного товариства. На усіх хворих заведені стандартизовані карти обстеження, які включали паспортну частину, професійний маршрут, антропометричні дані, основні ФР ІХС і ХОЗЛ, деталізовану клінічну характеристику гострого періоду ІМ та кількісну шкалу для визначення основних проявів ХОЗЛ, ускладнення, лабораторні та інструментальні дані, протоколи лікування. Для аналізу використано також комп'ютер-

ний банк даних кардіологічної клініки кафедри внутрішньої медицини та базу смертності по області статуправління.

Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою програми SPSS v.13.0. Кількісні дані представлені у вигляді $M \pm m$ (середнє арифметичне \pm стандартна похибка середнього арифметичного). Критичний рівень значимості (p) при перевірці статистичних даних приймали меншим 0,05. Аналіз виживання проводився за методикою Карлап-Меієг, показники між групами оцінювались за допомогою логарифмічного рангового критерію (χ^2).

Результати та їх обговорення. За період дослідження в блок реанімації та інтенсивної терапії обласної кардіологічної клініки кафедри внутрішньої медицини госпіталізовано 3012 хворих з гострим коронарним синдромом. Діагноз гострого ІМ верифіковано у 1774 пацієнтів, з них 1305 чоловіків (74 %) та 469 жінок (26 %). Середній вік хворих становив $63,2 \pm 0,6$ років. Частіше ІМ виникав у чоловіків в 5-6 декаду життя, у жінок, закономірно, дещо пізніше – у 6-7 декаду. Віковий і статевий деморфізм хворих на ІМ відповідав загальним тенденціям розвитку ІХС в популяціях і сучасним статистичним показникам [1].

Супутнє ХОЗЛ діагностовано у 329 чоловіків хворих на ІМ, причому в чоловічій популяції ХОЗЛ виявляли у 3,4 рази частіше ніж у жіночій. З віком частка хворих чоловіків суттєво зростала, відповідно, у осіб молодого, середнього і похилого віку від 12 % до 30 і 51 %, тобто, ХОЗЛ виявлено у кожного другого літнього хворого на ІМ.

Діагностика ХОЗЛ на фоні ІХС, особливо в гострий період ІМ, складає значні труднощі, що зумовлено звиканням хворих до наявних симптомів, зокрема кашлю, відсутністю клінічних ознак ураження бронхолегеневої системи, навіть при суттєвому зниженні ОФВ₁. Поява домінанти у вигляді гостого некробіотичного ушкодження міокарда взагалі усуває з поля зору патологію легень. Навіть цілеспрямованість даного дослідження і прискіпливість щодо виявлення ознак хронічної бронхіальної обструкції, не в повній мірі давали реальну картину захворюваності. В деяких випадках діагноз ХОЗЛ верифікувався лише в процесі тривалого динамічного спостереження. Так, на ініціальній стадії дослідження у хворих на ІМ супутнє ХОЗЛ діагностувалось лише у 11,6 %. До кінця дослідження діагноз ХОЗЛ виявлявся в 1,2-2 рази частіше ніж на початку (рис.1).

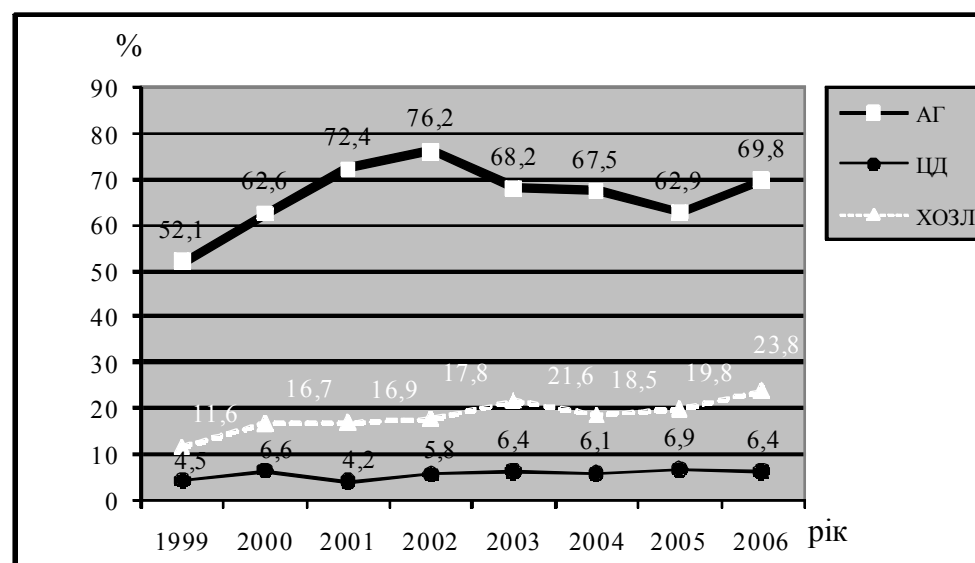


Рис. 1. Виявлення супутньої патології у хворих на інфаркт міокарда впродовж 1999-2006 рр.

Отримані нами результати пояснюють строкатість статистичних даних щодо поширеності ХОЗЛ. Згідно епідеміологічних досліджень поширеність ХОЗЛ серед дорослого населення складає 5-9 % [7]. Хоча за даними обстеження проведеного у Нідерландах у 1996 році більше 10 % популяції мали такі класичні симптоми бронхообструктивного синдрому, як кашель, виділення мокротиння та диспное [5]. А серед чоловіків поширеність ХОЗЛ складає 26,2 % [4]. Вва-

жають, що у 75 % хворих на ХОЗЛ хворобу не діагностують. Так, наприклад, за офіційними даними, захворюваність на ХОЗЛ в Японії становила 0,3 %, а у дослідженні NICE - 8,5 % [3]!

Порівняно низькою була частка хворих із супутнім цукровим діабетом (ЦД) – 5,8 %, проте останній суттєво впливав на розвиток ускладнень та летальність. 71,2 % осіб мали ЦД II типу з тривалістю хвороби ($7,1 \pm 2,6$) роки, у решти ЦД виявлено вперше. 74,8 % хворих, згідно з кри-

теріями асоціації "Інсуліннезалежний цукровий діабет", були віднесені до групи незадовільного метаболічного контролю.

Принагідно звернути увагу і на інші метаболічні порушення у хворих на ІМ, зокрема, надмірна маса тіла виявлена у 65,5 % випадків. Отримані нами дані досить точно співвідносяться з результатами останнього епідеміологічного дослідження NHANES (США, 1999-2000), яке засвідчило наявність ожиріння у 64,6 % дорослого населення США.

Нормальну масу тіла, за визначенням індексу Кетле ($IK=18,5-24,9$ кг/м²), мала лише третина пацієнтів (34,0 %). Огрядність ($IK=25,0-29,9$ кг/м²) і ожиріння ($IK=30,0-39,9$ кг/м²) виявлено, відповідно у 37,5 і 26,8 % хворих на ІМ. Хворобливе ожиріння ($IK>40$ кг/м²) мало місце у 1,3 % хворих на ІМ, причому усі вони були середньої вікової групи та мали анамнез АГ біля 10 років, у 2/3 з них виявлено також цукровий діабет. Все це дало підстави діагностувати у вказаній категорії пацієнтів метаболічний синдром.

Хворі із супутнім ХОЗЛ відзначались нижчою масою тіла – ($76,2\pm 1,4$) кг у порівнянні з контрольною групою хворих на ІМ ($84,1\pm 1,8$) кг, $p<0,001$. Тільки у групі хворих на ІМ із бронхіальною обструкцією виявлено дефіцит маси тіла ($IK<18,5$ кг/м²), пов'язаний із системними ефектами ХОЗЛ, хоча частка останніх у популяції була незначною (0,4 %).

Привертав увагу значний відсоток пацієнтів (16,2 %), у яких в анамнезі фігурувала виразкова хвороба, оскільки це мало вплив на призначення антикоагулянтної і антитромбоцитарної терапії ІМ. У 26 % цих хворих спостерігалась стійка клініко-ендоскопічна ремісія більше 5 років, ще у 24 % наслідком ускладненої виразкової хвороби був „оперований шлунок“. До ІМ рецидиви виразки в межах 1-3 років мали 12 % хворих. У решти епізодично спостерігались симптоми диспепсії, проте лікарем в останні роки вони не спостерігались, ендоскопічний контроль не проводився. Шлунково-кишкові кровотечі ускладнили післяінфарктний період у 0,8 % хворих, які були успішно проліковані консервативно.

Артеріальна гіпертензія (АГ) супроводжувала ІМ у 1180 пацієнтів (66,5 %), у 59 % чоловіків та 68 % жінок. При повторних ІМ АГ виявлялась у 92 % жінок. З віком частка хворих на супутню АГ знижувалась, зокрема, у пацієнтів похилого віку (60-74 р.) остання діагностована у 37 %, а у осіб середнього (45-59 р.) і молодого віку (менше 45 р.), відповідно - у 51 і 59 %. Отримана вікова структура, очевидно, пов'язана із вищою смертністю хворих на АГ, які відповідно, не доживають до похилого віку.

Атеросклероз, як ведучий чинник ІХС та виникнення ІМ, характеризується мультифокаль-

ним ураженням. Зокрема, в загальній популяції транзиторні ішемічні атаки та інсульти в анамнезі мали 4,2 % обстежених, атеросклероз судин нижніх кінцівок - 5,2 %, при ехокардіоскопії виявлено дегенеративний кальциноз аортального клапана у 6 %, аневризми грудного/черевного відділу аорти у 3,9 % хворих.

У хворих на ІМ із супутнім ХОЗЛ мозкові інсульти зафіксовані у 2,3 рази частіше, ніж у контролі, причому удвічі більше серед осіб із АГ. А «переміжна кульгавість» у хворих на ХОЗЛ із анамнезом інсульту зустрічалась у 5 разів частіше ($p=0,005$). Очевидно, що розвиток багатосудинних уражень пов'язаний не тільки із АГ, а й з наявністю хронічного бронхообструктивного синдрому та інших агресивних ФР, зокрема паління. Так, відсоток курців серед хворих із анамнезом мозкового інсульту становив 95 % (в контролі – 26 %, $p=0,0001$), а індекс паління, відповідно – (29 ± 1) та (13 ± 2) пачко/років, $P<0,01$.

Взагалі, такий ФР як тютюнопаління, займав домінуюче становище серед обстежених чоловіків хворих на ІМ (93 %). Відома роль даного ФР в патогенезі атеросклерозу, системної АГ, канцерогенезі. Останнє багаточентрове дослідження у 52 країнах світу [8] підтвердило, що куріння тютюну є одним із самих вагомих факторів ІМ в усьому світі, особливо у чоловіків. Зокрема, у курців ризик нефатального ІМ у порівнянні з людьми, що ніколи не курили підвищувався на 5,6 % на кожну додаткову сигарету (співвідношення шансів 2,95, 95 % ДІ 2,77-3,14, $P<0,001$). Куріння також відносять і до основних ФР ХОЗЛ. Встановлено, що 90 % хворих на ХОЗЛ є активними курцями [6].

Серед хворих на ІМ без супутньої патології палили 90 % осіб, а при супутньому ХОЗЛ – 96 %. Середній стаж куріння склав, відповідно, ($17,3\pm 2,2$) і ($34,4\pm 1,3$) років, а середня кількість вичурюваних сигарет на добу – ($13,1\pm 3,5$) і ($28,6\pm 1,3$) штук, $p<0,0001$. У хворих із супутнім ХОЗЛ виявлено суттєвий зв'язок між палінням, вагою та ІК: маса тіла у осіб, які палили становила ($76,1\pm 1,4$) кг, ІК – ($26,2\pm 0,4$) кг/м², а у тих, що не курили - відповідно, ($85,0\pm 2,30$) кг, ($29,0\pm 0,6$) кг/м², $p=0,05$.

Аналіз професійного маршруту, як ФР, особливо уражень бронхолегеневої системи, виявив наступну картину. Серед осіб із ІМ без супутнього ХОЗЛ переважали службовці, науковці, медичні та педагогічні працівники (58,2 %), як правило люди із відносно забезпечених прошарків населення. У групі хворих на ХОЗЛ нерідко фігурували особи із соціально малозабезпечених верств населення, робітники (19 %, $p=0,030$), механізатори (21 % $p=0,001$) та 23 % чоловіків ($p=0,007$) з відомими професійними ФР (мель-

ники, будівельники, кочегари, шахтарі, зварювальники, ковалі, працівники гумового виробництва).

Середня летальність хворих на гострий ІМ впродовж терміну обсервації складала 9,5 %, що у 1,8 рази нижче, ніж в середньому по Україні. Найвищою вона була при циркулярному ушкодженні міокарда (30,6 %), в 1,8-2,8 рази нижчою – при повторних (16,8 %), передніх (11,2 %) та задніх (8,83 %) ІМ і найнижчою – при ІМ без зубця Q (0,6 %). У чоловіків найвища летальність супроводжувала циркулярні ІМ (33,3 %), у жінок – передні ІМ (18,4 %). Летальність жінок перевищувала показники у чоловіків в 1,3 рази, а після 80 років вона сягала 45,5 %.

Найвищою летальність при ІМ була у хворих на ЦД – 28 %. Аналіз летальності у хворих на ІМ і ЦД виявив кореляцію з віком ($r=0,783$), чоловічою статтю ($r=0,675$), тривалістю діабету ($r=0,709$), наявністю таких ФР, як гіперхолестеринемія ($r=0,803$), гіперурікемія ($r=0,792$) та розвитком автономної вегетативної кардіопатії ($r=0,817$), $p<0,05$.

Серед іншої патології, після цукрового діабету, значною виявилась летальність при супутньому ХОЗЛ – 13 %. А у хворих на АГ вона становила лише 9 %. АГ суттєво не впливала на рівень летальності чоловіків, проте виявилась удвічі вищою серед жінок.

При аналізі 5-річного виживання та загальної смертності пацієнтів, які були доправлені у блок інтенсивної терапії із гострим коронарним синдромом встановлено, що у віддалений період серед цієї вибірки від патології серцево-судинної системи померло 260 хворих (8,63 %), від онкопатології 28 (0,93 %), від хронічних бронхообструктивних захворювань – 12 (0,40 %), хронічної патології органів травлення – 9 (0,30 %), від ускладнень цукрового діабету – 5 (0,17 %), Решта

представлені одинарними випадками різних форм патології, що становили менше 0,033 %. Таким чином, в структурі віддаленої смертності досліджуваної категорії пацієнтів закономірно суттєво переважала ($p<0,0001$) кардіальна патологія (59,8 %). Серед інших причинних факторів домінували злоякісні пухлини (6,4 %), які значно переважали такі поширені форми патології, як хронічні обструктивні хвороби легень (2,8 %) та шлунково-кишкового тракту (2,1 %) [1].

Для оцінки віддалених наслідків післяінфарктного ремоделювання серця у хворих на ІМ та супутнє ХОЗЛ враховувались загальна смертність від усіх причин, усі серцево-судинні події фатальні (смерть) і нефатальні події (повторний інфаркт міокарда, інсульт, емболії і тромбози).

У віддаленому періоді серед досліджуваних пацієнтів у 21,5 % випадків розвинувся повторний інфаркт міокарда, 0,7 % ішемічний інсульт, 0,4 % тромбоемболічні ускладнення, померло 20,4 % хворих. Побудова моделей виживання за методикою Карлап-Меєр виявила достовірно гірший віддалений прогноз у хворих із супутнім ХОЗЛ ($\chi^2=14,35$, $p<0,001$).

Висновки. Таким чином, в популяції хворих на ІМ суттєвою є частка пацієнтів із супутнім ХОЗЛ, яке мало вплив на перебіг гострого періоду захворювання та його віддалені наслідки. Виявлення ХОЗЛ у хворих на ІМ є досить проблематичним і вимагає оптимізації діагностичного алгоритму. Обом захворюванням притаманні такі спільні агресивні ФР, як артеріальна гіпертензія та тютюнопаління, проте існують відмінності в професійному маршруті пацієнтів, частці факторів метаболічного характеру та їх проявів. Наявність супутнього ХОЗЛ супроводжувалось підвищенням летальності в гострий період ІМ та погіршенням виживання у віддалений післяінфарктний період.

Список літератури

1. Барна О.М., Гребеник М.В. Деякі особливості факторів ризику та клінічного перебігу інфаркту міокарда у жінок // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2003. Серія "Медицина". – Вип.19. – С.92-94.
2. Гребеник М.В. Гострий коронарний синдром, бронхіальна обструкція - конкурентні стани чи маски онкопатології? // Вісник наукових досліджень. – 2004. – №3. – С.37-39.
3. Українсько-Польський форум з питань респіраторної медицини (Львів, 6.05.2005)// Здоров'я України. – 2005. – №9. – С.10
4. Чичерина Е.Н., Шипицына В.В., Малых С.В. Сравнительная характеристика клинико-функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у больных хроническим обструктивным бронхитом и бронхиальной астмой // Терапевт. архив. -2003. -№5. – С.97-102.
5. Чучалин А.Г. Хронический обструктивный бронхит // Терапевт. архив. -1997. -№3. –С.5-9.
6. Barnes P. J. Chronic obstructive pulmonary disease // New England Journal of Medicine. – 2000. –Vol. 343. – P. 269-280.
7. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Publication 2701, Update 2005. GOLD website (www.goldcopd.com)
8. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study/Teo K.K., Ounpun S., Hawken S. et al. //Lancet.-2006.–Vol. 368 (9536). –P.647-658.

постинфарктном періоді в умовах хронічної бронхіальної обструкції.

Виявлен суттєвий удельний вес хронічного обструктивного захворювання легких (ХОЗЛ) в популяції больних ІМ, звернено увагу на труднощі діагностики микст - патології, особливості течія гострого періоду захворювання і його віддалені наслідки. Встановлені загальні фактори ризику і їх особливості в умовах поєднаної патології. Наявність супутнього ХОЗЛ супроводжалося підвищенням летальності в гострий період ІМ і погіршенням виживання в віддалений постінфарктний період.

RISK FACTORS, IN-HOSPITAL MORTALITY AND SURVIVAL IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND CONCOMITANT CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

M.V. Hrebenyk (*Тернопіль*)

We studied the impact of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on frequency of basic risk factors of in-hospital mortality and survival in patients with myocardial infarction. The main risk factors and their characteristics depended on the combined disease. The presence of concomitant COPD was accompanied by the increase of in-hospital mortality in an acute period of myocardial infarction and by worse survival in remote postinfarction period.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 616.9-082:614.446

Г.О. СЛАБКІЙ, О.О. ШПИТА (Київ, Житомир)

СТАВЛЕННЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ДО ІНТЕГРАЦІЇ НА ПЕРВИННИЙ РІВЕНЬ ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ІНФЕКЦІЙНИМИ І ПАРАЗИТАРНИМИ ХВОРОБАМИ

Український інститут громадського здоров'я
Міська санітарно-протиепідемічна станція. м. Житомир

Рівень інфекційних та паразитарних хвороб в Україні залишається достатньо високим [1;4;5]. Щорічно реєструються спалахи гострих інфекційних захворювань у різних регіонах країни [6;10]. В цих умовах проходить реформування галузі охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [2;9].

Важливим кроком реформування є розподіл первинної та вторинної медичної допомоги [8;11] та розмежування їх функцій [3;7].

Наведене і визначило актуальність нашого дослідження.

© Г.О. Слабкий, О.О. Шпита, 2007

Мета роботи – вивчити ставлення сімейних лікарів до проведення на первинному рівні медико-санітарної допомоги протиепідемічних заходів та обсягів надання медичної допомоги пацієнтам з інфекційними та паразитарними хворобами.

Методи та матеріали. Для виконання поставленої мети використовувався метод медико-соціологічного дослідження. За спеціально розробленою, рецензованою та затвердженою анкетною було опитано 367 сімейних лікарів. Роздано 403 анкети, з них 36 (8,9%) респонденти під час дослідження не повернули. Дані про опитаних наведено в табл.1.

Таблиця 1. Дані про опитаних сімейних лікарів

Показник	Кількість	%
Жінки	263	71,7
Чоловіки	104	28,3
Вік		
– до 30 років	43	11,7
– 31–40 років	140	38,1
– 41–50 років	131	35,7
– 51–60 років	48	13,1
– старше 60 років	5	1,4
Загальний стаж роботи		
– до 10 років	105	28,6
– 11–20 років	159	43,3
– більше 20 років	103	28,1
Стаж роботи сімейним лікарем		
– до 1 року	107	29,1
– 1–3 роки	135	36,8
– більше 3 років	125	34,1
Категорія		
– відсутня	115	31,3
– II	130	35,4
– I	110	30,0
– вища	12	3,3

Серед опитаних сімейних лікарів 71,7% становили жінки, тоді як чоловіки – тільки 28,3%. Більшість респондентів віком до 50 років – 85,5%. Найбільшу групу склали сімейні лікарі із загальним стажем роботи 11–20 років (43,3%) та стажем роботи сімейним лікарем 1–3 роки (36,8%). Переважно серед опитаних були лікарі, які мають другу атестаційну категорію (35,4%), та без атестаційної категорії за спеціальністю „сімейна медицина” (30,0%). Дослідження проводилося із залученням сімейних лікарів Житомирської та Вінницької областей.

Результати дослідження та їх обговорення. Перший блок питань анкети дав змогу встановити рівень виконання сімейними лікарями певного обсягу протиепідемічної роботи та надання медичної допомоги пацієнтам з інфекційними та паразитарними хворобами в теперішній час (табл. 2).

Дослідження показало, що всі опитані сімейні лікарі ведуть первинний прийом пацієнтів, хворих на інфекційні хвороби, при цьому 97,2% із них в наступному і лікує їх, 88,1% організовує для таких пацієнтів стаціонари вдома. Встановлено, що 97,3% сімейних лікарів проводить населенню, яке обслуговує, планові профілактичні щеплення, а 93,7% – профілактичні щеплення за епідемічними показаннями. Даний результат дав підставу для проведення наступного дослідження з вивчення питання: які медичні працівники

проводять профілактичні щеплення серед населення, що не охоплено даним видом профілактичної допомоги сімейними лікарями.

Хвилює питання про низький рівень профілактичної роботи в даному напрямку сімейними лікарями. Так, контроль за проведенням заключної дезінфекції у вогнищах інфекційних хвороб здійснює тільки 69,5% сімейних лікарів, диспансерний нагляд за пацієнтами, які перенесли гострі інфекційні та паразитарні хвороби – 75,2%, а проведення превентивного лікування контактних у вогнищах інфекцій – 85,8% із них.

Далі ми вивчали питання про рівні оцінки сімейними лікарями власних знань, необхідних для надання медичної допомоги хворим на інфекційні та паразитарні хвороби та проведення профілактичних заходів. За даними тільки 42,5% сімейних лікарів власні знання оцінюють як достатні, а 57,5% потребують їх тематичного удосконалення з указанного розділу діяльності.

У таблиці 3 наведено дані стосовно яких видів діяльності потребують підвищення знань сімейні лікарі.

З огляду на результати дослідження найгірше сімейні лікарі розуміються на кров'яних та паразитарних хворобах, а отже потребують удосконалення знань з діагностики, лікування та профілактики цих груп інфекційних захворювань (20,0– 29,7%). Підвищення рівня знань з такого розділу діяльності, як надання невідклад-

Таблиця 2. Рівень виконання сімейними лікарями протиепідемічної заходів та надання медичної допомоги пацієнтам з інфекційними та паразитарними хворобами

Показник	Варіант відповіді	Абс.	%
Первинний прийом пацієнтів	так	367	100
	ні	–	–
	не визначився	–	–
Лікування хворих в амбулаторних умовах при супутніх захворюваннях	так	359	97,2
	ні	8	2,8
	не визначився	–	–
Надання невідкладної допомоги в амбулаторних умовах	так	344	93,7
	ні	23	6,3
	не визначився	–	–
Диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими пацієнтами з приводу ВІЛ/СНІДу	так	336	91,5
	ні	31	8,5
	не визначився	–	–
Диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими пацієнтами з приводу інших захворювань	так	332	90,4
	ні	16	4,5
	не визначився	19	5,1
Організація стаціонарів вдома ВІЛ-інфікованим пацієнтам з приводу супутніх захворювань	так	332	90,4
	ні	35	9,6
	не визначився	–	–
Організація стаціонарів вдома ВІЛ-інфікованим пацієнтам у термінальній стадії СНІДу	так	327	89,1
	ні	4	10,9
	не визначився	–	–
Проведення групового передтестового консультування на ВІЛ	так	326	88,9
	ні	24	6,5
	не визначився	17	4,6
Проведення індивідуального післятестового консультування на ВІЛ	так	315	85,8
	ні	31	8,5
	не визначився	21	5,7
Надання психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим	так	276	75,2
	ні	91	24,8
	не визначився	–	–
Надання психологічної допомоги членам сім'ї ВІЛ-інфікованого	так	255	69,5
	ні	89	24,3
	не визначився	23	6,2

Таблиця 3. Розділи знань, що потребують удосконалення

Розділ знань	Групи інфекції	Абс.	%
Діагностика захворювань	кишкові	120	19,7
	дихальні	82	13,5
	кров'яні	181	29,7
	контактні	104	17,1
	паразитні	122	20,0
Лікування груп захворювань	кишкові	109	17,4
	дихальні	96	15,3
	кров'яні	184	29,4
	контактні	104	16,6
	паразитні	133	21,3
Профілактика груп захворювань	кишкові	89	17,3
	дихальні	62	12,0
	кров'яні	168	32,6
	контактні	85	16,5
	паразитні	111	21,6
Надання екстреної допомоги	кишкові	141	25,1
	дихальні	86	15,3
	кров'яні	154	27,5
	контактні	88	15,7
	паразитні	92	16,4

ної медичної допомоги, більшості сімейним лікарям необхідне щодо кров'яних (27,5%) та кишкових (25,1%) інфекцій.

На наш погляд, важливим у прийнятті оптимальних управлінських рішень з організації підвищення рівня знань сімейних лікарів стало встановлення джерел отримання ними наукової інформації із зазначеного питання: методичні рекомендації (22,6%), науково-практичні журнали (16,2%), монографії (8,0%), спеціальні статті (15,9%), семінари (14,0%), курси підвищення кваліфікації (18,2%), інше (5,1%).

Наступним кроком медико-соціологічного дослідження було вивчення рівня забезпеченості сімейних лікарів умовами та матеріально-технічним оснащенням для виконання покла-

дених на них кваліфікаційною характеристикою функцій щодо надання допомоги хворим на інфекційні та паразитарні хвороби і проведення протиепідемічних заходів (табл. 4).

Одержані в ході дослідження дані є підставою для прийняття органами місцевого самоврядування управлінських рішень щодо забезпечення сімейних амбулаторій необхідними умовами, матеріально-технічними і медичними засобами для надання медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби та проведення профілактичних та протиепідемічних заходів, адже 66,5% сімейних амбулаторій не мають ізоляторів, а близько 20% - необхідних засобів для проведення вказаної роботи.

Таблиця 4. Рівень забезпеченості сімейних амбулаторій умовами, інструментарієм та медичними засобами

Показник	Варіант відповіді	Абс.	%
Наявність ізолятора	так	123	33,5
	ні	244	66,5
Наявність необхідного медичного інструментарію	так	63	17,2
	недостатньо	208	56,7
	ні	96	26,1
Наявність необхідних лікарських засобів	так	45	12,3
	недостатньо	251	68,4
	ні	71	19,3
Наявність імунобіологічних препаратів	так	56	15,3
	недостатньо	217	59,1
	ні	94	25,6
Наявність засобів індивідуального захисту	так	61	16,4
	недостатньо	228	62,1
	ні	79	21,5

У даному ракурсі діяльності сімейного лікаря вкрай важливим є можливість організації консультування пацієнтів у лікаря-інфекціоніста. В ході дослідження нами встановлено, що таку безперешкодну можливість мають тільки 73,8% респондентів, а 5,8% опитаних з відповіддю не визначилися. Такої можливості 20,4% сімейних

лікарів з різних причин не мають. Рішення даного питання покладається на керівників місцевих закладів охорони здоров'я.

При дослідженні ми вивчали питання готовності сімейних лікарів до проведення діагностико-лікувальної та протиепідемічної роботи серед населення, яке вони обслуговують (рис.).

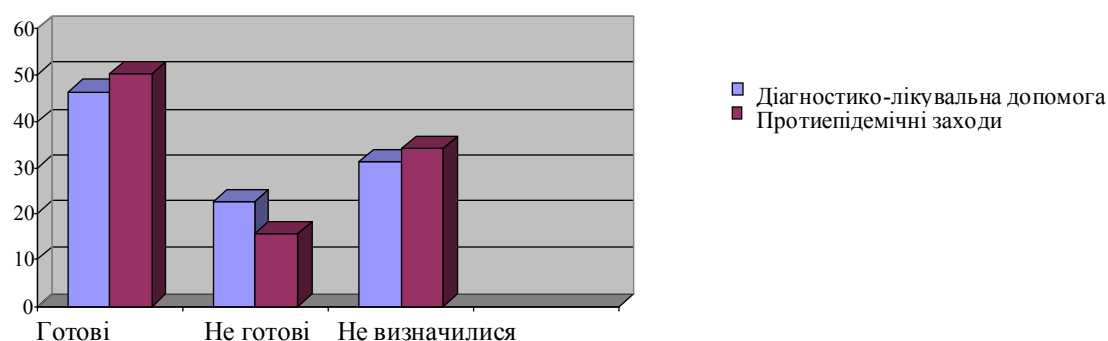


Рис. Готовність сімейних лікарів до надання медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби та проведення протиепідемічних заходів (%)

Одержані в ході дослідження дані вказують на те, що тільки близько половини сімейних лікарів готові до надання медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби та проведення протиепідемічних заходів.

Висновки

1. У дослідженні встановлено, що всі сімейні лікарі проводять первинний прийом пацієнтів, хворих на інфекційні та паразитарні хвороби та 97,2% їх лікують в амбулаторних умовах, у т.ч. 89,1% організовують для них стаціонари вдома. При цьому 73,8% мають можливість безперешкодно організувати для таких пацієнтів консультації лікаря-інфекціоніста. Протиепідемічні заходи проводить 69,5–88,9% опитаних сімейних лікарів.

2. Свої знання як такі, що відповідають потребам, оцінили 42,5% сімейних лікарів. Найбільше вони потребують удосконалення знань з діагнос-

тики та лікування групи кров'яних та паразитарних хвороб, а з надання невідкладної допомоги – групи кров'яних та кишкових інфекцій.

3. Не мають достатніх умов для надання медичної допомоги пацієнтам хворим на інфекційні та паразитарні хвороби 66,5% респондентів у т.ч. 26,1% не забезпечені необхідним інструментарієм та 19,3% лікарськими засобами.

4. Готовими до надання медичної допомоги зазначеним хворим визнали себе 46,3% сімейних лікарів, а до проведення протиепідемічних заходів – 50,4% опитаних.

Наведені результати медико-соціологічного дослідження серед сімейних лікарів стали підставою для його продовження з метою удосконалення на первинному рівні організації та підвищення якості медико-санітарної допомоги пацієнтам по класу "інфекційні та паразитарні хвороби".

Список літератури

1. Європейська база даних "Здоров'я для всіх". – Копенгаген: ЄРБ ВООЗ, червень 2005 р. // <http://www.who.int>.
2. Загальнодержавна програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року (Проект) // <http://www.moz.gov.ua>.
3. Методичні рекомендації з питань організації епідеміологічного нагляду та профілактики внутрішньо-лікарняних інфекцій / О.К. Толстанов, В.Й. Шатило, О.С. Волков, Г.О. Слабкий та ін. – Житомир, 2006. – 39 с.
4. Обзорная сводка о состоянии здоровья в Украине. 2005. – Копенгаген: ЄРБ ВОЗ, 2006. – 39 с.
5. Основні показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2005–2006 роки. – К., 2007. – 72 с.
6. Пономаренко В.М., Медведовська Н.В., Курчатова Г.В. та ін. Тенденції змін основних показників розвитку охорони здоров'я України // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2005. – №4. – С. 5–13.
7. Профілактична та протиепідемічна робота сімейного лікаря / В.М. Ждан, В.П. Лисак, Г.М. Дубинська, В.Ф. Шаповал та ін. – Полтава, 2004. – 168 с.
8. Рудий В., Шевченко М. та ін. Первинна медична допомога та запровадження оплати з розрахунку на душу населення: Пос. 6. – К., 2006. – 40 с.
9. Слабкий Г.О., Петряєва О.Б. Розвиток сімейної медицини як крок до виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. праць Укр. військ. мед. акад. – Вип. 16. – К.: Курсор, 2006. – С. 666–670.
10. Стан захворюваності населення України на інфекційні хвороби // Укр. мед. газета. – 2006. – №2. – С. 4.
11. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік / За ред. Ю.В. Поляченка. – К., 2006. – 226 с.

ОТНОШЕНИЕ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ К ИНТЕГРАЦИИ НА ПЕРВИЧНЫЙ УРОВЕНЬ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНФЕКЦИОННЫМИ И ПАЗИТАРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Г.А.Слабкий, А.А. Шпита (Киев, Житомир)

Приведены данные медико-социологического исследования среди семейных врачей по изучению уровня их готовности и наличия условий для оказания медицинской помощи пациентам с инфекционными и паразитарными заболеваниями и проведения противоэпидемических мероприятий.

THE RELATION OF FAMILY DOCTORS TO INTEGRATION ON PRIMARY LEVEL ANTIEPIDEMIC ACTIONS AND RENDERING OF MEDICAL CARE BY PATIENTS WITH INFECTIOUS AND PARASITOGENIC DISEASES

G.A. Slabkiy, A. Shpita (Kiev, Zhitomir)

In article data of medical-sociological research among family doctors for studying level of their readiness and presence of conditions for rendering medical care by patients with infectious and parasitogenic diseases and carrying out antiepidemic actions are resulted.

А.В. ЯКОБЧУК (Житомир)

РОЛЬ СУСПІЛЬСТВА В ДЕРЖАВНОМУ УПРАВЛІННІ ЗАХОДАМИ БОРТЬБИ З ВІЛ/СНІДОМ В УКРАЇНІ

Житомирський інститут медсестринства

Незважаючи на кардинальні заходи і збільшення фінансування, за даними Міністерства охорони здоров'я України, останніми роками епідемічна ситуація з ВІЛ/СНІДу в Україні погіршується. Існує ряд соціальних факторів, що безпосередньо пов'язані з проблемою поширення цього захворювання.

В Україні за 2005 р. офіційно зареєстровано 13 786 ВІЛ-інфікованих осіб, у тому числі 13 770 громадян України та 16 іноземців, кількість осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ/СНІД становить 13 770 осіб (29,2 на 100 тис. нас.), у т.ч. діти до 14 років – 2516; відповідно: хворих на СНІД – 4217 (9,0), 143; смертність від СНІДу – 2188 (4,6), 36. Станом на 01.01.2006 р. на диспансерному обліку з діагнозом ВІЛ перебуває 62 888 осіб (133,5 на 100 тис. нас.), СНІД – 5 092 (10,8 на 100 тис. нас.). Середньомісячний приріст зареєстрованих ВІЛ-інфікованих у 2005 р. становить 1148 осіб; випадків СНІДу – 351; померлих від СНІДу – 182 [4].

На обліку ДБНООН МВС України перебувають 124805 споживачів наркотиків (станом на 01.01.2005 р.). За даними Управління боротьби зі злочинами, пов'язаними з торгівлею людьми, МВС України, 7760 жінок комерційного сексу (ЖКС) стоять на обліку за заняття проституцією (на 01.01.2005 р.). Ці офіційні дані не є повними, не відбивають загальну ситуацію, оскільки показують розмір лише тієї частини від зазначених груп, яка виходить на контакт з певними структурами.

Першу спробу оцінити кількість споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) на національному рівні зроблено Центром "Соціальний моніторинг" за підтримки Дитячого Фонду Об'єднаних Націй (UNICEF), Програми ООН/СНІД (UNAIDS) в Україні та за активної участі представників регіональних проектів у 20 містах країни в 2002 р.

Реальна кількість як СІН, так і ЖКС у кілька разів більша. Той факт, що сексуальні послуги є незаконним видом діяльності (ст.303 ККУ), а СІН перебувають у "тіні", уникаючи реєстрації, значно ускладнює підрахунок кількості людей цих груп ризику, що, в свою чергу, не дає змоги пла-

нувати та впроваджувати ефективні заходи з метою обмеження процесу поширення ВІЛ.

Вживання наркотиків – широко розповсюджене явище. За оцінкою Агентства ООН з контролю за наркотиками і профілактики правопорушень, 185 млн чоловік щорічно користується нелегальними (вуличними) наркотиками.

За даними досліджень ООН, кількість наркозалежних носіїв ВІЛ в Україні найбільша у Європі та в 4 рази перевищує такий показник у Білорусі, Польщі, Чехії, Угорщині та Словаччії загалом. Окрім цього, 60% наркозалежних хворі на туберкульоз, понад 95% уражені вірусом гепатиту. Майже 90% людей, які вживають наркотики, не доживають до 30-літнього віку, а 75% не мають можливості мати здорових дітей або взагалі втрачають репродуктивну функцію. Абсолютний показник наркозалежності в Україні значно вищий за офіційні дані. Серед абсолютної кількості наркозалежних майже 90% становлять люди віком 18–28 років. За оцінками експертів, чисельність тих, хто вживає наркотики, серед дітей у віці 10–18 років досягає 450 тис. осіб. За останні 10 років частка наркоманів серед українських школярів зросла у 6–8 разів, а смертність серед них – у 40 разів. В Україні для молоді та підлітків наркотичні речовини і психостимулятори є доступними. За оцінкою Українського інституту соціальних досліджень, УДЦССМ та ЮНІСЕФ, серед молодих людей, які вживають наркотики, 26% готують розчин самі, 36% користуються послугами постійного продавця, 49% – послугами різних продавців [4].

Середня тривалість життя після постановки діагнозу СНІД у розвинутих країнах становить 1,5 року, у тих, що розвиваються, – у межах 6–18 місяців. Існує припущення, що в цих країнах тривалість життя в термінальних стадіях перебігу ВІЛ-інфекції має тенденцію до скорочення, що визначається як наслідок взаємопотенційованої дії власне СНІДу та інших порушень і патологічних змін в імунній системі.

Водночас, збільшення кількості ВІЛ-позитивних вагітних, а також народжених від них дітей, зростання числа ВІЛ-позитивних осіб серед донорів крові, поступове втягування в епідемічний процес загальних кіл населення і, як наслідок,

знесення демографічного потенціалу, регрес продуктивних сил, напруження соціальних стосунків на тлі інших чинників потенціюють загрозу національній безпеці України і створюють реальні умови мотивації державного апарату до наступних кроків на шляху удосконалення чинного законодавства про СНІД і прийняття до виконання нових сучасних підходів у реалізації державної стратегії і прогресивного розвитку політичних напрямів у проблемі епідемії СНІДу.

У 1996–1997 рр. щомісяця реєструвалося 200–300 нових випадків ВІЛ серед ув'язнених. Станом на 2000 р. в Україні ВІЛ-інфіковано 7% засуджених [1].

Від перших випадків реєстрації в Україні збудника ВІЛ-інфекції у громадян інших країн (1987) і від початку інтенсивного розвитку епідемії, яким вважається 1994 р., Україна, безумовно, перебувала в значно вигідніших умовах, ніж ті країни світу, які першими відчували на собі тягар розвитку епідемії, оскільки мала певний час, щоб підготуватися до першої хвилі епідемії, яка вже тоді в багатьох регіонах світу мала характер пандемії.

Ігнорування природних епідеміологічних законів розвитку будь-якої особливо небезпечної інфекційної хвороби та відсутність наукового відслідковування того специфічного сценарію, за яким він відбувався, відстрочили створення підґрунтя, на якому опрацьовується законодавча база вирішення проблем національного рівня. Врешті-решт, це призвело до проблеми щодо ВІЛ/СНІДу. І виникає все більше нових самостійних питань, які вимагають нагального реагування.

Суспільство і держава були не готові до залучення громадянського потенціалу для протидії епідемії, а стратегія “Зменшення шкоди” (ЗШ) не була сприйнята як важливий важіль впливу на перебігання процесів поширення і розвитку ВІЛ/СНІДу. Підтвердженням цьому є те, що і дотепер у доступній вітчизняній науковій літературі нам вдалося знайти вкрай мало розгорнутих досліджень, присвячених організаційним підходам, функціональним принципам, концептуальним тлумаченням теоретичних засад стратегії ЗШ. Проте навколо цих питань доволі широко жваво ведуться дискусії у засобах масової інформації, періодичних виданнях, у мережі Internet, на пресконференціях, виданнях громадських неурядових організацій. Особливу зацікавленість (найчастіше негативну) для обговорення у суспільстві спричиняють теми, які є елементами стратегії ЗШ: впровадження підтримуючої замісної терапії; допомога людям, які надають комерційні послуги сексуального характеру; безкоштовний обмін голочок і шприців, розпов-

сюдження засобів механічної контрацепції; інформаційно-освітній компонент для наркозалежних; створення умов толерантного ставлення до наркозалежних ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД громадян, питання їхнього соціального та правового захисту тощо.

Перша та друга національна програма боротьби зі СНІДом (1992–1997) на державному рівні не передбачали роботи з впровадження однієї з трьох визнаних ефективними міжнародних стратегій протидії поширенню наркоманії та СНІДу – зменшення шкоди (інші дві – зменшення поставок та зменшення попиту), тоді як неурядові організації (НУО) за міжнародної технічної та фінансової підтримки вже впроваджували крок за кроком її елементи.

Програми обміну шприців функціонують на законних підставах майже у всіх країнах Центральної і Східної Європи та території колишнього Радянського Союзу. Програми замісної терапії проводяться у таких країнах, як Боснія, Болгарія, Хорватія, Чеська Республіка, Естонія, Угорщина, Киргизстан, Латвія, Македонія, Польща, Румунія, Сербія, Словачія, Словенія та Україна.

У вересні 1997 р. після доручення Кабінету Міністрів України на запити Координатора системи ООН в Україні та Голови Національного комітету з профілактики наркоманії та захворювання на СНІД Міністерство юстиції України дало повне тлумачення щодо впровадження стратегії з правової точки зору:

“Міжнародний проект “Зменшення шкоди” заслуговує на увагу і не суперечить чинному законодавству України в частині проведення інформаційно-освітніх програм, спрямованих допомогти споживачам наркотиків усвідомити негативні наслідки ін'єкційного вживання наркотиків, отримати інформацію щодо більш безпечних способів їх введення та спонукати до їх застосування; здійснення програм замісної терапії хворих на наркоманію з переведенням їх на неін'єкційний шлях споживання наркотиків; забезпечення споживачів наркотиків необхідними засобами для безпечного введення наркотиків та якісними і дешевими презервативами з метою попередження передачі ВІЛ”. Це і стало поворотною віссю до визнання стратегії ЗШ на рівні держави і в українському суспільстві.

За період від прийняття законодавства України про благодійність та благодійні організації і значною мірою завдяки різноманітним міжнародним агенціям і донорам в Україні накопичено значний позитивний організаційний і практичний досвід роботи різних неполітичних угруповань і неприбуткових спільнот, діяльність яких спрямована на укріплення здоров'я нації, зро-

стання громадського самоусвідомлення, індивідуального самовизначення, реального дотримання принципів Загальної декларації прав людини.

У зв'язку з цим актуальною є потреба висвітлення і обґрунтування необхідності широкого впровадження в Україні програм зменшення шкоди із залученням до цієї діяльності всього суспільства, і передусім громадянського потенціалу.

Мета роботи – дослідити історію, ієрархію стратегії ЗШ, її принципів, основні моделі ставлення суспільної охорони здоров'я до проблеми зловживання наркотичними речовинами для ефективного залучення громадянського сектору у плануванні та моніторингу за ВІЛ/СНІДом в Україні.

Методи – історичний, багаторівневий, логічний, наукового комплексного і народно-господарського підходу, аналіз нормативно-правових актів України і міжнародних документів у сфері ВІЛ/СНІДу.

Сьогодні в Україні налічується понад 120 громадських організацій, місією яких є профілактика наркоманії та ВІЛ/СНІДу. Значна частина таких організації входить до східноєвропейської та всесвітньої мереж, що працюють у цій сфері, деякі з них мають статус міжнародних, проходить процес концентрації цих організацій у всеукраїнські спілки, об'єднання, асоціації та місії.

Активно розгортається багатосекторальна співпраця з ВООЗ, ЮНІСЕФ, ПРООН та іншими учасниками від системи ООН та Бретонвудської угоди і міжнародними організаціями в галузі протидії СНІДу, Програмою міжнародного розвитку США, Світовим Банком, Міжнародним фондом "Відродження", Британською Радою, Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІДу, СНІД-фондом "Схід-Захід", Міжнародною організацією "Лікарі без кордонів – Голландія".

Держава юридично підтримує їх законними та підзаконними актами, що разом із зовнішньою технічною і фінансовою допомогою формує стрункий процес розвитку нової для молоді незалежної країни моделі взаємодії держави і суспільства у сфері протидії ВІЛ/СНІДу.

Історія руху зменшення шкоди бере свій початок у середині 80-х років – з початку епідемії ВІЛ/СНІДу. ВІЛ-небезпечна поведінка у зв'язку із вживанням наркотиків ін'єкційним шляхом наразила на небезпеку як споживачів наркотиків так і тих, хто їх не вживає. Прототипом відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції стала програма обміну шприців, яка діяла у Голландії як прагматична реакція суспільної охорони здоров'я на епідемію гепатиту на початку 80-х років. Окрім методу впливу на епідемію – обмін шприців,

важливим є сам факт співробітництва суспільства і СІН за ініціативою останніх або розуміння, визнання і використання того, що допомога у підтримці рівня здоров'я маргінальної групи населення може впливати і впливає на рівень здоров'я суспільства в цілому.

Більшість країн зробили спробу знизити рівень шкідливих наслідків вживання наркотиків, докладаючи зусиль зменшити вживання наркотичних речовин як таких. Але спроби ліквідувати ринок (попит і пропозицію) великого успіху не мали [2].

У середині 80-х років у зв'язку з розвитком епідемії ВІЛ/СНІДу серед споживачів ін'єкційних наркотиків у Великобританії, Австралії та Канаді почали працювати програми обміну шприців і допомоги. Форми роботи цих програм були привабливими для споживачів і відповідали їхнім потребам. Створені на підставі досвіду цієї роботи служби отримали загальну назву "Програми зменшення шкоди".

Темпи розповсюдження і катастрофічні наслідки зростання епідемії поставили суспільство перед вибором: чи репресивний і моралістичний підхід до проблеми вживання наркотиків і, як наслідок, ще більша ізоляція найбільш уразливих до ВІЛ групи населення – споживачів наркотиків чи прагматичний підхід і визнання того факту, що проблема наркоманії є наразі і, скоріше за все, буде надалі, але можливо збити так, щоб наслідки вживання наркотиків приносили менше шкоди як наркозалежному зокрема, так і суспільству загалом. Найбільш раціональним і дієвим інструментом для реалізації цього є стратегія ЗШ від ін'єкційного вживання наркотиків.

Історія ЗШ в Україні – це історія розвитку нових взаємин у суспільстві, руйнування негативних стереотипів у питаннях ВІЛ/СНІДу як серед населення, фахівців так і серед СІН, це історія впровадження нових стратегій і нових підходів у пошуку та реалізації профілактичних програм.

На початку 1990-х років Україна стала однією з перших незалежних держав, що потрапила у глобальне коло епідемії ВІЛ/СНІДу. Як тільки ВІЛ-інфекція потрапила в середовище СІН, пішов спалах ВІЛ та інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Перші прояви епідемії зафіксовано на півдні України та в Автономній Республіці Крим. Число заражень стало зростати по всій території України. Незважаючи на те, що поява перших ВІЛ-інфікованих викликала страх серед СІН, це не зменшило ризик зараження. Як і раніше, усюди використовувалась небезпечна практика вживання наркотиків. Уживання ін'єкційних наркотиків по колу одним шприцем, промивання в найкращому разі проточною во-

дою, повна необізнаність у питаннях профілактики ВІЛ та ІПСШ було розповсюдженою практикою серед СІН в Україні. Соціально-економічне розшарування населення, падіння морально-етичних норм сприяли розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу. Кримінальність поводження СІН, негативне ставлення до них населення не могли сприяти довірливим відносинам СІН до державних профілактичних програм. Необхідні були нові для країни стратегії й підходи, які б базувалися на об'єктивній оцінці ситуації, мобілізації ресурсів і зусиль, взаємодії державних структур і неурядових організацій, розробці національних і регіональних проектів, професійній кадровій підготовці.

1995–1996 рр. присвячені опрацюванню і впровадженню профілактичних програм у групах підвищеного ризику, включаючи СІН, на основі міжнародного досвіду. У результаті в 1996 р. UNAIDS підтримала проект “Зниження темпів поширення ВІЛ серед шприцьових наркоманів у м. Одесі”. Тоді не було відповідного українського законодавства, але, розуміючи важливість профілактичних програм в умовах епідемії ВІЛ/СНІДу, сесія Одеської міської ради народних депутатів прийняла рішення про схвалення даного проекту. Державні структури підтримали нову для країни стратегію профілактики ВІЛ/СНІДу. Південна філія українського центру по профілактиці й боротьбі зі СНІДом почала реалізацію цієї програми із серпня 1996 р., а із квітня 1997 р. громадська організація Одеський громадський рух “Віра. Надія. Любов” здійснила першу робочу модель програми ЗШ. Програму спрямовано не тільки на надання стерильного інструментарію і засобів захисту для СІН, але й на руйнування стереотипів ризикованого поводження СІН і на формування нового більш гуманного ставлення суспільства до проблеми ВІЛ. Перший набутий досвід став важливим для розвитку програми ЗШ в Україні. Інформація про роботу проекту швидко поширювалася серед СІН і це допомогло в майбутньому створити основу для довіри СІН до аналогічних проектів в інших регіонах України.

Розвивалися профілактичні програми й на базі державних установ (проект з профілактики ВІЛ/СНІД у в'язницях реалізований у 1997 р. Управлінням охорони здоров'я МВС України за підтримки ЮНЕЙДС, Київський міський центр соціальних служб молоді в м. Києві почав реалізацію профілактичних заходів щодо стратегії ЗШ серед молоді, яка вживає наркотики ін'єкційним шляхом, за підтримки ЮНІСЕФ, “Соціотерапії”, владних і силових структур м. Києва).

Український досвід реалізації профілактичних програм тоді показав не лише необхідність поєднання забезпечення СІН стерильним інструментарієм, але й важливість інформування, ме-

дичного, психологічного, юридичного консультування, добровільного тестування, соціальної та психологічної підтримки.

У 1997 р. Міжнародна програма ЗШ Інституту Відкритого Суспільства, яку засновано на базі Фонду Сороса, і його філія в Україні почали фінансове й технічне забезпечення програми ЗШ. Першим був проект за програмою ЗШ Полтавський благодійний фонд “Анти-СНІД”. Практичний досвід перших українських проектів ЗШ, заснований на партнерстві державних і громадських організацій із залученням до участі представників соціально-ізолюваної групи, був дуже важливим для подальшого розвитку програми в Україні.

У 1998 р. програму ЗШ в Україні значно розширено, передбачалося трирічне фінансування. Її основною метою було зменшення несприятливих наслідків для здоров'я, зниження соціально-економічних втрат, попередження розвитку епідемії ВІЛ. Перед програмою ставились завдання: забезпечення стерильним інструментарієм (обмін шприців) з наступною утилізацією і надання засобів персонального захисту; підвищення рівня інформованості, знань; формування навичок менш небезпечного поводження СІН; залучення їх до роботи державних установ, закладів і служб. Розвиток програми ЗШ планувався на основі взаємодії державних і громадських організацій. Протягом останніх років створено правове поле, що безпосередньо або опосередковано стосується проблем, пов'язаних із епідемією ВІЛ/СНІДу. В Україні (першій серед країн СНД) прийнято Закон “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” (1991). Редакція цього Закону (1998, 2001) концептуально узгоджена з відповідними вимогами та нормами міжнародних актів з прав людини та рекомендаціям ВООЗ, до яких приєдналася Україна.

Стаття 4 цього Закону проголосила, що держава гарантує “забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби шляхом ін'єкції, зокрема створення умов для заміни використаних ін'єкційних голків і шприців на стерильні”. Окрім того, задекларована відмова від політики примусового обстеження уразливих груп населення і впровадження тестування за умови одержання свідомої згоди після попереднього роз'яснення (дотестового консультування) та дотримання конфіденційності та анонімності.

В умовах сприятливого законодавства за підтримки регіональних державних адміністрацій, державних медичних закладів і соціальних служб програма ЗШ розвивається, вико-

ристовуючи мотиваційний компонент для СНІ, організовано стаціонарні пункти на базі медичних закладів, СНІ активно залучаються до штатної роботи в проектах, здійснюється подальший розвиток програми "Рівний-рівному" та ін.

У 1999 р. програму розширено і містила в собі проекти по роботі з жінками, зайнятими у комерційному наданні секс-послуг. У 2002 р. підтримка Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІДу дала змогу дев'яти новим проектам ЗШ розпочати свою роботу в Україні, розширити діяльність існуючих проектів і зміцнити їхній потенціал. На дійсний момент проекти зі ЗШ працюють в усіх областях України.

Участь у розширенні діяльності програми ЗШ в Україні приймають також такі організації, як ЮНЕЙДС, ПРООН, ЮНІСЕФ, Альянс Каунтерпарт, Департамент міжнародного розвитку Великобританії в Україні, Британська Рада, Агентство США з міжнародного розвитку США в Україні, Центр комунікативних програм інституту ім. Д. Хопкінса, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу, Міжнародна організація "Лікарі без кордонів" (Голландська секція), Міжнародна організація "СНІД Фонд Схід-Захід", Український Державний центр соціальних служб для молоді та ін. Профілактика негативних явищ, зокрема ВІЛ/СНІДу, стає пріоритетним напрямом роботи центрів соціальних служб для молоді й здійснюється в рамках Комплексної програми центрів соціальних служб для молоді "Профілактика негативних явищ у середовищі дітей і молоді".

Незважаючи на спільність мети і завдань, є відмінності проектних команд і особливості регіонів. Тому практично кожний проект по-своєму унікальний і має власний важливий практичний досвід. Розширюється спектр надаваних клієнтам програм послуг, включаючи безкоштовне тестування і лікування ІПСШ, надання медичної, психологічної, соціальної допомоги, видача медикаментів, матеріалів для перев'язок та антисептичних засобів, видання інформаційно-освітніх і методичних матеріалів, участь у реабілітації. Розширюються цільові групи-СНІ, жінки, залучені в секс-бізнесі, їхні комерційні й некомерційні партнери, вуличні діти, цигани, ув'язнені. Відбуваються зміни в середовищі безпосередніх учасників програми. Якщо на початку програми були орієнтовані на СНІ як споживача послуг проектів, то надалі розвивається активне залучення СНІ, жінок, залучених у секс-бізнес, їхнього найближчого оточення, формування навичок соціальної адаптації через волонтерство, роботу за принципом рівний-рівному, групи підтримки й взаємодопомоги. Практикується залучення найбільш активних волонтерів до штатної роботи в проектах.

Дослідження показують формування готовності до зміни поведінки на менш небезпечно, більше широке використання стерильного і чистого інструментарію, засобів особистого захисту. Програма ЗШ розвиває потенціал НУО, створює робочі місця для представників уразливих груп, матеріально-технічну базу організацій. Міжнародними організаціями приділяється велика увага професійній підготовці персоналу проектів, включаючи волонтерів. Програма допомогла об'єднанню проектів на міжнародному рівні. З 2000 р. українські проекти включено до світової мережі ВІЛ-сервісних організацій, між ними проводиться активний інформаційний обмін.

Робота в проектах ЗШ сприяла накопиченню унікального досвіду організації єдиного інформаційного простору, програм стажування і тренінгів-семінарів. Українські фахівці програми ЗШ працюють консультантами, експертами, тренерами з просування програм ЗШ у країнах Східної і Центральної Європи, Середній Азії. На регіональному рівні розвивається взаємодія НУО з державними структурами й суміжними службами.

Історія ЗШ в Україні базується на повазі до людини і його громадянських прав, прагненні до реальної прагматичної мети, на взаємодії державних і громадських організацій, на мобілізації зусиль суспільства і активній участі самих представників груп ризику, на використанні цілого комплексу сучасних стратегій.

Класифіковано чотири основні моделі ставлення суспільної охорони здоров'я до проблеми зловживання наркотичними речовинами. Кожна із цих моделей формує своє подання про людину, що зловживає наркотичними речовинами, про процес лікування, про те, якими фахівцями це лікування повинне здійснюватися, про бажаний результат лікування. Розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу дає змогу додати ще дві.

Психіатрична модель. Відповідно до цієї моделі, зловживання наркотичними речовинами розглядається як симптом якихось емоційних проблем, а людина, що зловживає наркотичними речовинами, – як емоційно неврівноважений. Лікування, запропоноване цією моделлю, спрямовано на усунення емоційного конфлікту за допомогою інструментів психотерапії. У цих програмах задіяні фахівці у сфері психіатрії.

Соціо-культурна модель. Відповідно до цієї моделі, людина, що зловживає наркотичними речовинами розглядається як жертва певного ряду обставин: соціум нав'язує людині свої установки, в силу яких він стає саме таким, яким він є. Лікування спрямоване на те, щоб скоригувати життєві обставини, які призвели до виникнення залежності, та емоційну сферу і нада-

ти соціальну підтримку. У цих програмах працюють фахівці із соціальної роботи. Завдання лікування – це “нормалізація” життя індивіда.

Моралістична модель. Ця модель покладає відповідальність за проблему зловживання наркотиками на самого “морально неповноцінного й слабохарактерного індивіда, що веде аморальний спосіб життя”. Лікування спрямоване на те, щоб змусити індивіда визнати те, що його поведінка неправильна і йому слід почати поводитися з більшою відповідальністю. Цієї моделі дотримується багато терапевтичних співтовариств і релігійних програм. Люди, що займаються роботою в цих програмах, можуть бути представниками релігії, найчастіше в них задіяні колишні споживачі наркотиків. Бажаним результатом подібних програм є моральне видужання особистості.

Медична модель. Відповідно до цієї моделі, хімічна залежність розглядається як захворювання, а підданий залежності – як людина, що страждає хронічною прогресуючою хворобою. Суть лікування в інформуванні про хвороби, вивченні її симптомів і розвитку, а також у розробці плану профілактики рецидиву. Метою цих програм є початок видужання індивіда – процесу, що триває все його життя.

Модель зменшення шкоди. Ця модель не дає ніяких оцінок і суджень, що стосується вживання наркотиків. В її основі покладено віру в те, що після закінчення певного періоду часу (найчастіше близько десяти років) уживання наркотиків, свого роду “марафону”, людина “дорослішає” і в неї з’являється тверде бажання або припинити вживати наркотики, або стабілізувати й контролювати вживання. Ця модель не розглядає споживання наркотиків як щось

“погане” саме по собі, але говорить про те, що людина, вживаючи наркотики наносить собі фізіологічну і психосоціальну шкоду.

Стратегія ЗШ спрямована на скорочення шкідливих наслідків вживання наркотиків для всіх споживачів, починаючи від тих, хто просто експериментує з ними, закінчуючи тими, хто змушений вживати наркотики через фізичну залежність. Найважливішим завданням цих програм є встановлення й підтримка контакту зі споживачами наркотиків з метою надання допомоги споживачам. Ця модель має на увазі, що велика кількість шкідливих наслідків вживання загострюється через криміналізацію наркотиків. Ціль програм ЗШ ґрунтується на тому, щоб у споживачів наркотиків було якнайменше проблем зі здоров’ям, щоб вони могли вести повноцінне життя у родині та у соціумі, працювати, незалежно від того, вживають вони наркотики чи ні. Програми ЗШ не розглядаються як лікування. У них

зайняті як професіонали, так і споживачі наркотиків (колишні й активні) [7].

Змішана модель, яка поєднує елементи кожної з попередніх. Для реалізації стратегії ЗШ від ін’єкційного вживання наркотиків необхідні: розуміння багатьох причин, які викликають шкідливі наслідки вживання наркотиків, а не просто звинувачення споживачів наркотиків; повага до права й здатності споживачів наркотиків до здійснення змін у їхньому житті з метою зменшення шкідливих наслідків вживання наркотиків. Велике значення надається роботі з індивідом взагалі, з його складним анамнезом життя, надіями, проблемами й потребами, а не тільки як із представником групи підвищеного ВІЛ-ризиків. Декларується те, що забезпечення відповідних послуг та законодавчого, нормативного й політичного середовища допоможе людям зменшити шкідливі наслідки вживання наркотиків. Зниження рівня уразливості від шкідливих наслідків вживання наркотиків шляхом проведення роботи не тільки з наркозалежними, але й з родинами, співтовариствами, суспільними й державними інституціями (наприклад, релігійними організаціями, ЗМІ, міліцією, органами охорони здоров’я та ін.) [2].

Ієрархія стратегії ЗШ базується на розумінні того, що складно або неможливо швидко й радикально змінити поведінку, в основі якого лежить хвороба – наркозалежність. Проте, розуміючи високий ризик інфікування ВІЛ при певних діях у зв’язку із уживанням наркотичних засобів, стратегія ЗШ ставить досяжні цілі, а саме:

- Найбільш ефективний спосіб запобігання передачі ВІЛ – ніколи не починати або припинити вживання наркотиків; якщо індивід не вживає ін’єкційні наркотики, він не може заразитися шляхом спільного використання голів і шприців або іншого інструментарію для готування й уживання наркотиків.

- Якщо ця найвища мета недосяжна для певного споживача наркотиків, його необхідно мотивувати до:

- о вживання наркотику будь-яким способом, крім ін’єкційного: якщо індивід не вживає наркотики ін’єкційно, він не може заразитися через інструментарій для готування й уживання наркотиків;

- о введення наркотику з використанням щоразу нового (стерильного) інструментарію, не допускаючи його використання іншими особами: якщо індивід використовує новий інструментарій щоразу, він не може заразитися ВІЛ та іншими інфекціями;

- о повторного використання тільки свого інструментарію для готування та вживання наркотиків: якщо індивід повторно використає свій

власний інструментарій щоразу, він не може заразитися ВІЛ та іншими інфекціями;

о дезінфікувати голки/шприци та інший інструментарій стандартними способами. Після такої процедури деякий ризик передачі ВІЛ залишається, але вживання стандартної технології промивання зменшує її ймовірність.

Слогани принципів зменшення шкоди:

1. Не починай уживати наркотики, якщо почав – припини.
2. Якщо вживаєш наркотики, не роби цього ін'єкційним шляхом.
3. Якщо все ж таки вводиш наркотики ін'єкційно, роби це завжди тільки новим (стерильним) шприцом.
4. Якщо немає можливості щоразу користуватися новим (стерильним) шприцом, принаймні ніколи не користуйся чужим.
5. Якщо користуєшся чужим шприцом, завжди дезінфікуй його.

Програми зменшення шкоди дають позитивні результати поза залежністю від етнічних і економічних відмінностей між регіонами, у таких країнах, що відрізняються одна від іншої, (США, Гонконг, Австралія й Таїланд).

У доповненні програми ЗШ (включаючи програми обміну голки і шприців, замісної терапії й кімнати для більше безпечних ін'єкцій) також допомагають соціальним працівникам, що проводять роботу безпосередньо на вулиці (аутрич), знайти загальну мову зі споживачами наркотиків, а також допомагають наркоспоживачам [6;9;10].

За підтримки міжнародного фонду "Відродження" у жовтні 2002 р. проведено дослідження оцінки ефективності проектів зменшення шкоди в Україні в містах: Донецьк, Житомир, Кременчук, Львів, Суми, Ужгород, Черкаси, Івано-Франківськ, Чернігів, Чернівці. Результати свідчать про доцільність широкого впровадження профілактичних програм за стратегією ЗШ у середовищі наркозалежних. Одночасно всі СН не підкреслюють необхідність введення замісної підтримуючої терапії. Це допоможе тим, хто поки що не в змозі повністю вилікуватись від наркотичної залежності, поліпшити якість їхнього життя, уникнути зараження ВІЛ, сприятиме декриміналізації вживання наркотичних речовин, зробить їх повноцінними працездатними громадянами і поверне у суспільство. У багатьох регіонах світу програми зменшення шкоди також асоціюються із зменшенням рівня злочинності та вживання наркотиків у громадських місцях. Кримінологічні дослідження за останні понад тридцять років підтверджують, що пом'якшення законодавства щодо споживання наркотиків не сприяє зростанню поширення наркоманії, а застосування суворих заходів пока-

рання не попереджує розповсюдження нелегальних наркотиків [8;12;14].

Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД створено робочу групу технічних радників з моніторингу та оцінки профілактичних програм, що реалізуються отримувачами грантів. Метою роботи цієї групи є впровадження системи моніторингу та оцінки ефективності проектів щодо зміни поведінки представників уразливих груп на менш ризиковану. Про ефективність роботи проектів ЗШ вже сьогодні можуть свідчити такі дані:

Намітилась стійка тенденція на зміну поведінки на більш безпечну у постійних клієнтів проектів, з'явилося обмірковане бажання радикально змінити своє життя – позбавитись наркотичної залежності. У м. Сумах 86,4% наркозалежних постійних учасників проекту нікому з друзів СН не передають свій шприц для ін'єкції (на початку реалізації проекту в 1999 р. цей показник становив 26,8%). Ніколи не користуються чужим шприцом 88,2% (до початку профілактичної роботи – 31,0%). 42,0% використовують при випадкових статевих контактах презерватив (раніше 17,0%), 44,0% зменшило кількість статевих партнерів, 50,0% почали турбуватись про своє здоров'я. У м. Житомирі 27,0% постійних учасників проекту зменшило частоту та дозу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Збільшилась кількість СН, які перестали ділитись власним шприцом на 28,0% (зараз 65,0%, у 2000 р. – 37,0%). Практикують використання тільки стерильних шприців та голки 68% учасників проекту, а до початку роботи профілактичної програми лише 27,0%. Постійно використовують презерватив 72,0% учасників проекту, а на початку діяльності лише 25,0%. На початку проекту ніколи не використовували презерватив 37,0%, а на даний момент – лише 15,0%.

У м. Вінниці опитування СН-клієнтів проекту встановило, що 74,0% стали завжди використовувати стерильний шприц, 61,0% відмовився від вживання спільного інструментарію та розчинів.

Дані дозорного епідеміологічного нагляду, який проводиться щорічно Донецьким обласним товариством сприяння ВІЛ-інфікованим, свідчать про стабільність відсотку ВІЛ-інфікованих (40,0%) у групі наркозалежних, охоплених профілактичними послугами проекту, що може свідчити про певну ефективність проведених заходів.

Висновки

1. Споживачі ін'єкційних наркотиків все ще залишаються провідною групою населення, в якій ВІЛ продовжує активно поширюватися, тому і профілактика розповсюдження ВІЛ в Україні має передусім спрямовуватись на цю групу.

2. Через незахищені статеві стосунки з цією групою зростає частка осіб (переважно жінок,

які не вживають наркотики), інфікованих гетеросексуальним шляхом, та, відповідно, дітей, які від них народилися.

3. Безкоштовні стерильні шприци та презервативи залишаються найбільш дієвим засобом профілактики ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків.

4. Надзвичайно важливо доносити інформацію щодо ВІЛ/СНІДу до споживачів наркотиків таким чином, щоб вони її сприйняли та застосували у житті.

5. НУО мають одне з ключових значень у профілактиці ВІЛ/СНІДу серед СІН, оскільки мають доступ до цієї "закритої" групи, власний ресурс та досвід такої роботи.

6. Необхідно вводити інновації та запроваджувати комплексні профілактичні програми для СІН, які відповідають їхнім реальним потребам.

7. Особливу увагу в профілактиці ВІЛ-інфекції слід звернути на молодь, жінок та ув'язнених.

8. Слід реформувати систему надання медичної та соціальної допомоги наркозалежним.

9. Для створення ефективної стратегії профілактики треба спиратися не лише на дані про епідемічну ситуацію, але й враховувати дані спеціальних досліджень уразливості до ВІЛ певних груп населення на всіх територіях за адміністративним розподілом.

10. Існує потреба в уніфікації базових показників та методик досліджень, що дало б змогу порівнювати результати різних досліджень та оцінювати тенденції за певний період часу.

11. Слід проводити спеціальні дослідження на етапі планування місцевих, регіональних та державних цільових програм профілактики ВІЛ/СНІДу.

Список літератури

1. Бурлаков М.В., Красуля С.В. *Інформація про проведену роботу з профілактики ВІЛ/СНІДу у виправних колоніях Миколаївської області в період 1997–2000 рр.* // http://prison.aids.ua/PrisonRu/main_form.htm.
2. *ВИЧ и употребление наркотиков: Пакет инструментов для исследования с привлечением к участию и реагированию* / Алан Грег. – К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД, 2001. – С.12.
3. *Матеріали Українського центру профілактики та боротьби зі СНІД Міністерства охорони здоров'я України: Звіт за 2005 рік.* – 2006.
4. *Молоді люди, які вживають ін'єкційні наркотики: поінформованість, усвідомлення ризику ВІЛ-інфікування, поведінка.* – К., 2001. – С. 14.
5. *Протидія епідемії ВІЛ/СНІД у молодіжному середовищі: знання, ставлення, поведінка.* – К., 2001. – С. 13.
6. Coyle S.L., Needle R.H., Normand J. *Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data* // *Public Health.* – 1999. – 113. – P.227–235.
7. Davis W.N. *"The treatment of drug addiction"* // *British Journal of Addiction.* – 1970. – P. 227–235.
8. Donnelly N., Hall W., Christie P. *The effects of the CEN scheme on levels and patterns of cannabis use in South Australia: evidence from National Drug Strategy Household Surveys 1985–1995* // *Drug and Alcohol Review.* – 2000. – #19. – P. 265–269.
9. Farrell M., Ward J., Mattick R.P. et al. *Methadone maintenance treatment for opiate dependence: A review* // *British Medical Journal.* – 1994. – #309. P. 997–1001.
10. MacCoun R.J. *Drugs and the law: A psychological analysis of drug prohibition.* *Psychological Bulletin.* – 1993. – 113. – P. 87–512.
11. Marsch L.A. *The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis* // *Addiction.* – 1998. – #93(4). – P. 515–532.
12. Single E.W. *The impact of marijuana decriminalization: An update* // *Journal of Public Health Policy.* – 1989. – P. 456–466.
13. Single E., Christie P., Ali R. *The impact of cannabis decriminalization in Australia and the United States* // *Journal of Public Health Policy.* – 2000. – №21. – P. 157–186.
14. Theis C.F., Register C.A. *Decriminalization of marijuana and the demand for alcohol, marijuana and cocaine* // *The Social Science Journal.* – 1993. – №30. –P. 385–399.
15. <http://www.MIGNews.com>.

РОЛЬ ОБЩЕСТВА В ГОСУДАРСТВЕННОМ УПРАВЛЕНИИ МЕРОПРИЯТИЯМИ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИДОМ В УКРАИНЕ

А.В. Якобчук (Житомир)

Эпидемия ВИЧ/СПИДа огромная проблема в сфере человеческого развития. Она приводит к смерти миллионов взрослых людей в расцвете сил, к развалу и обнищанию семей, ослабляет потенциал рабочей силы, превращает миллионы детей в сирот и угрожает разрыву социальной и экономической ткани общества и политической стабильности народов. Украина в законодательном контексте сделала много для уменьшения и смягчения последствий эпидемии. Но к выполнению общегосударственных задач мало привлекается гражданское общество. Нужно совершенствовать работу НПО, развивать и в дальнейшем политическую волю представителей украинской государственности, предоставить реальную государственную поддержку неправительственным ВИЧ-сервисным организациям, которые работают по международным положительно признанным стратегиям.

ROLE OF THE CIVIL SOCIETY IN THE PUBLIC ACTIONS DEAL WITH REALIZATION OF STRUGGLE AGAINST THE HIV/AIDS IN UKRAINE

A.V. Jakobchuk (Zytomyr)

Epidemic HIV/AIDS represents huge crisis in sphere of human development. It leads to death of millions adult people in the prime of life, to disorder and an impoverishment of communities, weakens potential of a labour, transforms millions children into orphans and threatens break of a social and economic fabric of a society and political stability of peoples. Ukraine in a legislative context has made much for reduction and mitigation of consequences of epidemic. But the civil society is a little involved in performance of nation-wide tasks. It is necessary to improve work NGOs, to develop and further political will of representatives of the Ukrainian statehood, to give real state support to the nongovernmental HIV service organizations which work on the international positively recognized strategy.

УДК 616-006:338.45

Г.К. СЕВЕРИН, Р.Ю. ХОРУЖА (Донецьк)

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОНКОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО МІСТА

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Ситуація, що сьогодні склалася з онкологічною патологією, є не тільки медичною, але й державною проблемою. Про це свідчить і той факт, що нині кожний 50-й українець онкохворий, і щороку від раку помирає близько 90 тис. осіб, з яких кожний третій – працездатного віку. Саме про це свою стурбованість нещодавно виказав глава держави й виголосив готовність всіляко підтримувати зусилля медичних працівників у боротьбі з ключовими для суспільства захворюваннями, одним з яких є онкологічна захворюваність.

За прогнозами ВООЗ, до 2020 р. онкопатологія вийде на перше місце серед причин смертності населення, а за даними Американської асоціації госпіталів, - це відбудеться уже через 5 років [1].

Наразі нагальним питанням є розробка методів своєчасного виявлення та ефективної профілактики класу онкологічних захворювань серед різних верств населення. Враховуючи нинішній економічний стан країни, галузі охорони здоров'я, а також ступінь довіри населення до закладів охорони здоров'я всіх рівнів, низький життєвий рівень населення та неможливість придбання лікарських препаратів для ефективного лікування цієї патології, великий відсоток населення несвоєчасно звертається по медичну допомогу до закладів охорони здоров'я та спеціалізованих закладів, якими є онкологічні диспансери [2;3].

В Україні за останні 10 років кількість онкологічних хворих зросла на 25%. Це пов'язано з багатьма факторами, що формують дану патологію, а саме: рівень життя, техногенні наванта-

ження, недостатня робота з пропаганди здорового способу життя, низький рівень санітарної культури та інше, що спонукає "помолодшання" онкологічної патології, а отже, виводить з ладу найбільш працездатну частину суспільства [4].

Мета роботи – вивчити стан диспансеризації населення з передраковою та онкологічною патологією великого промислового міста Маріуполя в умовах екокризового регіону, яким є Донецький басейн.

Матеріали та методи. Матеріалами для дослідження були статистичні звіти діяльності Маріупольського онкологічного диспансеру за десятирічний період (1995–2004 рр.).

Результати дослідження та їх обговорення. Детальне вивчення захворюваності на онкологічну патологію серед населення, яке обслуговує Маріупольський міжрайонний онкологічний диспансер, показало, що протягом 10 років спостерігається хвилеподібна тенденція поширеності даної патології (табл. 1).

Як свідчать наведені дані, порівняно 1995 р. до 2004 р. онкологічна патологія серед обслуговуваного населення зросла з 314,9 до 330,5 на 100 тис. населення (4,9%), з коливаннями до 356,5 (13,5%).

Важливе значення для подальшого попередження та лікування онкологічної патології має своєчасне її виявлення, особливо у людей працездатного віку. Великі надії лікарі покладають на виявлення тієї чи іншої онкологічної патології на ранніх стадіях розвитку під час проведення щорічних профілактичних оглядів осіб, що задіяні в народному господарстві. І якщо з цим контингентом питання виявлення онкопатології більш-менш вирішене, то доволі складною є

ситуація з так званим неорганізованим населенням (сюди належать діти, асоціальні прошарки населення, працівники окремих приватних структур і організацій, люди похилого віку), а також сільгоспвиробники, які звертаються за медичну допомогу лише в надзвичайних ситуаціях. Результатом недбалого ставлення пацієнтів до стану свого здоров'я є запущені форми онкологічної патології, що не завжди дає

зможу повернути дану людину до активної праці, але й урятувати життя.

Статистичні дані, що наведені в табл. 2, свідчать, що навіть ті форми онкологічної патології, які добре візуалізуються, не завжди викликають у хворих певну настороженість до стану свого здоров'я. А результат, кількість візуальних форм пухлин у запущених стадіях, які в окремі роки досягали 5% більше.

Таблиця 1. Поширеність онкологічної патології серед населення, як обслуговується Маріупольським онкологічним диспансером, у динаміці 1995–2004 рр.

Рік	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Показник	314,9	325,2	330,8	336,5	347,5	322,7	356,5	320,0	329,8	330,5

Таблиця 2. Кількість хворих з виявленою онкологічною патологією під час проведення щорічних професійних оглядів, які обслуговуються Маріупольським онкологічним диспансером, за період 1995–2004 рр.

Виявленість онкологічної патології	Рік									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Усього	172	149	292	324	417	380	464	423	456	445
З візуальною формою	58	29	91	69	79	72	127	125	148	201
Візуальні форми у запущених стадіях	3	3	13	16	15	13	11	23	14	4

Не менш вражає те, що останніми роками зростає, більш ніж до 45% кількість візуальних форм онкологічних захворювань, хоча, з іншого боку, це є запорукою раннього виявлення, а значить, і своєчасного лікування онкологічного процесу.

Результати вивчення кількості та причин занедбаності онкологічних захворювань серед населення, яке обслуговується Маріупольським онкологічним диспансером свідчать, про те, що

переважна більшість осіб з занедбаними онкологічними захворюваннями, це люди, які несвоечасно звернулися по спеціалізовану медичну допомогу до онкодиспансеру (в різні роки від 60,2% до 87,8% осіб), що підкреслює низький рівень настороженості до даної патології. На другому місці – схований перебіг хвороби (13,1%–33,8%). І вже зовсім несуттєвими є інші складові (табл. 3). З метою попередження кількості та при-

Таблиця 3. Кількість і причини занедбаності онкологічних захворювань серед жителів, що обслуговуються Маріупольським онкологічним диспансером, за період 1995–2004 рр.

Причини занедбаності онкологічних захворювань	Рік									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Усього	267	271	301	308	314	269	314	387	332	364
Неповне обстеження	-	3	3	4	3	2	3	1	3	1
Помилка діагностики:										
Клінічна	-	2	3	6	3	4	1	2	2	-
Ендоскопічна	-	1	-	-	-	1	1	-	2	-
Ультразвукова	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Рентгенологічна	-	1	1	1	4	2	5	-	-	2
Цитологічна	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Гістологічна	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1
Тривале обстеження	-	1	2	2	4	3	3	1	2	-
Схований перебіг хвороби	35	73	86	100	100	91	75	41	54	45
Відсутність професійних оглядів	-	-	-	-	-	3	2	2	12	7
Несвоечасне звертання	232	190	206	192	200	162	224	340	257	308

чин несвоєчасного звернення пацієнтів по спеціалізовану онкологічну допомогу необхідно проводити не тільки роз'яснювальну роботу серед населення, але й співпрацювати з лікувально-профілактичними закладами загального профілю, в процесі проведення передатестаційних циклів для лікарів загальної практики більш цілеспрямовано акцентувати їхню увагу на раннє виявлення передракових станів і своєчасне направлення осіб з виявленою онкопатологією до спеціалізованих закладів. Доречно на спільних науково-практичних конференціях розглядати найбільш типові діагностичні помилки з метою унеможливлення несвоєчасності виявлення передракових та онкологічних станів, приділяючи

увагу не тільки виявленню, але й лікарській тактиці після виписування пролікованого для амбулаторного лікування або надання медичної допомоги невиліковно хворій людині, що знаходиться в термінальній стадії хвороби. А психологічної підтримки потребує не тільки такий хворий, але і його рідні.

Не менш важливою на сучасному етапі є робота з диспансеризації онкологічних хворих. Аналіз даних, наведених у табл. 4, свідчить про те, що сьогодні цьому питанню увага майже не приділяється. Незважаючи на зростання кількості осіб, які перебувають на диспансерному обліку (більш ніж на 36%), рівень диспансеризації залишається на тому ж рівні, що й у попередні роки.

Таблиця 4. Показники диспансеризації онкологічних хворих Маріупольським онкологічним диспансером за період 1995–2004 рр.

Показники	Рік									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Перебувають на "Д" обліку	8116	8510	9128	9161	9046	9156	9527	10718	10864	11059
Оглянуто осіб, що перебувають на "Д" обліку (%)	6217 76,6 %	6077 80,3 %	8674 95,0 %	8712 95,1 %	6770 74,8 %	5144 56,2 %	9384 98,5 %	10507 98,6% %	10682 98,3% %	10841 98,0% %

Висновки

У ході дослідження встановлено, що кількість хворих на онкологічні хвороби зростає з кожним роком, причому зростає число хворих із занедбанними стадіями захворювання, в тому

числі з візуальними формами. Основними причинами такого стану є пізні звернення хворих по медичну допомогу та зниження рівня проведення цільових медичних оглядів.

Список літератури

1. Гордиенко С.М. Онкологические заболевания в Украине. Парламентские слушания // Здоров'я України / Медична газета. – 2004.
2. Пушкар Л.О. Злоякісні новоутворення у дітей: динаміка захворюваності та особливості статистичного обліку в Україні // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – №1. – С. 70–74.
3. Северин Г.К., Хоружа Р.Ю. Про організацію медичної допомоги пацієнтам з передпухлинними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота й червоної облямівки губ: Зб. наук. праць Українського інституту громадського здоров'я. – 2007. – Вип. 1. – С. 259–266.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік. – К., 2007. – 398 с.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ БОЛЬШОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Г.К. Северин, Р.Е. Хоружая (Донецк)

Приведены данные анализа деятельности Мариупольского онкологического диспансера по диспансеризации онкологических больных.

SOME QUESTIONS OF THE ORGANIZATION OF ACTIVITY ONCOLOGIC SERVICE OF THE BIG INDUSTRIAL CITY

G.K. Severin, R.E. Horuzhaya (Donetsk)

Data of the analysis of Mariupol oncologic dispensary' activity deal with prophylactic medical examination of oncological patients are resulted.

УДК 616-082:615.8(1-22)(477.42)

В.П. КЛИМЕНЮК (Житомир)**ОБСЯГИ ТА ЯКІСТЬ НАДАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ОЗДОРОВЧОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКИМ МЕШКАНЦЯМ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ****(на основі вибіркового багатоступеневого дослідження)**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Забезпечення адекватною медичною допомогою сільського населення залишається невирішеною проблемою. Дані досліджень вказують на можливості підвищення якості лікувально-оздоровчої допомоги сільським мешканцям.

Мета роботи – проаналізувати стан надання різних видів медичних послуг мешканцям сіл Житомирської області та задоволеність медичною допомогою на основі вибіркового багатоступеневого дослідження.

Методи та матеріали. Дослідження проводилось протягом 2000–2007 рр. Для отримання якісно та кількісно репрезентативних висновків проведена багатоступенева вибірка. Перший ступінь представлений репрезентативними сільськими районами Житомирської області, обраними з ієрархічною процедурою кластеризації. Використання сільського району як одиниці спостереження першого ступеню багатоступеневої вибірки обумовлено необхідністю вивчення медико-демографічного середовища діяльності сільських медичних закладів першого рівня. Вивчення та узагальнення результатів проводилось на основі даних спеціально розробленої анкети суцільним методом по 23 сільських районах Житомирської області. Другий ступінь утворений репрезентативною множиною ФАПів у рамках першого ступеню на основі аналізу головних компонент у просторі 56 медико-організаційних характеристик сільських лікарських дільниць. Третій ступінь становлять випадково відібрані сільські мешканці, які обслуговуються обраними ФАПами, всього 1733 чол. Вивчення обсягів надання лікувально-оздоровчої допомоги та задоволеність нею проведено на основі спеціально створеної анкети, протестованої сільськими організаторами охорони здоров'я – курсантами факультету післядипломної освіти при кафедрі соціальної медицини та охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати вивчення закономірностей надання різних видів лікувально-оздоровчої допомоги сільським мешканцям (медикаментозна відновна терапія; фізіотерапія; ЛФК; реконструктивна хірургія; сан-курортне лікування; протезування; стаціонар дільниці/ЦРЛ/області; денний стаціонар дільниці/ЦРЛ) наведені в табл. 1.

У табл. 1 наведено кількість мешканців (на 100 респондентів), які отримували різні види лікувально-оздоровчої допомоги залежно від віку. В цілому найпоширенішими видами допомоги була медикаментозна відновна терапія (39,0%±1,2%) та фізіотерапія (22,7%±1,0%). Взагалі на 100 мешканців приходилось 90,5%±0,7% випадків надання лікувально-оздоровчої допомоги, причому зі збільшенням віку обсяг надання лікувально-оздоровчої допомоги збільшувався: 82,9%±2,5% – у віці до 30 років, 88,8%±1,5% – у віці 31–40 років, 92,8%±0,8% – у віці старше 40 років. У старшому віці дещо зменшувалися обсяги таких видів лікувально-оздоровчої допомоги, як ЛФК та санаторно-курортне лікування (від 7,7%±1,8% і 8,1%±1,8% у віці до 30 років до 2,3%±0,5% і 6,4%±0,8% у віці старше 40 років відповідно), і збільшувалися обсяги таких видів лікувально-оздоровчої допомоги, як медикаментозна відновна терапія (від 26,6%±3,0% у віці до 30 років до 43,7%±1,5% у віці старше 40 років), хірургічні втручання (від 0,5%±0,4% у віці до 30 років до 2,2%±0,4% у віці старше 40 років), використання денного стаціонару дільниці/ЦРЛ (від 3,6%±1,3% у віці до 30 років до 8,6%±0,9% у віці старше 40 років). Вказані закономірності суттєві (хі-квадрат=29, p<0,05).

Дані щодо кількості мешканців, які отримували різні види лікувально-оздоровчої допомоги залежно від відстані до ФАПу від місця проживання (в середньому на 100 респондентів), наведені в табл. 2.

У табл. 3 наведено кількість мешканців, які отримували різні види лікувально-оздоровчої допомоги (в середньому на 100 респондентів)

Таблиця 1. Кількість мешканців, які отримували різні види лікувально-оздоровчої допомоги залежно від віку (%)

Вид допомоги	Вікова група			
	всі	до 30	31-40	старші 40
Медикаментозна відновна терапія	39,0±1,2	26,6±3,0	34,1±2,2	43,7±1,5
Фізіотерапія	22,7±1,0	27,0±3,0	27,8±2,1	19,7±1,2
ЛФК	3,3±0,4	7,7±1,8	3,5±0,9	2,3±0,5
Хірургічне втручання	2,0±0,3	0,5±0,4	2,2±0,7	2,2±0,4
Санаторно-курортне лікування	7,2±0,6	8,1±1,8	8,4±1,3	6,4±0,8
Стационар дільниці/ЦРЛ/області	8,1±0,7	9,5±2,0	5,7±1,1	8,9±0,9
Денний стационар дільниці/ЦРЛ	7,4±0,6	3,6±1,3	6,4±1,1	8,6±0,9

Таблиця 2. Кількість мешканців, які отримували різні види лікувально-оздоровчої допомоги залежно від відстані від місця проживання до ФАПУ (%)

Вид допомоги	Відстань до ФАПУ		
	до 1 км	1-3 км	понад 3 км
Медикаментозна відновна терапія	42,9±2,8	31,7±6,0	31,8±1,3
Фізіотерапія	25,5±2,6	10,0±3,9	22,7±1,1
ЛФК	3,4±0,9	9,7±4,1	3,1±0,5
Хірургічне втручання	3,1±1,0	3,3±2,3	1,7±0,3
Санаторно-курортне лікування	9,2±1,4	15,3±5,0	6,9±0,7
Стационар дільниці/ЦРЛ/області	12,1±1,9	5,0±2,8	7,4±0,7
Денний стационар дільниці/ЦРЛ	6,2±1,4	11,7±4,1	7,4±0,7

в залежності від відстані до сільської амбулаторії чи лікарні від місця проживання (хі-квадрат=31, $p < 0,05$).

Як і у випадку із відстанню до ФАПУ, зі збільшенням відстані до сільської амбулаторії чи лікарні від місця проживання обсяги лікувально-оздоровчої допомоги, хоч і не так драматично, зменшувалися від 99,8%±1,6% при відстані до 3 км до 80,8%±1,0% при відстані понад 8 км. Причому найбільше страждають такі види допомоги, як медикаментозна відновна терапія (зменшення від 43,8%±2,7% при відстані до 3 км до 35,7%±1,9% при відстані понад 8 км), фізіотерапія (зменшення від 27,5%±2,4% при відстані до 3 км до 19,7%±1,5% при відстані понад 8 км), ЛФК (зменшення від 5,0%±1,2% при відстані до 3 км до 3,4%±0,7% при відстані понад 8 км), санаторно-курортне лікування (зменшення від 8,4%±1,1% при відстані до 3 км до 5,8%±1,2% при відстані по-

над 8 км). Збільшення обсягів цілодобової стаціонарної допомоги від 5,3%±1,2% до 9,2%±1,1% можна пояснити впливом інших чинників, наприклад, старшим віковим складом віддалених сіл, меншою доступністю ефективного амбулаторного лікування їх мешканців, як було показано вище.

Табл. 4 описує кількість мешканців, які отримували різні види лікувально-оздоровчої допомоги (на 100 респондентів) залежно від оснащеності ФАПУ. З даних таблиці випливає, що за кращої оснащеності ФАПУ обсяг надання лікувально-оздоровчої допомоги збільшується (від 102,7%±1,1% при відсутності менш ніж 6 найменувань мед. апаратури до 82,3%±0,9% при відсутності більше 5 найменувань). Це стосується всіх видів лікувально-оздоровчої допомоги, а найбільше медикаментозної відновної терапії (42,7%±1,8% та 36,4%±1,5%) і фізіотерапії (26,7%±1,5% і 19,5%±1,3%). Закономірності суттєві (хі-квадрат=16, $p < 0,05$).

Таблиця 3. Кількість мешканців, які отримували різні види лікувально-оздоровчої допомоги залежно від відстані до СА/СЛ від місця проживання (%)

Вид допомоги	Відстань до СА/СЛ від місця проживання			
	до 3 км	3-5 км	6-8 км	понад 8 км
Медикаментозна відновна терапія	43,8±2,7	39,1±2,6	39,8±2,6	35,7±1,9
Фізіотерапія	27,5±2,4	23,0±2,3	23,7±2,2	19,7±1,5
ЛФК	5,0±1,2	2,3±0,8	2,5±0,8	3,4±0,7
Хірургічне втручання	1,8±0,7	0,6±0,4	3,0±0,9	2,2±0,6
Санаторно-курортне лікування	8,4±1,1	5,2±1,2	4,6±1,1	5,8±1,2
Стационар дільниці/ЦРЛ/області	5,3±1,2	7,9±1,5	9,0±1,5	9,2±1,1
Денний стационар дільниці/ЦРЛ	7,7±1,4	10,8±1,7	5,1±1,0	6,3±1,0

Таблиця 4. Кількість мешканців, які отримували різні види лікувально-оздоровчої допомоги залежно від оснащеності ФАПу (%)

Вид допомоги	Оснащеність ФАПу	
	=<5	>5
Медикаментозна відновна терапія	42,7±1,8	36,4±1,5
Фізіотерапія	26,7±1,5	19,5±1,3
ЛФК	3,2±0,5	3,1±0,6
Хірургічне втручання	2,1±0,5	2,0±0,5
Санаторно-курортне лікування	6,9±0,9	7,1±0,9
Стационар дільниці/ЦРЛ/області	8,4±1,0	8,0±0,9
Денний стационар дільниці/ЦРЛ	7,7±1,0	7,2±0,8

Щодо кількості мешканців, які отримували різні види лікувально-оздоровчої допомоги залежно від забезпеченості середніми медпрацівниками, то, як видно з табл. 5, обсяги допомоги зростають при кращій забезпеченості середнім медичним персоналом як ФАПів (84,9%±0,8% при кількості середніх медпрацівників на ФАПі 0–1 і 96,5%±1,4% при кількох середніх медпрацівників на ФАПі), так і сільської дільниці (84,3%±1,0% при кількості середніх медпрацівників на СЛД до 10 і 96,9%±1,0% при кількості середніх медпрацівників дільниці понад 10). Така закономірність простежується по всіх видах лікувально-оздоровчої допомоги і

доводить важливу роль середнього медпрацівника на селі (хі-квадрат=47, $p < 0,05$).

У табл. 6 наведено кількість мешканців, які отримували різні види лікувально-оздоровчої допомоги залежно від забезпеченості СЛД лікарями та ліжками (хі-квадрат=32, $p < 0,05$). Очевидна важливість цих параметрів забезпеченості СЛД впливає з явно більшого обсягу лікувально-оздоровчої допомоги (стосується всіх її видів) за умов кращого забезпечення як лікарями (79,8%±1,5% при кількості лікарів дільниці 0–1 і 99,6%±0,8% при кількох лікарях СЛД), так і ліжками дільниці (84,7%±0,8% за відсутності ліжок і 98,2%±1,3% за їх наявності).

Таблиця 5. Кількість мешканців, які отримували різні види лікувально-оздоровчої допомоги залежно від забезпеченості середніми медпрацівниками (%)

Вид допомоги	Кількість середніх медпрацівників			
	на ФАПі		на СЛД	
	0-1	>1	До 10	>10
Медикаментозна відновна терапія	36,1±1,3	41,4±2,8	37,3±1,8	40,3±1,6
Фізіотерапія	22,5±1,1	24,0±2,5	21,6±1,6	24,8±1,3
ЛФК	3,1±0,5	4,1±1,2	2,5±0,8	4,4±0,7
Хірургічне втручання	1,9±0,4	2,4±0,9	2,1±0,5	1,8±0,4
Санаторно-курортне лікування	7,2±0,7	6,8±1,5	7,5±1,0	7,0±0,8
Стационар дільниці/ЦРЛ/області	7,8±0,7	9,6±1,7	6,5±0,9	9,4±0,9
Денний стационар дільниці/ЦРЛ	5,6±0,7	8,2±1,4	6,3±0,9	8,2±0,9

Таблиця 6. Кількість мешканців, які отримували різні види лікувально-оздоровчої допомоги залежно від забезпеченості СЛД лікарями та ліжками (%)

Вид допомоги	Число лікарів СЛД		Наявність ліжок СЛД	
	0-1	>1	-	+
Медикаментозна відновна терапія	37,1±2,2	42,7±1,4	39,0±1,3	39,1±2,5
Фізіотерапія	15,2±1,6	25,9±1,3	21,2±1,1	28,3±2,3
ЛФК	5,3±1,0	2,4±0,4	3,2±0,5	3,7±1,0
Хірургічне втручання	2,3±0,8	2,4±0,3	2,0±0,4	1,7±0,6
Сан-курортне лікування	7,8±1,3	8,0±0,7	6,5±0,7	9,4±1,5
Стационар дільниці/ЦРЛ/області	5,3±1,0	9,3±0,8	4,3±0,8	8,9±1,0
Денний стационар дільниці/ЦРЛ	6,3±1,1	7,8±0,8	7,8±0,7	5,8±1,2

Результати аналізу якості задоволення потреб сільських мешканців залежно від провідних медико-організаційних чинників наведено в

табл. 7. Рівні задоволеності опитаних медичною допомогою ми згрупували в такі категорії: респонденти повністю задоволені (стан значно пол-

іпшився, проблема повністю вирішена); задоволені (стан поліпшився, проблема практично вирішена); частково задоволені (стан дещо поліпшився, проблема вирішена лише частково); не задоволені (стан не поліпшився, проблема не вирішена, обґрунтована відмова в допомозі). З табл. 7 видно, що більшість респондентів повністю задоволені – 30%±1,1% або задоволені

– 33%±1,1%, проте більше третини опитаних лише частково задоволені – 36%±1,2%. Вкрай незадоволених та осіб, що отримали відмову в допомозі не виявлено. Така структура характерна для всіх вікових груп респондентів з дещо гіршими наслідками в старших вікових групах. Вказані закономірності виявились суттєвими (хі-квадрат=27, p<0,05).

Таблиця 7. Рівень задоволеності сільських мешканців результатами медичної допомоги (%)

Показник	Вікова група			
	усього	до 30	31-40	старші 40
Повністю задоволене	30±1,1	33±3,2	34±2,2	28±1,4
Задоволене	33±1,1	37±3,2	34±2,2	32±1,4
Частково задоволене	36±1,2	29±3,0	30±2,1	39±1,5
Не задоволене	1±0,2	0±0,4	1±0,5	1±0,3

В Табл. 8 наведено структуру звернень сільських мешканців медичну допомогу в залежності від наслідку звернення та оснащеності ФАПу. Дані таблиці свідчать про те, що краща оснащеність ФАПів обумовлює кращі наслідки звернень. Так, за відсутності до 5 з регламентованих найменувань медичної апаратури повністю задоволені зверненнями респонденти становили 32%±1,7%, задоволені – 28%±1,7%, частково задоволені – 39%±1,8%, тоді як аналогічні показники за гіршої оснащеності (відсутні 6 і більше найменувань) – відповідно 29%±1,4%, 37%±1,5%, і 33%±1,5%.

Структуру звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненням та часу звернення наведено в табл. 9. Результати свідчать, при вчасному зверненні (до 3-х днів) частка повністю задоволених зверненнями була 38%±1,2%, задоволених – 34%±1,1%, частково задоволених – 27%±1,1%, незадоволених – 1%±0,2%. Водночас, при відстроченні візиту понад 30 днів повністю за-

доволені зверненнями були лише 11%±0,8%, задоволені – 27%±1,1%, частково задоволені – 60%±1,2%, незадоволених – 2%±0,3%. Вказані закономірності виявились суттєвими (хі-квадрат=23, p<0,05).

Структуру звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненням та місця звернення наведено в табл. 10. Результати показують, що найбільш задоволені респонденти результатами візитів до фельдшера (повністю задоволені 34%±1,1%) та дільничного лікаря (повністю задоволені 33%±1,1%). Очевидна низька задоволеність результатами візиту до акушерки (повністю задоволені лише 19%±0,9%). Несподівано низька задоволеність результатами візиту до районної та обласної лікарень (лише частково задоволені відповідно 44%±1,2% і навіть 53%±1,2% відповідно), можливо, пояснюється більшою складністю хвороб/потреб, а також більшою відстроченістю звернень, як було показано вище.

Таблиця 8. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненням та оснащеності ФАПу (%)

Показник	Оснащеність ФАПу	
	=<5	>5
Повністю задоволені	32±1,7	29%±1,4
Задоволені	28±1,7	37%±1,5
Частково задоволені	39±1,8	33%±1,5
Не задоволені	1±0,3	1%±0,3

Таблиця 9. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненням та часу звернення (%)

Показник	Час звернення, дні			
	до 3	4-10	11-30	понад 30
Повністю задоволені	38±1,2	23±1,0	14±0,8	11±0,8
Задоволені	34±1,1	33±1,1	33±1,1	27±1,1
Частково задоволені	27±1,1	43±1,2	51±1,2	60±1,2
Не задоволені	1±0,2	1±0,2	3±0,4	2±0,3

Таблиця 10. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненням та місця звернення (%)

Показник	Куди звернувся				
	фельдшер	акушерка	дільничний лікар	районна лікарні	обласна лікарня
Повністю задоволені	34±1,1	19±0,9	33±1,1	26±1,0	14±0,8
Задоволені	36±1,1	52±1,2	32±1,1	29±1,1	29±1,1
Частково задоволені	30±1,1	29±1,1	34±1,1	44±1,2	53±1,2
Не задоволені	1±0,2	0±0,0	1±0,2	1±0,3	4±0,5

В табл. 11,12 показано структуру звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненням та потреби. Очевидно, що найкраще задовольняються візити з приводу лікування та профогляду: частка повністю задоволених візитів 33%±1,1% і 40%±1,2%, задоволених 32%±1,1% і 32%±1,1%, частково задоволених 34%±1,1% і 26%±1,0%

візитів. Неочікувано низькі результати задоволення візитів з потреб диспансеризації та реабілітації: частка повністю задоволених візитів лише 17%±0,9% і 15%±0,9%, задоволених 36%±1,2% і 36%±1,2%, частково задоволених 47%±1,2% і 48%±1,2% візитів. Вказані закономірності виявились суттєвими (χ^2 -квадрат=41, $p < 0,05$).

Таблиця 11. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненням та потреби (%)

Показник	Потреба звернення			
	лікування	діагностика	диспансерний візит	реабілітація
Повністю задоволені	33±1,1	18±0,9	17±0,9	15±0,9
Задоволені	32±1,1	40±1,2	36±1,2	36±1,2
Частково задоволені	34±1,1	39±1,2	47±1,2	48±1,2
Не задоволені	1±0,2	2±0,3	0±0,0	0±0,0

Таблиця 12. Особливості звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненням та потреби (%)

Показник	Потреба звернення			
	консультація з соціальних питань	консультація з правових питань	експертиза непрацездатності	профогляд
Повністю задоволене	17±0,9	20±1,0	22±1,0	40±1,2
Задоволене	50±1,2	60±1,2	56±1,2	32±1,1
Частково задоволене	33±1,1	20±1,0	22±1,0	26±1,0
Не задоволене	0±0,0	0±0,0	0±0,0	2±0,3

Висновки

1. Щорічно отримують той чи інший вид медичної допомоги 90,5%±0,7% селян Житомирської області, причому найпоширенішими видами допомоги є медикаментозна відновна терапія (39,0%±1,2%) та фізіотерапія (22,7%±1,0%). При цьому із збільшенням віку обсяг надання лікувально-оздоровчої допомоги збільшується, і із збільшенням відстані від місця проживання до медичних закладів сільської дільниці обсяги лікувально-оздоровчої допомоги достовірно зменшуються.

2. За кращої оснащеності закладів, забезпеченості середніми медпрацівниками, лікарями та ліжками первинного етапу обсяг надання лікувально-оздоровчої допомоги достовірно збільшується.

3. Більшість (63%±1,1%) звернень селян до первинної мережі повністю задоволені (стан значно поліпшився, проблема повністю вирішена) або задоволені (стан поліпшився, проблема практично вирішена).

4. Найбільш задоволені респонденти результатами візитів до фельдшера (повністю задоволені 34%±1,1%) та дільничного лікаря (повністю задоволені 33%±1,1%). Низька задоволеність результатами візиту до районної та обласної лікарень пояснюється більшою складністю хвороб/потреб, а також більшою відстроченістю звернень.

5. Найкраще задовольняються візити з приводу лікування та профогляду. Низькі результати задоволення візитів з потреб диспансеризації та реабілітації.

Список літератури

1. Очерedyкo O.M. *Медико-соціальні основи збереження здоров'я сільських мешканців* // Автореф. до-ра. мед. наук. – К., 2002. – 32 с.
2. Парамонов З.М. *Про хід реформування охорони здоров'я Житомирської області* // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – №1. – С.37–39.

ОБЪЕМЫ И КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКИМ ЖИТЕЛЯМ ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ (НА ОСНОВЕ ВЫБОРОЧНОГО МНОГООРУПЕНЧАТОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

В.П. Клименюк (Житомир)

Изучены объемы и качество оказания лечебно-оздоровительной помощи сельскому населению Житомирской области на протяжении 2000–2007 гг. на основе многоступенчатой выборки, которая адекватно отображала разнообразие медико-социальных ситуаций. Установлены медико-организационные факторы, обуславливающие объемы обращаемости, оказания различных видов помощи, результативность обращений.

VOLUMES AND QUALITY OF RENDERING OF THE MEDICAL - IMPROVING CARE FOR RURAL INFABITANT OF ZHITOMIR REGION (BASED OF SELECTIVE MULTISTAGE SELECTIVE MULTISTAGE RESEARCH)

V.P. Klimenjuk (Vinnitsa)

Volumes and quality of rendering of the medical-improving help to rural population of Zhitomir region during 2000–2007 years are investigated, which based of selective multistage research. Research adequately a variety of medical-social situations is displayed. The medical-organizational factors causing volumes of references, rendering of various kinds of the care, productivity of references are established.

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

УДК 614.2.001.96

І.Б. МАРЦІНКОВСЬКИЙ

ВІЙСЬКОВІ МЕДИЧНІ ІНСТИТУЦІЇ В БІОГРАФІЇ І ТВОРЧОСТІ Т.ШЕВЧЕНКА

Лікарня Миколаївського морського торговельного порту.

В шевченкознавчій літературі неодноразово писалося про військових лікарів з оточення Т.Шевченка. В той же час військові медичні інституції, в яких працювали медики з оточення поета-художника та ті, що згадані в його творчому і епістолярному доробку до сьогодні не розглядалися.

Мета статті є подання переліку і короткої характеристики деяких військових медичних інституцій, з якими був пов'язаний Т.Шевченко або які були згадані ним у його творчості.

© Марцінковський І.Б., 2007

Т.Шевченко неодноразово був в Петербурзькій медико-хірургічній академії, знав багатьох її викладачів і студентів. В Петербурзькій медико-хірургічній академії він, навчаючись в Академії мистецтв, відвідував лекції та практичні заняття з анатомії, які читав професор І.Буяльський, зустрівся із студентами, написав для їхнього аматорського драматичного гуртка п'єсу "Назар Стодоля". Після повернення із заслання, як і колись в молоді роки, Т.Шевченко також відвідував вистави в Медико-хірургічній академії [4].

Петербургська медико-хірургічна академія створена 1798 році на базі медико-хірургічного

училища. В 1881 році Петербурзьку медико-хірургічну академію перейменовано у Військово-медичну академію. Академія зіграла видатну роль у розвитку медицини Російської імперії. Активним науковим і практичним лікарським життям жили викладачі академії в першій половині XIX ст. У 1806 році відкрита перша в академії (і в Росії) терапевтична клініка на 30 ліжок. Завідував нею І.Франк, за переконаннями сучасників, “самий авторитетний лікар Європи, ідол студентської молоді”. Професор ряду європейських університетів, лейб-медик Олександра I (у подальшому відмовився від подібної служби у Наполеона), І.Франк ввів викладання з демонстрацією хворих, що підбиралися в Обухівській лікарні і військових госпіталях, а також запровадив відвідування студентами клініки в якості практикантів. Із-за хвороби І.Франк рано вийшов у відставку та покинув Росію. Ф.Гейрот ввів диспут між студентами на задані конференцією академії теми. П.Чаруковський першим у Росії запровадив викладання перкусії і аускультатії, хоча був більше відомий сучасникам як противник непотрібних кровопускань (до нього на 500 хворих за рік у клініці використовували до 20 тис. п'явок). Активним прихильником клінічного викладання був відомий професор К.Зейдліц. За його участі в академії вперше було введено амбулаторний прийом хворих. В лютому 1840 року за клопотанням конференції академії імператор до Медико-хірургічної академії прикріпив другий військово-сухопутний госпіталь із правом управління ним президентом академії. Питання керівництва створюваних госпітальних клінік вирішувалося непросто. Міністр народної освіти граф С.Уваров був проти переходу в академію (перебувала у військовому відомстві) уже тоді відомого М.Пирогова. В свою чергу конференція академії була проти деяких іноземців, претендентів на професорські посади. Так у 1840 році імператор бажав щоб професор М.Мандт займався з 12 студентами 5 класу підбираючи для занять хворих із госпіталю. У порівнянні з М.Пироговим, якого все ж таки призначили в академію, вибір М.Мандта не був вдалим. Народившись у Пруссії в сім'ї хірурга, випускник Берлінського університету, учасник полярної експедиції в Гренландію і на Шпіцберген, ординарний професор хірургії Гейсфальдського університету, особистий лікар великої княгині Єлени Павлівни і лейб-медик Миколи I, при якому він дослужився до чину тайного радника з окладом 19 тис. руб. асигнаціями, М.Мандт професорські обов'язки, що виконувалися безплатно, вважав обтяжливими. До російських лікарів відносився погордливо, викладав німецькою, інколи латиною. В грудні 1849 року він поїхав за

кордон у відпустку і з поверненням лекції більше не читав. Тяжів до гомеопатії, проповідуючи “атомістичну систему” лікування, в ефективності якої так переконав Миколу I, що той зобов'язав військових лікарів навіть на смотрах носити сумки з “атомістичними порошками” для надання першої допомоги і які так критикували військові лікарі під час Кримської війни (1853-1856 рр.). Покинув Росію зразу ж після смерті Миколи I, в якій його звинуватили із-за ніби то неправильного лікування.

В академії вперше в історії вищої медичної школи для покращення всесторонньої і глибокої клінічної практичної підготовки студентів були засновані госпітальні хірургічна (1841) та терапевтична (1842) клініки (пізніше подібні клініки були організовані на медичних факультетах Московського, Харківського, Казанського, Дерптського університетів), що створило належні умови для глибокої і всесторонньої клінічної підготовки студентів, заснований перший у світі Інститут практичної анатомії (1846), директором якого був М.Пирогов. У 1842-1860 роках кафедрою фізіології завідував О.Мяновський – польський дворянин, товариш поета А.Міцкевича, що свого часу з відзнакою закінчив університет у Вільні. Кафедру він зайняв після дворічного наукового відрядження за кордон, де відвідував провідні клініки Європи. На посаді ординарного професора академії О.Мяновський за вісімнадцять років завідування кафедрою не написав жодної наукової праці. Тим не менше був дуже шанований студентами і колегами (особливо М.Пироговим, з яким дружив, не дивлячись на його важкий характер). Знайомі О.Мяновського відмічали його витончене виховання, м'який від природи характер, рідку за повнотою освіти, змістовність лекцій, що читав їх на чудовій латинській мові. Виконуючи обов'язки лейб-медика і маючи величезну лікарську практику, він велику увагу приділяв і своїм професорським обов'язкам. Госпіталь, в якому розміщувалася клініка, хоча й був крупнішим у Європі, але умови для занять у ньому студентів мав погані. Старший лікар (начальник) шпиталю П.Флоріо до обов'язків відносився халатно, забезпечення медикаментами, харчуванням та утримання хворих було нижче всякої критики. Тільки завдяки організаторському талану і енергії М.Пирогова та кропіткій роботі О.Мяновського умови в госпіталі для лікування хворих і навчання студентів були покращені. При О.Мяновському були введені чергування слухачів у клініці, курація хворих, яких вони відвідували вранці і ввечері, підготовка рефератів з описом “замечательных больных” та з детальним викладом своїх думок про причини і сутність

захворювання. В цей час випускників академії стали залишати на один рік при госпіталі для вдосконалення практичної підготовки. О.Мяновський багато робить для вдосконалення терапії хворих [1,3,5].

Військових медиків готували й медичні факультети університетів. Повертаючись із заслання Т.Шевченко зустрічався з медиками-викладачами Московського університету та лікарями, що закінчили цей вищий навчальний заклад. В повісті "Близнецы" читаємо про медичні факультети Дерптського, Харківського і Київського університетів [9.–Т.4.–С.10,60].

Перебуваючи на Кос-Аралі Т.Шевченко познайомився з військовим лікарем С.Кількевичем, з 1833 по 1839 роки вихованцем Віленської медико-хірургічної академії. Під враженням зустрічі, згадки про Віленські заворушення 1830-1831 років, отриманих новин про події у Європі поет-художник у грудні 1848 року пише вірш "У Вільні, городі преславнім". У вірші Медико-хірургічну академію гротескно названо "лазаретом" [9.–Т.2.–С.131]. Воно відповідало дійсності, бо в одному з корпусів університету справді був військовий лазарет, про що є документальне підтвердження про "перетворення клінік імператорського Віленського університету на військовий для хворих офіцерів госпіталь" [6]. Із закриттям Віленської медико-хірургічної академії, її матеріальну базу (анатомічні препарати, бібліотеку) було передано, а деяких викладачів переведено до відкритого у 1841 році медичного факультету Київського університету Св.Володимира.

Дерптська медико-хірургічна академія – вища цивільна медична навчальна інституція та науково-дослідницький заклад у Дерпті (німецька назва естонського міста Тарту, заснованого в XI ст. Ярославом Мудрим і названого Юр'євим). Як медичний навчальний заклад, що готував лікарів для армії, згаданий у повісті "Прогулка с удовольствием и не без морали" [9.–Т.4.–С.333]. У 1843 році з Дерптського (у Т.Шевченка Дорпат) до Київського університету перейшов учень М.Пирогова анатом і гістолог О.Вальтер (1818-1889) – спочатку на посаду ад'юнкта, а з 1846 року професора кафедри фізіологічної анатомії, один із засновників київського анатомічного театру [1,3].

Під час хвороби Т.Шевченка, після плавання Балтійським морем на військовому кораблі, друзі клопотали про його госпіталізацію у військовий шпиталь. Була оформлена відповідна просьба поета-художника до адміністрації військово-сухопутного госпіталю, а Р.Одоевський звернувся за допомогою у сприянні до В.Далля, який служив у П.Флоріо ординатором

[2.–С.186-187]. П.Флоріо в 30-х роках XIX ст. був старшим лікарем Петербурзького військово-сухопутного госпіталю на Виборзькій. Старший лікар відзначався, за визначенням М.Пирогова, низькою професійною підготовкою, а як адміністратор шахрайством, який махінаціями обкрадав поранених і хворих солдатів, а також грубим поведінням з колегами і пацієнтами. У "Щоденнику старого лікаря" М.Пирогов так описав госпіталь: "Старое здание госпиталя показалося мне целым городом; тут были и огромные каменные постройки, и деревянные дома, и домики, занимавшие целые улицы, и всё это было переполнено больными, фельдшерами, служителями; по коридорам каменных зданий из одного дома в другой шмыгал беспрестанно этот многочисленный персонал, носил, приносил, переносил, шумел, бранился" [7.–С.396]. Не кращим був і наступник П.Флоріо випускник медико-хірургічної академії (1818), військовий лікар, з 1840 року старший лікар військово-сухопутного госпіталю в Петербурзі, з 1844 року переведений на посаду головного лікаря військового госпіталю в Варшаву, статський радник Д.Лосієвський. Для госпітальних чиновників все залишилося як і при П.Флоріо. М.Пирогов писав: "Тряпки под припарки и компрессы переносились фельдшерами, без зазрения совести, от ран одного больного к другому. Лекарства, отпускавшиеся из госпитальной аптеки, были похожи на что угодно, только не на лекарства. Вместо хинина, например, сплошь да рядом отпускалась бычачья желчь, вместо рыбьего жира – какое-то иноземное масло. Хлеб и вся вообще провизия, отпускавшаяся на госпитальных, были ниже всякой критики. Воровство было не ночное, а дневное. Смотрители и комиссары проигрывали по несколько сот рублей в карты ежедневно. Мясной подрядчик, на виду у всех, развозил мясо по домам членов госпитальной конторы. Аптекарь продавал на сторону свои запасы уксуса, разных трав и т.п. В последнее время дошло и до того, что госпитальное начальство начало продавать подержанные и снятые с ран корпию, повязки, компрессы и проч., и для этой торговой операции складывало вонючие тряпки, снятые с ран, в особые камеры, расположенные возле палат с больными" [7.–С.431]. Интриган і шантажист отримавши відкоша змушений був залишити службу у столиці, та за допомогою протекції високопосадовців (головного військово-медичного інспектора, президента Петербурзької медико-хірургічної академії, барона Я.Вілліє та намісника Польщі І.Паскевича) переведений на високу посаду в варшавський госпіталь. В 1851 році за зловживання і крадіжки, якими ж повинні вони

були бути, що його посадили на гауптвахту і віддали під суд. Розжалуваний в ординатори Лосієвський закінчив життя в Києві, як чув М.Пирогов від запою [7.–С.434].

На засланні Т.Шевченко спілкувався з багатьма військовими лікарями, які працювали у військових госпіталях. Оренбурзький військовий госпіталь згаданий Т.Шевченком у повісті “Близнець” [9.–Т.4.–С.69,82,88]. Згідно тексту повісті цей госпіталь за тодішньою градацією відносився до третьокласного. Існувало шість класів госпіталів в залежності від числа ліжок. Переведення госпіталю в більш високий клас створювало кращі умови для забезпечення його табельним майном, транспортом і таке інше. Оренбурзький госпіталь знаходився в районі Старої Слободи. Згідно спогадів М.Лазаревського, по приїзді Т.Шевченка в Оренбург, йому пропонувалося, у зв'язку з лихоманкою, лягти для лікування у госпіталь [8.–С.185-186].

Як учасник Аральськом описової експедиції Т.Шевченко кілька разів побував в Раїмі і познайомився з старшими лікарями В.Беловим і С.Кількевичем та молодшим лікарем А.Лавровим. Раїмський військовий госпіталь, куди Т.Шевченко звертався як пацієнт, згаданий ним у повісті “Близнець” [9.–Т.4.–С.96,103]. Військовий півгоспіталь у Новопетровському укріпленні (на півострові Мангишлак), де поет-художник відбував заслання в останні роки, згаданий Т.Шевченком на сторінках “Щоденника” [9.–Т.5.–С.22,56,73,85]. Т.Шевченко був знайомий з старшим лікарем Новопетровського військового півгоспіталю С.Нікольським, О.Лебедєвим, наглядачем півгоспіталю М.Бажановим,

солдатом, пекарем, квасником і городником півгоспіталю українцем А.Обеременком. Із “Щоденникового” запису від 20 червня 1857 року довідуємося про витрати в Новопетровському військовому півгоспіталі для утримання хворих на: “... продовольствие, прибыло семнадцать жильцов. Следовательно, рубль семь гривен в продолжение суток в кармане, не считая отопления и освещения” [9.–Т.5.–С.22]. Астраханський військовий госпіталь згаданий Т.Шевченком у листі до Я.Кухаренка від 5 червня 1857 року [9.–Т.5.–С.340]. З листа можна зробити висновки, що поет-художник знав працівників госпіталю ще до свого приїзду в Астрахань. Севастопольський військовий госпіталь згаданий Т.Шевченком у повісті “Прогулка с удовольствием и не без морали”, як військовий лікувальний заклад під час Кримської війни (1853-1856 рр.) [9.–Т.4.–С.235]. У Севастопольському військовому госпіталі працювали надаючи медичну допомогу пораненим учасникам оборони Севастополя лікарі, що познайомилися з Т.Шевченком в Астрахані у 1857 році, коли він повертався із заслання [9.–Т.5.–С.97-98]. У повісті “Капитанша” згаданий Муромський військовий госпіталь. Із повісті можна довідатися, що хворих солдат цього госпіталю одягали в лазаретні халати і ковпаки [9.–Т.3.–С.334].

Отже, через своїх знайомих практикуючих і відставних військових лікарів Т.Шевченко знав структури як підготовки військових медичних кадрів, так і практичну діяльність медиків у військових госпіталях.

Література:

1. Верхратський С.А. Історія медицини. – К.: Вища школа, 1974. – 335 с.
2. Гаско Мечислав. Пошуки і знахідки: літературно-критичні статті. – К.: Радянський письменник, 1990. – С.186-187.
3. Голяченко О.М., Ганіткевич Я.В. Історія медицини. – Тернопіль: Лілея, 2004. – 246 с.
4. Івакін Ю.О. Коментар до “Кобзаря” Шевченка. Поезії 1847-1861 рр. – К.: Наукова думка, 1968. –С.265.
5. Івашкин В.Т., Положенцев С.Д., Ткаченко Е.И. К 150-летию со дня основания кафедры госпитальной терапии Военно-медицинской академии. // Клиническая медицина. –1991. –№5. –С. 123-125.
6. Непокупний Анатолій. Балтійські зорі Тараса. // У Вільні, городі преславнім... – К.: Дніпро, 1989. –С.322.
7. Пирогов Н.И. Севастопольские письма и воспоминания. –М.: Издательство Академии наук СРСР, 1950. –649 с.
8. Спогади про Тараса Шевченка. – К.: Дніпро, 1982. – 547 с.
9. Шевченко Тарас. Твори в п'яти томах. – К.: Дніпро, 1985. –Т.2.–301. –Т.3.–381 с. –Т.4.–389 с. –Т.5.–525 с.

ВОЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИНСТИТУЦИИ В БИОГРАФИИ И ТВОРЧЕСТВЕ Т.ШЕВЧЕНКО

И.Б. Марцинковский (Николаев)

В шевченковедческой литературе периода ссылки неоднократно писалось о военных врачах с окружения Т.Шевченко, но медицинские институции, в которых они работали, не рассматривались. В статье подан перечень и короткая характеристики некоторых военных медицинских институций, которые были связаны с Т.Шевченко или упомянуты в его творчестве.

MILITARY MEDICAL INSTITUTIONS IN THE BIOGRAPHY AND CREATIVE WORK OF T.G.SHEVCHENKO

I.B.Martsinkovsky (Mykolaiv)

Shevchenko studies of the exile period repeatedly mentioned military doctors from the circle of Taras Shevchenko, but medical institutions, in which they work, did not consider. The article gives a list and brief description of some medical institutions, which was connected with T. Shevchenko and mentioned in his works.

О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ (Київ)

СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ СПРАВОЮ В РОСІЙСЬКІЙ ІМПЕРІЇ НА ПОЧАТКУ ХХ СТОЛІТТЯ

(за даними правових документів)

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України.

У значної частини населення України, в тому числі у лікарів і дослідників, вихованих в умовах радянської влади під впливом тенденційної комуністичної ідеології та пропаганди, склалося уявлення про дореволюційну Росію як відсталу країну, соціально-економічний, політичний та культурний рівень якої зупинився десь поблизу феодального середньовіччя. Проте знайомство з архівними матеріалами, документами та літературою авторів різних поглядів дозволяє підійти до вивчення історії того періоду більш широко і неупереджено.

З метою вивчення фактичного стану і перспектив розвитку охорони здоров'я на початку ХХ ст. в Російській імперії, до складу якої входила більша частина України, і відновлення історичної правди ми проаналізували закони і підзаконні акти, які регламентували організацію та управління медичною справою у передреволюційний період.

Поширення соціально-медичних ідей у суспільстві ХІХ ст. не могло не впливати на погляди як широкої громадськості, так і провідних кіл держави. Великі громадсько-політичні, соціально-економічні та адміністративні реформи, які відбувалися в Російській імперії у другій половині ХІХ – на початку ХХ ст., торкнулись і галузі охорони здоров'я. У цій сфері вони йшли шляхом як удосконалення апарату державного управління, так і залучення громадськості і місцевого самоврядування – земського і міського – до вирішення проблем охорони здоров'я і медичної допомоги. Можливо, вони не були такими глибокими, як бажалося прогресивним діячам того часу, але не можна заперечувати зростаючу ролі держави і суспільства у цій справі.

Організація та управління медичною справою визначалися Лікарським статутом (Устав Врачебный, Свод законов, Т. III, Изд. 1905 г., продолж. 1906, 1908, 1909, 1910 гг.) [1].

Головне управління цивільними медичною і ветеринарною галузями належало Міністерству

внутрішніх справ, але в його складі було створено Медичну раду, яка стала найвищою лікарсько-вченою установою для розгляду питань охорони народного здоров'я, лікувальної справи та судово-медичної експертизи. Це був колегіальний орган, який складався з голови, обов'язкових і дорадчих членів і секретаря. Голова ради призначався з числа осіб, які мали вчений ступінь доктора медицини.

Попередньому розгляду Медичної ради належали всі заходи з питань охорони народного здоров'я та організації медичної справи, а також урядові розпорядження у лікарсько-санітарній галузі, які мали загальне значення. Вона давала висновки у лікарсько-санітарних справах, які вносилися різними відомствами, порушувала питання про загальні заходи, що торкались охорони народного здоров'я, про зміни і додатки до діючого законодавства.

Функції управління медичною і ветеринарною частиною Медична рада поділяла з Управлінням головного лікарського інспектора, Головним управлінням і Радою у справах місцевого господарства, Ветеринарним управлінням і Ветеринарним комітетом.

Управління головного лікарського інспектора було створено 22 березня 1904 р. на заміну колишнього Медичного департаменту і разом з Медичною радою відало науково-технічною частиною медико-санітарної справи. Господарські справи були доручені Раді і Головному управлінню у справах місцевого господарства [2].

Управління головного лікарського інспектора складалося з головного лікарського інспектора та його помічників, які призначалися з числа осіб, що мали вчений ступінь доктора медицини, а також із службовців канцелярії.

Головний лікарський інспектор за посадою був членом ради Міністра внутрішніх справ і Ради у справах місцевого господарства по загальному і спеціальному його "присутствіям" із земських і місцевих справ та у справах народного здоров'я і громадського опікування, а також обов'язковим членом Медичної ради і Військово-медич-

ного вченого комітету, тобто високим урядовцем загальнодержавного масштабу.

У межах прав, наданих Міністерству внутрішніх справ (МВС), він відав справами з управління науково-технічною частиною лікарсько-санітарної справи і наглядом за її організацією та станом, завідування заходами з охорони держави від заразних хвороб і управління особовим складом цивільної медичної частини. На нього покладалися:

1) справи з організації лікарської допомоги, яка надавалася населенню земськими і міськими закладами, і санітарних заходів, що здійснювалися цими закладами;

2) такі самі справи в місцевостях, де не було запроваджено Положення про земські установи або про управління земським господарством;

3) справи з організації та управління в лікарнях та інших лікувальних закладах і закладах громадського опікування, які безпосередньо підлягали МВС, а також нагляд за правильною організацією медичної частини в амбулаторіях, на курортах і в санаторіях;

4) загальний нагляд за виконанням діючих санітарних законів і правил;

5) нагляд за діяльністю установ і товариств, які мають науково-лікарські та санітарні цілі;

6) нагляд за діяльністю аптек, аптечних магазинів і складів, бактеріологічних та органотерапевтичних закладів і лабораторій;

7) нагляд за школами, які здійснюють підготовки нижчого медичного персоналу;

8) завідування статистичними роботами з медичної частини і санітарної справи та видання загального щорічного звіту з цих питань.

Для виконання господарських функцій у галузі охорони народного здоров'я у складі Головного управління у справах місцевого господарства було створено Відділ народного здоров'я і громадського опікування, а в Раді у справах місцевого господарства – спеціальне "присутствіє" у справах народного здоров'я і громадського опікування, яке складалося з керуючих Відділами народного здоров'я і громадського опікування та земського і міського господарства, головного лікарського інспектора, двох членів Медичної ради і двох членів від Міністерства фінансів [3].

В Російській імперії "єдиної медицини" і "єдиного медичного простору" в сучасному розумінні цих понять не існувало. В областях війська Донського, Кубанській та Терській, у Туркестанському генерал-губернаторстві, а також в землях інших козацьких військ управління медичною та ветеринарною частиною належало Військово-муністерству по лінії Головного військово-медичного (військово-санітарного) управління.

Придворна медична частина, лікарсько-санітарна частина на гірничих заводах і промислах, на Каспійсько-Волзьких рибних та тюленьчих промислах, на фабриках і заводах, а також на деяких курортах мінеральних вод були у підпорядкуванні відповідно Міністерств імператорського двору, торгівлі і промисловості, Військового, Головного управління землеустрою і землеробства. Ця розпорошеність частково компенсувалася складом Медичної ради, до якої входили головний лікарський інспектор, керуючий відділом народного здоров'я і громадського опікування, головний військово-медичний інспектор, головний медичний інспектор флоту, інспектор придворної медичної частини, інспектор з медичної частини закладів відомства імператриці Марії, директор Імператорського інституту експериментальної медицини, по одному представнику від відомства православного сповідання, міністерств фінансів, народної освіти, юстиції, шляхів, закордонних справ, торгівлі і промисловості, Головного управління землеустрою і землеробства, голова Ветеринарного комітету і начальник Ветеринарного управління [4].

Крім того, Медична рада обирала дорадчих членів з числа осіб, які відзначилися видатними заслугами в галузі науки, а голові ради при розгляді питань із спеціальних галузей лікарської справи було надано право запрошувати на засідання осіб, участь яких, на його думку, могла бути корисною. При розгляді питань у галузі фармації запрошувались два депутати, які обиралися на три роки Петербурзьким фармацевтичним товариством.

Таким чином забезпечувалася не тільки колегіальність у вирішенні спільних питань, а й урахування думок різних фахівців та інтересів різних відомств. Таку ситуацію можна розглядати, як перші кроки до таких прогресивних явищ, як об'єднання справи охорони здоров'я та медичної допомоги в одному відомстві і залучення громадськості до розв'язання медико-санітарних проблем.

Державне управління медичною частиною в губерніях здійснювали губернські правління. Для цього в їх складі було створено лікарські відділення (варіанти назви – лікарські управління, управи). Ці підрозділи склалися з губернського лікарського інспектора, його помічника, фармацевта і діловода. Як відділення губернського правління, вони були виконавцями розпоряджень губернаторів, віце-губернаторів та загальних "присутствій". Самостійні розпорядження губернського лікарського інспектора могли стосуватися випадків простого виконання. Як органи лікарського управління ці відділення були підпорядковані головному лікарському інспектору, але могли входити з

ним у безпосередні стосунки за обмеженим колом суто спеціально-наукових або технічних питань. Усі інші питання (кадрові, організаційні, господарські тощо) вирішувались губернським правлінням за підписом губернатора або віце-губернатора, які повинні були особисто або через членів опікувальних рад здійснювати нагляд за лікарнями та іншими лікарськими і опікувальними закладами, підпорядкованими земським і міським громадським установам та приказові громадського опікування [5].

Крім виконавчої та дорадчої функцій, закон надавав лікарським відділенням губернських правлінь як органам лікарсько-санітарного нагляду деякою мірою впливати на лікарсько-санітарну справу й окрім безпосереднього губернського керівництва. Вони зобов'язувалися наглядати за харчовими продуктами і чистотою, доповідати вищому медичному керівництву про неухвагу місцевої влади до цих проблем, а також про свої пропозиції місцевому начальству щодо вдосконалення судово-медичних та лікарсько-поліційних справ.

Губернський лікарський інспектор був обов'язковим членом загального губернського "присутствія" під головуванням губернатора і брав участь в його засіданнях, які стосувалися медичної справи.

Для розгляду і обговорення спеціальних наукових питань при лікарському відділенні існувало спеціальне дорадче "присутствіє" під головуванням губернського лікарського інспектора. На його засідання на розсуд губернатора можна було запросити не тільки членів відділення, а й сторонніх лікарів, відомих своїми знаннями й досвідом.

Незалежно від участі в роботі "присутствій" губернському лікарському інспектору було доручено здійснювати в губернії загальний нагляд за лікарськими справами, а також за їх проходженням у канцелярії губернського правління.

Міське лікарське управління в повітах і містах здійснювали повітові та міські лікарі. На них покладалась обов'язки з проведення заходів проти епідемічних захворювань, нагляду за доброякісністю харчових продуктів і чистотою, огляду мертвих тіл та інших судово-медичних обстежень [6].

Крім повітових лікарів, у повітах на державній службі були: повітові ветеринари або ветеринарні лікарі та їхні помічники або дільничні ветеринарні лікарі; повітові медичні і ветеринарні фельдшери, повивальні бабки або фельдшерки-акушерки; пунктові ветеринарні лікарі і ветеринарні фельдшери при них.

З метою опіки над народним здоров'ям, запобігання захворюванням населення і загибелі

худоби в повітах створювалися комітети громадського здоров'я, які, по суті, були органами санітарного нагляду. Цей обов'язок в губернії покладался на губернське правління. Головою такого комітету був повітовий маршалок ("предводитель дворянства"), а, там, де його не було, старший з начальників повітової або міської поліції. До їх складу входили представники місцевих управ, повітовий або міський лікар, представники міст і земств, а також запрошувались особи, які могли бути корисними спільній справі своїми знаннями і впливом [7].

Головним засобом досягнення мети, поставленої перед комітетами громадського здоров'я, вважалося поширення знань з охорони здоров'я і запобігання захворюванням, а також "напучування" людей з цих питань з боку найближчих до народу керівників. Такі настанови свідчать про розуміння значення санітарної просвіти і участі авторитетних представників громадськості у проведенні профілактичних заходів, збереженні і охороні здоров'я населення.

Подальшим розширенням прав і участі громадськості у розв'язанні проблем охорони здоров'я стало запровадження земського та міського самоврядування і передача йому функцій з організації та надання медичної допомоги і проведення санітарного нагляду. Їхня діяльність свідчила про успіхи земської медицини в організації медичної допомоги сільському населенню, проведенні санітарно-профілактичних заходів, поширенні та розвитку соціально-медичних ідей.

Доцільно розглянути досягнення об'єднання зусиль органів державного управління і місцевого самоврядування в організації таких галузей охорони здоров'я Росії на початку ХХ століття, як медична статистика, санітарний нагляд, боротьба з епідеміями, вдосконалення лікарняної допомоги, судова і фабрично-заводська медицина.

Керівництво статистичними роботами, які стосуються лікарської частини і санітарної справи, Положенням про Управління головного лікарського інспектора були покладені на нього із зобов'язанням видавати щорічний звіт про стан народного здоров'я і організацію лікарської допомоги в Російській імперії [8,15].

На губернські лікарські управління покладался "фізичний і топографічний опис усієї губернії" з увагою на все, що має стосунок до лікарської справи. Всі службовці в губернії та вільно практикуючі лікарі були зобов'язані надсилати до губернських лікарських управлінь відомості про своїх пацієнтів, а також про лікарські заклади всіх відомств.

У циркулярі Медичного департаменту від 30 вересня 1902 р. губернським лікарським управлінням пропонувалося складати звіти на друко-

ваних бланках за спеціальними зразками. Цифри про рух населення, тобто демографічні дані, рекомендувалося брати в місцевих статистичних комітетах або у звітах губернських правлінь. Зверталась увага на те, що під “хворими” слід розуміти кількість осіб, які перенесли хворобу, а не кількість відвідувань, як це “робиться в амбулаторних відомостях”. Тлумачилося поняття “число ліжок”, розрізнялися ліжка штатні і кошторисні.

Вагомий внесок у розвиток медичної статистики зробила земська медицина, зокрема санітарні бюро губернських земств. Аналіз використання методів демографічної та медичної статистики в дореволюційній Росії свідчить, що зусиллями державних і земських органів уже на початку ХХ століття були запроваджені основи системи медичної статистики, яка функціонує й нині.

На початку ХХ століття вважалося, що санітарного законодавства в сучасному значенні цього поняття в Російській імперії ще не було. Його заміняв **Статут медичної поліції**, який передбачав заходи для підтримки та охорони санітарного благоустрою, нагляду за виконанням діючих законів і правил, притягнення до відповідальності їх порушників. Цей статут охоплював загальносанітарні заходи, включаючи нагляд за устроєм та утриманням міст і сільських населених пунктів, будівництвом та утриманням житлових будинків, громадських будівель тощо, охорону чистоти повітря та ґрунту і джерел питної води, нагляд за торгівлею харчовими продуктами і напоями, а також небезпечними в санітарному відношенні товарами, за кладовищами і похороном померлих [9].

Особлива увага приділялася протиепідемічним заходам, зокрема щодо особливо небезпечних (віспа, чума, холера) та деяких соціальних хвороб, охороні кордонів від їх занесення.

Статутом про промисловість (Свод законів, Т. XI, Ч. 2, Изд. 1893 г., продолж. 1906, 1908, 1909, 1910 гг.) передбачались заходи щодо санітарної охорони населення від шкідливих впливів фабрик і заводів, а також охорона життя і здоров'я робітників промислових підприємств [10].

Органи санітарного нагляду у той час поділялися на дві групи. До першої належали вища центральна та губернська влада і колегіальні установи, а також земські збори та міські думи, а частково і їхні управи, які розробляли керівні вказівки з виконання законоположень про санітарні заходи, до другої – виконавчі органи, а саме: повітові, міські і поліцейні лікарі, дільничні санітарні “попечителі”, міські та земські санітарні лікарі, виконавчі комісії громадських установ і чини поліції. Проте, якщо міські та земські санітарні лікарі не були призначені дільничними санітарними “попечителями”, то вони не мали пра-

ва самостійно складати акти про санітарні порушення. Їм належало наглядати за виконанням виданих земствами та міськими управліннями обов'язкових постанов і користуватися правом порушувати судове переслідування винних у їх порушеннях.

Головними виконавцями діючих санітарних правил були чини міської та повітової поліції, на яких законом покладався як безпосередній нагляд за дотриманням чистоти в населених пунктах, усунення всього, що може шкідливо впливати на стан народного здоров'я, так і за виконанням обов'язкових санітарних постанов.

Згідно з циркуляром Міністерства внутрішніх справ по Головному управлінню у справах місцевого господарства від 6.04.1911 р. визнано, що одним з найдійовіших заходів щодо поліпшення незадовільного санітарного стану населених місцевостей є залучення самого населення до участі в охороні санітарного благоустрою і нагляді за виконанням санітарних правил. Воно знаходить своє вираження у створенні на місцях дільничних санітарних “попечительств”. У цьому циркулярі наводиться зразкове положення про організацію та порядок діяльності таких структур. За цим положенням вони мали підпорядковуватися міським управам у містах, повітовим земським управам в інших місцевостях, а також відповідним санітарним комісіям [11].

Дільничні санітарні “попечительства” мають складатися не менш ніж з трьох осіб: санітарного лікаря або іншого лікаря на міській чи земській службі і двох гласних (депутатів) міської думи або земських гласних з території дільниці. Крім цього, членами “попечительства” можуть бути всі лікарі, які мешкають на території дільниці, представники відомств та добродійних установ, інші особи обох статей, які користуються повагою та довірою населення.

За зразковим положенням дільничні санітарні “попечительства” мали:

- знайомитись із санітарним станом дільниць і причинами порушень санітарних правил;
- досліджувати всі умови, які можуть сприяти появі та поширенню епідемічних хвороб;
- вишукувати способи широкого ознайомлення населення з обов'язковими постановами в галузі санітарії і поширення серед нього гігієнічних знань;
- піклуватися про усунення шкідливих умов і здійснювати заходи, спрямовані на поліпшення санітарних умов житла та харчування незалежної частини населення;
- переконанням, нагадуванням і напосіданням спонукати домовласників, власників заводів і фабрик до свідомого виконання встановлених санітарних правил і обов'язкових постанов.

Нагляду та піклуванню санітарних “попечительств” підлягали:

- громадські, приватні та казенні споруди водопостачання, видалення бруду і покидьків;
- площі, вулиці, бульвари, парки, сади, сквери, кладовища та інші місця громадського користування;
- громадські будівлі та приватні будинки з садибами, а також казенні будівлі і будинки, якщо це дозволено існуючими законами;
- різні житлові приміщення, що мали громадський або промисловий характер;
- приватні квартири в межах нагляду за виконанням обов’язкових постанов про заходи боротьби із заразними хворобами;
- різні торговельні, промислові та інші громадські заклади, пов’язані із збереженням та продажем харчових продуктів;
- ремісничі та торговельно-промислові заклади, фабрики і заводи в межах прав, наданих обов’язковими постановами;
- джерела водопостачання, тобто річки, озера, колодязі та інші водойми;
- громадські засоби пересування і транспорту;
- санітарні умови життя та праці в ремісничих та промислових закладах.

Кожному члену санітарного “попечительства” надавалося право:

- брати участь у складанні протоколів про порушення санітарних правил;
- порушувати судове переслідування і звинувачувати перед судом порушників санітарних правил;
- здійснювати необхідні заходи з усунення порушень і стягувати з винних витрати на них.

Таким чином можна стверджувати, що поширення соціально-медичних ідей безсумнівно справило позитивний вплив на правову і організаційну будову санітарного нагляду як основи профілактики захворювань, сприяло створенню громадських санітарних органів, розширенню їхніх прав і обов’язків у забезпеченні санітарно-епідемічного благополуччя населення.

Лікарняна, тобто стаціонарна медична, допомога надавалась у лікарняних закладах, які за Лікарняним статутом поділялися на лікарні, які знаходилися під найвищою опікою, лікарні відомства Міністерства внутрішніх справ і лікарні військово-сухопутного, військово-морського та інших відомств.

На початку ХХ століття в Російській імперії зроблено спробу упорядкувати організацію та управління лікарняними закладами, тобто найскладнішою і найкоштовнішою формою медичної допомоги. У примітці 2 до статті 280 згаданого Лікарського статуту було зазначено, що міністрові

внутрішніх справ надано право поступово, за узгодженням з міністром фінансів, запровадити Статут лікувальних закладів відомства Міністерства внутрішніх справ. Цим статутом має визначатись устрій та управління державними (тобто підпорядкованими земствам, міським управлінням, приказом громадського опікування, установам, які замінюють останні, і радам громадського опікування Привіслинського краю) і приватними лікувальними закладами, а також встановлення такси за лікування в лікарнях і за похорон померлих у них осіб. Проте до початку Першої світової війни цей статут не було запроваджено [12].

У цей час лікарні різних відомств керувались у своїй діяльності відповідними положеннями, прикладом яких можуть служити “Правила про завідування лікарськими закладами, утримуваними за рахунок земських зборів, у губерніях, в яких запроваджено положення про управління земським господарством” (примітка 2 до статті 283 Лікарського статуту).

Цікаво, що для завідування такими лікарнями на 60 ліжок і більше обов’язково створювалися спеціальні правління, головою якого мав бути член губернської або обов’язковий член повітової управи у справах земського господарства, а членами – головний лікар і один або кілька лікарів закладу за визначенням губернського комітету, а також попечитель закладу, якщо такого буде призначено. Усі справи у правлінні вирішувалися колегіально з гарантією врахування думок його керівних членів (голови, головного лікаря, попечителя).

На правління лікувального закладу покладалося:

- складання кошторису витрат та його виконання;
- попередній розгляд проектів і планів як нового будівництва, так і змін в існуючих будівлях;
- загальний нагляд за господарською частиною закладу;
- щорічний звіт про господарську діяльність перед губернською управою;
- виконання інших обов’язків, що стосуються утримання закладу, доручених губернською управою.

Тогочасне законодавство регламентувало умови приймання хворих до лікарень громадського опікування. Справа полягала в тому, що при створенні земських і міських громадських управлінь прикази громадського опікування були ліквідовані і їхні функції перейшли до цих управлінь. Проте забезпечення населення лікарняною допомогою для земських та міських управлінь було лише їхнім правом, а не обов’язком. Вони були лише змушені не зменшувати розмірів переданих ним закладів.

Правила приймання хворих в лікарні громадського опікування, а також приймання цивільних хворих у лікарські заклади військового, морського та інших відомств визначалися розлогим додатком до статті 281 Лікарського статуту. Зокрема в розділі першому (відділення перше) було розписано порядок приймання заможних хворих і тих, хто користувався правом безоплатного лікування:

Плата за лікування хворих... стягається з розрахунку кількості днів, дійсно проведених на лікуванні у лікарні, але не менше п'яти.

В усі лікарні громадського опікування приймаються і лікуються в них безоплатно на правах незаможних:

- чиновники і канцелярські службовці, які одержують утримання не більш як 300 крб. на рік і не мають інших засобів до життя;
- відставні чиновники і канцелярські службовці, які одержують таку ж пенсію;
- відставні нижні службовці казенних відомств;
- будь-якого звання незаможні і бідні люди, які, "одержуючи незначне утримання від служби або своїх промислів і будучи обтяжені годуванням великої родини, заслуговують на особливу поблажливість та повагу до їхнього бідного становища".

За лікування незаможних хворих, які належать до міських і сільських громад, плата стягується з цих громад.

Хворі бідного стану, які мають право лікуватися в лікарні на правах незаможних, але не можуть скористатися ним, забезпечуються ліками безоплатно.

У лікарнях громадського опікування всі особи безоплатно лікуються від сифілісу.

У тих містах, де запроваджено спеціальні лікарняні збори, особи, які мають право на безоплатне лікування в міських лікарнях, зазначені в правилах про ці збори.

Сільські громади, в яких запроваджено Положення про порядок стягнення окладних зборів від 23 червня 1899 р., звільняються від плати за лікування своїх незаможних членів.

Для опікування і лікування божевільних (психічно хворих) призначалися спеціальні будинки, які в земських губерніях передавалися земствам, але міністрові внутрішніх справ надавалося право видавати їм допомогу на влаштування і упрядкування приміщень в них. До будинків для божевільних незаможні хворі приймалися безоплатно, а заможні – за помірну плату.

Існували спеціальні правила про створення і діяльність приватних лікарень. Вони регламентувалися "Нормальним статутом приватних лікувальних закладів" та "Інструкцією із застосуван-

ня тимчасових правил для створення приватних лікувальних закладів", затверджених міністром внутрішніх справ у 1903 р. В інструкції було зазначено, що плату за лікування та утримання стаціонарних хворих і проведення операцій пропонується встановлювати за взаємною домовленістю між засновником лікарні і хворим або особами, які влаштували його в лікарню. Плата з амбулаторних хворих має визначатись такою, розробленою засновником і затвердженою місцевим лікарським управлінням, яка обов'язково вивішувалась у приймальні на видному місці. Операції за життєвими показаннями мали робитися незалежно від угоди про оплату.

Таким чином уже тоді закладались основи державного контролю за наданням лікарської допомоги і соціальні підходи до плати за неї.

Особливою соціальною роллю медицини вважались **лікарські обстеження в карних і цивільних справах**. Тому законодавство намагалося ретельно і докладно обґрунтувати та описати права й обов'язки лікаря в галузі судової медицини, порядок і правила проведення та оформлення медичної експертизи і судово-медичних досліджень. За законодавством Російської імперії на початку XX століття функції судового лікаря виконували повітові та міські лікарні, і лише в разі їхньої відсутності або хвороби могли залучатися вільнопрактикуючі лікарі. Таким чином складається враження, що адміністративна і судово-медична робота становила основний зміст їхньої діяльності. Проте серед чисельних інструкцій і правил немає чітко визначених вимог до їхніх функціональних обов'язків у галузі судової медицини, а також про їхню підготовку і підвищення кваліфікації в цій спеціальності. При такому суміщенні посад і обов'язків важко судити про якість судово-медичної експертизи при вирішенні складних кримінальних справ [13].

Описуючи стан і розвиток санітарного нагляду, ми лише торкнулися проблем **санітарної охорони населення від шкідливих впливів фабрик і заводів**, а також **охорони життя і здоров'я промислових робітників**.

З цією метою законодавство передусім передбачало дозвіл влади на відкриття заводів, фабрик та інших промислових закладів (Свод законів. – Т. XII, Ч. 1. – Устав строительный/ Изд. 1900, продолж. 1906, 1908, 1910 г. – Ст. 164) [14].

Згідно зі Статутом про промисловість (ст. 70) у тих містах, де запроваджено Міське положення, міській управі надавалося право дозволяти влаштування промислових закладів, які через свою нешкідливість могли допускатись у населених місцевостях без перешкод. На влаштування заводів, фабрик, мануфактур у губернських і

повітових містах та їхніх округах належало одержати дозвіл у губернського начальства (ст. 69).

За умовами відкриття ці підприємства поділялися на два види. До першого з них належать ті, влаштування яких в містах та інших означених законом місцевостях взагалі заборонялося (наприклад, порохові заводи, капсульні підприємства, різниці тощо), а також підприємства, які псують повітря та воду, і тому їх заборонялося будувати в містах і вище міст за течією річок і потоків.

До другої групи належали підприємства, які хоч і утворювали сморід та бруд, але були не такими шкідливими, і тому могли бути дозволені до відкриття в містах при умові влаштування необхідних для знешкодження їхньої дії технічних пристосувань.

У Будівельному статуті і Статуті про промисловість перераховувалися підприємства зазначених груп та видів. У виданих документах регламентувалися умови роботи різних підприємств, правила очищення і спускання стічних вод.

Нагляд за виконанням законів і обов'язкових постанов про влаштування і утримання промислових підприємств покладался на органи загального санітарного нагляду – лікарські управління, міських, повітових лікарів, земські та міські органи нагляду. Протоколи про порушення встановленого порядку складались чинами місцевих поліційного та лікарського управління разом з губернським механіком, якщо він був у місці складання протоколу. Органом нагляду за виконанням вимог до охорони робітників під час проведення робіт була фабрична інспекція.

Покарання за порушення закону полягало в грошових штрафах і "знищенні підприємства за рахунок винного" або в закритті його з покладанням на нього збитків, причинених цим порушенням. Остаточне закриття підприємства було можливим лише за постановою суду, але право на тимчасове закриття надавалось і адміністративній владі.

Проблема охорони життя та здоров'я робітників промислових підприємств завжди мала

надзвичайно важливе соціальне значення, але в Російській імперії вона лише на початку ХХ століття набуває необхідного громадського звучання, державної уваги і правового забезпечення.

Статут про промисловість у виданні 1906 року обмежує максимальну тривалість робочого дня 11,5 годинами, а для тих, хто хоча б частково зайнятий у нічний час, – 10 годинами. Для гірничих робітників спускання в шахти і піднімання з них було визнано робочим часом.

За законом діти у віці до 12 років до роботи не допускались, а малолітні у віці від 12 до 15 років мали працювати не більш як вісім годин, при цьому не довше за чотири години підряд. Ця вікова категорія робітників не мала права працювати в нічний час (з 9-ї години вечора до 5-ї ранку). Був затверджений перелік робіт, до яких вони не допускалися через їх шкідливість або виснажливість. Підліткам від 15 до 17 років і всім особам жіночої статі теж заборонялась нічна робота.

Особливі урядові пояснення та розпорядження стосувалися гірничої промисловості, костопалень, мідних, свинцевих, ртутних, цинкових, цементних, хімічних заводів, сірникових фабрик та інших підприємств, де умови праці були особливо шкідливими.

Висновок

У медико-санітарному законодавстві Російської імперії на початку ХХ ст. спостерігався певний прогрес, який стосувався всіх галузей охорони здоров'я – управління медичною справою в центрі і на місцях, санітарної статистики, санітарного нагляду, організації лікарняної допомоги, охорони життя і здоров'я промислових робітників, а також санітарної охорони населення від шкідливих впливів фабрик і заводів, участі громадськості у розв'язанні проблем народного здоров'я. Передбачені заходи були результатом не тільки робітничого та революційного рухів, а й поширення і торжества науково обґрунтованих соціально-медичних ідей. На жаль, їх впровадженню в життя у повному обсязі перешкодила наступна Перша світова війна.

Список літератури:

1. Фрейберг Н.Г. Врачебно-санитарное законодательство в России: Указания и распоряжения правительства по гражданской медицинской, санитарной и фармацевтической частям, опубликованные по 1 января 1913 г. / 3-е изд., испр. и доп. – СПб.: Изд-во "Практическая медицина" (В.С.Эттингер), Ф.В. Эттингер, 1913. – С. 1–3.
2. Там само. – С.6-7
3. Там само. – С.10-11.
4. Там само. – С.3-4.
5. Там само. – С.16-19.
6. Там само. – С.52-53, 58-59.
7. Там само. – С.96-98.
8. Там само. – С.349-353.
9. Там само. – С.378-737.
10. Там само. – С.976-1028.

11. Там само. – С.378-379.
12. Там само. – С.738-740, 449-451, 769-784.
13. Там само. – С.803-861.
14. Там само. – С.976, 1009-1010.
15. Ціборовський О.М. Стан здоров'я населення земських та неземських губерній України за даними тогочасної медичної статистики. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – № 1. – С. 80–86.

СТАН ОРГАНІЗАЦІЙ ТА УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ СПРАВОЮ В РОСІЙСЬКІЙ ІМПЕРІЇ НА ПОЧАТКУ ХХ СТОЛІТТЯ (ЗА ДАНИМИ ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ)

О.М. Ціборовський (Київ)

У статті проаналізовано закони і підзаконні акти, які регламентували організацію та управління медичною справою в Російській імперії у передреволюційний період. Показано, що у медико-санітарному законодавстві на початку ХХ століття спостерігався певний прогрес, який стосувався всіх галузей охорони здоров'я. Зроблено висновок, що передбачені заходи були результатом не тільки робітничого та революційного рухів, а й поширення і торжества науково обґрунтованих соціально-медичних ідей. Їх впровадженню в життя у повному обсязі перешкодила наступна Перша світова війна.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ДЕЛОМ В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ В НАЧАЛЕ ХХ ВЕКА (ПО ДАННЫМ ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ).

О.М. Циборовский (Киев)

В статье проанализировано законы и подзаконные акты, которые регламентируют организацию и управление медицинским делом в Российской империи в предреволюционный период. Показано, что в медико-санитарном законодательстве в начале ХХ века наблюдался определенный прогресс, который касался всех отраслей здравоохранения. Сделан вывод, что предусмотренные мероприятия были результатом не только рабочего и революционного движений, а и распространения и торжества научно-обоснованных социально-медицинских идей. Их внедрению в жизнь в полном объеме помешала Первая мировая война.

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 візю 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 захищуються**;
- 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. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

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

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

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

- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та вроздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 12 грн 50 коп. Бажаючим його придбати потрібно звертатися за тел. (0352) 52-80-09.

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,
В.о. директора Українського інституту
громадського здоров'я,
доктор медичних наук, професор

Г.О. Слабкий

*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.

В.о. директора Українського інституту
громадського здоров'я,
д-р. мед. наук, проф.

Г.О. Слабкий

Адреса редакції

02099 м. Київ, вул. Волго-Донський провулок,3
телефон (044) 576-41-19, 576-41-09, E-mail: health@uiiph.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 16.11.2007. Формат 60x84/8. Папір офсетний.
Друк офсетний. Ум. друк. арк 18,83. Обл.-вид. арк. 18,27. Наклад 300. Зам. № 161.