

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*

4

---

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

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

Київ – Тернопіль  
“Укрмедкнига”

2007

Свідоцтво про державну реєстрацію серія KB № 374 від 23.03.99

---

## **РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ**

---

Головний редактор **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.Єлагін  
(Київ), М.П.Захараш (Київ), А.П.Кртиш (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 00.00.2007 р.)

**Передплатний індекс – 22867**

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

*Л.А.Чепелевська, Г.І.Баторшина, О.В.Любінець.* Регіональні особливості смертності населення України за основними причинами смерті в динаміці за 10 років (1995–2004 рр.).

*А.В.Іпатов, О.В.Сергієні, Г.І.Тітов, Т.Г.Войтчак, Н.О.Гондуленко.* Первинна інвалідність військовослужбовців СБУ та аналіз факторів, що сприяють її формуванню.

*В.І.Клименко.* Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна державна проблема.

*Л.А.Устінова.* Деякі аспекти інфекційної захворюваності військовослужбовців в умовах переходу до комплектування ЗС України військовослужбовцями контрактної служби.

*В.М.Єнікеєва.* Оцінка жінками Рівненської області доступності та якості медичної допомоги.

**Медичне право**

*О.О.Дудіна, Г.О.Слабкий, Р.О.Моїсеєнко, В.Б.Педан, Н.Я.Жилка, Г.О.Бринь, С.І.Осташко.* Ситуаційний аналіз стану охорони здоров'я дітей та підлітків в Україні. Частина 1. Аналіз нормативно-правової бази, стратегій та ініціатив, які забезпечують політику здоров'я дітей і підлітків.

*С.В.Істомін.* Щодо правових наслідків отримання від пацієнта оплати за медичну допомогу працівниками закладів охорони здоров'я.

**Методологічні підходи в системі охорони здоров'я**

*Р.Й.Василишин.* Створення і впровадження класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій у систему охорони здоров'я України – нагальна проблема сьогодення.

**Організація медичної допомоги**

*Н.Я.Жилка.* Деякі аспекти реформування служби охорони репродуктивного здоров'я в Україні.

*Г.О.Слабкий, О.В.Горбенко.* Обґрунтування засад екстреної контрацепції.

*О.М.Очередько, В.П.Клименюк.* Вивчення задоволеності сільських мешканців зверненнями по медичну допомогу.

**Health and society**

*L.A.Chepelevskaya, G.I.Batorshina, O.V.Lubynets.* Regional features of mortality of Ukrainian population on principal causes of death in dynamics for 10 years (1995–2004).

*A.V.Ipatov, O.V.Sergieni, G.I.Titov, T.G.Voytchak, N.O.Gondulenko.* Primary disability of USS military men and the analysis of the factors promoting its forming.

*V.I.Klimenko.* Diseases of cardiovascular system as a medic-social state problem.

*L.A.Ustinova.* Some aspects of infectious morbidity of military men at transition to acquisition of armed forces of Ukraine by military men of contract service.

*V.M.Enikeeva.* Estimation women of the Rovno area of availability and quality of medical aid.

**Medical right**

*O.O.Dudina, G.O.Slabky, R.O.Moiseenko, V.B.Pedan, N.Ya.Zhylka, G.O.Bryn, S.I.Ostashko.* Situational analysis of the state of health care of children and teenagers in Ukraine. Part 1. The analysis of normal basic, strategies and initials which provide politics of health of children and teenagers.

*S.V.Istomin.* According to the question about consequences of receiving from patients the pay for medical aid by workers of health care establishments.

**Methodological approaches in Public Health System**

*R.I.Vasilishin.* Creation and introduction of the branch qualifier of medical procedures (services) and surgical operations in system of public health services – the actual problem today.

**Organization of medical care provision**

*N.Ja.Zhilka.* Some aspects of reforming of reproductive health protection service in Ukraine.

*G.O.Slabky, O.V.Gorbenko.* Substantiation of application of emergency contraception.

*O.M.Ochered'ko, V.P.Klimenyuk.* The study of referrals to medical care by rural population.

5

12

18

22

27

32

40

46

50

58

65

*О.Г.Вуїв.* Проблеми використання ліжкового фонду стаціонарних лікувально-профілактичних закладів України на сучасному етапі (огляд наукової літератури).

*А.В.Іпатов, О.В.Сергієні, Г.І.Тітов.* Обґрунтування системних заходів з профілактики інвалідизуючих захворювань у військовослужбовців.

*В.І. Берзін, В.П. Стельмахівська.* Проблема вивчення фізичного розвитку дітей та підлітків у гігієнічних дослідженнях

### Медична освіта

*Н.Г.Гойда, Л.Ф.Матюха, М.В.Олійник.* Європейська освітня концепція загальної практики/сімейної медицини (аналітичний огляд літератури).

*Г.О.Слабкий, В.Г.Панченко.* Удосконалення підготовки в інтернатурі сімейних лікарів до надання медичної допомоги з попередження передачі ВІЛ від матері до дитини.

### Історія медицини

*О.М.Ціборовський.* Фабрично-заводська і страхова медицина як форми громадської медицини в Україні і Росії.

*І.Б.Марцінковський.* Ретроспективна диференціальна діагностика випадків захворювань тифами у Т.Шевченка.

### Ювілеї

*Я. Ганіткевич.* Ціборовський Олег Михайлович (до 75-річчя від дня народження).

*O.G.Vuiv.* Problems of hospital beds usage in treatment-and-prophylactic establishments of Ukraine at the present stage (review of the scientific literature).

*A.B.Ipatov, E.V.Sergieni, G.I.Titov.* System actions justification for prophylaxis of disabling diseases for military men.

*V.I. Berzin V.P. Stelmakhivska.* Problems of the study of the physical development children and adolescents in hygienic studies

### Medical education

*N.G.Goyda, L.F.Matiukha, M.V.Oliynyk.* European educative conception of general practice/family medicine.

*G.O.Slabky, V.G.Panchenko.* Improvement training for internship of family doctors to rendering medical aid in prophylaxis of parcel HIV from mother to child.

### 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.

### Lubiles

*Ya. Hanitkevych.* O.M. Tsiborovsky.

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

## РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА ОСНОВНИМИ ПРИЧИНАМИ СМЕРТІ В ДИНАМІЦІ ЗА 10 РОКІВ (1995–2004 РР.)

Український інститут громадського здоров'я

Нинішня структура причин смерті населення України поєднує у собі елементи традиційної і сучасної структур патології, в якій високий рівень смертності від ендогенних захворювань (хвороб системи кровообігу і новоутворень) межує з не менш значущою смертністю від екзогенних причин (нешасних випадків, отруєнь і травм, інфекційних хвороб, захворювань органів дихання та органів травлення) [4]. В середньому до 85% усіх смертних випадків в Україні припадає на три основні класи причин смерті: хвороби системи кровообігу, зовнішні причини смерті і новоутворення [1–3;5–7].

**Мета дослідження** – виявлення регіональних особливостей смертності населення України за основними причинами смерті.

Головною причиною смерті населення України є хвороби системи кровообігу. В 2004 р. в Україні через ці захворювання загинуло 998,4 на 100 тис. населення. По регіонах найвищий показник спостерігався в Північно-Східному – 1248,0, в Центральному – 1162,2, Південно-Східному – 1023,3, Південному – 877,9 та Західному – 846,1 на 100 тис. населення (рис. 1).

Рівні смертності від хвороб органів кровообігу в період зниження загальної смертності в 1996–1998 рр. не змінювались з такою ж закономірністю. В цілому по Україні зниження було лише в 1998 р. на 2,0%, така ж

залежність спостерігалась у Центральному та Західному регіонах: зниження лише в 1998 р. (відповідно на 2,4 і 2,7%). У Південно-Східному та Північно-Східному регіонах зниження рівня смертності від хвороб органів кровообігу зафіксовано в 1996 р. та в 1998 р. (відповідно на 1,9 і 2,5%). І лише в Південному регіоні воно реєструвалося протягом 1996–1998 рр. та становило 3,91%. Зокрема, в цьому та ще в Південно-Східному регіоні зниження смертності спостерігалось в 2001 р. (відповідно на 1,0 і 2,3%).

Взагалі рівень смертності населення від хвороб органів кровообігу за минуле 10-річчя збільшився у всіх регіонах, і це збільшення складало 14,2% по Україні, 25,7% – у Західному регіоні і від 11,1 до 14,9% – в інших регіонах.

В окремих областях це збільшення було більш значимим: 47,9% – у Закарпатській, 30,2% – у Волинській, 42,5% – у Рівненській, 35,5% – у Харківській, 25,8% – у Луганській.

Смертність чоловіків від хвороб системи кровообігу менша, ніж жінок, у 2004 р. на 7,9%. Серед регіонів найбільший її рівень спостерігався в Північно-Східному (1149,0 проти 954,3 в цілому по Україні), далі – в Центральному (1057,3) та в Південно-Східному (1012,3) регіонах. У Південному та Західному регіонах цей коефіцієнт майже на 25% нижчий – відповідно 902,8 та 797,2 на 100 тис. населення (рис. 2).

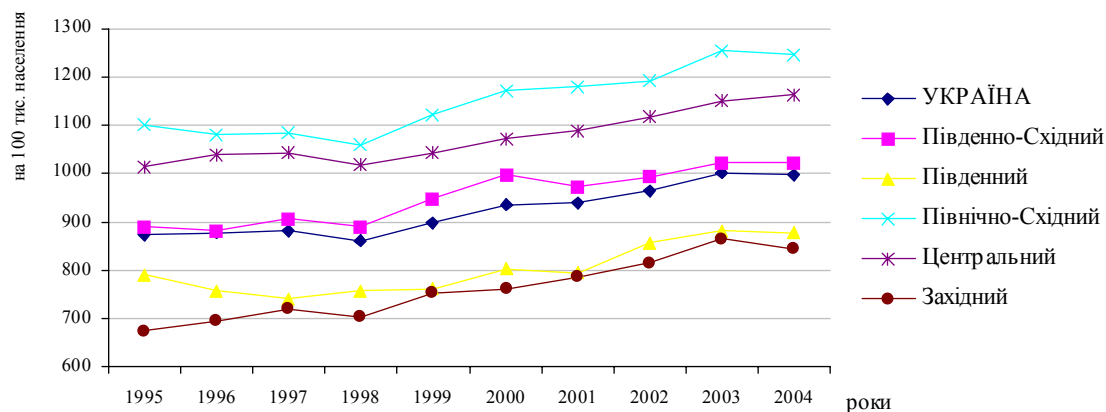


Рис. 1. Динаміка смертності населення від хвороб системи кровообігу по регіонах за 1995–2004 рр.

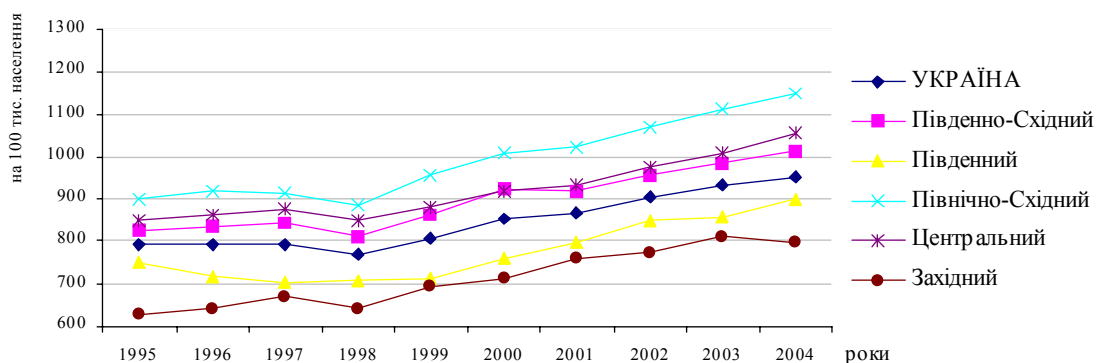


Рис. 2. Динаміка смертності чоловіків від хвороб системи кровообігу по регіонах України за 1995–2004 рр.

Динаміка смертності цієї категорії населення від цієї причини смерті така, що в жодному регіоні не зареєстровано зниження смертності за три роки підряд – з 1996 по 1998 рр. По Україні в цілому та в усіх регіонах, крім Південного, зниження смертності зафіксовано лише в 1998 р.: в Україні – на 3,5%, у Західному регіоні – на 4,4%, у решті регіонів – від 3,4% у Північно-Східному до 3,9% – у Південно-Східному регіонах.

Починаючи з 1998 р. темпи збільшення смертності чоловіків від хвороб системи кровообігу зросли на 24,4% по Україні, на 29,9% – у Північно-Східному, 28,6% – у Південному, близько 25% – в інших регіонах. В окремих областях темп зростання був значно більший. За 10 років (1995–2004) у Житомирській області він досяг 42,9%, у Закарпатській – 42,5%, Рівненській 39,7%, Кіровоградській – 35,6%, Харківській – 32,1%, Херсонській – 31,0% і лише в м. Києві зафіксовано зниження на 3,9%.

Смертність жінок від хвороб системи кровообігу в Україні вища за чоловічу на 8,6%, ця закономірність відслідковується по всіх регіонах, за винятком Південного, де вона менша на 3,2%. За минуле десятиріччя смертність жінок від цієї причини смерті знижувалась чотири рази – в 1996 р., 1998 р., 2001 р., 2004 р. – від менше одного відсотка до 2,1%. Однак у регіонах картина була більш виразною – до 3,7% у Південно-Східному в 2001 р., до 5,7% у Південному в 1997 р. (рис. 3). В областях картина більш різноманітна: збільшення смертності за 10-річчя відбулося в Закарпатській області – на 53,3%, у Рівненській – на 45,0%, у Волинській – на 39,2%, у Харківській – на 38,1%, у Сумській – на 27,4%. Водночас у деяких областях зафіксовано зниження цього коефіцієнта: у Запорізькій – на 16,3%, у Миколаївській – на 10,8%, у Хмельницькій – на 7,1%, у Донецькій – на 3,6%, Вінницькій – на 2,0%.

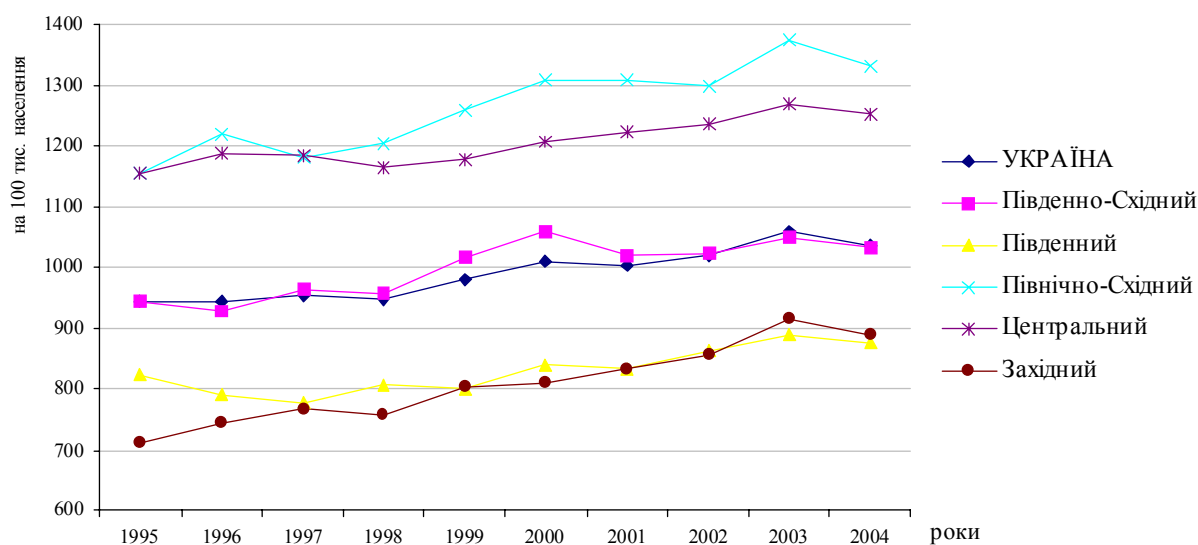


Рис. 3. Динаміка смертності жінок від хвороб системи кровообігу по регіонах України за 1995–2004 рр.

Смертність населення України від новоутворень за минуле 10-річчя коливалась у незначних межах і до 2004 р. знизилась на 2,4%. По регіонах – від 1,2% у Південному до 10,2% у Північно-Східному, і лише в Західному регіоні рівень смертності збільшився на 5,2% (рис. 4). Рівні смертності були найвищими в Південно-Східному регіоні (212,6 на 100 тис. населення) та Південному (212,0) і перевищували такі у Північно-Східному на

6,2%, Центральному на 9,8%, Західному – на 30,5%. По областях коливання були значніші збільшення досягло 22,3% у м. Севастополі, 20,8% – у Закарпатській області, 13,6% – у Чернівецькій, 8,4% – у Львівській, 6,0% – у м. Києві. Зменшення рівня смертності зафіксовано в Миколаївській (на 16,9%), Чернігівській (на 15,6%), Черкаській (на 13,4%), Харківській (на 9,2%), Полтавській (на 8,2%) областях.

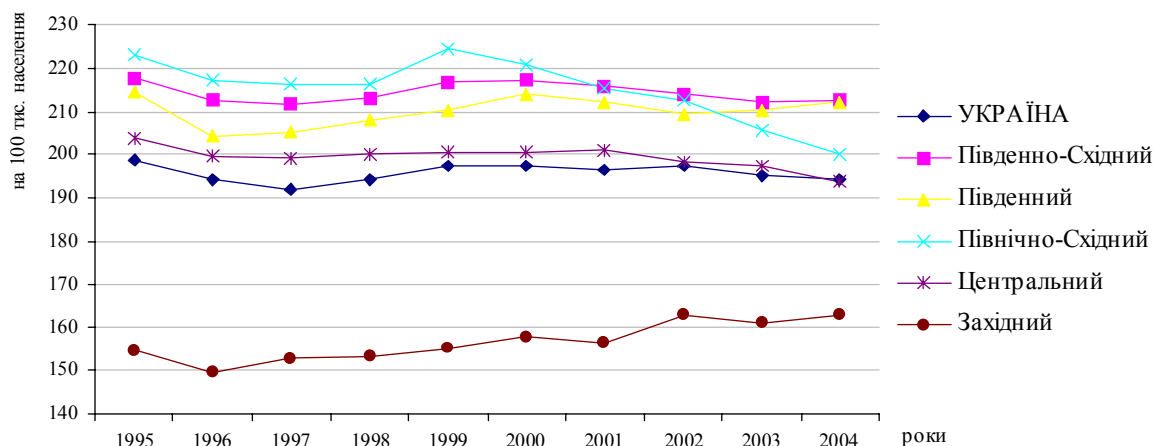


Рис. 4. Динаміка смертності населення від новоутворень по регіонах України за 1995–2004 рр.

Смертність чоловіків від новоутворень майже в 1,5 разу перевищує смертність жінок: досягла в 2004 р. рівня 236,1 на 100 тис. відповідного населення і була найвищою в

Південно-Східному (259,4), Північно-Східному (251,2) та в Південному (250,1) регіонах. У Центральному (246,6) та Західному (200,3) регіонах цей рівень трохи нижчий (рис. 5).

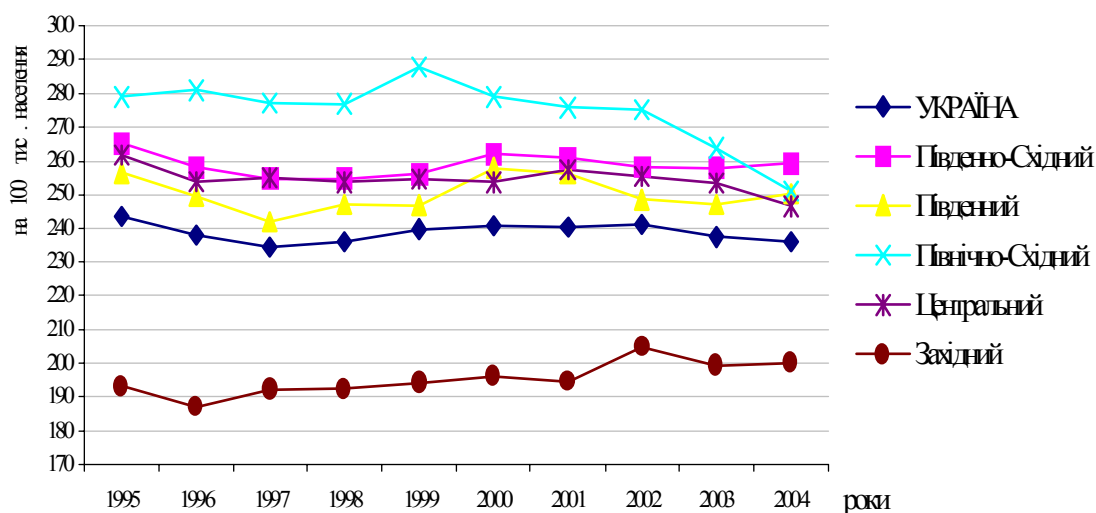


Рис. 5. Динаміка смертності чоловіків від новоутворень по регіонах України за 1995–2004 рр.

У динаміці за 10 років коливання цього коефіцієнта по Україні були незначними від – 2,1% до +1,5%. Середньорічні темпи змін коефіцієнта смертності в регіонах коливались від – 0,2% до – 1,1% і лише в Західному регіоні темп змін був позитивним (+0,4%).

Більш різноманітна картина спостерігається по окремих областях. За 10-річчя (1995–2004) в 16 областях зареєстровано зниження цього показника, найбільш суттєво в Миколаївській (на 19,4%), Черкаській (на 15,3%), Чернігівській (на 13,9%), Харківській (на 9,0%) та Сумській

(на 9,0%). В 11 областях спостерігалось зростання цього показника, найбільше – в Закарпатській (на 19,0%), Чернівецькій (на 9,3%), Львівській (на 6,7%), а в містах Києві та Севастополі (на 5,5 і 24,5% відповідно).

Смертність жінок від новоутворень в Україні на 33,1% нижча, ніж чоловіків. За 10-річчя вона знизилась на 1,4% і по регіонах була

найвищою в Південному, становила 179,1 на 100 тис. населення, що на 13,4% вище, ніж в цілому по Україні, та на 38,2%, ніж у Західному регіоні (рис. 6). У Південному регіоні зниження рівня смертності на 7,1% відбулося в 1996 р., на 1,6% – в 2000 р. та на 0,9% – в 2001 р. В інші роки аналізованого періоду відбувалося підвищення цього коефіцієнта.

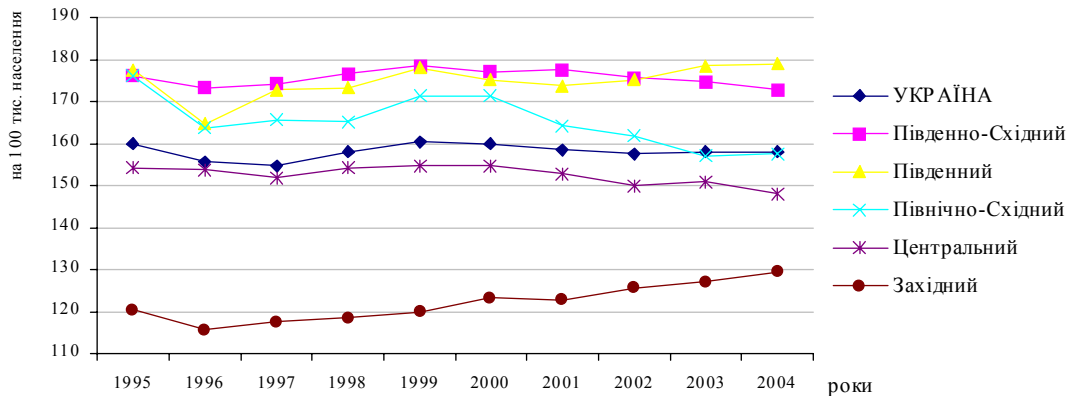


Рис. 6. Динаміка смертності жінок від новоутворень по регіонах України за 1995–2004 рр.

Найбільш значне зниження смертності від новоутворень серед жінок спостерігалось в Північно-Східному регіоні – на 10,7%. В Західному регіоні зафіксовано його збільшення на 7,5%.

По областях України збільшення на 23,8% спостерігалось у Закарпатській, на 19,6% – у Чернівецькій області та на 20,2% у м. Севастополь. Навпаки, зниження смертності відбулося в Миколаївській (на 12,7%), Чернігівській (на 18,5%) та Полтавській (на 10,5%) областях.

Найбільш позитивною була динаміка смертності від хвороб органів дихання: за 10

років зниження на 33% в цілому по Україні та від 19% в Північно-Східному до 37,6% в Західному регіонах (рис. 7). У період 1996–1998 рр. зниження смертності зареєстровано в Південно-Східному (на 23,6%) та Південному (на 26,9%) регіонах; 2001–2004 рр. – у Південно-Східному (на 27,6%), Північно-Східному (на 22,6%) та Центральному (на 16,6%) регіонах. Це зниження було значнішим у таких областях, як Херсонська (на 68,1%), Чернівецька (на 65,4%), Закарпатська (на 61,5%), Кіровоградська (на 56,9%), Вінницька (на 54,6%). Однак у Волинській області спостерігалось збільшення цього показника на 12,3%.

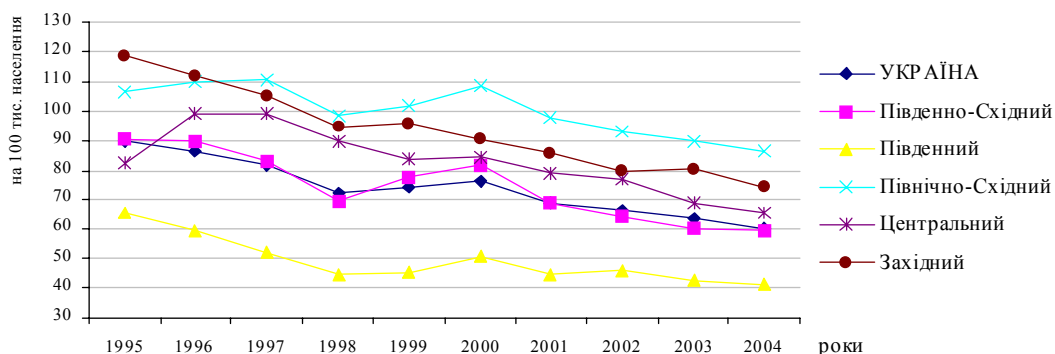


Рис. 7. Динаміка смертності населення від хвороб органів дихання по регіонах України за 1995–2004 рр.

Смертність чоловіків від хвороб органів дихання перевищувала жіночу в 3,1 разу і становила в 2004 р. 94,4 на 100 тис. населення. Найвищою вона була в Північно-Східному регіоні – 131,9, найнижчою – в Південному – 66,7 (рис. 8).

За аналізоване 10-річчя вона знизилась на 22,4% в цілому по Україні та від 31,6% у Південному регіоні до 6,3% у Північно-Східному.

У Південно-Східному та Південному регіонах зниження реєструвалося в 1996–



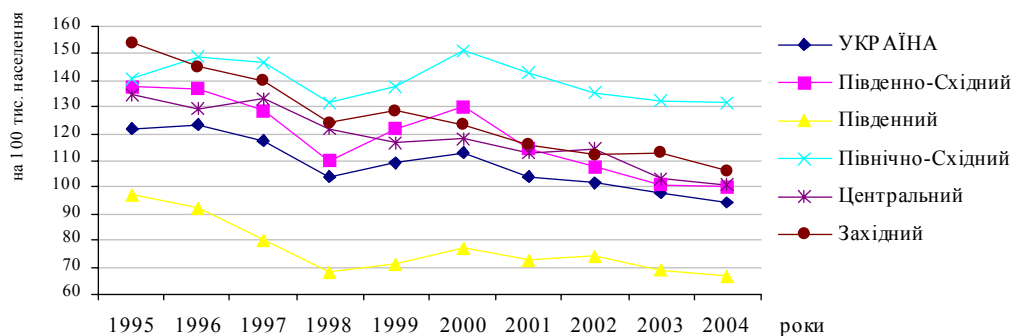


Рис. 8. Динаміка смертності чоловіків від хвороб органів дихання по регіонах України за 1995–2004 рр.

1998 рр. відповідно на 20,1 і 29,1%, а в 2001–2004 рр. відповідно на 22,5 та 13,3%.

В областях найбільш значного зниження досягнуто в Херсонській (на 64,0%), Чернівецькій (на 59,9%), Закарпатській (на 57,2%), Вінницькій (на 47,6%) та Кіровоградській (на 43,3%) областях.

Смертність жінок від хвороб органів дихання в Україні знизилась за 10-річчя на 46,3%, а в Центральному регіоні – на 51,6%, у Південно-Східному – на 50,3% (рис. 9). Водночас у

Центральному та Західному регіонах зниження рівня смертності зафіксовано кожного року і становило відповідно 51,6 та 47,9%. В інших регіонах підйом рівня смертності спостерігався в 1999 та 2000 рр. В областях темп зниження рівня смертності досягав 77,5% у Кіровоградській, 77,1% – у Херсонській, 74,0% – у Чернівецькій 70,2% – у Житомирській, 68,1% – у Закарпатській області і коливався від 9,5 у Херсонській до 91,3 на 100 тис. населення у Волинській області.

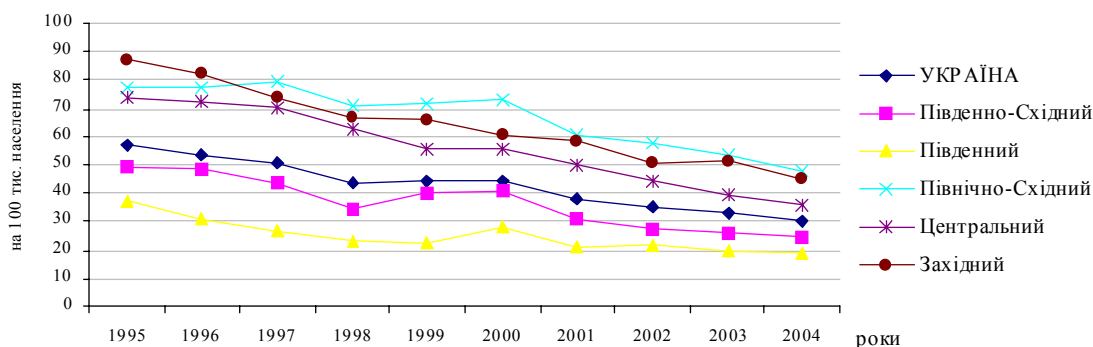


Рис. 9. Динаміка смертності жінок від хвороб органів дихання по регіонах України за 1995–2004 рр.

Смертність населення України від нещасних випадків, травм та отруєнь має тенденцію до зниження (за 10 років) на 6,4%. Однак за цей період було декілька підйомів та спадів: у 1996–1998 рр. та у 2003–2004 рр. був спад, а в 1999–2002 рр. був підйом (рис. 10). Серед регіонів найвищий рівень спостерігався в Північно-Східному (186,7) та Південно-Східному (178,0) регіонах, а найвищий темп приросту – в Центральному (на 7,1%), Західному (на 6,4%) та Північно-Східному (на 6,3%) регіонах. Зниження рівня смертності зареєстровано в усіх регіонах в 1997–1998 рр., а в чотирьох, крім Південно-Східного, і в 1996 р., темпи зниження були найбільшими в Південному регіоні (22,2%) і термін зниження протягнувся до 1999 р., однак підйом був найбільш значним на 19,1% з 2000 р. до 2002 р.

По адміністративних територіях зниження рівня смертності за 10-річчя найбільш значне у м. Києві – на 37,7%, м. Севастополі – на 29,4%, в АРК – на 20,3%, Харківській – на 16,9%, Дніпропетровській – на 14,8% та Донецькій – на 14,7% областях. Водночас збільшився рівень смертності в Житомирській (26,6%), Волинській (18,6%), Івано-Франківській (16,9%), Львівській (16,6%) областях.

Смертність чоловіків від нещасних випадків, травм та отруєнь в Україні в 4,3 рази вища за жіночу і становила в 2004 р. 256,2 на 100 тис. населення. Найвищий рівень смертності зафіксовано в Північно-Східному (326,9) та в Південно-Східному (302,6) регіоні, що на 27,6 і 18,1% вище за середній по Україні і майже вдвічі за рівень Західного регіону (рис. 11).

Коливання цього коефіцієнта за 10-річчя проявилися у зниженні смертності в 1996–1998 рр. в усіх регіонах – найбільше в Південному (21,8%) та Південно-Східному (14,2%) – у підйомі в 1999–2002 рр. та

повторному, але вже значно меншому зниженні в 2003–2004 рр. – на 5,0%. В цілому збільшення відбулося в Північно-Східному (5,7%), Центральному (8,2%) та Західному (9,3%) регіонах.

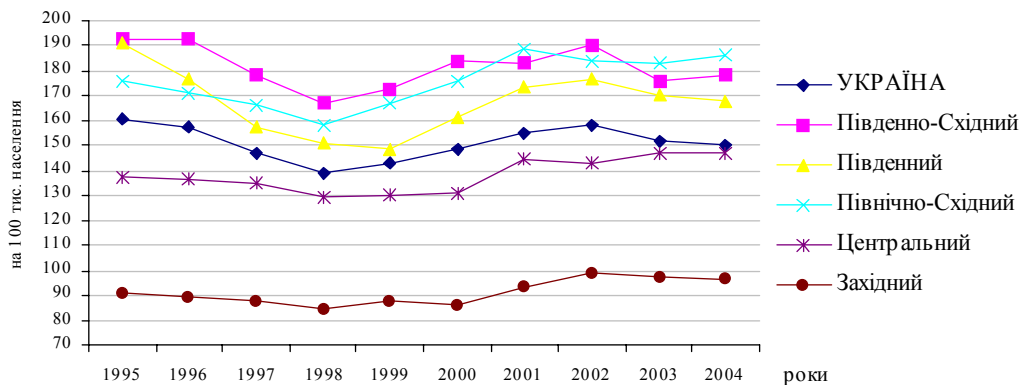


Рис. 10. Динаміка смертності населення від нещасних випадків, травм та отруєнь по регіонах України за 1995–2004 рр.

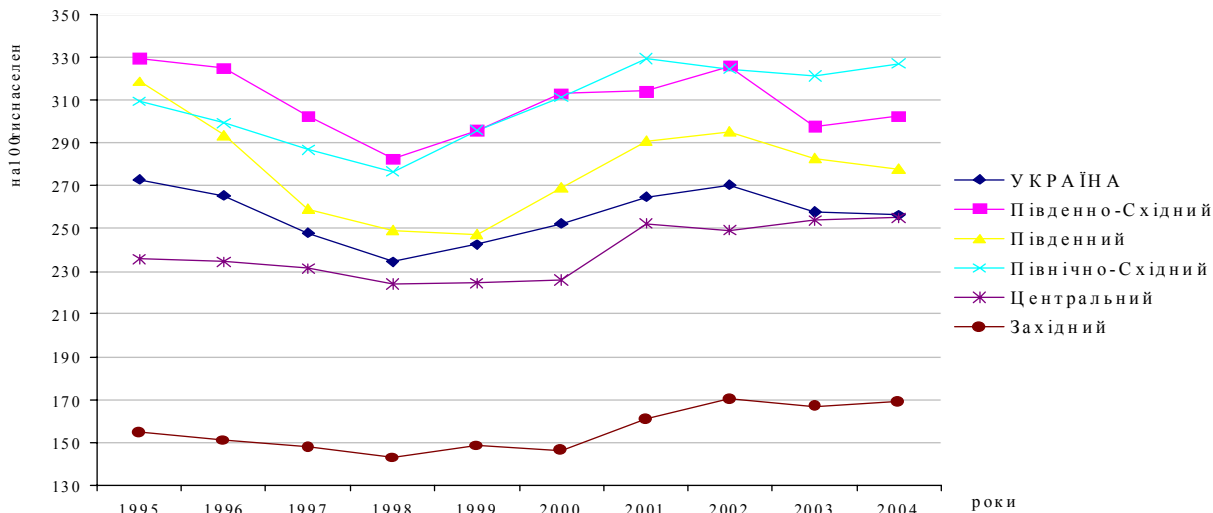


Рис. 11. Динаміка смертності чоловіків від нещасних випадків, травм та отруєнь по регіонах України за 1995–2004 рр.

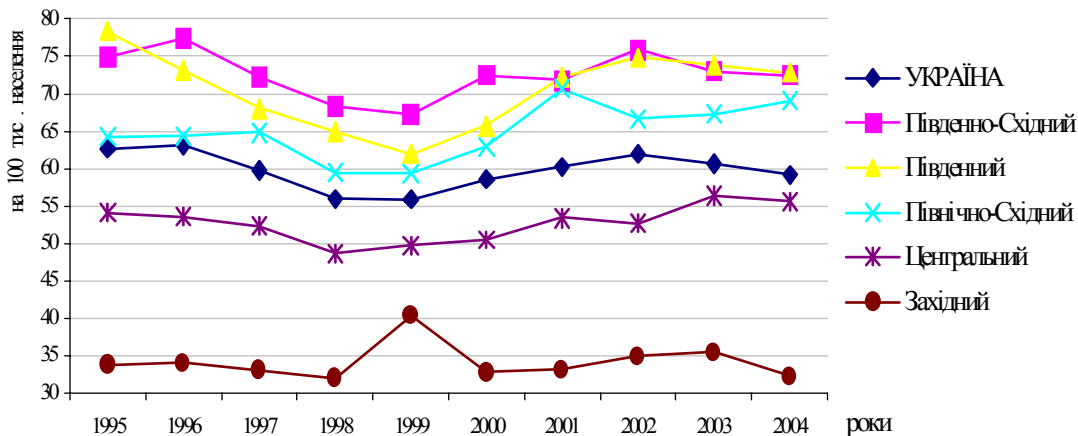
В окремих адміністративних територіях України смертність чоловіків від травматизму значно зменшилась у містах Києві (на 37,4%) і Севастополі (на 29,3%), АРК (на 19,1%), Харківській (на 15,7%), Дніпропетровській (на 15,6%) та Донецькій (14,3%) областях. У деяких областях переважно Північно-Східного та Західного регіону відбулося доволі значне збільшення цього показника: у Львівській – на 21,8%, Волинській – на 21,7%, Житомирській – на 17,7%, Івано-Франківській – на 17,2%, Черкаській – на 15,4%.

Рівень смертності жінок від травматизму значно нижчий, ніж чоловіків, однак тенденції схожі. Найвищі рівні спостерігаються в Південно-Східному (72,5 на 100 тис. населення) та Південному (72,8) регіонах, що на 22,4% та 23,1% більше, ніж в цілому по

Україні, та в 2,3 разу більше, ніж у Західному регіоні (рис. 12).

У динаміці за 1995–2004 рр. рівень смертності жінок знизився на 5,6% в цілому по Україні, а в Південному регіоні – на 7,0%, Західному – на 4,7%, Південно-Східному – на 3,2%. У Північно-Східному та Західному регіонах цей показник збільшився відповідно на 7,6 і 2,8%.

Серед цього контингенту зниження рівня смертності в другій половині 1990-х років було зсунуто на один рік і відбулося з 1997 по 1999 рік – в цілому по Україні на 6,5%, у Південному регіоні – на 20,9%, у Південно-Східному – на 13,0%. У Центральному регіоні зниження рівня смертності серед жінок також відбувалося протягом трьох років, але в 1996–1998 рр. – на 10,0%, у Північно-Східному та Західному –



протягом двох років у 1998–1999 рр. та 1997–1998 рр. відповідно на 8,4 і 5,9%. Наприкінці 10-річчя знову зафіксовано зниження рівня смертності в 2003–2004 рр. на 4,0% по Україні, а також на 4,5% – у Південно-Східному і на 2,7% – у Південному регіонах.

В окремих адміністративних територіях динаміка за 10-річчя спостерігалась як позитивна, так і негативна. Знизився рівень смертності на 36,7% в м. Києві, на 34,5% – у Тернопільській області, на 24,2% – у м. Севастополі, на 20,6% – в АРК, на 20,0% – у Харківській області. Навпаки, відбулося збільшення цього показника на 25,6% у Кіровоградській, на 17,8% – у Івано-Франківській, на 16,8% – у Житомирській, на 11,1% – у Луганській, на 10,1% – у Полтавській областях.

#### Висновки

1. Смертність від хвороб системи кровообігу збільшилась у цілому по Україні на 14,2%, особливо в Західному регіоні (на 25,7%) і в його областях – Закарпатській (на 47,9%), Рівненській (на 42,5%), крім того, в Харківській області (35,5%) Південно-Східного регіону. Така ж тенденція спостерігалась серед чоловіків, темпи приросту смертності яких найбільші в Житомирській, Закарпатській, Рівненській та Харківській областях.

2. Смертність від новоутворень знизилась в цілому по Україні на 2,4%, у тому числі і в регіонах, за винятком Західного, де відбулося збільшення її на 5,2%, а також у м. Севастополі – на 22,3% і в Закарпатській області – на 20,8%. Смертність чоловіків перевищувала жіночу в 1,5 разу і коливалась по областях незначно. Смертність жінок у Закарпатській та

Чернівецькій областях зросла відповідно на 23,8 і 19,6%, а в м. Севастополі – на 20,2%.

3. Смертність від хвороб органів дихання знизилась за 10-річчя в цілому по Україні на 33,0 і від 19,0% у Північно-Східному до 37,6% у Західному регіонах. Смертність чоловіків перевищувала жіночу в 3,1 разу і найвищий її рівень зафіксовано в Північно-Східному регіоні, а найбільше знизилась у Південно-Східному, а по областях – у Херсонській (на 64,0%), Чернівецькій (на 60%), Закарпатській (на 57,2%). Смертність жінок в областях знизилась більше: на 77,5% – у Кіровоградській, 77,1% – у Херсонській, 74,0% – у Чернівецькій, 70,2% – у Житомирській області.

4. Смертність від нещасних випадків, травм та отруень в Україні знизилась на 6,4%, це відбулось переважно в Південно-Східному та Південному регіонах, в інших зареєстровано зростання на 6,0–7,0%. По адміністративних територіях зниження рівня смертності було значним у м. Києві – на 37,7%, у м. Севастополі – на 29,4%, в АР Крим – на 20,3%, а в Житомирській, Волинській, Івано-Франківській областях цей рівень зріс на 26,6–16,9%. Смертність чоловіків у 4,3 разу вища за жіночу, а в Північно-Східному регіоні – в 4,7 разу, має тенденцію до зниження, в цілому по Україні на 6,1%. По окремих адміністративних територіях зменшення було значним: у м. Києві – на 37,4%, м. Севастополі – на 29,3%, АРК – на 19,1%, Харківській, Дніпропетровській та Донецькій областях від 15,7 до 14,3%. У тих самих регіонах знизилась смертність жінок на 36,7% у м. Києві, на 34,5% – у Тернопільській області, – на 24,2% у м. Севастополі, на 20,6% – в АР Крим.

#### Список літератури

1. Агарков В.И., Повышева О.А., Грищенко С.В. Смертность населения и её детерминанты в условиях Донбасса. – Донецк: Донецкий гос. мед. ун-т, 1999. – 146 с.
2. Демографічні перспективи України до 2026 року / В. Стешенко, О. Рудницький, О. Хомра, А. Стефановський. – К.: Ін-т економіки, 1999. – 60 с.

3. Демографічна криза в Україні: Проблеми дослідження, витоки, складові, напрямки протидії / За ред. В. Стешенко. – К.: Ін-т економіки НАН України, 2001. – 560 с.
4. Дмитриев В.И., Соломонов А.Д., Балыгин М.М. Изучение множественных причин смерти – важный шаг к пониманию современного состояния смертности населения // Здравоохранение Российской Федерации. – М.: Медицина, 2006. – № 2. – С.17–21.
5. Жиль Пизон. Все страны мира (2003) // Население и общество, Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. – Август 2003. – № 74. – 8 с.
6. Населення України. 2004. Демографічний щорічник. – К.: Держкомстат України, 2005. – 408 с.
7. Atlas of health in Europe. – WHO/EURO, 2003. – 112 p.

### **РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ ПО ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ СМЕРТИ В ДИНАМИКЕ ЗА 10 ЛЕТ (1995–2004 ГГ.)**

*Л.А. Чепелевская, А.И. Баторшина, О.В. Любинец (Киев)*

Изучены региональные особенности смертности населения Украины по полу, а также от болезней системы кровообращения, новообразований, болезней органов дыхания, травматизма в динамике за 10 лет (1995–2004 гг.). Выделены наиболее проблемные регионы по высоким коэффициентам смертности.

### **REGIONAL FEATURES OF MORTALITY OF UKRAINIAN POPULATION ON PRINCIPAL CAUSES OF DEATH IN DYNAMICS FOR 10 YEARS (1995–2004)**

*L.A. Chepelevskaya, A.I. Batorshina, O.V. Luby nets (Kiev)*

Regional features of mortality of the population of Ukraine on a sex, and also from diseases of blood circulation system, neoplasm, illnesses of bodies of breath, a traumatism, in dynamics for 10 years (1995–2004) are investigated. The most problem regions on high mortality rate coefficients are allocated.

УДК 616-036.86-057.36

**А.В. ПАТОВ, О.В. СЕРГІЄНІ, Г.І. ТІТОВ, Т.Г. ВОЙТЧАК, Н.О. ГОНДУЛЕНКО**  
(Дніпропетровськ)

## **ПЕРВИННА ІНВАЛІДНІСТЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СБУ ТА АНАЛІЗ ФАКТОРІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ ЇЇ ФОРМУВАННЮ**

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Одним з найактуальніших напрямів наукових досліджень з питань соціальної медицини та охорони здоров'я є вивчення стану здоров'я та умов його формування в окремих статево-вікових, територіальних, професійних і соціальних групах населення. Кінцеві показники здоров'я (рівень захворюваності, смертності, інвалідизації населення) входять до числа об'єктивно необхідних економічних елементів, що забезпечують життєдіяльність сучасного цивілізованого суспільства.

Інвалідність є медичною, соціальною, економічною, демографічною і правовою проблемою; вона є індикатором не тільки стану здоров'я нації та рівня соціально-економічного розвитку країни, але й соціальної політики держави та уряду: прийняття документів про пільги інвалідам стимулює її зростання. У зв'язку з цим динаміка інвалідності обумовлена багатьма чинниками.

До них належать: стан навколишнього середовища (екологія); рівень економічного і соціального розвитку регіону; демографічна ситуація, характер професійної праці, а також показники захворюваності; діяльність органів охорони здоров'я: доступність, обсяг, якість медичної допомоги [1].

За 2001–2005 рр. у структурі первинної інвалідності дорослого населення України абсолютна кількість та питома вага інвалідності військовослужбовців (ВС) знижується і становить 4,2–2,6% [5–7]. Але дані про їх соціальний розподіл та нозологічну структуру первинної інвалідності ВС відсутні.

В доступній літературі ми не зустріли публікацій щодо первинної інвалідності ВС Служби безпеки України (СБУ), а зустрічаються лише поодинокі роботи, в яких висвітлюється стан здоров'я військовослужбовців [3;4].

**Метою роботи** був системний аналіз первинної інвалідності ВС СБУ: розподіл її за

класами хвороб та соціальними причинами, а також за факторами, що сприяли інвалідизації контингенту відповідно до X Міжнародної класифікації хвороб (2001) та Інструкції про встановлення груп інвалідності (2004) щодо оцінки обмежень життєдіяльності.

Матеріали та методи. Протягом 2003–2005 рр. на базі Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності (УкрДержНДІМСПІ) проводилося дослідження з вивчення первинної інвалідності населення у працездатному віці та ВС СБУ при їх звільненні.

Матеріалами статті був аналіз 407 випадків визначення первинної інвалідності ВС СБУ в обласних МСЕК України у 2004–2005 рр. за даними медико-експертних справ та спеціально зібраної інформації з 22 обласних центрів медико-соціальної експертизи, що складає генеральну сукупність. Матеріалами дослідження слугували також нормативні документи з питань інвалідності, статистична звітність медико-соціальних експертних комісій, 264 спеціально складені карти вивчення причин первинної інвалідності з експертною оцінкою видів та ступеня обмеження життєдіяльності з сучасних позицій та їх бальної оцінки. Дослідження проводилось з використанням соціально-гігієнічних методів: монографічного, документального обліку, методу експертних оцінок, математичної статистики.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Серед 407 випадків первинної інвалідності ВС СБУ, які працюють в особливих умовах, був виявлений такий їх розподіл за класами хвороб, що інвалідизують хворого, за МКХ-10:

I – хвороби системи кровообігу – 57,49+2,45% (J00-J99)

II – новоутворення – 9,83+1,48% (C00-D48)

III – травми, отруєння – 6,80+1,25% (S00-T98)

IV – хвороби органів травлення – 6,63+1,23% (K00-K93)

V – хвороби кістково-м'язової системи – 5,41+1,12% (M00-M99)

VI – хвороби нервової системи – 5,16+1,1% (G00-G99)

Далі слідує хвороби ендокринної, сечостатевої системи та психічні розлади (E00-E90, 1,97+0,69%; N00-N99, 1,72+0,64%; F00-F99, 1,47+0,60%); менш ніж 1% становлять хвороби ока та придатків, інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби органів дихання.

Серед захворювань серцево-судинної системи перше рангове місце посіли гіпертонічна хвороба та симптоматична

артеріальна гіпертензія (J10-J13 за МКХ-10), що складають 46,15+3,26%, друге – ішемічна хвороба серця (J20-J25) – 34,62+3,11%, третє – цереброваскулярні захворювання (J60-J69) – 17,09+2,46%, що суттєво відрізняється від структури інвалідності внаслідок захворювань серцево-судинної системи у населення працездатного віку. Так, ВС СБУ виходять на інвалідність у випадках неускладненої гіпертонічної хвороби внаслідок певних обмежень життєдіяльності стосовно здатності до трудової діяльності, тоді як особи працездатного віку найчастіше стають інвалідами при розвитку ускладнень з боку органів-мішеней.

У наданій сукупності вперше визнаних інвалідами переважали особи чоловічої статі – чоловіків було 90,66+1,44%, жінок – 9,34+1,44%.

За важкістю інвалідності первинні інваліди у 64,6+2,37% були віднесені до III групи, 30,22+2,28% – до II та 5,16+1,10% – до I групи. Порівняно з розподілом первинної інвалідності осіб працездатного віку за групами (відповідно III група – 54,5%, II – 38,9%, I – 6,6%) у ВС СБУ значно переважає в її структурі питома вага III за рахунок II групи при майже повній відповідності питомої ваги I групи. Водночас аналіз розподілу по групах в окремих класах хвороб свідчить про більш тяжку первинну інвалідність внаслідок новоутворень (I група становила 37,5+7,65%, II – 55,0+7,87%). Третя група визначена уперше лише у 7,5+4,16% інвалідів при онкопатології проти 64,6+2,37% в усьому контингенті працездатного віку. Звертає на себе увагу також значна питома вага інвалідності II групи при інфекційних та паразитарних хворобах. Такий стан обумовлений медичними факторами та значною важкістю патології при даних хворобах і може свідчити про дещо запізню їх діагностику, незважаючи на проведення щорічної диспансеризації контингенту з обов'язковим рентгенобстеженням.

З іншого боку, визначення уперше переважно III групи свідчить про наявність професійних протипоказань у інвалідів з числа ВС СБУ при інвалідності внаслідок захворювань органів дихання, хвороб ендокринної, кістково-м'язової, сечостатевої, нервової системи; ока та придатків, органів травлення.

При формулюванні причини інвалідності у ВС СБУ, окрім нозологічної форми та класу захворювання, важливу роль відіграє соціальна причина, яка визначається медико-соціальними експертними комісіями водночас

з групою інвалідності. Введення терміну «соціальна» підкреслює соціальну значущість причини інвалідності: розмір пенсії та види пільг визначаються залежно від причини інвалідності, а деякі вчені виділяють взагалі «цивільні» та «військові» її причини [8].

Встановлення причинного зв'язку захворювань (поранень) у ВС СБУ визначають військово-лікарські комісії (ВЛК) Військово-медичного управління (ВМУ) СБУ різних рівнів відповідно до положень наказу Голови СБУ від 03.02.2003 р. № 40 „Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд в органах та військах СБУ”. Якщо особа, яка звільнена з органів СБУ за станом здоров'я, має висновок ВЛК, затверджений Центральною ВЛК (ЦВЛК) про причинний зв'язок захворювання (поранення, травми, контузії, каліцтва), то при встановленні первинної інвалідності питання про її причину МСЕК визначає відповідно до формулювання ВЛК. Змінювати формулювання цих висновків МСЕК не правомірно.

При визначенні первинної інвалідності ВС СБУ МСЕК необхідно обов'язково враховувати формулювання постанови про причинний зв'язок захворювання (поранення, травми, контузії, каліцтва) у свідоцтві про хворобу, затвердженому у ЦВЛК та виходити з позицій одержання соціальних виплат та пільг при визнанні особи інвалідом. Більш суттєве значення мають причини, при яких поранення (захворювання, травма, контузія, каліцтво) отримані при виконанні обов'язків військової служби або отримані під час проходження військової служби.

Так, при аналізі випадків первинної інвалідності у ВС СБУ нами були констатовані такі її причини:

- інвалідність настала від захворювань, отриманих у період проходження військової служби – 65,79+5,7%;

- інвалідність настала від захворювань, травм, отриманих при виконанні обов'язків військової служби – 18,80+2,55%;

- інвалідність настала від захворювань, отриманих при виконанні обов'язків військової служби з ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС – 11,97+2,1%. У поодиноких випадках визначалися інші причини.

Характеризуючи умови праці як сукупність чинників виробничого середовища та трудового процесу, що чинять вплив на здоров'я та працездатність людини, основними шкідливими виробничими факторами у ВС СБУ слід визначити

інтелектуальні, сенсорно-психологічні, емоційні та фізичні навантаження, особливості організації режиму та умов праці, що може привести до порушення і зриву адаптаційних механізмів.

При визначенні впливу чинників виробничої діяльності на первинну інвалідність ВС СБУ встановлено, що умови їх службової діяльності характеризуються значною тривалістю робочого дня, наявністю стресових ситуацій, обумовлених необхідністю розв'язання більшості відповідальних задач при дефіциті часу, ризиком для життя та здоров'я при виконанні оперативної роботи; працею у нічний час, поза приміщенням із значними коливаннями температури та впливом різноманітних метеорологічних та кліматичних факторів; значною напруженістю роботи протягом усього робочого дня.

Первинна інвалідність ВС СБУ встановлюється найчастіше у віковій групі 50–59 років – 58,0% та 40–49 років – 30,0%; у віці 30–39 років вона становить лише 7,1% та 20–29 років – 1,2%.

Для порівняння з віковим складом вперше визнаних інвалідами по всьому населенню вікова група від 40 до 55 років жінки та до 60 років чоловіки (працездатне населення) становили 56,3% проти 87,9% у ВС; до 39 років – відповідно 23,3 проти 8,4% та група жінок старших за 55 років і чоловіків старших за 60 років – 20,4% проти 3,7% у ВС. Таким чином, серед ВС молоді особи до 39-річного віку стають інвалідами досить рідко та це пояснюється проведенням ретельного відбору за станом здоров'я цього контингенту; після 40 років кількість первинних інвалідів збільшується, досягає максимуму у віці 50–54 роки, значно перевищуючи ці показники порівняно з показниками усього населення.

Відповідно настання первинної інвалідності характерно для військовослужбовців зі стажем роботи більше 20 років.

При проведенні аналізу тривалості захворювання перед визначенням інвалідності з'ясовано, що вона становила період до 1 року у 10,04+1,90%; від 1 до 2 років – у 6,83+1,60%; від 3 до 4 років – у 16,87+2,37%; від 5 до 9 років – у 28,11+2,85%; від 10 до 14 років – у 22,49+2,65%; 15 і більше років – у 15,66+2,30% осіб. Тривалість захворювання до визначення інвалідності внаслідок хвороб нервової системи, системи кровообігу переважно становить від 5 до 15 років; внаслідок хвороб кістково-м'язової системи – від 10 до 15 і більше років. Водночас хворі оформляли інвалідність протягом першого року захворювання при

новоутвореннях у більшості випадків; при наслідках травм – у термін від 1 до 4 років з моменту її перенесення.

Аналіз частоти оглядів та якості диспансерного нагляду показав, що контингент у цілому за рік до настання інвалідності в 96,67+1,24% спостерігався від 1 до 4 разів на рік по захворюванню, яке стало причиною інвалідизації. Однак при хворобах системи кровообігу в 81,38+3,23%, нервової системи – в 72,73+13,43%, кістково-м'язової системи – в 81,25+9,76%, травмах – в 80,0+8,94%, новоутвореннях – в 95,24+4,65% хворі були на прийомі у лікаря за межами проведення диспансерного нагляду лише 1–2 рази на рік, що недостатньо.

Необхідно врахувати при аналізі інвалідності, що протягом останніх років змінилися критерії визначення інвалідності відповідно до уведеної нормативної бази. Так, щодо визначення інвалідності в Законі (Закон) про реабілітацію інвалідів в Україні (2005) деякі терміни використовуються в дещо уточненій редакції:

– інвалід – особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності, викликає в особи потребу в соціальній допомозі і посиленому соціальному захисті, а також виконанні з боку держави відповідних заходів для забезпечення її законодавчо визначених прав;

– інвалідність – міра втрати здоров'я та обмеження життєдіяльності, що перешкоджає або позбавляє конкретну особу здатності чи можливості здійснювати діяльність у спосіб та в межах, що вважаються для особи нормальними залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів;

– обмеження життєдіяльності – повна або часткова втрата особою внаслідок захворювання, травми або вроджених вад здатності або можливості самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, орієнтації, контролювання своєї поведінки.

Інвалідність ВС визначалася нами відповідно до Інструкції про встановлення груп інвалідності, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 07.04.2004 р. № 183 із змінами від 23.11.2004. № 565; але у теперішній час вона потребує деяких змін відповідно до статті 7 Закону, повністю присвяченої питанням медико-соціальної експертизи щодо визначення ступеня обмеження життєдіяльності.

В Інструкції наведено більш детальне формулювання обмеження життєдіяльності як неможливості виконувати повсякденну діяльність способом та в обсязі, звичайних для людини, що створює перешкоди у соціальному середовищі, ставить її в незручне становище порівняно зі здоровими і проявляється частковою або повною втратою здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, навчання, контролю за поведінкою, а також значним обмеженням обсягу трудової діяльності, зниженням кваліфікації і призводить до соціальної дезадаптації. Визначені категорії (критерії) життєдіяльності – це здатність до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності, в які внесено такий зміст.

Здатність до пересування – можливість ефективно пересуватися у своєму оточенні (ходити, бігати, долати перепони, користуватися особистим та громадським транспортом). Параметри оцінки – характер ходьби, темп пересування, відстань, яку долає хворий, здатність самостійно користуватися транспортом, потреба у допомозі інших осіб при пересуванні.

Здатність до самообслуговування – можливість ефективно виконувати повсякденну побутову діяльність і задовольняти потреби без допомоги інших осіб. Параметри оцінки – інтервал часу, через який виникає потреба в допомозі: епізодична допомога (рідше одного разу на місяць), регулярна (декілька разів на місяць), постійна допомога (декілька разів на тиждень – регульована або декілька разів на день нерегульована – допомога).

Здатність до орієнтації – можливість самостійно орієнтуватися у просторі та часі, мати уяву про навколишні предмети. Основними системами орієнтації є зір та слух (за умови нормального стану психічної діяльності та мови). Параметри оцінки – можливість розрізняти зорові образи людей та предметів на відстані, що збільшується, і в різних умовах (наявність або відсутність перешкод, знайомство з оточенням), розрізняти звуки та усну мову (слухова орієнтація) за відсутності або наявності перешкод і ступеня компенсації порушення слухового сприйняття усної мови іншими способами (письмо, невербальні форми); необхідність використання технічних засобів для орієнтації та допомоги інших осіб у різних видах повсякденної діяльності (у побуті, у навчанні, на виробництві).

Здатність до спілкування (комунікативна здатність) – можливість установлювати контакти з іншими людьми та підтримувати суспільні взаємозв'язки (порушення спілкування, пов'язані з розладом психічної діяльності, тут не розглядаються). Параметри оцінки – характеристика кола осіб, з якими можлива підтримка контактів, а також потреба у допомозі інших осіб у процесі навчання і трудової діяльності.

Здатність контролювати свою поведінку – можливість вести себе відповідно до морально-етичних і правових норм суспільного середовища. Параметри оцінки – здатність усвідомлювати себе і дотримуватися установлених суспільних норм, ідентифікувати людей та об'єкти і розуміти стосунки між ними, правильно сприймати, інтерпретувати і адекватно реагувати на традиційну і незвичну ситуації, дотримуватися особистої безпеки, охайності.

Здатність до навчання – можливість сприймати, засвоювати та накопичувати знання, формувати навички і уміння (побутові, культурні, професійні та інші) у цілеспрямованому процесі навчання; можливість до професійного навчання – здатність до оволодіння теоретичними знаннями і практичними навичками та уміннями конкретної професії. Параметри оцінки – можливість навчання у звичайних або спеціально створених умовах (спеціальний учбовий заклад або група, навчання в домашніх умовах та інше); обсяг програми, строки і режим навчання; можливість освоєння професій різного кваліфікаційного рівня або тільки окремих видів робіт; необхідність використання спеціальних засобів навчання і залучення допомоги інших (крім викладача) осіб.

Здатність до трудової діяльності – сукупність фізичних та духовних можливостей людини, яка визначається станом здоров'я, що дозволяє йому займатися різного роду трудовою діяльністю. Професійна працездатність – здатність людини якісно виконувати роботу, що передбачена конкретною професією, яка дозволяє реалізувати трудову зайнятість у певній сфері виробництва відповідно до вимог змісту і обсягу виробничого навантаження, установленого режиму роботи та умов виробничого середовища. Параметри оцінки – збереження або утрата професійної здатності, можливість трудової діяльності за іншою професією, яка за кваліфікацією дорівнює попередній, оцінка допустимого обсягу роботи у своїй професії і посаді,

можливість трудової зайнятості в звичайних або спеціально створених умовах.

Порушення професійної працездатності – найчастіша причина соціальної недостатності, яка може виникати первинно, коли інші категорії життєдіяльності не порушені, або вторинно на основі обмеження життєдіяльності. Здатність до праці за конкретною професією у інвалідів з обмеженням інших критеріїв життєдіяльності може бути збережена повністю або частково чи відновлена засобами професійної реабілітації, після чого інваліди можуть працювати у звичайних або спеціально створених умовах з повною чи неповною тривалістю робочого часу.

Ступінь обмеження життєдіяльності оцінюється як величина відхилення від норми діяльності людини та в Інструкції виділені три ступені її важкості: помірно виражене, виражене, значне.

Помірно виражене обмеження життєдіяльності зумовлене такими порушеннями функцій органів і систем організму, що призводять до помірного обмеження можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

Виражене обмеження життєдіяльності обумовлюється порушенням функцій органів та систем організму, що полягає у вираженому порушенні можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

Значне обмеження життєдіяльності виникає внаслідок значних порушень функцій органів чи систем організму, що призводить до неможливості або значного порушення здатності чи можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності та супроводжується необхідністю в сторонньому догляді (сторонній допомозі).

Проведений аналіз видів та ступеня обмеження життєдіяльності у інвалідів ВС виявив їх середню кількість (СКОЖ) – 3,38, а в бальній оцінці середня кількість балів (СКБ) – 6,97 балу. При частково обмеженій працездатності у інвалідів III групи СКОЖ становить 2,31, а СКБ – 2,90; при II групі інвалідності відповідно 3,53 та 5,69, при I – 4,31 та 12,31 балу.

Таким чином, більш важка патологія, особливо та, при якій виникає необхідність у сторонньому догляді, викликає більш значну кількість та важкість обмежень життєдіяльності.



Для інвалідів III групи найбільш поширеним видом обмеження життєдіяльності є обмеження здатності до трудової діяльності I–II ступеня 54,04+3,9 та 44,72+3,9% відповідно, а СКОЖ I ступеня складає 1,77. У інвалідів II групи в 97,7% випадків встановлено обмеження здатності до трудової діяльності II та III ступеня – відповідно 56,5 та 43,5%; до самообслуговування I та II ст. – відповідно 80,5 та 19,5%; до пересування I та II ст. – відповідно 57,3% та 42,7% та інші обмеження не більш, ніж I ступеня важкості.

Найбільш характерним видом обмеження життєдіяльності у інвалідів I групи було обмеження здатності до самообслуговування III та II ступеня (значні обмеження та повна втрата можливості до самообслуговування) 93,8 та 6,25% відповідно; до пересування III та II ступеня – 93,8 та 6,25%; здатності до спілкування III та II ст. – відповідно 54,6 та 45,4%; а також орієнтації, контролю за поведінкою.

#### **Висновки**

Таким чином, основними причинами, що обумовлюють інвалідність військовослуж-

бовців є значна важкість патології, що значно обмежує життєдіяльність та викликає потребу в постійному сторонньому догляді; виражена важкість патології, що обмежує життєдіяльність, однак не викликає необхідності в постійному сторонньому догляді; помірна важкість патології, що обмежує здатність до виконання праці; помірна важкість патології, що обмежує працездатність з виконання обов'язків військової служби. Серед чинників, що сприяють інвалідизації військовослужбовців, необхідно врахувати чоловічу стать, вік старше 40 років, стаж роботи за фахом більше 20 років, виробничі фактори, пов'язані з психологічними та фізичними перевантаженнями, період продовження хвороби (при онкопатології та травмах – від 1 до 4 років, при захворюваннях серцево-судинної – більше 5 років та кістково-м'язової системи – більше 10 років), недоліки в організації та проведенні діагностичного та лікувального процесу, диспансерного спостереження хворих.

#### **Список літератури**

1. *Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г.* Інвалідність як інтегрований показник стану здоров'я населення України: Монографія. – Дніпропетровськ: "Пороги", 2002. – 341 с.
2. *Іпатов А.В., Науменко Л.Ю., Сергієні О.В. та ін.* Медико-соціальна експертиза тимчасової та стійкої непрацездатності: Навч.-метод. посібник. – Дніпропетровськ, 2006. – 349 с.
3. *Караванов Л.К., Захараш М.П., Иванова Н.В.* Ведомственное здравоохранение спецслужбы безопасности Украины: Медико-биологические последствия чернобыльской катастрофы 10 лет спустя //Междун. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы военной медицины спецслужб Украины». – К.: «Генеза», 1997. – С. 177–185.
4. *Кравченко А.М., Полусмак В.А., Чміленко Н.М.* Чернобыльская катастрофа – як фактор ризику серцево-судинної патології у військовослужбовців-ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС //Международ. журнал радиационной медицины. – 2006. – №8 (1) спец. вып. – С. 66–67.
- 5–7. *Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2003, 2004, 2005 роки: Аналітико-інформаційний довідник /Під. ред. В.В.Марунича. – Дніпропетровськ, "Пороги", 2004, 2005, 2006. – 95, 97, 102 с.*
8. *Социальные причины инвалидности: Учебно-методическое пособие //Под ред. М.В.Коробова. – Санкт-Петербург, 2000. – 47 с.*

#### **ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СБУ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЮ**

*А.В. Іпатов, Е.В. Сергієні, Г.І. Титов, Т.Г. Войтчак, Н.А. Гондуленко (Днепропетровськ)*

Приведены данные впервые проведенного исследования первичной инвалидности военнослужащих службы безопасности Украины. Установлены особенности их первичной инвалидности: ее структура по полу, возрасту, стажу работы, нозологическим формам, тяжести инвалидности, а также причины и факторы, способствующие ее наступлению.

#### **PRIMARY DISABILITY OF USS MILITARY MEN AND THE ANALYSIS OF THE FACTORS PROMOTING ITS FORMING**

*A.V. Ipatov, O.V. Sergieni, G.I. Titov, T.G. Voytchak, N.A. Gondulenko (Dnepropetrovsk)*

The data from the first conducted study of primary disability in Ukraine security service servicemen are resulted in the article. It was established the features of primary disability: its structure by age, gender, work experience, diagnose, disability severity, reasons and factors promoting its approach.

УДК 616.1:312.6:001.8

**В.І. КЛИМЕНКО (Запоріжжя)**

## **ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБИГУ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ДЕРЖАВНА ПРОБЛЕМА**

Запорізький державний медичний університет

Збереження і поліпшення стану здоров'я населення є основою підвищення ефективності виробничих сил країни, які створюють національний продукт та забезпечують економічний добробут. До втрати працездатності, зменшення продуктивності праці, скорочення середньої тривалості життя – до ослаблення економіки ведуть захворюваність і смертність, що, в свою чергу, гальмує зростання національного доходу.

Вивчення матеріалів світової статистики дає змогу зробити висновок, що у структурі захворюваності та поширеності хвороб серед населення більшості країн Європейського регіону переважають хронічні неінфекційні захворювання. Значна поширеність хронічних неінфекційних хвороб впливає на збільшення різниці як між країнами, так і певною мірою між групами населення в окремих країнах за показниками очікуваної тривалості життя, смертності, захворюваності та якості життя, а також погіршення їх динаміки. У 2003 р. їх внесок у сумарний тягар цих хвороб в Україні становив 72,8% [9]. Одна з найважливіших проблем здоров'я населення країни – хвороби системи кровообігу (ХСК). ХСК з року в рік посідають перше місце в структурі поширеності, зумовлюють більшість усіх випадків смертності та третину причин інвалідності в Україні [1;5;6;9–11]. Медико-соціальний тягар хвороб системи кровообігу полягає в тому, що вони суттєво впливають на тривалість і якість життя населення, на показники втрат економічного потенціалу країни. Саме тому проблема ХСК є актуальною.

**Мета** – проаналізувати та оцінити стан здоров'я населення України на сучасному етапі в зв'язку із захворюваністю на хвороби системи кровообігу, їх поширеністю, смертністю внаслідок цієї патології (в динаміці), намітити можливі шляхи його поліпшення.

**Матеріали та методи.** У роботі використано дані Центру медичної статистики МОЗ України, Центру медичної статистики Запорізької області, звітні документи Запорізького обласного кардіологічного диспансеру, в який надходять звіти з усіх районів області. Проводився аналіз отриманих даних у динаміці. Використано метод системного аналізу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У загальній структурі захворюваності і поширеності від усіх хвороб в Україні ХСК становлять 7,4 і 29,5% серед усього населення за 2005 р., а серед працездатного населення – відповідно 7,8 і 21,5%. Показник інвалідності, виданої через причину ХСК, у 2005 р. зріс на 20,3% порівняно з 2004 р. і становив 15,4 для дорослого населення і 12,4 у працездатних на 10 тис. населення (табл. 1). Але враховуючи, що дорослого населення в державі більше, ніж працездатного, за даними статистики МОЗ України за 2005 р., первинну інвалідність встановлено 58491 хворому ХСК, а з них 56,7% (33155 чоловік) становлять особи працездатного віку, тобто більшість випадків зумовлюють інвалідизацію робочих ресурсів.

Причиною смертності у двох третин населення України є ХСК, тоді як у більшості країн вона не перевищує 50%. Динаміку показника смертності населення України від ХСК порівняно з іншими країнами наведено на рис.1.

При існуючому зростанні показника смертності від ХСК Україні належить найгірше місце серед європейських країн. Таким чином, аналізуючи показники поширеності, захворюваності, інвалідності та смертності, відмічено, що значна частина кардіологічної патології припадає на працездатний вік (особливо захворюваність).

Аналіз стану здоров'я вказує на істотність цієї патології в структурі всіх хвороб. Динаміка останнього десятиріччя показує збільшення захворюваності практично наполовину, але в кожному регіоні є відмінності. Збільшення захворюваності у 1995–2000 рр. по Запорізькій області зафіксовано у 2 рази, а потім – зменшення в 1,4 рази, причому поширеність продовжує поступово зростати. Постають питання про причини такого становища в області.

У структурі поширеності ХСК за 2005 р. серед усього населення України на першому місці стоїть гіпертонічна хвороба (ГХ) – 45,8%, на другому – ішемічна хвороба серця (ІХС) – 33,7%, на третьому – церебро-васкулярні хвороби (ЦВЗ) – 13,3%.

Спектр кардіологічної патології в Україні є досить близьким до загальноєвропейського.

Таблиця 1. Показники ураження населення хворобами системи кровообігу в Україні та Запорізькій області в динаміці

Регіон	Рік	Поширеність (на 100 тис. нас.)	Захворюваність (на 100 тис. нас.)	Первинна інвалідність (на 10 тис. нас.)	Смертність (на 100 тис. нас.)
Україна	1995	30477,4	3266,3	21,2	875,0
	2000	36322,0	4727,2	15,6	937,1
	2005	50268,6	5159,6	15,4	1037,7
	2006	51784,6	5199,2	13,5	1028,4
Запорізька область	1995	22636,5	2089,7	23,8	841,8
	2000	38328,4	4003,0	14,9	871,5
	2005	46522,0	2940,1	13,3	801,7
	2006	48536,4	3421,1	11,6	829,3

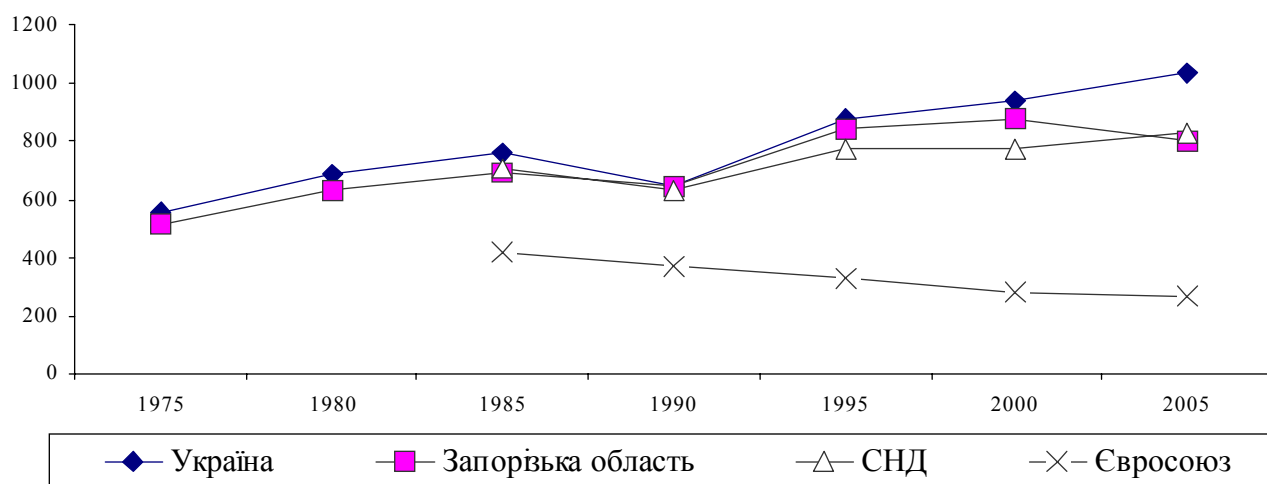


Рис. 1. Динаміка стандартизованого за віком і статтю показника смертності від ХСК (на 100 тис. населення)

Поширеність артеріальної гіпертензії в державі у 2000р. становила 18,8 на 100 жителів, у країнах Європи – 18,0; США – 25,0.

За останні 10 років її поширеність збільшилась удвічі і становить 28169,3, а захворюваність зросла в 2,5 разу і становить 2586,3 на 100 тис. населення (табл. 2). Аналогічна ситуація склалася і в Запорізькій області: збільшення поширеності ГХ – в 2,5 разу та захворюваності – в 2 рази за цей же

час. Пік захворюваності по Запорізькій області приходить на 2000 р., що може бути пов'язано з активним виявленням та диспансерним охопленням у зв'язку із виконанням Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії (1999р.), якій приділено значну увагу на державному та обласному рівнях. При виконанні цієї Програми особлива увага зверталася на пропаганду здорового способу життя,

Таблиця 2. Показники ураження населення гіпертонічною хворобою (усі форми) в Україні та Запорізькій області в динаміці

Регіон	Рік	Поширеність (на 100 тис. нас.)	Захворюваність (на 100 тис. нас.)	Первинна інвалідність (на 10 тис. нас.)	Смертність (на 100 тис. нас.)
Україна	1995	12537,2	1040,7	1,7	95,6
	2000	18816,5	2337,6	1,3	131
	2005	28169,3	2586,3	0,9	1,3
	2006	29060,0	2580,3	0,8	1,3
Запорізька область	1995	10006,8	672,1	2,0	46,2
	2000	19407,6	2033,4	0,6	60,9
	2005	25596,4	1209,5	0,6	0,8
	2006	26714,6	1575,9	0,7	0,4

зміцнення системи охорони здоров'я кваліфікованими кадрами і матеріальними ресурсами, необхідними для здійснення медико-санітарної освіти населення, виявлення осіб з артеріальною гіпертензією, її профілактику та ускладнення.

За даними ВООЗ, наша держава належить до країн з дуже високим рівнем поширеності ГХ не тільки серед хворих віком 55–60 років і більше, але й серед осіб молодого, активного віку [6]. Увага, що приділяється проблемі ГХ, крім її високої поширеності в різних регіонах України, зумовлена високим ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень, інвалідизації і смертності в осіб з підвищеним артеріальним тиском. Відомо, що ІХС: інфаркт міокарду, ЦВХ: інсульти є одними з важких ускладнень ГХ.

Важливе місце серед причин, що приводять до інвалідності населення України, посіла ІХС (табл. 3).

У 2005 р. ІХС посіла друге місце після церебро-васкулярної патології в структурі інвалідності від ХСК як серед дорослого, так і працездатного населення. Цей показник серед дорослого населення знизився на 31,6% порівняно з 1995 р., при цьому показник смертності від ІХС за цей же час виріс на 24,1%, що свідчить про недостатню профілактичну роботу з цією категорією хворих. Та сама тенденція зміни показників первинної інвалідності та смертності від ІХС спостерігалася і в 2006 р. [10].

Проведений статистичний аналіз поширеності та захворюваності ХСК свідчить, що розповсюдження даної патології є реальним та потребує вирішення проблеми. Для досягнення завдань вищезазначеної Програми (1999 р.) розроблено стандарти діагностики та лікування з урахуванням наукових розробок. За останні 10 років у світі проведено понад

Таблиця 3. Показники ураження населення ішемічною хворобою серця в Україні та Запорізькій області в динаміці

Регіон	Рік	Поширеність (на 100 тис. нас.)	Захворюваність (на 100 тис. нас.)	Первинна інвалідність (на 10 тис. нас.)	Смертність (на 100 тис. нас.)
Україна	1995	10018,3	832,1	7,6	524,8
	2000	14567,0	1513,3	1,3	601,8
	2005	20751,4	1697,5	5,2	691,3
	2006	21365,2	1701,9	4,5	722,6
Запорізька область	1995	5732,0	428,5	5,8	375,6
	2000	10016,9	1039,4	0,6	380,8
	2005	16199,5	820,2	3,3	458,7
	2006	17498,8	1060,1	3,3	476,8

2000 багатоцентрових рандомізованих досліджень, у яких брали участь провідні українські вчені. Тому одним із шляхів вирішення проблеми вважається надання медичної допомоги на принципах доказової медицини. Другий шлях – профілактична медицина. Саме в цьому напрямку існує немало реальних, доступних методів корекції захворювань, які не потребують великих затрат ні з боку держави, ні з боку хворих, зокрема, це спосіб життя, питома вага якого становить 49–53% усіх чинників ризику. Для більш детального впливу способу життя на виникнення та перебіг серцево-судинних захворювань необхідно вивчити основні його складові. Наразі дуже часто, а особливо клініцистами, вивчаються класичні чинники ризику: надмірна вага та нераціональне харчування, зловживання алкоголем, тютюнопаління, недостатня фізична активність, які пов'язують з гіперхолестеринемією, артеріальною гіпертензією. Це підтверджується даними Інституту кардіології ім. М.Д.Стражеска

АМН України. В Україні палять 51,5% чоловіків і 20,5% жінок, що проживають у містах; надлишкова маса тіла реєструється в 22,1% дорослого населення. Порушення обміну ліпідів, відповідно до результатів епідеміологічних досліджень, проведених в Україні, спостерігаються в 27,5% осіб працездатного віку [2;4;8].

Вивчення впливу чинників на надання медичної допомоги, які б впливали на рівень здоров'я населення, підвищуючи тривалість життя та знижуючи такі показники, як захворюваність, інвалідність і смертність від хвороб системи кровообігу, є проблемою на державному рівні. Профілактика та лікування ХСК мають бути комплексними, включаючи корекцію способу життя, що є вагомим, а подекуди і основним фактором продовження середньої тривалості якісного життя.

Важливу роль відведено соціальним факторам впливу на особу. Результати вивчення залежності стану здоров'я населення від соціально-економічних факторів

засвідчили ознаки прямого впливу. Відмічається кореляційний зв'язок між середньомісячною заробітною платою ( $r=-0,19$ ), кількістю пенсіонерів ( $r=0,93$ ), рівнем безробіття ( $r=0,29$ ) та смертністю населення [3].

Психічне благополуччя визначається безпосередньо економічними умовами життя та праці, а також залежить від соціальних умов, які зазначені вище. Саме значний несприятливий вплив у соціальній сфері викликає емоційне, стресове перенапруження людини, що веде до негативного впливу на її організм. Для розвитку ХСК такі фактори мають особливе значення, оскільки можуть бути причиною так званого екологічного стресу – сукупного впливу екологічних, психо-соціальних і соціально-екологічних факторів, які спричиняють постійне напруження нервової системи, порушення рівноваги, зниження стійкості у фізіологічних системах організму, байдужість до свого здоров'я тощо. 20-річне дослідження М. Brennera et Harvey показало, що на зміни показників захворюваності та смертності від ХСК впливає національний економічний стан, а також тютюнопаління, вживання тваринних жирів та алкоголю, регресійний аналіз встановив, що безробіття призводить до підвищення показника смертності від ХСК [12].

За результатами дослідження В.Ф. Москаленка, В.М. Пономаренка., Т.С. Грузевої встановлено зворотний сильний кореляційний зв'язок між рівнем матеріального добробуту і поширеністю хвороб ( $r= - 0,98$ ), прямий сильний – між наявністю шкідливих звичок і поширеністю хвороб ( $r= + 0,86$ ), між тривалістю проживання в несприятливих екологічних умовах і захворюваністю ( $r= + 0,66$ ) [7].

За кордоном сьогодні вже протягом майже 10 років порушується питання про дослідження психоемоційного стану та включення його до комплексного лікування

серцево-судинних захворювань, особливо викликаних стресами [13].

Таким чином, пріоритетною має бути науково-обґрунтована профілактична стратегія в межах усієї системи охорони здоров'я як на регіональному, так і на національному рівнях.

Впровадження посад медичних психологів, психотерапевтів у загальносоматичних та кардіологічних відділеннях має бути механізмом, спрямованим на поліпшення стану здоров'я населення та зменшення чинників ризику.

Зважаючи, що здоров'я населення, тривалість та якість життя є основою виробничих сил, які забезпечують економічний розвиток країни, можна вважати рівень серцево-судинних захворювань та смертності від них державною медико-соціальною проблемою, яка потребує вирішення і невідкладних заходів.

#### Висновки

1. Проведений аналіз основних показників здоров'я в зв'язку з хворобами системи кровообігу свідчить, що, незважаючи на намагання держави зміцнювати та зберегти здоров'я населення України, залишається тенденція до прогресування ХСК.

2. Поширеність ХСК носить епідемічний характер, а показник первинної інвалідності серед працездатного населення в 2005р. становить 56,7% (33155 чоловік) від усіх випадків, пов'язаних з ХСК. А це гальмує економічний розвиток держави.

3. Наші дослідження показали, що головною причиною зниження тривалості життя в Україні є високий показник смертності від ХСК, які вибрані нами як об'єкт для вивчення проблеми.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розгляді психосоматичної природи хвороб системи кровообігу як підґрунтя для зростання показників стану здоров'я населення України.

#### Список літератури

1. Динаміка показників стану здоров'я населення України за 1995–2005 роки: Аналітично-статистичний посібник. – К., 2006. – 72с.
2. Коваленко В.М. Доказова медицина: сучасна реальність і стратегія втілення основних напрямків в кардіології // Укр. кардіол. журнал. – 2003. – №3. – С. 9–13.
3. Коваленко В.М., Криштопа Б.П., Корнацький В.М. Проблема здоров'я та оптимізація медичної допомоги населенню України. – К., 2002. – 202 с.
4. Коваленко В.Н., Сиренко Ю.Н. Реализация Национальной Программы профилактики и лечения артериальной гипертензии в Украине // Укр. мед. часопис. – 2003. – Т. IX/X, № 5 (37). – С. 97–101.
5. Корнацький В.М. Проблеми здоров'я суспільства та продовження життя. – К., 2006. – 136 с.
6. Лутай М.І., Дорогий А.П. Захворюваність і смертність від хвороб системи кровообігу в Україні: поточні проблеми і перспективи // Нова медицина. – 2002. – №3. – С. 18–21.
7. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М., Грузева Т.С. Система скорочення нерівності в охороні здоров'я населення та її прогностична ефективність // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2004. – №2. – С.5–11.

8. Свищенко Е.П., Коваленко В.Н. Гипертоническая болезнь. Вторичные гипертензии / Под ред. В.Н.Коваленко. – К.: Лыбидь, 2002. – 504 с.
9. Стан здоров'я населення України у зв'язку із хворобами системи кровообігу та можливі шляхи його покращення: Аналітично-статистичний посібник. – К., 2004. – 125с.
10. Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги: Аналітично-статистичний посібник. – К., 2007. – 97с.
11. Сучасний стан здоров'я народу та напрямки його покращення в Україні: Аналітично-статистичний посібник. – К., 2005. – 140с.
12. Brenner M. Harvey. Heart disease mortality and economic changes; including unemployment; in Western Germany 1951-1989 // Acta physiol. scand. – 1997. – P. 149–152.
13. Vermeiren E.; De Clercq M. Accueil et suivi de personnes exposees a un evenement traumatique, admises au service des urgences d'un hopital general: Interface entre soma et psyche // Rev. fr. psychiat. et psychol. med. – 2000. – Vol.39. – P. 66–69.

### **БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОБЛЕМА**

*В.И. Клименко (Запорожье)*

Показана значимость болезней системы кровообращения в медицинском, социальном, клиническом, экономическом и психологическом аспектах. Обращается внимание на остроту этой проблемы у лиц трудоспособного возраста.

### **DISEASES OF CARDIOVASCULAR SYSTEM AS A MEDIC-SOCIAL STATE PROBLEM**

*V.I. Klimentko (Zaporizhye)*

It was shown the concernment of the diseases of cardiovascular system in medical, social, clinical, economical, and psychological aspects. This problem was underlined in able-bodied persons.

УДК 616.9:312.6:355.2

*Л.А. УСТИНОВА (Київ)*

## **ДЕЯКІ АСПЕКТИ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ПЕРЕХОДУ ДО КОМПЛЕКТУВАННЯ ЗС УКРАЇНИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ КОНТРАКТНОЇ СЛУЖБИ**

*Українська військово-медична академія*

Протягом 1988–2005 рр. проведено ряд організаційних заходів щодо формування Збройних Сил (ЗС) України. Після отримання Україною незалежності протягом перших років відбувається реорганізація та реформування ЗС України, перехід ЗС України до комплектування військово-службовцями контрактної служби, визначення та формування ЗС зразка 2015 р. В цих умовах набувають нових ознак закономірності розвитку епідемічного процесу з ряду інфекційних та паразитарних хвороб (хвороби І класу) військовослужбовців.

Проблемі профілактики інфекційних та паразитарних хвороб у ЗС України присвячено ряд робіт (Півник В.М. зі співавт., 2004, 2006; Курпіта О.О. зі співавт., 2002; Хижняк М.І. зі співавт., 2002; Лугова Г.В. зі співавт., 1999) [1–4].

Однак сьогодні нез'ясованими залишаються закономірності розвитку епідемічного процесу з хвороб І класу військовослужбовців ЗС України загалом та зокрема захворюваності військовослужбовців при переході ЗС до комплектування військовослужбовцями контрактної служби на дитячі інфекційні хвороби з повітряно-крапельним механізмом передачі.

**Метою** роботи було вивчення особливостей усіх категорій військовослужбовців та вплив цих особливостей на розвиток захворюваності військовослужбовців на хвороби I класу загалом та зокрема захворюваності на дитячі інфекційні хвороби з повітряно-крапельним механізмом передачі.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проводилося при аналізі звітної документації (ф. 2 мед.) за 1988–2005 рр. з використанням епідеміологічного, статистичного, історичного методів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** З метою вивчення особливостей всіх категорій військовослужбовців та прогнозування впливу цих особливостей на розвиток захворюваності на хвороби I класу загалом та зокрема захворюваності на дитячі інфекційні хвороби з повітряно-крапельним механізмом передачі військовослужбовців нами вивчено характеристики категорій військовослужбовців, які регламентуються чинним законодавством при переході ЗС до комплектування військовослужбовцями контрактної служби, проведено аналіз вікової структури категорій, строки служби та періодичність оновлення колективів.

Комплектування військовослужбовцями ЗС та інших військових формувань здійснюється шляхом: призову громадян України на військову службу та прийняття громадян України на військову службу за контрактом. Для доукомплектування ЗС та інших військових формувань військовослужбовцями на особливий період проводиться планомірна військова підготовка і забезпечується перебування в запасі та військовому резерві необхідної кількості військовонавчених громадян. У ЗС України існують такі види військової служби: строкова військова служба; військова служба за контрактом осіб рядового, сержантського і старшинського складу; військова служба за контрактом осіб офіцерського складу; військова служба за призовом осіб офіцерського складу. Військовослужбовці та військовозобов'язані поділяються на рядовий, сержантський і старшинський, а також офіцерський склад.

Отже, особовий склад ЗС України має складну структуру за категоріями та є неоднорідною за віком та періодичністю оновлення.

Так, категорія – військовослужбовці строкової служби є організованим колективом з дворазовим оновленням щорічно в середньому на 25,68% у 1988–1993 рр., на 22,42% у 1994–1999 рр., на 27,14% у 2000–2005

рр. Часка молодого поповнення серед військовослужбовців строкової служби в 1988–1993 рр. коливалася від 23,77% у 1989 р. до 31,15% у 1993 р., протягом 1994–1999 рр. – від 15,21% у 1996 р. до 31,73% у 1994 р., протягом 2000–2005 рр. – від 19,12% у 2004 р. до 37,81% у 2005 р.

Згідно із Законом України “Про військовий обов’язок і військову службу” №2232-12, “Про внесення змін до Закону України Про військовий обов’язок і військову службу” від 04.04.2006 р. №3597-IV, для строкової військової служби в календарному обчисленні строки військової служби були скорочені і встановлені для солдатів і матросів, сержантів і старшин, які проходять строкову військову службу в ЗС України та інших військових формуваннях, до 18 місяців – з 2001 р., до 12 місяців – з 2006 р.; для матросів і старшин, які проходять строкову військову службу на кораблях, суднах і в берегових частинах бойового забезпечення Військово-Морських Сил ЗС України та Морської охорони Державної прикордонної служби України – до 24 місяців з 2001 р., до 18 місяців з 2006 р.; для осіб, які мають вищу освіту за освітньо-кваліфікаційним рівнем підготовки спеціаліста або магістра – до 9 місяців. Окрім цього, якщо враховувати те, що після призову на строкову військову службу молоде поповнення поступає до навчальних центрів для оволодіння спеціально-професійними знаннями та навичками строком до 3 місяців (залежно від виду військ), а потім направляється до місця служби, то колектив військовослужбовців строкової служби за весь термін служби (який скорочений фактично до 12 міс., тому що 90% особового складу строкової служби проходять військову службу в сухопутних військах) оновлюється кожні 3 місяці (після надходження військовослужбовців після навчання у навчальних центрах), не враховуючи переміщення військовослужбовців строкової служби у відрядження.

Таким чином, під час такого безперервного оновлення колективу військовослужбовців строкової служби відбувається інтенсивний обмін збудниками. Це призводить до ускладнення епідемічної ситуації не тільки у перші 3 місяці після прийому поповнення, як це відбувалося в 1988–2000 рр., коли строк служби дорівнював 24 міс. (36 міс.), а фактично оновлення колективу військовослужбовців строкової служби відбувається кожні 3 місяці протягом року з 2001 р., коли строк служби досягав 12 міс. (18 міс.). Такі особливості колективу військовослужбовців строкової служби ЗС України відображаються у

закономірностях розвитку захворюваності на хвороби I класу загалом та зокрема на дитячі інфекції з повітряно-крапельним механізмом передачі серед військовослужбовців строкової служби.

Так, за результатами епідеміологічного аналізу багаторічної динаміки встановлено, що захворюваність на хвороби I класу військовослужбовців строкової служби в 1988–2005 рр. має статистично достовірну багаторічну виражену тенденцію до зростання із багаторічним середнім темпом приросту за 18-річний період спостереження в 6,3%. У багаторічній динаміці інфекційної захворюваності військовослужбовців строкової служби в 1988–2005 рр. чітко визначається три умовних періоди: період відносно низьких показників у 1988–1993 рр., період вираженого зростання та стабільно високого рівня інфекційної захворюваності в 1994–1999 рр. та період повільного зниження інфекційної захворюваності в 2000–2005 рр. Рівень

інфекційної захворюваності військово-службовців строкової служби в 1988–1993 рр. зростав з 17,99 в 1988 р. до 52,50 в 1993 р., в 1994–1999 рр. коливався від 83,93 в 1995 р. до 113,58 в 1994р., в 2000–2005 рр. поступово знизився з 96,8 у 2002 р. до 77,7 у 2004 р. на 1000 військовослужбовців (рис. 1).

Під час безперервного оновлення колективу військовослужбовців строкової служби в умовах спільного розташування, харчування, які характерні для цієї категорії військовослужбовців, та наявності осіб з низьким рівнем імунітету проти ряду дитячих інфекцій з повітряно-крапельним механізмом передачі відбувається інтенсивний обмін збудниками, що і обумовлює високий рівень захворюваності на ці інфекції. Зниження рівня колективного імунітету проти цих інфекцій є головним чинником розвитку неблагополучної ситуації щодо дитячих інфекційних хвороб з повітряно-крапельним механізмом передачі в ЗС України, що має підтвердження у наявності

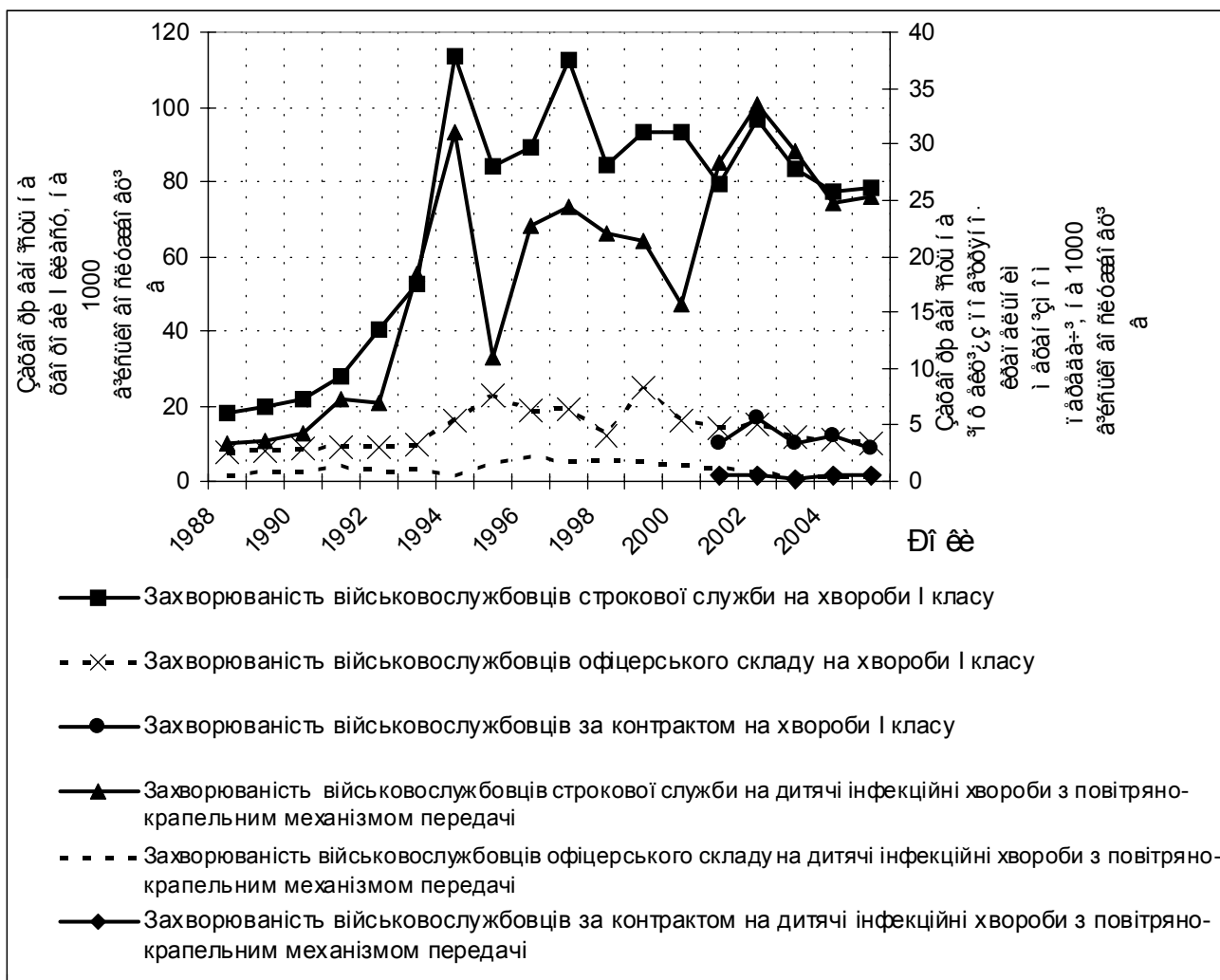


Рис. 1. Багаторічна динаміка захворюваності військовослужбовців ЗС України в 1988–2005 рр. на хвороби I класу та дитячі інфекції з повітряно-крапельним механізмом передачі



високої епідеміологічної та імунологічної ефективності планової імунопрофілактики дифтерії, кору, краснухи в період підготовки та призову до військової служби за рахунок зменшення інтервалів між ревакцинаціями.

Незважаючи на певні зміни в схемах імунопрофілактики дитячих інфекційних хвороб з повітряно-крапельним механізмом передачі в Україні серед військовослужбовців строкової служби ЗС України, показники захворюваності на ці інфекції військово-службовців строкової служби залишаються високими.

Так, за результатами епідеміологічного аналізу багаторічної динаміки захворюваності на дитячі інфекції з повітряно-крапельним механізмом передачі (кір, дифтерія, епідемічний паротит, краснуха, вітряна віспа, менінгококова інфекція) серед військовослужбовців строкової служби в 1988–2005 рр. встановлено, що в 1988–1993 рр. відбувалося поступове зростання захворюваності військовослужбовців строкової служби на дитячі інфекції з повітряно-крапельним механізмом передачі з 3,41 в 1988 р. до 18,46 на 1000 військово-службовців в 1993 р. Протягом 1994–1999 рр. захворюваність на дитячі інфекції з повітряно-крапельним механізмом передачі військово-службовців строкової служби зростає до 31,1 в 1994 р. і коливається від 11,03 в 1995 р. до 24,39 на 1000 військово-службовців в 1997 р. поступово знижується до 21,4 на 1000 військово-службовців в 1999 р. У 2000–2005 рр. відбувається поступове зростання захворюваності з 15,62 в 2000 р. до 33,59 в 2002 р. без стабільної тенденції до зниження (рис. 1).

Військовослужбовці офіцерського складу ЗС України – це категорія з іншою віковою структурою, строками військової служби (частота оновлення колективу) та умовами розташування, харчування, водопостачання. Так, за віковою структурою та умовами розташування, харчування, водопостачання військовослужбовців офіцерського складу можна порівнювати з цивільним дорослим населенням. Так, у період 1988–1993 рр. частка офіцерів до 30 років (фактично від 25 років до 30 років, тому що має місце вища спеціальна або вища військова освіта) в середньому становила 39,99%, 31–40 років – 29,26%, 41–50 років – 25,88%, 51–60 років – 4,87%, старше 60 років – не було. У 1994–1999 рр. середня багаторічна частка військовослужбовців офіцерського складу до 30 років в середньому складала 41,94%, 31–40 років – 38,41%, 41–50 років – 18,96%, 51–60 років – 0,68%, старше 60 років – 0,01%.

Протягом 2000–2005 рр. середня багаторічна частка військовослужбовців офіцерського складу до 30 років у середньому становила 41,396%, 31–40 років – 36,56%, 41–50 років – 19,72%, 51–60 років – 2,32%, старше 60 років – 0,004%.

У сучасних умовах офіцерський склад розташовується, головним чином, у гуртожитках, знімає кімнати або квартири в місцевого населення, харчування та водопостачання відбувається за місцем проживання, тобто індивідуально, виключаючи випадки виходу на польові навчання. Строки військової служби чітко визначені і коливаються від 5 років до граничного віку перебування на військовій службі.

Такі чіткі строки служби офіцерського складу (практично сталий колектив), особливості вікової структури (близько 69–79% офіцерського складу – це військовослужбовці 25–40 років), ізолюваність розташування (не в казармах) визначають особливості розвитку захворюваності військовослужбовців офіцерського складу на хвороби I класу загалом та зокрема на дитячі інфекції з повітряно-крапельним механізмом передачі. Так, захворюваність військовослужбовців офіцерського складу на хвороби I класу в 1988–2005 рр. має статистично достовірну багаторічну середню тенденцію до зростання із багаторічним середнім темпом приросту за 18-річний період спостереження в 2,58% (рис. 1). У 1988–1993 рр. стабільно визначаються відносно низькі показники, які коливалися від 7,43 в 1988 р. до 9,54 в 1993 р. на 1000 військовослужбовців офіцерського складу. В 1994–1999 рр. реєструвалося стрімке зростання інфекційної захворюваності з тенденцією до стабілізації на досягнутому високому рівні захворюваності, який коливався від 16,16 в 1994 р. до 24,66 в 1999 р. на 1000 офіцерів. У 2000–2005 рр. інфекційна захворюваність знизилася з 16,24 у 2000 р. до 10,1 у 2005 р. на 1000 відповідно, при цьому чітко визначається тенденція до повільного зниження інфекційної захворюваності.

Схожі тенденції спостерігаються при вивченні захворюваності на дитячі інфекції з повітряно-крапельним механізмом передачі військовослужбовців офіцерського складу в 1988–2005 рр. Так, у 1988–1993 рр. відбувається поступове зростання захворюваності військовослужбовців офіцерського складу на дитячі інфекції з повітряно-крапельним механізмом передачі з 0,45 в 1988 р. до 1,41 на 1000 військово-службовців в 1991 р. Протягом 1994–1999 рр.

захворюваність на дитячі інфекції з повітряно-крапельним механізмом передачі зростає від 0,46 в 1994 р. до 1,68 на 1000 військово-службовців в 1999 р., 21,4 на 1000 військово-службовців в 1999 р. У 2000–2005 рр. захворюваність військовослужбовців офіцерського складу на дитячі інфекції з повітряно-крапельним механізмом передачі поступово знижується до з 1,30 в 2000 р. до 0,39 в 2003 р. з тенденцією до стабілізації епідемічного процесу з цих інфекцій.

З 2001 р. з'явилася нова категорія військовослужбовців – військовослужбовці контрактної служби. Для громадян України, які вперше прийняті на військову службу за контрактом на посади рядового складу, строк військової служби в календарному обчисленні досягає 3 роки, на посади сержантського і старшинського складу – 5 років, для курсантів вищих військових навчальних закладів та військових навчальних підрозділів вищих навчальних закладів – час навчання у вищому військовому навчальному закладі або військовому навчальному підрозділі вищого навчального закладу, для осіб офіцерського складу – 5 років. Для осіб, які прийняті на військову службу за контрактом на посади рядового складу, сержантського і старшинського складу, строк військової служби строк може бути продовжено за новим контрактом відповідно на 3–5 років до досягнення граничного віку перебування на військовій службі. За віковою характеристикою військовослужбовців за контрактом наближається до офіцерського складу. Так, у період 2001–2006 рр. частка військовослужбовців за контрактом до 30 років (фактично 20–30 років, тому що здебільшого має місце середня спеціальна освіта) в середньому становила 57,48%, 31–40 років – 29,86%, 41–50 років – 12,54%, 51–60 років – 0,12%, старше 60 років – 0,00024%.

За умовами розташування, харчування військовослужбовці за контрактом наближаються до офіцерського складу. Це суттєво впливає на закономірності розвитку епідемічного процесу із захворюваності військовослужбовців контрактної служби на хвороби I класу загалом та зокрема на дитячі інфекції з повітряно-крапельним механізмом передачі. Так, рівень інфекційної захворюваності військовослужбовців контрактної служби в 2001–2005 рр. коливався від 16,7 в 2002 р. до 8,6 в 2005 р. на 1000 військовослужбовців контрактної служби з тенденцією до зниження та орієнтовно відповідає рівню інфекційної захворюваності серед військовослужбовців

офіцерського складу. Захворюваність на дитячі інфекції з повітряно-крапельним механізмом передачі військовослужбовців контрактної служби в 2001–2005 рр. була стабільною і коливалася від 0,11 в 2003 р. до 0,52 в 2005 р. на 1000 військовослужбовців контрактної служби з тенденцією до зниження та орієнтовно відповідає рівню інфекційної захворюваності серед військовослужбовців офіцерського складу. Захворюваність військовослужбовців офіцерського складу та військовослужбовців контрактної служби на дитячі інфекційні хвороби з повітряно-крапельним механізмом передачі залишається високою, незважаючи на певні зміни у схемах імунопрофілактики дитячих інфекційних хвороб з повітряно-крапельним механізмом передачі в Україні і перевищує максимальні показники захворюваності на ці інфекції серед дорослого цивільного населення України.

Крім того, сучасна система комплектування ЗС України передбачає виконання військового обов'язку в запасі та проходження служби у військовому резерві. У запас ЗС України та інших військових формувань зараховуються громадяни України, придатні за станом здоров'я до проходження військової служби в мирний або воєнний час і які не досягли граничного віку перебування в запасі. Військовозобов'язані в добровільному порядку можуть бути зараховані у військовий резерв ЗС України та інших військових формувань, який складається з громадян, що проходять службу у військовому резерві, та громадян, які відібрані кандидатами для зарахування на службу у військовому резерві. Військовозобов'язані та резервісти призиваються на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори до п'яти разів строком до двох місяців залежно від розряду. Військовозобов'язані в період між навчальними зборами можуть залучатися до перевірочних зборів строком до 15 днів як без відриву від виробництва, так і з відривом.

### **Висновки**

Таким чином, особовий склад ЗС України має складну структуру за категоріями і яка є неоднорідною за віком та періодичністю оновлення, що зумовлює особливості розвитку епідеміологічного процесу з інфекційної захворюваності, зокрема інфекцій з повітряно-крапельним механізмом передачі. Тому в подальшому розробка та впровадження адекватних науково-обґрунтованих заходів профілактики цих інфекцій і протиепідемічного забезпечення для підтримання необхідного рівня боєздатності особового складу та боєготовності військ у

мирний та воєнний час в умовах комплектування ЗС України військовослужбовцями

контрактної служби є пріоритетним напрямком досліджень.

### Список літератури

1. Курпіта О.О., Зосименко В.С., Курпіта В.І. Поширення вірусних гепатитів В та С серед військовослужбовців ЗС України // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2002. – №12. – С. 54–59.
2. Лугова Г.В. Етіологічна структура шигельозів у сучасних умовах серед військовослужбовців Збройних Сил України // Проблеми військової охорони здоров'я. – 1999. – №5. – С. 388–391.
3. Півник В.М. Перспективні методи імунопрофілактики інфекцій з крапельним механізмом передачі у військах / Проблеми військової охорони здоров'я. – 2006. – №16. – С. 156–161.
4. Хижняк М.І., Півник В.М., Савицький В.Л. Особливості епідеміології дизентерії та вірусного гепатиту "А" в ЗС України // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2002. – №12. – С. 26–33.

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПРИ ПЕРЕХОДЕ К КОМПЛЕКТОВАНИЮ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ КОНТРАКТНОЙ СЛУЖБЫ

Л.А. Устинова (Киев)

Изучены особенности категорий военнослужащих ВС Украины и влияние этих особенностей на закономерности развития заболеваемости болезнями I класса в целом и детскими инфекционными болезнями с воздушно-капельным механизмом передачи в условиях перехода к комплектованию ВС Украины военнослужащими контрактной службы.

### SOME ASPECTS OF INFECTIOUS MORBIDITY OF MILITARY MEN AT TRANSITION TO ACQUISITION OF ARMED FORCES OF UKRAINE BY MILITARY MEN OF CONTRACT SERVICE

L.A. Ustinova (Kiev)

Features of categories of military men of armed forces of Ukraine and influence of these features on laws of development of morbidity by illnesses of a class I a whole and children's infectious diseases with the air - drop mechanism of transfer in conditions of transition to acquisition of armed forces of Ukraine by military men of contract service are investigated.

УДК 616-082-055.2-036.8(477.8)

**В.М. ЄНІКЕЄВА (Рівне)**

## ОЦІНКА ЖІНКАМИ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Управління охорони здоров'я Рівненської обласної державної адміністрації

Існуюча в Україні система медичного забезпечення жіночого населення за спеціальністю "Акушерство і гінекологія" регламентована наказами МОЗ України від 28.12.2002 р. №503 "Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні"[1], від 29.12.2003 р. №620 "Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні"[2;3]. Основними напрямками амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги залишаються: систематичний, кваліфікований, однаково

доступний у селах і містах лікарський, фельдшерський профілактичний нагляд за жінками, своєчасна діагностика і лікування акушерської та гінекологічної патології, широка інформаційно-просвітницька робота з питань репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, підготовка вагітних до пологів. Для поліпшення якості акушерсько-гінекологічної допомоги на догоспітальному етапі розроблено державні стандарти профілактичних, лікувально-діагностичних та реабілітаційних заходів.

Протягом останніх років в організації стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги здійснюється

впровадження принципів ВООЗ щодо ефективної перинатальної допомоги, які стали основою наказу від 29.12.2003 р. №620 “Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні” [2]. Важливим етапом реформування системи охорони здоров'я є переорієнтація її на впровадження медико-організаційних технологій, що ґрунтуються на доказах. З метою стандартизації та уніфікації діагностично-лікувальної допомоги, відповідно до Закону України “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії” від 05.10.2000 р. №20, доручення Президента України від 06.03.2003 р. №1–1/252 та спільного наказу МОЗ і АМН України від 11.09.2003 р. №423/59 затверджені і впроваджуються в діяльність медичних закладів накази МОЗ України від 15.12.2003 р. №582, від 31.12.2004 р. №676 “Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги”, від 04.04.2005 р. №152 “Про затвердження протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною” [1;4;5]. Ці документи регламентують впровадження рекомендованих ВООЗ сучасних низькозатратних перинатальних технологій, що ґрунтуються на доказах. Це передусім – демедикалізація перинатальних послуг, залучення до них сім'ї, тепловий захист новонароджених та раннє прикладання їх до грудей матері, переважно грудне вигодування немовлят тощо.

**Мета роботи** – вивчити оцінку жінками Рівненської області доступності та якості медичної допомоги.

**Методи та обсяги дослідження.** В ході виконання роботи було використано метод медико-соціологічних досліджень.

Дослідженням було охоплено 518 жінок, які проживають в області. Із 518 розданих анкет

повернено 473 (91,3%), з яких 24 (5,1%) визнано не придатними для аналізу. Таким чином, аналізу підлягало 449 анкет, респондентами яких виступили жінки.

Характеристика респондентів наведена в табл. 1.

Як видно з даних таблиці 1, 64,6% респондентів проживають у селах і 35,4% – у містах, що відповідає розподілу генеральної сукупності жінок області за їх місцем мешкання.

Більшість жінок, які взяли участь у дослідженні, 21–40-річного віку (69,7%), при цьому 50,8% із них домогосподарки, 60,4% заміжні та 57,2% мають дітей.

**Результати та їх обговорення.** В ході дослідження вивчалися питання звертання жінок по допомогу до лікарів акушерів-гінекологів, необхідності одержання допомоги та доступності медичної допомоги за місцем проживання. Одержані в ході дослідження результати наведені на рис. 1.

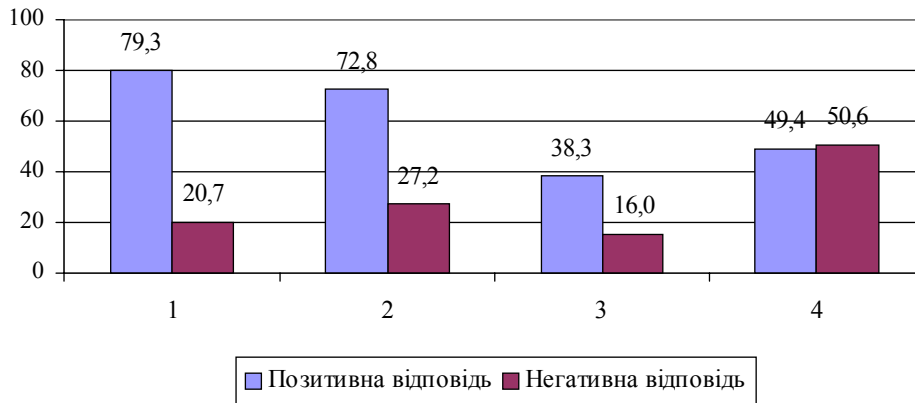
Встановлено, що 79,3±% жінок за останній рік потребували медичної допомоги, з яких 29 осіб (8,1%) по медичну допомогу не зверталися, а лікувалися самостійно. 172 (38,3%) жінки госпіталізовано, 222 (49,4±%) опитані вважають спеціалізовану медичну допомогу за місцем проживання не доступною. В ході дослідження встановлено, що 47 жінок від запропонованої госпіталізації відмовилися.

Наступним кроком було вивчення причин недоступності медичної допомоги за місцем проживання. Респонденти мали право позитивно відповісти на декілька питань анкети (табл. 2).

Таким чином, основними причинами недоступності медичної допомоги за місцем проживання респонденти визначили відсутність медичного працівника, який надає необхідну допомогу (56,3%) та низьку кваліфікацію (41,9%),

Таблиця 1. Характеристика жінок, які взяли участь у дослідженні

Показник	Абс.	%
Проживають у районному центрі	195	35,4
у селах	254	64,6
Вік: до 20 років	54	12,0
21–30 років	143	31,8
31–40 років	170	37,9
старші 40 років	82	18,3
Працюють	158	35,2
Навчаються	63	14,0
Домогосподарки	228	50,8
Заміжня	271	60,4
Незаміжня	178	39,6
Мають дітей	257	57,2
Не мають дітей	192	42,8
<b>Усього</b>	<b>449</b>	<b>100</b>



1. Протягом останнього року була необхідність звертання по допомогу до лікаря акушера-гінеколога.
2. Звертались по допомогу амбулаторно.
3. Лікувались стаціонарно.
4. Медична допомога за місцем проживання доступна.

Рис. 1. Характеристика звертання по медичну допомогу (%)

Таблиця 2. Причини недоступності медичної допомоги за місцем проживання

Причина	Абс.	%
УСЬОГО	222	
Відсутній медичний працівник у селі	19	8,6±
Медичний працівник не надає акушерсько-гінекологічну допомогу	106	47,7±
Низька кваліфікація медичного працівника	93	41,9±
Відсутня можливість звернутися по допомогу анонімно	57	25,7±
Відсутня необхідна діагностична апаратура	149	67,1±
Відсутня необхідна лікувальна апаратура	63	28,4±
Відсутні необхідні лікарські засоби	108	48,6±

недостатню забезпеченість діагностичною апаратурою (67,1%), відсутність необхідних лікарських засобів та засобів контрацепції (56,8%).

При вивченні рівня задоволеності жінок амбулаторно-поліклінічною допомогою, яку вони отримували в жіночих консультаціях, встановлено питому вагу як задоволених, так і не задоволених нею (рис. 2).



Рис. 2. Рівень задоволеності медичною допомогою, яку одержують жінки в жіночих консультаціях (%)

Дані щодо причин незадоволеності жінок отриманою медичною допомогою в жіночих консультаціях наведені в табл. 3.

Причини незадоволеності жінок отриманою в жіночих консультаціях медичною допомогою умовно можна розділити на декілька груп: організаційного характеру; пов'язані з кваліфікацією медичного персоналу; порушення прав пацієнтів; недостатнього фінансового забезпечення.

У ході дослідження вивчався рівень підготовки вагітної та її сім'ї до пологів і появи в сім'ї малюка.

Встановлено, що заняття проводяться на рівні жіночої консультації, де стоїть на обліку вагітна.

Вагітні, що живуть в селах, приїздити на такі заняття, як правило, можливості не мають. Із опитаних 8,4% відмітили, що відвідали всі заняття, 72,6% – частину, 19,0% – заняття не відвідували.

Із загальної кількості опитаних 12,7% відмітили, що на заняття з підготовки до пологів запрошували чоловіків, але ті у зв'язку із зайнятістю заняття не відвідували.

Таблиця 3. Причини незадоволеності медичною допомогою в жіночих консультаціях

Причина	Абс.	%
УСЬОГО	188	
Великі черги	13	10,1±
Грубість медичного персоналу	23	12,2±
Низька кваліфікація медперсоналу	34	18,1±
Не одержано необхідної консультації	27	14,4±
Відсутність конфіденційності прийому	23	12,2±
Відсутність необхідного обладнання	62	32,9±
Платність обстеження	93	49,5±
Дороговизна лікарських препаратів	102	54,3±
Необхідність приїзду до консультації декілька разів	84	44,7±
Відсутність умов для очікування	27	14,4±
Антисанітарні умови	15	7,9±

Із числа опитаних, що живуть у селах, до партнерських пологів підготовлено 4,6% подружніх пар.

Наступним кроком було вивчення причин відмови від госпіталізації та рівня задоволеності отриманою стаціонарною допомогою.

47 жінок, що відмовилися від госпіталізації, вказали такі причини: відсутність грошей на лікування – 55,3%; неможливість щоденного привозу членами сім'ї харчів – 36,2%; сімейного характеру – 8,5%.

Рівень задоволеності отриманою стаціонарною допомогою наведено на рис. 3.

Із рис. 3 видно, що 26,4±% респондентів повністю задоволені отриманою допомогою, 52,4±% – частково і 20,8±% медичною допомогою не задоволені.

Фактори, які формують рівень задоволеності жінок стаціонарною медичною допомогою, та їх оцінка респондентами наведені в табл. 4.

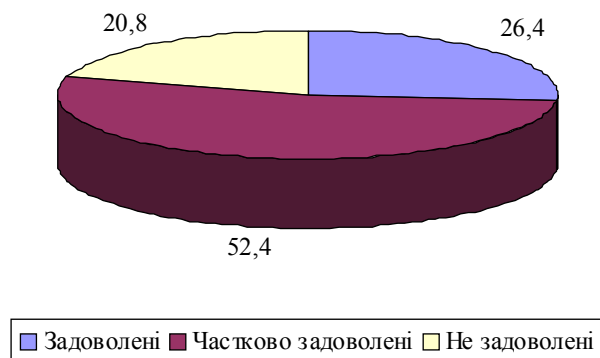


Рис. 3. Рівень задоволеності стаціонарною медичною допомогою (%)

Результати медико-соціологічного дослідження вказують на те, що найбільший вплив на негативну оцінку організації та рівня медичної допомоги мають такі фактори: платне лікування – 91,7±%; незадовільна організація харчування – 87,8±%; платне обстеження – 79,7±%; незабезпеченість білизною або низький рівень її якості – 79,7±%; відсутність лікарів у нічний час та вихідні дні – 77,9±%; висока вартість ліків – 75,6±%; відсутність умов для зберігання харчів – 71,5±% тощо.

В анкеті запропоновано заходи щодо поліпшення організації медичної допомоги (табл. 5).

Таким чином, основні заходи, що підтримані респондентами, спрямовані на доступність медичної допомоги за місцем проживання (78,9–87,6%), забезпечення вагітних безоплатно лікарняними засобами та обстеженням (92,6±%) та під час стаціонарного лікування безоплатно лікарськими препаратами (92,3±%), обстеженням (87,4±%) та харчуванням (71,5±%).

Поліпшення умов перебування в стаціонарі (48,4±%) та рівень ставлення медичного персоналу (139,6±%) респонденти відносять до другорядних заходів.

#### Висновки

Результати комплексного медико-соціологічного дослідження, у якому взяли участь різні групи респондентів: від жінок, що проживають у сільській місцевості Рівненської області, до медичних працівників, які надають їм медичну допомогу, свідчать про таке.

Протягом останнього року по медичну допомогу звертались 72,8±% опитаних жінок, 38,3±% проходили санітарне лікування.

Із опитаних жінок 43,4±% вважають, що акушерсько-гінекологічна медична допомога за місцем проживання їм недоступна.

Таблиця 4. Фактори, що формують рівень задоволеності жінок стаціонарною медичною допомогою (%)

Фактор	Оцінка		Не визначився
	позитивна	негативна	
Кваліфікація лікарів	61,6±	23,3±	15,1±
Кваліфікація медсестер (акушерок)	64,5±	26,7±	2,3±
Доступність медичного медперсоналу	66,9±	30,8±	2,3±
Доступність допомоги лікарів вночі та у вихідні дні	12,2±	77,9±	9,9±
Безоплатність обстеження	18,6±	79,7±	1,7±
Безоплатність лікування	5,2±	91,7±	3,1±
Доступність ліків за ціною	13,3±	75,6±	11,1±
Організація харчування	–	87,8±	12,2±
Умови перебування в палаті	28,5±	61,6±	9,9±
Забезпеченість білизною	12,2±	79,7±	8,1±
Умови для зберігання харчів	18,6±	71,5±	9,9±
Можливість скерування на вищий рівень медичної допомоги	17,4±	13,3±	69,3±

Таблиця 5. Оцінка заходів щодо поліпшення організації медичної допомоги (%)

Захід	Оцінка		Не визначився
	позитивна	негативна	
Підготовка медичних працівників ЛА та СЛД до подання акушерсько-гінекологічної допомоги	78,9±	13,8±	7,3±
Забезпечення ЛА та СЛД апаратурою	81,4±	15,9±	2,7±
Виїзди лікарів акушерів-гінекологів до ЛА та СЛД за графіком	87,6±	9,7±	2,7±
Проведення лікарями ЛА та СЛД роботи з планування сім'ї	64,3±	20,1±	15,6±
Забезпечення вагітних безоплатно:			
– обстеженням	92,6±	2,3±	5,1±
– лікарняними засобами	92,6±	2,3±	5,1±
Забезпечення в стаціонарах:			
– безоплатно обстеженням	87,4±	3,4±	9,2±
– безоплатно ліками	92,3±	4,6±	3,1±
– достатнім харчуванням	71,5±	17,1±	11,4±
– білизною	48,4±	40,2±	11,4±
Підвищення кваліфікації медперсоналу	41,3±	49,5±	9,2±
Підвищення культури медперсоналу	39,6±	51,2±	9,2±

Причиною цього є неготовність медичного персоналу до надання акушерсько-гінекологічної допомоги (47,7±%) або його відсутність у селі (8,6±%), відсутність необхідного матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я (67,1±%), а також контрацептивів та можливості отримання консультації до їх застосування (56,8±%).

Встановлені випадки відмови жінок від запропонованої госпіталізації (47 випадків) через такі причини:

- відсутність грошей (55,3±%);
- неможливість привозу членами сім'ї харчів (36,2±%);
- сімейного характеру (8,5±%).

При вивченні рівня задоволеності жінок амбулаторно-поліклінічною допомогою, яку вони отримують у жіночих консультаціях, встановлено, що нею задоволено 51,9±%

респондентів. Основними причинами незадоволеності названі: організаційні упущення (44,7±%), ті, що пов'язані з кваліфікацією медичного персоналу (18,7±%), порушення прав пацієнтів (12,2±%), що пов'язані з недостатнім фінансуванням (49,5±%).

Також встановлено, що вагітні недостатньо готуються медичним персоналом жіночих консультацій до пологів та появи в сім'ї новонародженого. Не залучаються до даної підготовки чоловіки. Подружні пари із сіл не готуються до партнерських пологів.

Отриманою стаціонарною допомогою задоволені 26,4±%, частково задоволені 52,8%, не задоволені 20,8±% респондентів.

Факторами, які формують незадоволеність медичною допомогою визначені: оплатність лікування (91,7±%), погане харчування (87,8±%), оплатність обстеження (79,7±%),

відсутність лікарів у нічний час (77,9±%) тощо.

Запропоновані респондентами заходи спрямовані на доступність медичної допомоги за місцем проживання (78,9–87,6%), забезпечення

вагітних безоплатним обстеженням та лікуванням (92,6±%), забезпечення під час стаціонарного лікування безоплатно засобами медичного призначення (92,3±%) та харчуванням (71,5±%).

### Список літератури

1. *Наказ* МОЗ України від 28.12.2002 р. №503 “Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні” // [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua).
2. *Наказ* МОЗ України від 29.12.2003 р. №620 “Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні” // [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua).
3. *Закон* України “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії” від 05.10.2000 р. // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
4. *Наказ* МОЗ України від 15.12.2003 р. №582, від 31.12.2004 р. №676 “Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги” // [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua).
5. *Наказ* МОЗ України від 04.04.2005 р. №152 “Про затвердження протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною” // [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua).

### ОЦЕНКА ЖЕНЩИНАМИ РОВЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*В.М. Еникеева* (Ровно)

Приведены результаты медико-социологического исследования среди женщин Ровенской области с целью изучения их оценки доступности и качества акушерско-гинекологической помощи.

### ESTIMATION WOMEN OF THE ROVNO AREA OF AVAILABILITY AND QUALITY OF MEDICAL AID

*V.M. Enikeeva* (Rovno)

Results of medical and sociological research among women of the Rovno area are resulted with the purpose of studying their estimation of availability and quality of the obstetr

## МЕДИЧНЕ ПРАВО

УДК 312.6-053.3/.7(477)

**О.О. ДУДИНА, Г.О. СЛАБКИЙ, Р.О. МОЙСЕЄНКО, В.Б. ПЕДАН, Н.Я. ЖИЛКА,  
Г.О. БРИНЬ, С.І. ОСТАШКО (Київ)**

## СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В УКРАЇНІ

### ЧАСТИНА 1. АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ, СТРАТЕГІЙ ТА ІНІЦІАТИВ, ЯКІ ЗАБЕЗПЕЧУЮТЬ ПОЛІТИКУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

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

В умовах несприятливої демографічної ситуації, що утримується в Україні останніми десятиріччями, особливого значення набувають питання формування, збереження і зміцнення здоров'я нових народжуваних

поколінь, якості їхнього подальшого життя та адаптації в соціумі. Адже нині майже кожна четверта дитина народжується з відхиленнями в стані здоров'я, кожна 59-та – інвалід з дитинства, а щорічно статус дитини-інваліда



отримують близько 136 тис. дітей. Зростає кількість ВІЛ-інфікованих дітей, у 2005 р. зареєстровано 2399 немовлят, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, а у 2006 р. – 2376 [6;9]. Викликає стурбованість зниження фізичної активності дітей, а також нераціональне харчування і дефіцит харчових мікроелементів і вітамінів, що негативно позначається на фізичному і розумовому розвитку дітей. За даними державної статистики, високими залишаються рівні малюкової смертності (11,9 на 1000 народжених живими у 2000 р., 9,9 – у 2005 р., 9,8 – у 2006 р.), смертності дітей перших п'яти років життя (15,6, 12,4 і 12,9 на 1000 дітей кожного року відповідно) та смертності дітей до 14 років (9,8, 9,2, 11,8 на 10 тис. дітей відповідного віку). Проте, за орієнтовно-розрахунковими даними ВООЗ, рівень смертності дітей першого року життя становить близько 18,0.

За основними показниками стану і детермінантів здоров'я згідно з даними Доповіді про стан охорони здоров'я в Європі, 2005 р. [1;7], Україна відстає від розвинених країн Європи: за рівнем малюкової смертності вона посідає 37-ме місце серед 52 країн, смертності дітей у віці до 5-ти років – 41-ше, смертності новонароджених – 40-ве. Високий рівень цих інтегральних показників здоров'я дітей зумовлений значним тягарем хвороб, спричинених 7 провідними проблемами здоров'я, за якими Україна також відстає від розвинених країн, посідаючи в цілому 40-ве місце, а за рівнем недостатності йоду – останнє, хвороб новонароджених – 39-те, важких вроджених аномалій – 41-ше.

Необхідність впливу на провідні проблеми здоров'я зумовлена тим, що здоров'я в дитячому віці визначає стан здоров'я протягом усього життя людини та наступних поколінь. Вважається, що найбільш розумною політикою у сфері охорони здоров'я дітей є орієнтація на ранні добре сплановані заходи. На міжнародному рівні зростає розуміння необхідності нового підходу до вирішення цього завдання. З метою виконання прийнятої у 2003 р. резолюції регіонального комітету ВООЗ Європейське регіональне бюро ВООЗ розробило Європейську стратегію „Здоров'я і розвиток дітей і підлітків” [2].

У цій стратегії визначено основні завдання у сфері охорони здоров'я дітей і підлітків та варіанти їх вирішення з урахуванням фактичних даних і досвіду ВООЗ протягом останніх років.

**Мета роботи** – науково обґрунтувати аналіз національні стратегії у сфері охорони здоров'я і розвитку дітей та підлітків з

урахуванням міжсекторальних взаємодій як основи для вирішення основних проблем охорони здоров'я та розробки і координації стратегій надання медичних послуг, що відповідають потребам дітей і підлітків.

**Методологія дослідження.** В основу методології підготовки ситуаційного аналізу стану здоров'я дітей і підлітків покладено розроблені в Європейському регіональному бюро ВООЗ під керівництвом головного керівника Королівського суспільства зміцнення здоров'я Richard Parish „Інструмент оцінки” та “Інструмент інформації” [3–5].

**Основні завдання:** оцінити існуючі напрями політики та стратегії щодо охорони здоров'я дітей і підлітків, уточнити покладені в їх основу цілі та завдання; науково документувати існуючі механізми реалізації політики щодо здоров'я дітей і підлітків, оцінити ступінь обліку науково обґрунтованих рекомендацій в Україні; визначити, якою мірою задіяні всі ті інструменти політики, що за фактичними даними могли б бути ефективними, а також оцінити наявність інформаційних систем, необхідних для формулювання політики, її здійснення і оцінки результатів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Демократичне і правове суспільство, що будується в Україні за Конституцією України, орієнтується на сім'ю, жінку, дитину як на вищі соціальні цінності з визначенням пріоритетності їхніх інтересів. Конституція України є основним гарантом прав дітей і підлітків у нашій державі.

Відповідно до ст. 52 Конституції України, права дітей – одна із складових конституційних прав і свобод людини та громадянина. Основою законодавчого забезпечення прав дітей в Україні є принцип, що діти рівні у своїх правах незалежно від походження, а також від того, народжені вони в шлюбі чи поза ним. Найважливішим і найціннішим з-поміж особистих прав і свобод людини є право на життя. У ст. 27 Конституції України визначено, що кожна людина має невід'ємне право на життя і ніхто не може бути свавільно позбавлений життя.

На підставі положень чинної Конституції України і Конвенції ООН про права дитини був прийнятий Закон України „Про охорону дитинства” від 26.04.2001 р. №2402-III, яким визначено охорону дитинства в Україні як стратегічний загальнонаціональний пріоритет з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний захист і загальний розвиток, встановлено основні заходи державної політики в цій сфері.

В цілому законодавство про охорону дитинства ґрунтується на Конституції України, Законі України „Про охорону дитинства” від 26.04.2001 р. №2402-III, ратифікованій Верховною Радою України 27 лютого 1991 р. Конвенції ООН про права дитини, міжнародних договорах, згода на обов’язковість яких надана Верховною Радою України, а також інших нормативно-правових актах, що регулюють суспільні відносини у цій сфері. Завданнями законодавства про охорону дитинства є розширення соціально-правових гарантій дітей, забезпечення фізичного, інтелектуального, культурного розвитку молодого покоління, створення соціально-економічних і правових інститутів з метою захисту прав та законних інтересів дитини в Україні. Згідно із Законом, дитиною вважається особа до 18 років. Ст. 3 цього Закону закріплені рівні права і свободи для всіх дітей на території України незалежно від раси, кольору шкіри, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного, етнічного або соціального походження, майнового стану чи стану здоров’я, інших обставин.

Система заходів щодо охорони дитинства в Україні включає:

- визначення основних правових, економічних, організаційних, культурних і соціальних основ з охорони дитинства, удосконалення законодавства про правовий і соціальний захист дітей, приведення його у відповідність з міжнародними правовими нормами в цій сфері;

- проведення державної політики, направленої на реалізацію цільових програм з охорони дитинства, надання дітям пільг, переваг і соціальних гарантій у процесі виховання, навчання, підготовки до трудової діяльності, заохочення наукових досліджень з актуальних питань дитинства;

- встановлення відповідальності юридичних і фізичних осіб за порушення прав і законних інтересів дитини, нанесення йому шкоди.

Крім того, в Україні діє ціла низка законів щодо забезпечення прав дитини, в тому числі на відпочинок, дозвілля, освіту, належні безпечні умови праці, захист від усіх форм насильства, медичну допомогу та пільги, що надаються матерям у разі хвороби дитини тощо.

Згідно з Конституцією України (ст. 85), відповідальність за визначення засад внутрішньої політики, у тому числі пріоритетів та стратегії громадського здоров’я, несе Верховна Рада, а за реалізацію цієї стратегії та діяльність медико-санітарних служб – Кабінет Міністрів України (ст. 116 Конституції) та центральний орган виконавчої влади в

галузі охорони і зміцнення здоров’я, санітарного та епідеміологічного благополуччя населення – Міністерство охорони здоров’я України (Указ Президента України від 17.08.1998 р. №884/93 «Про положення про Міністерство охорони здоров’я України»). Згідно з Положенням (п.17), МОЗ України у взаємодії з іншими центральними та місцевими органами виконавчої влади (на регіональному рівні – МОЗ АР Крим, управліннями охорони здоров’я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, на районному та міських рівнях – районними та міськими лікарнями або іншими закладами, які визначені центральними для району, міста) координує та відповідає за діяльність закладів і установ охорони здоров’я з питань, що визначають стан громадського здоров’я: формування здорового способу життя, профілактику захворювань, у тому числі керованих засобами імунпрофілактики, надання медико-санітарної допомоги.

В цілому державна політика у сфері охорони здоров’я дітей і підлітків передбачає реалізацію та відповідальність за виконання заходів щодо:

- забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення, переорієнтації охорони здоров’я на суттєве посилення заходів з попередження захворювань, зниження ризиків, що пов’язані із забрудненням та шкідливим впливом факторів довкілля для здоров’я населення в цілому і дітей та підлітків зокрема;

- створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання і навчання населення, особливо дітей та молоді, посилення боротьби зі шкідливими звичками, розвиток фізичної культури і спорту;

- забезпечення умов для всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, оптимальних умов побуту, виховання і навчання.

На галузевому рівні МОЗ України та територіальні органи і заклади (обласні, міські, районні, які визначені центральними для району, міста) забезпечують:

- розробку та виконання державних та регіональних програм щодо охорони здоров’я дітей і підлітків;

- здійснення реструктуризації педіатричної служби з метою ліквідації диспропорції у розвитку різних видів медичної допомоги дитячому населенню;

- розвиток первинної медико-санітарної допомоги;

- створення системи інформаційного забезпечення служби охорони дитинства на основі широкого розвитку інформаційних мереж, реорганізації медико-статистичної служби;

- удосконалення системи забезпечення якості надання медичної допомоги на основі розроблених індикаторів якості;

- розробку та впровадження медичних стандартів та клінічних протоколів.

На регіональному рівні відповідальність за пріоритети і визначення стратегії громадської охорони здоров'я несуть:

- обласні державні адміністрації та ради народних депутатів: відповідають за визначення пріоритетів та стратегії розвитку громадського здоров'я в регіоні та впровадження державних та галузевих стратегій;

- обласні управління охорони здоров'я: за вирішення тактичних питань;

- заклади охорони здоров'я: безпосередньо за дієвість медичної допомоги.

За діяльність медико-санітарних служб первинного, вторинного і третинного рівня відповідальність несуть:

- управління охорони здоров'я облдержадміністрацій: за визначення пріоритетів та стратегії розвитку громадського здоров'я в регіоні, впровадження державних та галузевих стратегій (третинний рівень);

- управління охорони здоров'я міських рад, головні лікарі центральних районних лікарень: за визначення тактики, тобто засобів реалізації загальної стратегії (вторинний рівень);

- голови селищних рад, головні лікарі сільських лікарняних амбулаторій, міських дитячих поліклінік: за реалізацію стратегій, забезпечення виконання функцій служби охорони здоров'я (первинний рівень).

Статтею 5 Закону України „Про охорону дитинства” від 26.04.2001 р. №2402-III також закріплено пріоритет Верховної Ради України у визначенні основ охорони дитинства і державної політики в цій сфері. Проведення державної політики з охорони дитинства, розробку і здійснення цільових загальнодержавних програм соціального захисту і поліпшення положення дітей, координацію діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади в цій сфері забезпечує Кабінет Міністрів. Щорічно Кабінет Міністрів готує звіт Верховній Раді про стан демографічної ситуації в Україні, положення дітей і тенденції його зміни в ході впровадження соціально-економічних перетворень.

Відповідно до компетенції, визначеної цим Законом, місцеві органи виконавчої влади і органи місцевого самоврядування забезпечують:

- розробку і здійснення галузевих та регіональних програм поліпшення становища дітей, рішення інших питань у цій сфері;

- розвиток мережі учбових закладів, установ охорони здоров'я, соціального захисту, позашкільних учбових установ;

- організацію безкоштовного харчування учнів 1–3-х класів загальноосвітніх учбових установ, дітей-сиріт, дітей з неповних і багатодітних сімей у ПТУ;

- організацію пільгового проїзду міським пасажирським транспортом, автомобільним транспортом в сільській місцевості учнів загальноосвітніх учбових установ, дітей-сиріт, дітей з неповних і багатодітних сімей у ПТУ;

- вирішення питань про надання пільг і державної допомоги дітям і сім'ям з дітьми відповідно до законодавства;

- участь трудових колективів, добродійних і інших суспільних організацій, фізичних осіб у забезпеченні реалізації заходів щодо охорони дитинства, поліпшення положення дітей.

Згідно із Законом, усі діти мають право на захист від усіх форм насильства, на освіту, на особисту свободу. Також Закон захищає права дітей-інвалідів і дітей з порушеннями розумового або фізичного розвитку.

Статтею 21 Закону закріплено вік, з якого допускається прийом дітей на роботу, вік становить 16 років.

Як самостійна стратегія охорони здоров'я дітей та підлітків протягом 10 років (1996–2005 рр.) виступала Національна програма „Діти України”, затверджена Указом Президента України „Про Національну програму „Діти України” від 18.01.1996 р. №63/96.

Частиною загальної політики та стратегії охорони здоров'я населення щодо загального та репродуктивного здоров'я жінок, дітей і молоді є Міжгалузева комплексна програма „Здоров'я нації” на 2002–2011 роки, ухвалена постановою Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. №14 „Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми „Здоров'я нації” на 2002–2011 роки”.

Загальною метою Програми є збереження і зміцнення здоров'я населення, підвищення народжуваності, якості та ефективності медико-санітарної допомоги.

Окремим розділом передбачено заходи щодо поліпшення стану загального та репродуктивного здоров'я населення, зниження показників материнської,

перинатальної смертності та смертності немовлят до рівня в країнах Західної Європи (Розділ III – покращення умов для виживання та якості життя. Здоров'я жінок) та поліпшення стану здоров'я дітей та молоді, зниження рівня їх інвалідизації, смертності немовлят до 10 на 1000 народжених живими і смертності дітей віком до 14 років до 100 на 100 тис. дітей (Розділ IV. Здоров'я дітей і молоді).

Частиною загальної політики та стратегії охорони здоров'я населення щодо репродуктивного здоров'я та антенатальної охорони плоду протягом попередніх 5 років була Національна програма „Репродуктивне здоров'я 2001–2005 рр.“, затверджена Указом Президента від 26.03.2001 р. №203/2001 „Про затвердження Національної програми „Репродуктивне здоров'я 2001–2005 рр.“, основною метою якої було поліпшення демографічної та соціально-економічної ситуації в державі, репродуктивного здоров'я населення.

Наразі вже затверджені Кабінетом Міністрів України Концепція Національної програми „Репродуктивне здоров'я нації 2006–2015” (Розпорядження №244-р від 27.04.2006) та Державна програма „Репродуктивне здоров'я нації” на період до 2015 року (Постанова „Про затвердження Державної програми „Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року” від 27.12.2006 р. №1849). Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22.04.2006 р. №229-р затверджено Концепцію Національного плану дій щодо реалізації Конвенції ООН Про права дитини, а також розроблено його Проект, окремим розділом якого визначено стратегію охорони здоров'я дітей.

Як у діючих, так і в проектах державних програм, покладено переважно кінцеві цілі та індикатори виконання поставлених завдань без проміжних цільових індикаторів. Так, Державною програмою „Репродуктивне здоров'я нації” на період до 2015 р. прикінцевою метою визначено поліпшення репродуктивного здоров'я населення України як важливої складової загального здоров'я, впливу на демографічну ситуацію та забезпечення соціально-економічного потенціалу країни. Індикаторами досягнення цієї мети до 2015 р. визначені: зниження рівня малюкової смертності на 20%, смертності новонароджених від синдрому дихальних розладів – на 20%, збільшення кількості дітей, які перебувають на грудному вигодовуванні до шести місяців – до 60%.

Проектом Національного плану дій щодо реалізації Конвенції ООН Про права дитини

передбачено забезпечення оптимального функціонування цілісної системи захисту прав дітей в Україні з урахуванням Цілей Розвитку Тисячоліття та стратегії Підсумкового документа Спеціальної Сесії в інтересах дітей Генеральної Асамблеї ООН Світ, сприятливий для дітей, визначено як кінцеві, так і проміжні показники досягнення мети.

Метою проекту Національного плану дій щодо реалізації Конвенції ООН Про права дитини у сфері охорони здоров'я є створення умов для народження здорової дитини, збереження здоров'я кожної дитини протягом усього періоду дитинства та забезпечення доступності до якісних медичних послуг усім дітям. При цьому для досягнення мети до 2010 р. передбачено: забезпечення народження не менше 90% дітей у закладах, яким присвоєно статус „Лікарня, доброзичлива до дитини”, зниження смертності дітей віком до одного року від вроджених вад розвитку – на 10%, смертності дітей віком до 18 років – на 10%, охоплення не менше 80% дітей-інвалідів реабілітаційними програмами тощо.

По більшості програм розроблено і здійснюються моніторинги їх виконання. Так, розроблено і виконується програма моніторингу виконання Міжгалузевої комплексної програми „Здоров'я нації”, а дані про хід її виконання щорічно доповідаються Кабінету Міністрів України та висвітлюються у засобах масової інформації. Комплексний моніторинг виконання проекту Національного плану дій щодо реалізації Конвенції ООН Про права дитини планується здійснити у 2010 р. Результати моніторингу стануть основою для розроблення заходів щодо виконання документу на наступні п'ять років.

До моніторингу, оцінки виконання Проекту будуть залучатися представники центральних та місцевих органів виконавчої влади, громадських, благодійних та релігійних організацій, незалежні експерти, діти.

У розділах щодо очікуваних результатів виконання програм та їх ефективності зазначаються кінцеві результати, зокрема конкретні кількісні та якісні показники (економічні, соціальні, екологічні, наукові тощо), які будуть досягнуті в результаті виконання програм.

Моніторинг і комплексну оцінку результатів виконання заходів і завдань програм здійснює її державний замовник. У разі, коли Програма має кількох державних замовників, моніторинг і звіти готує державний замовник, який координує діяльність, пов'язану з виконанням Програми, на основі даних, що подають інші державні замовники у

визначений ним термін. Крім того, державними замовниками програм подаються КМУ щорічні (проміжні) звіти про виконання заходів та досягнення запланованих показників.

В Україні приймаються також додаткові стратегічні заходи, що спрямовані на вирішення завдань у сфері охорони здоров'я дітей і підлітків. Заходи стосовно збереження і зміцнення здоров'я дітей і підлітків унормовуються цілою низкою законів України. Так, правові норми регулювання сімейних відносин розкрито у Сімейному кодексі, одним із основних положень якого є забезпечення кожної дитини сімейним вихованням, захист кожної дитини, яка позбавлена батьківського піклування, надання їй можливостей для фізичного і духовного розвитку. Основоположні принципи діяльності держави щодо стимулювання ефективного природокористування, охорони довкілля та забезпечення екологічної безпеки для життя і здоров'я людини, в т.ч. і дитини, закріплено в Конституції України, Законах: „Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” від 24.02.1994 р. №4004-XII, „Про ратифікацію конвенції Про оцінку впливу на навколишнє середовище в транскордонному контексті” від 19.03.1999 р. №534-XIV, „Про охорону атмосферного повітря” від 16.10.1992 р. №2707-XII. Законом України „Про фізичну культуру і спорт” від 24.12.1993 р. №3808 унормовано фізкультурно-оздоровчу та спортивну діяльність серед інвалідів та у навчально-виховній сфері. З метою профілактики дефіциту йоду у дітей з 2000 р. сіль збагачується йодатом калію, а державним департаментом продовольства Мінагрополітики розроблено і затверджено Положення про виконання відомчого контролю за якістю йодованої солі на всіх основних підприємствах галузі [8].

У більшості стратегій щодо здоров'я дітей покладено принципи, рекомендовані ВООЗ. Так, з 27 вересня 1991 р. в Україні набула чинності Конвенція ООН Про права дитини, у ст. 52. Конституції України проголошено рівність дітей у своїх правах незалежно від походження, у ст. 3 Закону України „Про охорону дитинства” від 26.04.2001 р. №2402-III визначено, що всі діти на території України незалежно від раси, кольору шкіри, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного, етнічного або соціального походження, майнового стану чи стану здоров'я, інших обставин мають рівні права і свободи.

В цілому в Україні стратегічні питання щодо охорони здоров'я дітей і підлітків вирішуються

комплексно, із залученням до їх виконання різних служб, міністерств і відомств.

Так, Національну програму „Діти України” виконували: Міністерство охорони здоров'я, Міністерство освіти та науки, Міністерство внутрішніх справ, Міністерство юстиції, Міністерство фінансів, Міністерство праці і соціальної політики, Міністерство зовнішніх справ, Міністерство культури, Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерство освіти та науки, Міністерство економіки, Мінагрополітики, Держкомінформ, Академія педагогічних наук, Академія медичних наук, Національна академія наук, Рада міністрів АР Крим, обласні та міські державні адміністрації.

Міжгалузеву комплексну програму „Здоров'я нації” на 2002–2011 роки виконують 16 міністерств України, 11 державних комітетів, Державний департамент України з питань виконання покарань, Національна академія наук, Академія медичних наук, Академія педагогічних наук, ЦК профспілки працівників охорони здоров'я, Рада міністрів АР Крим, обласні та міські державні адміністрації.

До виконання Національної програми „Репродуктивне здоров'я 2001–2005 рр.” були залучені: Міністерство охорони здоров'я, Міністерство економіки, Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту, Держкомінформ, Міністерство юстиції, Міністерство праці і соціальної політики, Міністерство освіти та науки, Міністерство фінансів, Академія медичних наук, Академія педагогічних наук, Національна академія наук, Рада міністрів АР Крим, обласні та міські державні адміністрації.

Питання становища та здоров'я дітей і підлітків також висвітлюються в окремих підрозділах щорічних доповідей „Про стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі”, які надаються Президенту України, Верховній Раді та Кабінету Міністрів України. Крім того, становище дітей в Україні висвітлюється і надається в органи законодавчої і виконавчої влади у вигляді тематичних доповідей. Так, за даними 2004 р. опубліковано доповідь „Стан та соціальний захист сільських дітей”, а за 2005 р. – „Соціальний захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування: досвід реформування”.

До широкої громадськості доводяться досягнення (або їх відсутність) в реалізації стратегії та детальні дані про стан здоров'я дітей для загального ознайомлення із використанням офіційного вебсайту МОЗ України, засобів масової інформації, проведення «круглих» столів, конференцій, семінарів тощо.

У регулярних звітах про виконання рекомендацій, що стосуються питань здоров'я дітей і підлітків, прав дитини розглядаються питання реалізації прав на охорону здоров'я дітей і підлітків, планування сім'ї, медико-генетичного консультування, виховання здорової дитини, раціонального харчування, первинної профілактики захворювань, пропаганди здорового способу життя, наслідків шкідливих звичок, аналізу стану здоров'я дітей та підлітків окремих вікових груп, інвалідності, дитячої смертності, соціального сирітства, організації лікування та оздоровлення дітей і підлітків тощо.

З метою координації стратегій і заходів стосовно прав дітей, в тому числі на охорону здоров'я, постановою Кабінету Міністрів України від 03.08.2000 р. №1200 „Про утворення Міжвідомчої комісії з питань охорони дитинства” затверджена міжвідомча комісія з питань охорони дитинства.

В Україні реально вирішується на практиці питання необхідності надання допомоги протягом усіх етапів дитинства і підліткового віку. Законом України „Про охорону дитинства” визначено, що до дітей належать особи до 18 років. Діючи стратегії та стратегії, що розробляються, а також нормативно-правові акти, які затверджуються на виконання стратегій, охоплюють питання надання допомоги на всіх етапах, починаючи з антенатального періоду. Суттєве значення для забезпечення безперервності медичної допомоги дітям на всіх етапах їхнього життя має наказ МОЗ України від 12.12.2004 р. №465 „Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку”, згідно з яким функції щодо організації медичного забезпечення дітей підліткового віку передані дитячим поліклінікам.

Залежно від місцевих особливостей у деяких регіонах існують додаткові програми та проекти, спрямовані на надання допомоги дітям і підліткам. Так, у Львівській області реалізується проект „Західноукраїнська ініціатива в збереженні здоров'я дітей”, метою якого є рання діагностика та своєчасна корекція вроджених вад розвитку серцево-судинної системи у дітей, у Сумській – „Програма соціально-духовного відродження ромів Сумської області на 2004–2006 рр.”, у Рівненській – „Українсько-американська програма запобігання вродженим вадам розвитку” та програма „Фетальний алкогольний синдром”, в АР Крим – регіональні заходи „Здорова мати – здорова дитина на 2006–2010 роки”.

Незважаючи на те, що сформоване законодавче та нормативне поле України є сприятливим для вирішення проблем здоров'я дітей і підлітків, контроль з боку держави за виконанням законодавства у цій сфері, на жаль, є малоефективним: недостатнє і нестабільне фінансування заходів гальмує досягнення бажаних результатів.

Так, ст. 42 Конвенції ООН з прав дитини передбачено, що держави-сторони визнають право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я. Незважаючи на те, що Конвенція ООН про права дитини набула чинності в Україні з 27 вересня 1991 р., законодавчо це право дітей в Україні не визнано. Обмеженість фінансування галузі охорони здоров'я в цілому і служби охорони здоров'я матері і дитини зокрема не дають змоги забезпечити в повному обсязі потреби дитячого населення в медичній допомозі на всіх етапах її надання, особливо дороговартісної спеціалізованої допомоги.

У рамках рішень Саміту Тисячоліття Україна зобов'язалась повністю виконати Цілі й скоротити до 2015 р. порівняно з базовим 2001 р. на 17% рівень материнської смертності та смертність дітей до 5 років, а також зменшити темпи поширення ВІЛ/СНІДу на 13% та рівень захворюваності на туберкульоз – на 42%. Важливе значення для вирішення проблеми охорони здоров'я дітей має постійне поліпшення стану навколишнього середовища, яке передбачено Ціллю 7. Зобов'язання України у досягненні цієї мети також повністю відповідають завданням Саміту Тисячоліття: до 2015 р. порівняно з 2001 р. збільшити на 12% кількість населення, що має доступ до питної води, яка відповідає національним стандартам. Виконання цих зобов'язань потребує не лише мобілізації служби охорони здоров'я, а і цільового фінансування заходів щодо профілактики невіношуваності, виходжування недоношених новонароджених з екстремально низькою масою тіла при народженні тощо.

### **Висновки**

Сучасний стан здоров'я дітей і підлітків вимагає нових ефективних шляхів вирішення проблем його формування, збереження та поліпшення. Нині збереження здоров'я дітей і підлітків в Україні виходить за рамки суто медичного питання і є загальнодержавною міжсекторальною проблемою, яка потребує розробки і затвердження заходів на національному рівні.

Закони та інші нормативні акти відповідають міжнародним документам і проголошують: необхідність вирішення проблем постійного поліпшення стану навколишнього середовища, забезпечення сталого доступу дітей та підлітків до служб перинатальної, неонатологічної та педіатричної допомоги, встановлення державного контролю за якістю товарів та послуг дітям та підліткам, обов'язковість інформування та навчання їх щодо навичок здорового способу життя. Широка правова база дає змогу державі достатньою мірою забезпечувати права дітей на охорону здоров'я.

Однак контроль з боку держави за виконанням законодавства стосовно забезпечення прав дітей, в тому числі на

отримання найдосконаліших методів медичних послуг, на жаль, є малоефективним. Чинні нормативно-правові акти потребують постійного доповнення, і водночас існує необхідність розробки та прийняття нових з урахуванням міжнародних правових документів та економічних, соціальних і галузевих реформ в Україні.

Потребує посилення інформаційно-освітня складова державної політики як стосовно підвищення освітнього рівня населення з приводу створення безпечного середовища для дитини, формування та збереження її здоров'я, основних його детермінант, так і стосовно фахівців, які надають відповідні послуги, та активізації роботи з інформування населення щодо відповідальності сім'ї за стан здоров'я дітей.

### Список літератури

1. Доклад о состоянии здоровья в Европе, 2005. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2005. – 168 с.
2. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2005. – 23 с.
3. Инструмент действий. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2005. – 40 с.
4. Инструмент информации. Копенгаген: Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2005. – 28 с.
5. Инструмент оценки. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2005. – 32 с.
6. Моїсеєнко Р. О., Педан В. Б., Бережний В. В. Аналіз смертності дітей віком до одного року в Україні за 2006 рік / Современная педиатрия. – 2007. – №2(15). – С.10–14.
7. Обзорная сводка о состоянии здоровья в Украине. 2005. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2006. – 39 с.
8. Становище дітей та жінок в Україні. – К., 2005. – 180 с.
9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік. – К., 2006. – С.57–64.

## СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УКРАИНЕ ЧАСТЬ I. АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ, СТРАТЕГИЙ И ИНИЦИАТИВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ПОЛИТИКУ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Е. А. Дудина, Г. А. Слабкий, Р. А. Моїсеєнко, В. Б. Педан, Н. Я Жилка  
Г. А. Брын, С. И. Осташко (Киев)

Анализ украинского законодательства и инициатив, обеспечивающих политику здоровья детей и подростков, свидетельствует об их соответствии международным правовым документам и возможности государства обеспечивать права детей и подростков на охрану здоровья. Существует необходимость усиления контроля со стороны государства за соблюдением действующих и разработкой новых нормативно-правовых актов с учетом экономических, социальных и отраслевых реформ в Украине.

## SITUATIONAL ANALYSIS OF THE STATE OF HEALTH CARE OF CHILDREN AND TEENAGERS IN UKRAINE PART 1. THE ANALYSIS OF NORMAL BASIC, STRATEGIES AND INITIALS WHICH PROVIDE POLITICS OF HEALTH OF CHILDREN AND TEENAGERS

E.A.Dudina, G.A.Slabky, R.A.Moiseenko, V.B.Pedan, N.Ya.Zhylka, G.A.Bryn,  
S.I.Ostashko (Kiev)

The analysis of Ukrainian legislation and initials which provide politics of health of children and teenagers suit to the international documents and the state's possibilities to provide the rights of children and teenagers on the health care. There is necessity of control from the side of state with supervision of normal acts taking into account of economic, social reforms in Ukraine.

УДК 616-082-052.003.2

С.В. ІСТОМІН (Київ)

## ЩОДО ПРАВОВИХ НАСЛІДКІВ ОТРИМАННЯ ВІД ПАЦІЄНТА ОПЛАТИ ЗА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ПРАЦІВНИКАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Український інститут громадського здоров'я

У документі “Здоров'я 21: Європейська політика по досягненню здоров'я для всіх” Європейське регіональне бюро ВООЗ зазначає, що сума асигнувань, які спрямовуються на охорону здоров'я, має становити 7–10% ВВП за умови, що загальний рівень ВВП є достатньо високим. Зазначені рекомендації ВООЗ враховані при прийнятті Верховною Радою України у листопаді 1992 р. Основ законодавства України про охорону здоров'я. Так, частиною 2 статті 12 Основ встановлено, що “державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу”. Проте, хоча відсоток видатків на охорону здоров'я до ВВП зріс з 2,6% у 2000 р. до 3,3% у 2006 р., фінансування охорони здоров'я протягом 15 років жодного разу не перевищило 30% від потреби [1;2].

Коментуючи той факт, що показники фінансування охорони здоров'я у регіоні становлять 3,1–10,7% ВВП, Європейське регіональне бюро ВООЗ зазначає, що “у деяких країнах регіону видатки на охорону здоров'я є просто неадекватними, навіть для забезпечення мінімальних потреб населення”.

**Мета роботи** – дати аналіз законодавства України щодо правових наслідків отримання медичними працівниками плати від пацієнтів за надану допомогу.

**Методи**, що використовувались в ході виконання роботи, – статистичного підходу, аналітичні. Аналізу підлягало 13 джерел нормативно-правової бази України та наукової літератури.

**Результати та їх обговорення.** Для значної частини представників органів державної влади України характерним є небажання усвідомити очевидність взаємозв'язку між розміром видатків на охорону здоров'я та обсягами і якістю медичної допомоги. Так, у Рішенні від

29.05.2002 р. №10-рп/2002 у справі про безоплатну медичну допомогу Конституційний Суд України визнав неприйнятними “пропозиції щодо необхідності встановлення якихось меж безоплатної медичної допомоги у вигляді її гарантованого рівня, чи “у рамках, визначених законом”” [12]. На думку суддів Конституційного Суду, “це суперечить положенням статті 3, частини 3 статті 22 та низки інших статей Конституції України”. Проте частиною 2 статті 95 Конституції встановлено, що “**ВИКЛЮЧНО ЗАКОНОМ** про Державний бюджет України визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні потреби, розмір і цільове спрямування цих видатків” [3].

Крім того, недостатнє фінансування галузі, постійне призупинення дії пункту “ж” частини 1 статті 77 Основ, згідно з яким у державних закладах охорони здоров'я встановлюються середні ставки і посадові оклади на рівні, не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості, призвели до зниження рівня заробітної плати медичних працівників до 29-го місця серед 29-ти інших галузей народного господарства [7].

Одним з наслідків недостатнього фінансування охорони здоров'я є негативні зміни у правосвідомості певної частини населення, уява, що держава законодавчо декларує право громадян на безоплатну медичну допомогу, але фінансово неспроможна його реалізувати, фактично перебрала обов'язок забезпечення цього права на пацієнтів та медичних працівників. За цих обставин окремі працівники державних (комунальних) закладів охорони здоров'я, службові особи або керівники цих закладів почали вимагати оплату від громадян за надану їм медичну допомогу, іноді не усвідомлюючи, що такі дії порушують визначені законодавством України права пацієнтів і за певних обставин можуть кримінально каратися.

Інформованість щодо наслідків скоєння правопорушення, умов та підстав притягнення до юридичної відповідальності за незаконне



отримання оплати медичної допомоги або винагороди від пацієнта дасть змогу медичним працівникам під час виконання своїх обов'язків діяти виключно у межах закону.

**Порушення права на безоплатну медичну допомогу.** Правовідносини, що виникають між пацієнтом та медичним працівником, здебільшого врегульовано нормами права, які закріплені законодавством України. Порушення встановленого державою порядку надання медичної допомоги обумовлює необхідність притягнення особи, винної у цьому правопорушенні, до юридичної відповідальності. Залежно від виду правопорушення, пов'язаного з порушенням прав пацієнта, винна особа може бути притягнена до кримінальної, цивільної, матеріальної або дисциплінарної відповідальності.

Так, відповідно до статті 49 Конституції України, “у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно”. Згідно з Рішенням Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. №10-рп/2002 у справі №1-13/2002, положення частини 3 статті 49 Конституції України треба розуміти так, що “у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги”. Це означає, що незалежно від часу надання медичної допомоги на пацієнта не може бути покладено обов'язок відшкодувати її вартість ні у вигляді будь-яких платежів, ні у формі добровільних внесків до благодійних або медичних фондів. До поняття “медична допомога”, яке застосовується у статті 49 Конституції України, не відносяться платні медичні послуги, перелік яких затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 р. №1138. У разі порушення права пацієнта на безоплатну медичну допомогу, залежно від правового статусу суб'єкта правопорушення, форми та мотивів вчинення незаконних дій, винна особа може бути притягнена до кримінальної відповідальності, передбаченої статтями 184, 368 або 354 Кримінального кодексу України (далі КК України) [3;8;12].

Згідно з положеннями частини 1 статті 184 КК України, “незаконна вимога оплати за надання медичної допомоги в державних чи комунальних закладах охорони здоров'я карається штрафом до 100 неоподатковуваних мінімумів доходів

громадян або арештом на строк до шести місяців”. Необхідно враховувати, що незаконною визнається вимога оплати медичної допомоги, яка має надаватися закладами охорони здоров'я державної або комунальної форми власності громадянам України, іноземцям та особам без громадянства **безоплатно** згідно із чинним законодавством та міжнародними договорами України. Вимога внесення оплати за надання платних медичних послуг у розмірі, що перевищує офіційно встановлений, також визнається незаконною. Відповідальність за скоєння злочину передбаченого частиною 1 статті 184, несуть медичні працівники (службові особи та працівники, які не належать до цієї категорії), за умови незаконної вимоги внесення оплати у формі безготівкового розрахунку або готівкою на користь **закладу охорони здоров'я** [4].

**Одержання хабара.** У разі, коли службова особа одержує незаконну винагороду від пацієнта для себе особисто, її дії можуть бути кваліфіковані за відповідною частиною статті 368 КК України як одержання хабара. Хабарем, відповідно до постанови Пленуму Верховного Суду від 26.04.2002 р. №5 “Про судову практику у справах про хабарництво”, можуть бути майно (гроші, цінності та інші речі), право на нього (документи, які надають право отримати майно, користуватися ним або вимагати виконання зобов'язань тощо), будь-які дії майнового характеру (передача майнових вигод, відмова від них, відмова від прав на майно, безоплатне надання послуг, санаторних чи туристичних путівок, проведення будівельних або ремонтних робіт тощо). Хабар може даватися та одержуватися і в завуальованій формі – під виглядом укладення законної угоди, нееквівалентної оплати послуг різного характеру (консультації, експертизи тощо) [4;10].

Службова особа може особисто або через посередників отримати незаконну винагороду за виконання чи невиконання в інтересах того, хто дає хабара, чи в інтересах третьої особи дії, яку вона повинна була чи могла виконати з використанням наданої їй влади чи службового становища, або таких дій, які вона не уповноважена була чинити, але до вчинення яких іншими службовими особами могла вжити заходів завдяки своєму службовому становищу (наприклад, за видачу лікарем лікарняних листків працездатним громадянам, госпіталізацію головним лікарем лікарні хворих позачергою). Дії винних визнаються одержанням хабара й у тих випадках, коли умови одержання

матеріальних цінностей або послуг спеціально не обумовлювались, але учасники злочину усвідомлювали, що особа дає хабар з метою задоволення власних інтересів або інтересів третіх осіб. Відповідальність настає незалежно від того, до чи після вчинення цих дій одержано хабар, виконала чи не виконала службова особа обумовлене, збиралася чи ні вона це робити.

До осіб, винних у зазначених діях, застосовується покарання у вигляді штрафу від 750 до 1500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або позбавлення волі на строк від двох до п'яти років з позбавленням права обіймати відповідні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років (частина 1 статті 368 КК України). Якщо виконані службовою особою у зв'язку з одержанням хабара дії є злочинними (службове підроблення, зловживання владою чи службовим становищем тощо), вчинене кваліфікується за сукупністю злочинів.

Одержання хабара у великому розмірі чи за попередньою змовою групою осіб, чи повторно, чи поєднане з вимаганням хабара кваліфікується за частиною 2 статті 368 КК України і карається позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років з позбавленням права обіймати відповідні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років та з конфіскацією майна [4].

Хабар визнається **одержаним за попередньою змовою групою осіб**, якщо злочин спільно вчинили декілька службових осіб (дві або більше), які заздалегідь, тобто до його початку, про це домовилися (як до, так і після надходження пропозиції про давання хабара, але до його одержання).

**Вимаганням хабара** визнається його вимагання службовою особою з погрозою вчинення або невчинення з використанням влади чи службового становища дій, які можуть заподіяти шкоду правам чи законним інтересам того, хто дає хабар, або умисне створення нею умов, за яких особа вимушена дати хабар з метою запобігання шкідливим наслідкам щодо своїх прав і законних інтересів.

Згідно з п. 1 примітки до ст. 368 КК України, хабарем у великому розмірі вважається такий, що у 200 і більше разів перевищує неоподатковуваний мінімум доходів громадян, в особливо великому – такий, що у 500 і більше разів перевищує неоподатковуваний мінімум доходів громадян. Одержання хабара в особливо великому розмірі карається позбавленням волі на строк від восьми до дванадцяти років з позбавленням права

обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років та з конфіскацією майна (частина 3 статті 368 КК України) [4].

Одержання хабара – це службовий злочин, тобто відповідальність за його скоєння несуть не всі медичні працівники, а лише ті, які виконують організаційно-розпорядчі або адміністративно-господарські обов'язки і належать до категорії службових осіб.

Організаційно-розпорядчі обов'язки – це обов'язки щодо здійснення управління трудовим колективом, ділянкою роботи, виробничою діяльністю окремих працівників на підприємствах, в установах чи організаціях незалежно від форми власності. Такі функції виконують, зокрема, керівники закладів охорони здоров'я (головні лікарі), їхні заступники, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень, лабораторій, кафедр), їхні заступники, особи, які керують ділянками робіт.

Адміністративно-господарські обов'язки – це обов'язки щодо управління або розпорядження державним, колективним чи приватним майном (установлення порядку його зберігання, переробки, реалізації, забезпечення контролю за цими операціями тощо).

Особа є службовою не тільки тоді, коли вона здійснює відповідні функції чи виконує обов'язки постійно, а й тоді, коли вона робить це тимчасово або за спеціальним повноваженням, за умови, що зазначені функції чи обов'язки покладені на неї правомірним органом або правомірною службовою особою.

До категорії службових осіб можуть належати і медичні працівники, які приймають рішення, готують експертні висновки (лікар, який виконує функції експерта) або здійснюють оформлення документів (лікар, що видає лікарняні листки), на підставі яких у пацієнтів виникають певні права і обов'язки.

Таким чином, медичні працівники, які виконують професійні, виробничі або технічні функції, можуть визнаватися службовими особами лише за умови, що поряд із цими функціями вони виконують організаційно-розпорядчі або адміністративно-господарські обов'язки. Одержання незаконної винагороди медичним працівником, який не належить до категорії службових осіб, за виконання дій, непов'язаних з використанням владних повноважень чи службового становища, а за виконання виключно професійних функцій (наприклад, одержання лікарем матеріальних цінностей чи грошей за вдало проведену операцію) не може бути визнано одержанням

хабара. За виконання зазначених дій особа не може бути притягнена до кримінальної відповідальності, передбаченої статтею 368 КК України [4].

**Одержання незаконної винагороди.** У разі, якщо незаконна винагорода одержана медичним працівником, який не є службовою особою, **шляхом вимагання**, його дії можуть бути кваліфіковані за статтею 354 КК України. Відповідно до зазначеної статті, “незаконне одержання шляхом вимагання працівником державного підприємства, установи чи організації, який не є службовою особою, в будь-якому вигляді матеріальних благ або вигід майнового характеру у значному розмірі за виконання чи невиконання будь-яких дій з використанням становища, яке він займає на підприємстві, в установі чи організації, карається штрафом до 70 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років чи позбавленням волі на строк до трьох років”.

Вимагання може здійснюватись у формі усвідомленої, прямо вираженої вимоги виплати конкретним громадянином певної винагороди за виконання роботи (надання медичної допомоги) або послуг, які входять у коло службових обов'язків медичного працівника. Штучне створення чи використання будь-яких перепон як приводу для отримання незаконної винагороди, пряма відмова або умисна затримка виконання службових обов'язків, надумане посилення на відсутність матеріалів, на неможливість якісно і в строк виконати роботу чи надати послугу можуть бути кваліфіковані як вимагання незаконної винагороди. Обґрунтована відмова або затримка у виконанні роботи чи наданні послуги з поважних причин не може розглядатись як вимога винагороди.

Винна особа може бути притягнена до кримінальної відповідальності лише тоді, коли одержані матеріальні блага або вигоди майнового характеру значного розміру. До **матеріальних благ** належать гроші, промислові та продовольчі товари, речі тощо. **Вигодами майнового** характеру визнаються майнові права, звільнення від майнових зобов'язань, пільги, а також будь-які дії, пов'язані з можливістю уникнути матеріальних витрат при одержанні матеріальних благ або послуг (одержання для безоплатного користування транспорту, приміщення, квитків на відвідування видовищних заходів). Під незаконною винагородою у **значному розмірі** слід розуміти незаконну винагороду, яка в два і більше разів перевищує неоподатковуваний мінімум доходів громадян.

Згідно зі статтею 155<sup>2</sup> КК України (“Одержання незаконної винагороди від громадян за виконання робіт, пов'язаних з обслуговуванням населення”), який втратив чинність 01.09.2001 р. на підставі Кодексу №2341-III від 05.04.2001 р., кримінально караним діянням визнавалось одержання працівником підприємства, установи чи організації, який не є службовою особою, шляхом вимоги незаконної винагороди від громадянина за виконання роботи або надання послуги у сфері торгівлі, громадського харчування, побутового, комунального, медичного, транспортного або іншого обслуговування населення, що входять в коло службових обов'язків такого працівника. Тобто до відповідальності, передбаченої цією статтею, за умови скоєння протиправного діяння могли бути притягнені медичні працівники будь-якого закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності [5].

Зі змісту статті 354 чинного КК України випливає, що до кримінальної відповідальності, передбаченої цією статтею, можуть бути притягнені медичні працівники закладів охорони здоров'я виключно **державної** форми власності [4].

Одержання медичним працівником, який не є службовою особою, матеріальних благ або вигід майнового характеру може бути визнано **незаконним** за умови, що воно не передбачене чинним законодавством за виконання (або невиконання) будь-яких дій, які входять до кола його повноважень (визначених нормативними актами, трудовими угодами, інструкціями, правилами роботи закладу) або обумовлюються його офіційним статусом. Із наведеного випливає, що медичний працівник, який не є службовою особою, за отримання матеріальних благ або вигод майнового характеру, за дії, не пов'язані з використанням службового становища (наприклад, надання консультацій за фахом, сприяння вирішенню питання на підставі дружніх відносин), не може бути притягнений до кримінальної відповідальності. Так само отримання медичним працівником, який не є службовою особою, винагороди без вимоги, за ініціативи громадянина злочинно не визнається. Ці дії можуть бути підставою для притягнення винної особи до дисциплінарної відповідальності.

**Призначення покарання за сукупністю злочинів.** У разі, якщо дії медичних працівників, які не є службовими особами, пов'язані з незаконною вимогою оплати за надання медичної допомоги (на користь державного або комунального закладу

охорони здоров'я), вимаганням незаконної винагороди (медичним працівником як державного, так і комунального закладу охорони здоров'я), призвели до ненадання медичної допомоги пацієнту, винні особи можуть бути притягнені до кримінальної відповідальності, передбаченої статтею 139 КК України ("Ненадання допомоги хворому медичним працівником") [5].

Якщо незаконна вимога внесення оплати за надання медичної допомоги або вимагання хабара **службовими особами** призвели до ненадання (або несвоєчасного надання) медичної допомоги пацієнту, що спричинило тяжкі наслідки для хворого або його смерть, особам, винним у цих діях, може бути призначене покарання за сукупністю злочинів, передбачених відповідно частиною 1 статті 184 та частиною 3 статті 365 або частиною 2 статті 368 та частиною 2 статті 364 КК України. Так, наприклад, якщо ненадання хворому своєчасної та кваліфікованої лікарської допомоги у зв'язку з його відмовою виконати розпорядження головного лікаря лікувального закладу (внесення на розрахунковий рахунок закладу оплати за частину вартості медичної допомоги або "благодійної допомоги" до медичного фонду) спричинило тяжкі наслідки для хворого, то це може бути підставою для притягнення головного лікаря до кримінальної відповідальності за умисне вчинення дій (шляхом видання розпорядження, що порушує право громадян на безоплатну медичну допомогу), які явно виходять за межі наданих йому прав (повноважень) і спричинили тяжкі наслідки. Кримінальна відповідальність за скоєння злочину, передбаченого частиною 3 статті 365 "Перевищення влади або службових повноважень" полягає у позбавленні волі на строк від семи до десяти років з позбавленням права обіймати відповідні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. До медичних працівників, які у наведеному прикладі зобов'язані були та мали можливість надати медичну допомогу пацієнту, але на підставі незаконного розпорядження головного лікаря не надали її, може бути застосовано кримінальне покарання у вигляді обмеження волі на строк до чотирьох років або позбавлення волі на строк до трьох років з позбавленням права обіймати відповідні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого. Під **тяжкими наслідками** слід розуміти, наприклад, тяжкі або середньої тяжкості тілесні ушкодження, що заподіяні внаслідок ненадання (або несвоєчасного надання) медичної допомоги пацієнту [4].

Смерть пацієнта внаслідок ненадання (або несвоєчасного надання) медичної допомоги у зв'язку з прямою відмовою або свідомою, необгрунтованою затримкою в її наданні з метою одержання хабара службовою особою є підставою для притягнення винної особи до кримінальної відповідальності за умисне, з корисливих мотивів використання влади чи службового становища всупереч інтересам служби, що спричинило тяжкі наслідки, поєднане з одержанням хабара (або замахом на його одержання). Дії передбачені частиною 2 статті 364 КК України ("Зловживання владою або службовим становищем"), караються позбавленням волі на строк від п'яти до восьми років з позбавленням права обіймати відповідні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років [4;6].

#### **Матеріальна відповідальність.**

Незалежно від того, чи притягнено медичного працівника, винного у незаконному вимаганні оплати медичної допомоги або винагороди за її надання, до будь-якого виду юридичної відповідальності, чи ні, пацієнт має право звернутися до суду з позовом про відшкодування **моральної** (немайнової) **шкоди**, заподіяної внаслідок порушення його прав та законних інтересів.

Під **моральною шкодою** слід розуміти втрати немайнового характеру внаслідок моральних чи фізичних страждань або інших негативних явищ, заподіяних фізичній особі незаконними діями чи бездіяльністю інших осіб. Моральна шкода може полягати, зокрема: у приниженні честі або гідності, моральних переживаннях у зв'язку з ушкодженням здоров'я, у порушенні нормальних життєвих зв'язків через неможливість продовження активного громадського життя, порушенні стосунків з оточуючими людьми, при настанні інших негативних наслідків. Розмір відшкодування моральної (немайнової) шкоди суд визначає залежно від характеру та обсягу страждань (фізичних, душевних, психічних тощо), яких зазнав позивач, характеру немайнових втрат (їх тривалості, можливості відновлення тощо) та з урахуванням інших обставин. Зокрема, враховуються стан здоров'я потерпілого, тяжкість вимушених змін у його життєвих і виробничих стосунках, час та зусилля, необхідні для відновлення попереднього стану.

Відповідно до роз'яснень, що містяться у постановою Пленуму Верховного Суду №4 від 31 березня 1995 р. та №13 від 2 липня 2004 р., за моральну (немайнову) шкоду, заподіяну медичним працівником під час виконання трудових обов'язків, відповідальність несе

заклад охорони здоров'я, з яким цей працівник перебуває у трудових відносинах, а останній відповідає перед ним у порядку **регресу** (статті 130, 132-134 КЗпП та відповідні положення Цивільного кодексу України). Так, згідно зі статтею 1191 Цивільного кодексу України ("Право зворотної вимоги до винної особи"), особа, яка відшкодувала шкоду, завдану іншою особою, має право зворотної вимоги (регресу) до винної особи у розмірі виплаченого відшкодування, якщо інший розмір не встановлений законом. Крім того, відповідно до положень частини 2 цієї статті, держава, Автономна Республіка Крим, територіальні громади, юридичні особи мають право зворотної вимоги до фізичної особи, винної у вчиненні злочину, у розмірі коштів, витрачених на лікування особи, яка потерпіла від цього злочину [10;11;13].

#### **Висновки**

Підсумовуючи викладене, слід зазначити, що значну роль у вирішенні проблем, пов'язаних

з недостатнім та неефективним фінансуванням охорони здоров'я, має відіграти прийняття законів України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування", "Про медичне обслуговування та заклади охорони здоров'я" та "Про захист прав пацієнтів та медичних працівників", проекти яких розроблено Міністерством охорони здоров'я. Ознайомитись із зазначеними законопроектами можна на офіційному сайті Міністерства за адресою: *web:http://www.moz.gov.ua*.

Оскільки у цій статті приведено аналіз лише найбільш характерних та поширених випадків порушення прав пацієнтів, пов'язаних з незаконною вимогою оплати медичної допомоги або винагороди за її надання, автор у наступних номерах журналу із вдячністю відповість на запитання читачів з приводу правової оцінки дій медичних працівників у конкретних випадках, що мають місце в медичній практиці.

#### **Список літератури**

1. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
2. Кримінальний кодекс України №2341-III від 05.04.2001 р. (статті 139, 184, 354, 364, 365, 368) // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
3. Кримінальний кодекс України затверджений Законом Української РСР від 28.12.1960 р. (стаття 155<sup>2</sup>) // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
4. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України. – 4-те вид., переробл. та доповн. / За ред. М.І.Мельника, М.І.Хавронюка. – К.: Юридична думка, 2007. – 1184 с.
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. №2801-XII // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 року №1138 "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
7. Постанова Пленуму Верховного Суду від 31 березня 1995 р. №4 "Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди" // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
8. Постанова Пленуму Верховного Суду від 26 квітня 2002 р. №5 "Про судову практику у справах про хабарництво" // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
9. Постанова Пленуму Верховного Суду №13 від 2 липня 2004 р. "Про практику застосування судами законодавства, яким передбачені права потерпілих від злочинів" // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
10. Рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р. №10-рп/2002 у справі про безоплатну медичну допомогу №1-13/2002 // Вісник ВР. – 2002. – №7.
11. Цивільний кодекс України // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).

#### **К ВОПРОСУ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОЛУЧЕНИЯ ОТ ПАЦИЕНТОВ ПЛАТЫ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ РАБОТНИКАМИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

С.В. Істомін (Київ)

Дан анализ законодательства Украины об ответственности медработников за получение вознаграждение от пациентов за оказанную медицинскую помощь.

#### **ACCORDING TO THE QUESTION ABOUT CONSEQUENCES OF RECEIVING FROM PATIENTS THE PAY FOR MEDICAL AID BY WORKERS OF HEALTH CARE ESTABLISHMENTS**

S.V. Istomin (Kiev)

The analysis legislation of Ukraine about responsibility for receiving the pay from patient for rendering medical aid has been given.

**Р.Й. ВАСИЛИШИН (Київ)**

## **СТВОРЕННЯ І ВПРОВАДЖЕННЯ КЛАСИФІКАТОРА МЕДИЧНИХ ПРОЦЕДУР (ПОСЛУГ) ТА ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – НАГАЛЬНА ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ**

Міністерство охорони здоров'я України

Служба охорони здоров'я України наразі має ряд відмінних особливостей, які не вкладаються у відомі рамки і змушують шукати нових шляхів забезпечення якісної медичної допомоги населенню. Оскільки існують державні і приватні лікувальні заклади, має місце ліцензування і сертифікація медико-фармацевтичної діяльності, спроби медичного страхування, подальший розвиток і вдосконалення законодавчої бази [1;6;10–12]. Слід зазначити, що здебільшого наведені форми ще невиразні, носять характер спроб або тенденцій. Тому сьогодні є всі підстави вважати, що стандарти, які з'являються в Україні та країнах пострадянського регіону не тільки за змістом, але й за формою – не що інше як "...жертва реформування фундаментальних понять і трансформації відносин у сфері медицини й охорони здоров'я" [5].

Практика надання медичної допомоги показує, що медико-економічні стандарти необхідні. Вони є потребою повсякденної медичної роботи, і їх відсутність стає все більш відчутною [2–4;14;15].

В Україні розроблено "Методичні підходи до розробки медичних стандартів" [13], які спрямовані на досягнення найбільш можливого із наявних ресурсів зменшення рівнів захворюваності та смертності. Зокрема, в методичних підходах наведено схему клінічного протоколу як інструменту багатоцільового використання для вирішення цілого комплексу клінічних завдань. Однак поліпшення функціонування охорони здоров'я (ОЗ) в сучасних умовах, з подальшою перспективою переходу до обов'язкового медичного страхування, не можливе без створення класифікації номенклатури медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій, необхідних для телемедицини та статистичного обліку, іншими словами – класифікатора, сформованого за допомогою інформаційних

технологій у формі відкритої системи, елементи якої могли б коригуватися та доповнюватися, що особливо важливо в умовах, коли швидко розвиваються медичні технології, методи діагностики та лікування, який би дозволяв без перешкод користуватися цифровим зв'язком між різним діагностичним і терапевтичним обладнанням, класифікатора, який створив би умови для проведення різних медичних досліджень у територіально розподілених медичних центрах з можливістю збирання і обробки інформації в потрібному місці. Класифікатора, система кодування якого була б розроблена таким чином, що внесення окремих процедур у разі їх коригування або доповнення могло б проводитися за допомогою інформаційних технологій і не потребувало зміни кодів існуючих медичних процедур (послуг) [7;8].

Таким чином, сьогодні назріла гостра необхідність накреслення єдиних методологічних підходів щодо надання медичної допомоги у лікувальних закладах на всій території України шляхом розробки галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій.

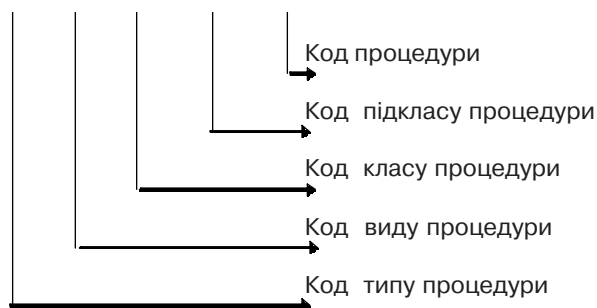
**Мета роботи** – створення класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій для лікувально-профілактичних закладів МОЗ України.

**Матеріали і методи.** Розробка класифікатора медичних процедур (послуг) проводилась фахівцями Міністерства охорони здоров'я України, лабораторії стандартизації Дніпропетровської державної медичної академії, Міжнародного науково-навчального центру інформаційних технологій та системи НАН і МОН України на основі принципів, правил та законоположень, встановлених у стандартах Державної системи стандартизації України. Використано карти стаціонарних хворих лікувальних закладів МОЗ України, числові масиви оброблялись методами варіаційної статистики.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Класифікатор побудований за

п'ятиповерховою ієрархічною системою переліку кодів простих та складних медичних послуг, які застосовуються під час надання медичної допомоги у лікувальних закладах України. Він включає: тип послуги, яка відображає напрямок призначення групи процедур (загально клінічні, діагностичні інструментальні та лабораторні, хірургічні, анестезіологічні, профілактичні); вид послуги (процедури), що відображає спосіб її виконання або загальний напрямок дослідження; клас послуги, що відображає фах, за яким використовується певний діагностичний метод дослідження органу або тканини; підклас послуги, що може бути необов'язковим рівнем і відображає характер патологічного процесу, при якому виконується дана процедура, характер хірургічного впливу або дослідження; цифровий код послуги. На кожному рівні розподіл процедур проводиться за класифікаційними ознаками. Перший код цифровий, потім три рівні мають буквенний код, який присвоюється автоматично при формуванні класифікаційного дерева, а найнижчий ступінь, що характеризує процедуру, має двозначний цифровий код. Таким чином, залежно від набору букв та цифр, кожна процедура належить до певного типу, виду, класу та підкласу класифікатора.

1-9 A-Z A-Z A-Z 01-99



де:

Код типу процедури може мати цифрове значення від 1 до 9

Код виду процедури — літерне значення від А до Z

Код класу процедури — літерне значення від А до Z

Код підкласу процедури — літерне значення від А до Z

Код процедури — може мати цифрове значення від 01 до 99

Рис. Ієрархічна система класифікатора

Таким чином, у класифікаторі є 8 типових розділів, кожен з яких розбито на підрозділи за видами, класами та підкласами. Наявність такого розподілу має призначення нарівні з однаковим термінологічним представленням

процедури, проведення їх статистичної обробки за всіма необхідними показниками. Достатня кількість вільних кодів процедур дає змогу проводити їх доповнення, окрім зміни структури класифікатора.

Кожний типовий розділ медичних процедур розподіляється за видами. У першому типовому розділі загально медичних процедур є 4 видових підрозділи:

А — Медичний нагляд за дорослими.

В — Медичний нагляд за новонародженими.

С — Спеціальне лікарське обстеження.

Д — Медичні маніпуляції загального призначення.

Приклад:

**1 Загальноклінічні.**

**1А Медичне обстеження дорослих.**

**1АА Загальне обстеження хворого.**

AA1 01 Первинне лікарське обстеження госпіталізованого хворого.

AA1 02 Первинне лікарське обстеження амбулаторного хворого.

AA1 03 Повторне лікарське обстеження амбулаторного хворого.

AA1 04 Повторне лікарське обстеження госпіталізованого хворого.

AA1 05 Консультація амбулаторного хворого.

AA1 06 Консультація госпіталізованого хворого.

AA1 07 Консиліум амбулаторному хворому.

AA1 08 Консиліум госпіталізованому хворому.

AA1 09 Вимір артеріального тиску.

AA1 10 Визначення частоти пульсу.

AA1 11 Антропометрія.

AA1 12 Визначення маси тіла.

AA1 13 Пальцеве дослідження прямої кишки.

У другому типовому розділі діагностичних інструментальних процедур є 12 видових підрозділів залежно від методу дослідження:

А — Ендоскопічні дослідження.

В — Рентгенологічні дослідження.

С — Комп'ютерно-томографічні дослідження.

Д — Магнітно-резонансні томографічні дослідження.

Е — Радіологічні дослідження.

Ф — Сонографічні дослідження.

Г — Термографічні дослідження.

Функціональні методи дослідження

І — Біопсія не операційна.

J — Спеціальні зондові процедури.

К — Електрофізіологічні методи дослідження.

Л — Протонно-емісійні томографічні методи дослідження.

У третьому розділі діагностичних лабораторних процедур є 12 видів підрозділів залежно від виду проведеного дослідження:

A — Фізико-хімічні та мікроскопічні лабораторні дослідження.

B — Гематологічні методи дослідження.

C — Дослідження системи гемостазу.

D — Біохімічні дослідження.

E — Імунологічні дослідження.

F — Функціональні тести.

G — Мікробіологічні дослідження.

H — Морфологічні дослідження.

I — Паразитологічні дослідження.

J — Мікологічні дослідження.

K — Вірусологічні дослідження.

L — Токсикологічні дослідження.

У четвертому розділі наведено комплексні діагностичні процедури, які в повсякденній роботі лікувальних закладів поєднані в різні за обсягом та за фахом складні лабораторні дослідження, їх 14:

A — Загальноклінічні.

B — Дослідження системи гомеостазу.

C — Медико-генетичні дослідження.

D — Біохімічні дослідження.

E — Імунологічні дослідження.

F — Функціональні тести.

G — Мікробіологічні дослідження.

H — Морфологічні дослідження.

I — Паразитологічні дослідження.

J — Мікологічні дослідження.

K — Вірусологічні дослідження.

L — Токсикологічні дослідження.

W — Цито-, гістологічні та гістохімічні дослідження матеріалу.

S — Стандарт лабораторного обстеження хворого.

У п'ятому розділі наведено лікувальні процедури, які виконуються за допомогою пристроїв фізичного, електричного та іншого впливу на організм хворого за допомогою спеціальних фахових методик:

A — Фізіотерапевтичні.

B — Ендоскопічні.

C — Променева терапія.

E — Блокади.

F — Пункції.

G — Катетеризація.

H — Спеціальні офтальмологічні лікувальні процедури.

I — Спеціальні отоларингологічні лікувальні процедури.

K — Спеціальні гінекологічні лікувальні процедури.

L — Спеціальні урологічні лікувальні процедури.

M — Спеціальні травматологічні та ортопедичні лікувальні процедури.

N — Спеціальні психологічні лікувальні процедури.

O — Спеціальні неврологічні лікувальні процедури.

V — Харчування хворих.

У шостому розділі наведено лікувальні процедури, які проводяться лікарями анестезіологами під час підготовки до знеболення та при проведенні інтенсивної терапії перед операцією та в післяопераційному періоді:

A — Премедикація.

B — Знеболення.

S — Інтенсивна терапія.

У сьомому розділі наведено хірургічні втручання залежно від фахової належності:

A — Операції на нервовій системі.

B — Операції на ендокринній системі.

C — Очні операції.

D — Отоларингологічні операції.

E — Операції на голові та шиї.

F — Операції на серці та грудному відділі аорти.

G — Операції на органах грудної клітини.

H — Операції на молочній залозі.

I — Операції на артеріальних судинах.

J — Операції на венозних судинах.

K — Операції на лімфатичній та кровотворній системах.

L — Операції на травній системі.

M — Операції на грижах.

N — Операції на черевній стінці, черевній порожнині та заочеревинному просторі.

O — Операції на органах сечовивідної системи.

P — Гінекологічні операції.

Q — Акушерські операції.

R — Операції на кістково-м'язовій системі.

S — Операції на шкірі та підшкірній клітковині.

T — Операції на кисті.

U — Операції у новонароджених.

Приклад 1:

**GA - Грудна стінка, плевра й діафрагма**  
**GAA Дренаж і ендоскопія плеври**

*Торакоцентез, див.: TGA*

GAA 10 Міжреберне вставлення плеврального дренажного шлангу.

GAA 15 Вставлення плеврального дренажного шлангу способом резекції ребра.

GAA 20 Створення отвору плеври.

Створення плевро-шкірного вікна

GAA 31 Торакоскопія

*Ендоскопія плеври через плевро-шкірне вікно, див.: UGA*

GAA 96 Інше відкриття або черезшкірний дренаж плевральної порожнини.



ГАА 97 Інша торакоскопична процедура дренажу плеври.

Приклад 2:

**JA – Черевна стінка, брижа, очеревина і великий сальник**

**JAА Локальні операції на черевній стінці**  
Виправлення черевного фартуха, див.: QBJ 30  
JAА 00 Розріз черевної стінки.

Включає: Евакуацію гематоми, біопсію, видалення стороннього предмета, дренажу, включаючи дренаж інтраперитонеального абсцесу без лапаротомії

Лапаротомія або лапароскопія із дренажом або іригацією тільки як терапевтичний засіб, див.: JAK  
JAА 10 Видалення ураження черевної стінки.

Включає: Видалення пупка, пупочної кісти, гранульоми пупка

JAА 11 Лапароскопічна біопсія або видалення ураження черевної стінки.

JAА 96 Інша локальна операція на черевній стінці.

JAА 97 Інша лапароскопічна локальна операція на черевній стінці.

У восьмому розділі наведено профілактичні процедури, які окреслюють питання профілактики хворих та контроль за інфекцією:

A — Медичне обстеження профілактичне.

B — Скринінгові профілактичні дослідження.

C — Профілактика та контроль інфекційних хвороб.

D — Профілактичні щеплення.

E — Охорона здоров'я матері та дитини.

У кожному видовому розділі медичні процедури розподілено на класи. Як правило, розподіл на класи проведено за фаховою належністю, органом та тканинною локалізацією. Класи процедур закодовані також наскрізними літерними кодами в межах одного типу процедур.

Підкласові розділи мають літерний код від А до W і вони присутні не у всіх класах процедур, а тільки там, де є потреба уточнити дію, обсяг допомоги або операції.

Усі медичні процедури кодувались двозначним числом від 01 до 99, що у поєднанні з кодами символів типів, видів, класів та підкласів робить код процедури (послуги) унікальним. Деякі процедури мають додаткові двозначні кодові ознаки, які уточнюють локалізацію, де виконуються процедура чи операція або метод її виконання. Такий підхід дозволить повніше проводити статистичний облік процедур та операцій, особливо у разі використання інформаційних технологій, та відображати їх повну клінічну назву.

### Висновки

1. Класифікатор побудований за ієрархічною системою переліку кодів простих та складних медичних послуг і хірургічних операцій, які застосовуються під час надання медичної допомоги у лікувальних закладах України.

2. Класифікатор розроблено на основі принципів, правил та законоположень, встановлених у стандартах Державної системи стандартизації України та ISO/IEC.

3. У класифікатор медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій наведено медичні процедури та хірургічні втручання, які використовуються в лікарняних закладах України, а інтерпретація робить їх однозначними для сприйняття медичними працівниками будь-якого рівня. Включаючи наведені терміни та їх формулювання до класифікатора, ми виходили із наступних дефініцій та визначень.

4. Класифікатор медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій здатний суттєво допомогти медичним закладам і клінікам у підвищенні рівня надання медичної допомоги відповідно до специфіки їх діяльності.

5. Впровадження класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій у практичну діяльність лікувально-профілактичних закладів МОЗ України здатне поліпшити якість надання медичної допомоги населенню.

### Список літератури

1. Аксаментов М.Г. Медико-экономические стандарты: взгляд со стороны врача амбулаторного приема // Здравоохранение. – 1998. – №12. – С. 19–21.
2. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Васишин Р.Й. Стандартизація медичної допомоги при гострих виразкових кровотечах) // Матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. "Акут. проблеми стандартизації у невідкл. абдом. хірургії". – Львів, 2004. – С. 44–45.
3. Березницький Я.С., Васишин Р.Й., Кабак Г.Г. Гострий панкреатит (принципи уніфікації та стандартизації медичної допомоги) // Матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. "Акут. проблеми стандартизації у невідкл. абдом. хірургії". – Львів, 2004. – С. 113–114.
4. Березницький Я.С., Яльченко Н.А., Васишин Р.Й. Стандартизація медичної допомоги при непрохідності кишечника // Мед. наук.-практ. журнал "Харківська хірургічна школа". – 2004. – Вип. 1–2. – С. 11–15.

5. Власов В.В. Современный процесс стандартизации в российской медицине // Междунар. журнал мед. практики. – 2000. – №2. – С. 12–19.
6. Возмещение вреда (ущерб) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования // Метод. рек. утв. исполн. директором ФФОМС, 27.04.98 // Здравоохранение. – 1998. – №8. – С. 144–150.
7. Програма Національного стратегічного планування розвитку системи медичних стандартів в Україні / За заг. ред. Г.Росс, А.Степаненко, О.Новічкової, В.Парія // Укр. мед. часопис. – 2006. – №6/56. – XI–XII. – С. 15–27.
8. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Василюшин Р.Й. Принципи формування класифікаційних вимог та клінічного діагнозу при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки // Мед. наук.-практ. журнал „Харківська хірургічна школа”. – 2003. – Вип. 1. – С. 15–17.
9. Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1993. – 322 с.
10. Ербактанов А. Где конечный результат, или за что нам платит ФОМС // Мед. газета – 1999. – Вып. 13. – С. 6.
11. Козлов Т. Борьба за свои лекарства будет продолжена?: Интервью А. Чучалина // Мед. газета. – 1998. – Вып. 82. – С. 11.
12. Куликова Н. Лицензирование медицинских учреждений в системе медицинского страхования // Санкт-Петербургские врач. ведомости. – 1993. – №3. – С. 65–67.
13. Лехан В., Гук А. Методичні підходи до розробки медичних стандартів. – К.: Асоціація психіатрів, 2000. – 23 с.
14. Саєнко В.Ф., Березницький Я.С., Василюшин Р.Й. Клінічні рекомендації для лікарів з питань організації та надання медичної допомоги хворим з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини. – Київ: Дніпро-VAL”, 2004. – 352 с.
15. Степаненко А.В. Система забезпечення якості медичної допомоги населенню України та наукове обґрунтування її реалізації: Дис. д-ра мед. наук: 14.02.03 – соціальна медицина. – К.: НМУ ім. О.О. Богомольця, 2001. – 241 с.

### **СОЗДАНИЕ И ВНЕДРЕНИЕ КЛАССИФИКАТОРА МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР (УСЛУГ) И ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СЕГОДНЯ**

*Р.И. Василюшин (Київ)*

В системе здравоохранения Украины сегодня еще не достаточно решенными остаются вопросы стандартизации оказания медицинской помощи, контроля за их выполнением. Разработка экспертных оценок качества и медицинских стандартов – это важный и перспективный путь повышения качества медицинской помощи, ориентированный на переход от традиционно-стереотипной практики к научно обоснованной, на достижениях современной медицины. Одним из путей решения данной проблемы есть создание классификатора медицинских процедур (услуг) и хирургических операций для лечебно-профилактических учреждений на всей территории Украины.

### **CREATION AND INTRODUCTION OF THE BRANCH QUALIFIER OF MEDICAL PROCEDURES (SERVICES) AND SURGICAL OPERATIONS IN SYSTEM OF PUBLIC HEALTH SERVICES – THE ACTUAL PROBLEM TODAY**

*R.I. Vasilishin (Kiev)*

In system of public health services of Ukraine questions of standardization of rendering of medical aid, the control over their performance yet enough solved today. Development of expert estimations of quality and medical standards – is important and perspective by improvement of quality of the medical aid, focused on transition from is traditional-stereotypic practice to scientifically proved, on achievements of modern medicine. One of ways of the decision of the given problem of the qualifier of medical procedures (services) and surgical operations for treatment-and-prophylactic establishments in all territory of Ukraine is creation.

Н.Я. ЖИЛКА (КИЇВ)

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ РЕФОРМУВАННЯ СЛУЖБИ ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Міністерство охорони здоров'я України

Передумовою реформування служби охорони репродуктивного здоров'я став його незадовільний стан у населення України [1;4;6]. На початку нового століття в Україні відмічалися одні з найвищих у Європі показники материнської, перинатальної та малюкової смертності, безплідності, невиношування, захворюваності вагітних жінок та новонароджених, а також показників-чинників розладу репродуктивного здоров'я таких, як захворюваність на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), в т.ч. ВІЛ, частота абортів, поширеність тютюнопаління, наркоманії, алкоголізму особливо серед населення підліткового віку (15–17 років) [2;3;5;7–11].

**Мета роботи** – вивчити основні нормативно-правові та організаційні засади реформування служби охорони репродуктивного здоров'я в Україні.

**Методи та матеріали:** статистичний – аналізу підлягали дані державної та галузевої статистики за 1999–2006 рр.; системного підходу; інформаційно-аналітичний та історико-інформаційний.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Основними напрямками реформування служби репродуктивного здоров'я стали реорганізація служби планування сім'ї та перинатальної і гінекологічної допомоги в країні.

Передусім заходи з реформування спрямовані на зміни організаційних та медичних технологій із нормативним їх закріпленням.

**Система ПС** України належить до однієї з наймолодших підсистем галузі охорони здоров'я України. Вона бере початок від 1995 р. – року прийняття Кабінетом Міністрів України постанови від 13.09.1995 р. №736 “Про Національну програму планування сім'ї”, розрахованої на 1995–2000 рр. в період кризових явищ в економіці держави та погіршення здоров'я населення з метою вирішення проблем репродуктивного здоров'я.

Підґрунтям для розроблення вітчизняних заходів з планування сім'ї стали основні положення ряду міжнародних документів: Декларації Міжнародної конференції ООН з прав людини (Тегеран, 1968 р.), Конвенції ООН щодо ліквідації всіх форм дискримінації стосовно жінок (1979 р.), Програми дій, прийнятої на Міжнародній конференції з питань народонаселення і розвитку (Каїр, 1994), Декларації і Платформи дій, прийнятих на Четвертій Всесвітній конференції щодо становища жінок (Пекін, 1995).

Ідеологічними засадами Національної програми планування сім'ї стала необхідність докорінної зміни уяви та ставлення до ПС кожної людини, кожної сім'ї, українського суспільства в цілому, щоб запобігти небажаній вагітності, народити бажаних у сім'ї дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших факторів, визначати кількість дітей у сім'ї, що безперечно позитивно впливає як на здоров'я батьків, так і здоров'я дітей. При цьому в поняття “планування сім'ї” включалося не обмеження народжуваності, а формування в населення потреби мати бажану кількість здорових дітей, попередження небажаної вагітності, збереження здоров'я подружжя.

У середині 90-х років ХХ ст. показники захворюваності дітей і жінок репродуктивного віку, дитячої і материнської смертності набули загрозливого характеру для сталого розвитку суспільства. Відсутність системи формування у населення відповідальної статевої поведінки призвели до вибухоподібного зростання захворювань, що передаються статевим шляхом, які вважаються світовою наукою “пусковим механізмом” розладу не лише репродуктивного, а й соматичного здоров'я, чинником виникнення численних захворювань, які в подальшому потребують значних зусиль медичних спеціалістів та державних коштів на лікування, в т.ч. й онкологічних, які є одним із основних причин зростаючого показника загальної смертності населення. Так, у 1990–1995 рр. зафіксовано збільшення показника захворюваності на

сифіліс серед дівчаток віком до 14 років більше ніж у 18 разів, дівчат-підлітків 15–17 років – у 27 разів, така ж тенденція спостерігалася і серед дорослого населення. Кожна третя дитина мала відхилення у фізичному та психічному розвитку. Висока частота абортів, які в Україні були основним методом регуляції народжуваності, низький рівень обізнаності населення з проблемами репродуктивного здоров'я – один із головних факторів, що визначали високий рівень захворюваності та смертності жінок. На початку 90-х років понад 1 млн українських жінок вдавалися до штучного переривання вагітності.

Розроблена за світовим взірцем система, яка включає комплекс медико-організаційної роботи, спрямованої на формування у підлітків безпечної статевої поведінки, зацікавленості у збереженні та поліпшенні здоров'я, основ відповідального батьківства як складових системи планування сім'ї, стала основою для формування репродуктивної функції підростаючого покоління та збереження репродуктивного здоров'я у дорослого населення. Тобто в основу діяльності служби ПС покладалась передусім цілеспрямована робота з формування у молоді статевої культури та підготовки її до створення здорової сім'ї.

Система ПС України включала Український центр планування сім'ї, центри планування сім'ї у кожному регіоні та кабінети планування сім'ї районного і міського рівнів у складі амбулаторних родопомічних закладів.

Аналіз діяльності системи ПС показав її надзвичайну ефективність у зниженні основних чинників розладу репродуктивного здоров'я. Десятирічний період діяльності служби планування сім'ї свідчить про доцільність та необхідність її функціонування.

Медико-соціальна ефективність впровадження служби планування сім'ї, враховуючи збережені життя, доведена зниженням рівня абортів в Україні втричі за період 1994–2005 рр. (1994 р. – 61,2 на 1000 жінок фертильного віку, 2005 р. – 19,5), що наближається до визначеного ВООЗ для країн з низьким їх рівнем; зменшенням питомої ваги материнських втрат, пов'язаних з абортами, з 21% у 1994 р. до 5,7% у 2006 р.; зниженням показника небажаних вагітностей на 76,3% (1994 р. – 53,9%, 2005 р. – 12,7%), збільшенням кількості жінок, які використовують сучасні методи контрацепції. Лише на прикладі використання гормональної контрацепції видно, що у 1996 р. її використовували 3,4% жінок репродуктивного віку, у 2005 р. – 14,1%. Збільшення показника

відбулося на 75,0%. Позитивні тенденції до зниження захворюваності підлітків на венеричні захворювання відбулися завдяки організованій просвітницькій роботі та підвищенню доступності населення до медичної допомоги в рамках успішного впровадження заходів з планування сім'ї (захворюваність на сифіліс у дівчаток до 14 років знизилась вдвічі протягом 1996–2005 рр. (1996 р. – 6,4 на 100 тис. відповідного віку, 2005 р. – 2,9), дітей-підлітків – у 7,4 разу, або майже на 90,0% (1996 р. – 332,6 на 100 тис. відповідного віку, 2005 р. – 44,9).

Статистичні дані МОЗ України корелюють з даними численних соціологічних досліджень щодо забезпечення жінок контрацептивами. Ці дані показали, що рівень використання сучасних методів контрацепції збільшився з 37,6% у 1999 р. до 55,6% у 2006 р. (рис. 1).

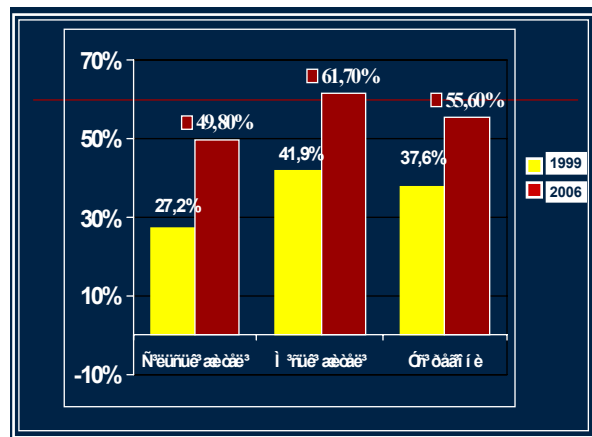
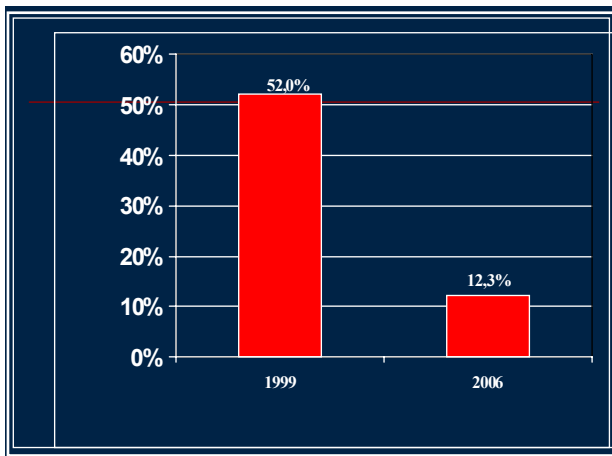


Рис. 1. Рівень використання сучасних методів контрацепції в Україні у 1999 та 2006 рр.

Незадоволені потреби населення сучасними видами попередження непланованої вагітності, згідно з результатами цих же соціологічних досліджень зменшилися майже у 5 разів, у 1999 р. 52% жінок репродуктивного віку засвідчили, що вони би хотіли використовувати той чи інший метод контрацепції, проте з різних причин (недостаток інформації, недоступність за географічним місцем проживання або за ціною, відсутністю інформації, де можна отримати послуги з ПС і т. ін.) не мають можливості їх застосовувати. Опитування населення в рамках соціологічного дослідження, проведеного Держкомстатом у 2006 р., показало, що питома вага жінок, незадоволених потребами у контрацепції яких, знизилась до 12,3% (рис. 2).

Наведені дані та подальший аналіз стану репродуктивного здоров'я населення вказали на недосконалість організаційних технологій у впровадженні методів ПС, а саме



## 2. Рівень незадоволених потреб населення у контрацепції

недостатній рівень інтеграції служби ПС в інші галузі охорони здоров'я, що визначають формування репродуктивного здоров'я; недостатній рівень кваліфікації медичних спеціалістів з питань ПС, а тому недостатній рівень інформованості населення щодо запобігання небажаній вагітності та ІПСШ, в т. ч. ВІЛ. До речі, в розвинених країнах Європи, де рівень абортів найнижчий у світі, питання ПС включені до програм підготовки не лише спеціалістів з питань акушерства та гінекології або сімейної медицини, а й педіатрії, хірургії, терапії та ін., зважаючи на те, що репродуктивне здоров'я впливає на його загальний стан та тривалість і якість життя.

Наказом МОЗ України від 04.08.2006 р. №539 "Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні" затверджено нові організаційні технології з питань ПС.

Організація діяльності структурних підрозділів системи ПС здійснюється відповідно до рівня надання консультативно-медичної допомоги з питань ПС.

До I рівня належать фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, дільничні лікарні, лікарські амбулаторії та амбулаторії сімейного лікаря, а також громадські організації населених пунктів.

На цьому рівні сімейні та дільничні лікарі, фельдшери, акушерки забезпечують такі послуги з ПС: проведення санітарно-освітньої роботи з питань здорового способу життя, статевого виховання, профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом; організація та забезпечення контролю своєчасності і повноти профілактичних оглядів жіночого населення з одночасним індивідуальним консультуванням або підбором методу запобігання

небажаній вагітності; оцінку соціальних та екологічних факторів, які впливають на стан репродуктивного здоров'я прикріпленого контингенту людей; виявлення і диспансеризація дівчат та жінок з факторами репродуктивного ризику; організацію і проведення навчання сімей сучасним методам планування сім'ї відповідно до рекомендацій ВООЗ; своєчасне виявлення вагітних жінок та проведення динамічного нагляду за ними у співпраці з лікарем-акушером-гінекологом; навчання та консультування щодо методів, які забезпечують гармонію у шлюбі; доступність сільського населення до цього виду послуг шляхом скерування до лікаря акушера-гінеколога для застосування методу контрацепції, який може надати лише лікар-акушер-гінеколог відповідно до нормативів та клінічного протоколу з питань ПС; своєчасне виявлення жінок з екстрагенітальною патологією важкого ступеня, яким вагітність загрожує здоров'ю або життю, з метою скерування їх на районний рівень для індивідуального підбору і призначення того чи іншого виду контрацепції; проведення у навчальних закладах роботи з питань статевого виховання, здорового способу життя, формування та збереження репродуктивного здоров'я; виявлення соціально неадаптованих сімей з метою попередження непланованої вагітності.

Надання медичної допомоги з питань ПС на II рівні забезпечують кабінети ПС у районних та центральних районних лікарнях, міські кабінети ПС, жіночі консультації, пологові будинки, акушерські та гінекологічні відділення, служби дитячої та підліткової гінекології, дитячі поліклініки, відділення/кабінет медико-соціальної допомоги дітям та молоді "Клініка, дружба до молоді", зацікавлені громадські об'єднання.

Другий рівень надання медичної допомоги з питань ПС потребує нормативного визначення відповідального спеціаліста з питань ПС, на якого покладається організаційно-методичне керівництво щодо попередження ІПСШ та непланованої вагітності шляхом організації системної підготовки лікарів-акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, лікарів дільничних лікарень та лікарських амбулаторій, фельдшерів, акушерок, медичних сестер ФАПів з питань ПС для ефективної роботи, а саме: забезпечення населення інформацією та надання послуг з ПС; створення системи забезпечення контрацептивами населення; створення умов доступності до послуг з ПС для населення

регіону; формування реєстру жінок з екстрагенітальною патологією важкого ступеня, яким вагітність загрожує здоров'ю або життю з метою безоплатного забезпечення їх сучасними ефективними видами контрацепції; співпраця з громадськими організаціями, закладами освіти, правоохоронними органами та закладами опіки у впровадженні інформаційного компоненту ПС у навчальних закладах з питань статевого виховання, здорового способу життя, формування та збереження репродуктивного здоров'я, виявлення соціально неадаптованих сімей та надання їм медико-консультативної допомоги з питань профілактики небажаної вагітності; проведення післяабортного, післяпологового консультування з питань ПС та індивідуального підбору методу контрацепції безпосередньо в ЖК або у гінекологічному відділенні; отримання інформації щодо наявних у регіоні закладів охорони здоров'я, в яких надаються послуги з питань планування сім'ї; динамічне спостереження за дитиною від моменту народження і до віку статевої зрілості лікарями-педіатрами у співпраці з лікарями-гінекологами дитячого та підліткового віку щодо профілактики формування порушень репродуктивного здоров'я.

На III рівні послуги з ПС надають Український державний центр планування сім'ї з консультативно-діагностичним, інформаційно-аналітичним відділеннями та навчальним центром, навчальні заклади III–IV рівня акредитації, громадські об'єднання, обласні центри планування сім'ї з консультативно-діагностичним, стаціонарним (стаціонаром денного перебування), інформаційно-аналітичним відділеннями та навчальним центром, центри профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД, здоров'я, медичної генетики, обласні шкірно-венерологічні та наркологічні диспансери, громадські об'єднання.

Український державний центр планування сім'ї організовує методичну, консультативну, навчальну, високоспеціалізовану медичну допомогу за такими напрямками: розроблення стратегічних напрямків діяльності у частині репродуктивного здоров'я та нормативних положень з питань удосконалення діяльності служби ПС; впровадження міжнародного досвіду, а також рекомендацій ВООЗ з питань ПС; координація взаємодії громадських, міжнародних та інших організацій з ПС, а також відповідних асоціацій; координація наукових розробок з питань репродуктивного здоров'я; аналіз діяльності служби ПС та РЗ, а також обґрунтування заходів щодо її удосконалення; створення ефективної політики у формуванні

та збереженні репродуктивного здоров'я, доступності послуг ПС для населення, зокрема у сільській місцевості, інформованості населення щодо методів попередження небажаної вагітності та забезпечення населення контрацептивами; кадрового та інформаційно-програмного забезпечення служби планування сім'ї в Україні; підвищення кваліфікації спеціалістів щодо питань ПС.

Структурні підрозділи служби ПС III рівня забезпечують:

- надання консультативної і лікувально-діагностичної допомоги з питань, пов'язаних з охороною репродуктивного здоров'я сімей, планування сім'ї;
- профілактику ІПСШ;
- андрологічну допомогу населенню;
- профілактику, діагностику та лікування безплідності;
- організацію санітарно-просвітницької роботи серед населення та навчальної роботи серед медичних фахівців, соціальних спеціалістів, психологів та педагогів щодо основ планування сім'ї, дитячої гінекології, сексології, андрології;
- ЦПС спільно з регіональними закладами освіти організовують впровадження питань статевого виховання школярів, молоді, спрямованого на пропаганду здорового способу життя, формування почуття відповідального батьківства шляхом створення регіональних програм у рамках уроків валеології та основ безпеки життєдіяльності;
- аналіз демографічної ситуації у регіоні та стану репродуктивного здоров'я населення, дослідження епідеміології репродуктивних втрат та медичних факторів, що порушують репродуктивне здоров'я населення, а також розроблення заходів і конкретних регіональних рекомендацій щодо вирішення проблем планування сім'ї та репродукції людини на основі сучасних досягнень медичної науки і практики;
- організаційно-методичну роботу служби планування сім'ї та інших лікувально-профілактичних акушерсько-гінекологічних лікувальних закладів регіону;
- впровадження сучасних методів профілактики, діагностики лікування розладів і порушень репродуктивної функції;
- підвищення кваліфікації лікарів різних спеціальностей та середніх медичних спеціалістів з даних проблем;
- впровадження у регіоні та ведення менеджмент інформаційної системи з основних показників репродуктивного здоров'я;

– співпрацю з органами місцевої влади, соціального захисту населення, службою сім'ї та молоді, органами та установами освіти, державними органами реєстрації актів цивільного стану, правоохоронними та іншими органами, засобами масової інформації, організаціями, релігійними конфесіями з питань медико-соціального захисту інтересів і прав сімей та їх членів, репродуктивного здоров'я населення, а також визначення потреб регіону у різних засобах та методах контрацепції;

– співпрацю з обласними дерматовенерологічними, наркологічними диспансерами, центрами профілактики та боротьби з ВІЛ, центрами здоров'я, соціальними службами для молоді для інтеграції послуг з питань ПС;

– організацію медико-генетичної допомоги особам перед вступом до шлюбу, застосування методів ПС в сім'ях із спадковою та генетичною патологією у співпраці з обласними медико-генетичними центрами.

Організація діяльності служби ПС в Україні з питань формування репродуктивного здоров'я здійснюється спільно із службами освіти на будь-якому структурно-організаційному рівні шляхом створення та затвердження спільних програм відповідно до вікової категорії дітей.

Особливістю наказу МОЗ України №539 стало те, що він унормовує спільну діяльність служби ПС із медико-генетичною, з дерматовенерологічною, з наркологічною службами та профілактики ВІЛ/СНІД.

Надання послуг ВІЛ-позитивним пацієнткам та членам їхніх сімей має свої особливості щодо конфіденційності та профілактики стигматизації і дискримінації під час надання медико-консультативної допомоги. На спеціалістів центрів (кабінетів) ПС покладені завдання не лише здійснення передтестового та післятестового консультування, забезпечення ВІЛ-інфікованих пацієнтів послугами з питань планування сім'ї, а й надання методичної допомоги спеціалістам центрів профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД щодо питань планування сім'ї, інформування стосовно існуючих умов та можливостей профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ, здійснення спільних санітарно-просвітницьких заходів з питань профілактики ІПСШ, у т.ч. ВІЛ/СНІД, та непланованої вагітності.

З метою підвищення ефективності надання медичної допомоги з питань ПС службою охорони репродуктивного здоров'я здійснені заходи щодо удосконалення та впровадження сучасних, визнаних світовою спільнотою, медичних технологій, які затверджені наказами

МОЗ України: від 04.08.2006 р. №535 – навчальний посібник “Планування сім'ї”, від 27.12.2006 р. №905 – клінічний протокол “Планування сім'ї”, від 25.07.2006 р. №518 – клініко-організаційне керівництво “Надання жінкам медичних послуг, пов'язаних з абортom”.

Послуги з ПС вважаються впливовим важелем поліпшення перинатальної допомоги. Тому на сучасному рівні послуги з ПС органічно інтегруються з послугами акушерсько-гінекологічної допомоги з нормативно-правовим забезпеченням.

Надання допомоги з планування сім'ї після пологів дає можливість використовувати щорічно майже півмільонну “аудиторію” жінок, які перебувають протягом 3–4 днів у пологових стаціонарах, для підвищення їх інформованості щодо безпечної статевої поведінки, що сприятиме підвищенню культури населення з питань здорового способу життя та профілактиці несприятливих акушерських наслідків.

**Реорганізація перинатальної допомоги** розглядається спеціалістами як підґрунтя вирішення проблем здоров'я матері та дитини, основними складовими якої є:

1. Організація обстеження наречених з метою виявлення перинатальних чинників відповідно до ст. 30 Сімейного кодексу та постанови КМУ від 16.11.2002 р. №1740 “Про затвердження порядку здійснення добровільного медичного обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу” із змінами, внесеними постановою КМУ від 23.05.2007 р. №754. Перелік видів добровільного медичного обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу, визначений наказом МОЗ України від 20.12.2002 р. №480. Такий підхід сприяє попередженню численних захворювань у майбутньої дитини. Зважаючи на важливість заходу, на зазначені цілі, Урядом країни виділяється щорічно 5,3 млн грн для закупівлі тест-систем.

2. Підготовка сім'ї до народження дитини сьогодні розглядається як спільна відповідальність за народження дитини усієї родини, особливо майбутніх батьків. Реорганізація “Школи материнства у “Школи відповідального батьківства” передбачає через нові комунікаційні технології підготовку вагітної та її членів родини до партнерських пологів як вагомому психологічного заходу профілактики ускладнень у пологах, зменшення застосування медикаментів, зменшення кількості пологів шляхом кесаревого розтину і, як результату, поліпшення здоров'я новонароджених.

3. Реструктуризація акушерських стаціонарів шляхом створення індивідуальних пологових залів відповідно до вимог Цивільного кодексу щодо конфіденційності стану здоров'я пацієнта, забезпечення комфортних умов спільного перебування матері та новонародженого в індивідуальній палаті з метою забезпечення дотримання "теплого ланцюжка" та профілактики інфекційних захворювань у породіль та новонароджених. З перших хвилин життя "обсемінення" дитини домашньою мікрофлорою від батьків через контакт "шкіра до шкіри" сприяє поліпшенню адаптаційних механізмів новонароджених, а також психологічному контакту. Методичним матеріалом слугує навчальний посібник "Підготовка сім'ї до народження дитини в Україні", затверджений наказом МОЗ від 25.07.2006 р. №519.

4. Впровадження інфекційного контролю з метою профілактики внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ) є прогресивним заходом серед інших галузей охорони здоров'я, який через впровадження сучасних перинатальних технологій, епідеміологічного стеження дає можливість попередити не лише спалахи ВЛІ, а й індивідуальні випадки гострих запальних захворювань пацієнтів в акушерських стаціонарах. Наказом МОЗ України від 10.05.2007 р. №234 "Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах", затвердженого у Міністерстві юстиції України від 21.06.2007 р. №694/13961, регламентуються вимоги до сучасної структурної організації акушерських стаціонарів для впровадження ефективних перинатальних технологій.

5. Формування та підтримка грудного вигодовування малюків дає надзвичайно важливі позитивні результати у зменшенні випадків інфекційних розладів у новонароджених та породіль, а також хвороб органів травлення та шлунково-кишкового тракту у новонароджених. Ці підходи регламентовані спільним наказом МОЗ та АМН України від 31.07.2006 р. №529/49 "Про затвердження галузевої програми "Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006–2010 роки" та наказом МОЗ України від 04.08.2006 р. №540 "Про затвердження принципів організації впровадження заходів з підтримки грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я щодо "Лікарні, доброзичливої до дитини", статус якої набувають акушерські, педіатричні амбулаторні та стаціонарні заклади охорони здоров'я в одному ланцюзі за територіальним принципом.

6. Створення системи профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ, яка організована відповідно до клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України від 15.12.2003 р. З метою удосконалення цього виду допомоги та приведення її у відповідність до рекомендацій ВООЗ щодо 4-компонентного підходу: профілактики ВІЛ серед жіночого населення, профілактики небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок, медикаментозної профілактики ВІЛ у новонароджених та соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей і їхніх сімей, затверджена спільним наказом МОЗ 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 №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". Методичним матеріалом для ефективного впровадження перинатального інфікування ВІЛ є навчальний посібник, затверджений наказом МОЗ України від 10.02.2006 р. №4, який розроблений для використання в системі підготовки медичних кадрів на до- та післядипломному рівні навчальних закладів II–IV рівнів акредитації з питань профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД, а також членів неурядових організацій, які працюють у сфері надання послуг з репродуктивного здоров'я. При підготовці використані міжнародні та вітчизняні досягнення із зазначених питань.

7. Удосконалення медико-генетичної допомоги спрямоване на профілактику вродженої та спадкової патології і регламентується спільним наказом МОЗ та АМН України від 31.12.2003 р. №641/84 "Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні". Нормативи надання медико-генетичної допомоги визначають спільну діяльність спеціалістів з медичної генетики та акушерства з питань впровадження прекоцепційної підготовки до вагітності і пологів, своєчасної діагностики генетичної патології для попередження її у новонароджених.

Введення в дію постанови КМУ від 15.02.2006 р. №144 "Про затвердження переліку обставин, що дозволяють штучне переривання вагітності у терміні після 12 до 22 тижнів" на виконання ст. 281 Цивільного кодексу України сприяє удосконаленню перинатальної допомоги через скорочення



терміну штучного переривання вагітності з 28 тижнів до 22 тижнів вагітності, а також чіткому визначенню медичних показань для його здійснення. Наступним кроком стало введення нових критеріїв перинатального періоду з 22-го тижня вагітності, якому відповідає маса плода 500 г, затверджених наказом МОЗ України від 29.03.2006 р. №179. Прийнявши нові критерії життєздатності Україна зробила важливий крок у дотриманні прав дитини відповідно до ратифікованої серед 189 країн Декларації про права дитини. Сьогодні в акушерських стаціонарах поряд із удосконаленням структурної організації здійснюються заходи з поліпшення технічного оснащення для забезпечення умов виходжування недоношених та хворих новонароджених.

**Реорганізація гінекологічної допомоги** полягає передусім у пропаганді здорового способу життя як основи профілактики гінекологічної патології, поєднання послуг з послугами з ПС. Удосконалення медичних гінекологічних технологій сприяє поліпшенню репродуктивного здоров'я, а також вирішенню проблем онкогінекології.

Нові медичні технології можуть бути більш ефективними за умови чіткої організації медичної допомоги у лікувальних закладах відповідного його рівня. В Україні створено 3-рівневу систему акушерсько-гінекологічної допомоги.

Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога регламентована наказом МОЗ України від 28.12.2002 р. №503 "Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні", за яким до I рівня медичної допомоги належать фельдшерсько-акушерські пункти, оглядові кабінети у поліклініках, амбулаторії сімейного лікаря, дільничні лікарні, до II рівня – акушерсько-гінекологічні кабінети у центральних районних лікарнях, жіночі консультації, до III рівня – жіночі консультації в міських та обласних лікарнях, спеціалізовані кабінети, Центр репродуктивного здоров'я УДІЛ "ОХМАТДИТ", амбулаторне відділення Інституту ПАГ АМН України.

Стаціонарна медична акушерсько-гінекологічна допомога організована також за 3-ма рівнями. Визначення належності лікувального закладу до того чи іншого рівня здійснюється відповідно до його структурної потужності надання медичної допомоги, в т.ч. невідкладної (наказ МОЗ України від 29.12.2003 р. №620 "Про організацію стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні"). До I

рівня належать районні, центральні районні та міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології й інтенсивної терапії. Забезпечується цілодобове чергування анестезіолога (чергування вдома). Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних з низьким ступенем акушерського та перинатального ризику розвитку ускладнень, надання медичної допомоги гінекологічним хворим.

До II рівня належать районні лікарні, центральні районні лікарні і акушерські відділення міських лікарень, міські пологові будинки, у яких є відділення анестезіології й інтенсивної терапії, а також черговий неонатолог цілодобово. Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних низького і високого (за сукупністю факторів) ступеня акушерського та перинатального ризику, а також виконують усі функції установ I рівня, в тому числі надання кваліфікованої допомоги гінекологічним хворим, окрім спеціалізованої гінекологічної допомоги.

До III рівня належать міські, обласні пологові відділення, перинатальні центри та центри репродуктивного здоров'я, які є клінічними базами кафедр акушерства і гінекології III–IV рівня акредитації, а також пологові відділення обласних лікарень, які мають у своєму складі відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених; інститут ПАГ АМН України.

Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних вкрай високого та високого ступеня акушерського та перинатального ризику, з важкою екстрагенітальною патологією, надання спеціалізованої допомоги гінекологічним хворим.

Особливістю реформування служби репродуктивного здоров'я стало розроблення Нормативів надання амбулаторної та стаціонарної акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги, затверджених наказами №503 та №620, які встановлені за оптимальною потребою пацієнта відповідно до рівня надання медичної допомоги.

На виконання нормативів (стандартів) розроблені на основі науково-доказової медицини клінічні протоколи з лікування найбільш поширених видів акушерської, гінекологічної та неонатологічної патології, затверджених наказами МОЗ України від 15.12.2003 р. №582, 31.12.2004 р. №676, 29.12.2005 р. **№782, а також від 27.12.2006 р. №№ 899, 900, 901, 905, 906.**

### Висновки

Показано цілеспрямовану комплексну роботу з удосконалення системи охорони репродуктивного здоров'я, яка спрямована на забезпечення населення доступною, якісною

медичною допомогою, що відповідає кращим світовим взірцям.

Наступним кроком буде вивчення ефективності проведеної роботи з реформування системи охорони репродуктивного здоров'я населення України.

### 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. *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.
3. *Гук А., Жилка Н.* Збірник нормативних документів з питань репродуктивного здоров'я в Україні, Т. 1, 2. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 120 с.
4. *Довідник з питань репродуктивного здоров'я* / За ред. Н.Г. Гойди. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 127 с.
5. *Жилка Н.Я.* Аналітичний огляд законодавчого забезпечення охорони репродуктивного здоров'я. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 96 с.
6. *Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 2001–2005 роках (статистично-аналітичний довідник)*. / Гол. редактор В.Л.Весельський. – К., 2005. – С. 59–74.
7. *Надання медичних послуг, пов'язаних з абортom. Клініко-організаційне керівництво* / За ред. Н.Я. Жилки. – К., 2006. – 106 с.
8. *Пероральні гормональні контрацептиви: Клінічне керівництво. Міждисциплінарний консенсус*. – К., 2006. – 37 с.
9. *Підготовка сім'ї до народження дитини в Україні. Навч. посіб.* / За ред. Н.Я. Жилки. – К., 2006. – 230 с.
10. *Планування сім'ї: Навч. посіб.* / За ред. Н.Я. Жилки, І.Б. Вовк. – К., 2006. – 234 с.
11. *Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини: Клінічний посібник* / За ред. Г.Н. Гойди, Н.Я. Жилки. – К., 2006. – 238 с.

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В УКРАИНЕ

*Н.Я. Жилка* (Київ)

Представлен семилетний опыт реформирования в Украине системы охраны репродуктивного здоровья населения.

### SOME ASPECTS OF REFORMING OF REPRODUCTIVE HEALTH PROTECTION SERVICE IN UKRAINE

*N.Ja. Zhilka* (Kiev)

Seven-year experience of reforming of reproductive health protection systems of the population in Ukraine is submitted.

УДК 615.477.86

**Г.О. СЛАБКИЙ, О.В. ГОРБЕНКО (Київ)**

## ОБРУНТУВАННЯ ЗАСАД ЕКСТРЕНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Український Інститут Громадського здоров'я МОЗ України  
Представництво "Ріхтер Гедеон" в Україні

За даними ВООЗ, щороку з 220 млн вагітностей у світі не менше 46 млн, тобто 22%, закінчується штучним абортom. З усіх смертей, зумовлених вагітністю, майже 13% припадає на випадки, пов'язані з абортom та його ускладненнями. У багатьох країнах світу аборт та його ускладнення посідають перше місце серед усіх причин материнської смертності [3;9].

Використання населенням сучасних методів контрацепції – це основний шлях запобігання абортom, а, отже, – і післяабортним ускладненням. За останні роки в Україні досягнуто значного зниження рівня абортів. Водночас аборт все ще залишається одним з провідних методів регулювання фертильності для значної частини жіночого населення, що разом із порівняно низьким використанням сучасних методів

попередження небажаної вагітності становить істотну проблему в охороні репродуктивного здоров'я.

**Мета роботи** – узагальнити міжнародний досвід з використанням екстренної контрацепції.

Матеріали та методи. В ході виконання роботи використано історико-інформаційний та метод системного підходу. Вивчено та проаналізовано 31 джерело інформації.

**Результати та їх обговорення.** Екстрена, або невідкладна контрацепція (ЕК або НК), розглядається як єдина обмежена в часі альтернатива абортів для попередження небажаної вагітності після незахищеного або недостатньо захищеного сексуального контакту. Враховуючи той факт, що близько половини всіх вагітностей у світі є небажаними / неочікуваними, значення цього методу контрацепції важко переоцінити. У тому разі, коли мало місце неефективне використання методів планової контрацепції або вони взагалі не використовувались, екстрена контрацепція здатна зменшити емоційний та фізичний дискомфорт жінки, за умов коректного використання попередити небажану вагітність, а отже, – і аборт. За даними проспективного дослідження у популяції жінок репродуктивного віку, яке було проведене Інститутом Алана Гудмахера у США, тільки застосування засобів НК у період 1994–2000 р. дало змогу знизити кількість абортів більше ніж наполовину, а у 2000 р. кількість попереджених абортів становила 51 тис. [13;15]. Таким чином, екстрена контрацепція може розглядатися як життєво необхідний компонент планування сім'ї, що підтверджується значною популяризацією цього методу у розвинених країнах і поліпшенням доступу до нього широким верствам населення [21;23;24].

Найбільш вичерпне визначення НК таке: "Це специфічні контрацептивні методи, які можуть застосовуватись у надзвичайних випадках для попередження небажаної вагітності після незахищеного статевих контакту; НК застосовується після коїтусу, але перед тим, як буде встановлено факт вагітності; також цей метод розглядається як дублюючий скоріше для випадкового, аніж для регулярного використання" [19]. Консорціум з невідкладної контрацепції прийняв схоже визначення: "Ряд методів, що їх використовують жінки протягом перших декількох годин або декількох днів після незахищеного коїтусу з метою попередження вагітності" [24]. Обидва визначення по суті висувають на перший план той факт, що

методи НК застосовуються для попередження вагітності і повинні бути використані у межах означеного періоду часу після незахищеного коїтусу, що відрізняє їх від більшості інших контрацептивних методів; вони не призначені для регулярного використання.

Показаннями до ЕК є: статевий контакт без контрацепції, сумніви щодо цілісності презервативу, зміщення діафрагми при статевому контакті, експульсія внутрішньоматкового засобу (ВМЗ), пропущення прийому комбінованого перорального контрацептиву або ін'єкційного контрацептиву, перший статевий контакт, нечасті статеві контакти, випадковий контакт та зґвалтування. У 1998 р. на базі Наукового центру акушерства, гінекології та перинатології РАМН створено Центр екстренної контрацепції, основною метою якого є надання інформації та консультування жінок з приводу екстренної контрацепції, а також навчання медичних працівників. На основі узагальненої інформації, отриманої співробітниками Центру від 1350 жінок щодо обставин, які призвели до незахищеного статевих контакту, такими обставинами були [7]:

- контрацептивна невдача при перерваному статевому акті – 40,9%;
- контрацептивна невдача при користуванні презервативом – 37,2%;
- статевий контакт без користування будь-якими засобами попередження небажаної вагітності – 13,1%;
- неправильне використання сперміцидів або комбінованих пероральних контрацептивів – 6,0%;
- зґвалтування – 2,8%.

Слід зазначити, що мета ЕК – це попередження небажаної вагітності після незахищеного статевих контакту на етапах овуляції, запліднення або імплантації. В основі механізму ЕК лежать такі ефекти, як десинхронізація оваріально – менструального циклу, пригнічення або віддалення овуляції, порушення процесу запліднення, транспорту яйцеклітини, імплантації, а отже, – і подальшого розвитку ембріону. Некоректним є ототожнення ЕК з абортів, оскільки даний метод контрацепції не викликає переривання вже наявної вагітності, не чинить шкоди ембріону і не є причиною вроджених аномалій розвитку [10;11;12;21].

Найбільш ефективними сьогодні є два методи ЕК: застосування гормональних препаратів і введення внутрішньоматкового контрацептиву. Серед гормональних препаратів розроблено режими застосування з метою ЕК естрогенів, естроген-гестагенних

комбінацій, гестагенів, антигонадотропінів та антипрогестинів [8]. На стадії вивчення знаходиться використання з метою ЕК вагінального кільця та пластиру, що містять комбінації етинілестрадіолу та прогестинів.

Історія НК може бути представлена такими етапами [1;24;27;30;31]:

- 1500 н.е. – використання механічних методів: чмихання, стрибків, спеціальних танців, а також спринцювань з різними травами та корінням;

- 1960-ті роки – високі дози аскорбінової кислоти (вітаміну С), аспірину або хініну, посткоїтальні спринцювання з різними речовинами (такими, як текіла, харчова сода, сеча);

- 1960-ті роки – початок використання естрогенів з метою екстреної контрацепції – диетилстільбестролу (DES; у даний час не використовується з причини тератогенності);

- 1966 р. – високі дози посткоїтальних естрогенів (Morris and Van Wageningen);

- 1973 р. – вивчення ефективності деяких прогестинів – D-норгестрелу та його похідних (Keseru);

- 1974 р. – канадський акушер-гінеколог Albert Yuzpe вперше опублікував результати свого дослідження щодо використання з метою ЕК естроген-гестагенних комбінацій, яке було розпочато ще наприкінці 60-их років. Ці дані отримали широкого розголосу, особливо у феміністських колах;

- 1977 р. – розроблений модифікований метод Yuzpe (ефективна доза у вигляді таблеток комбінованих пероральних контрацептивів дається двічі, з 12-годинним інтервалом);

- 1979 р. – вивчення ефективності левоноргестрелу, щойно відкритої гестагенної субстанції;

- 1981 р. – Постинор – перший засіб для НК на основі левоноргестрелу виробництва хімічного заводу “Ріхтер Гедеон” – доступний в Угорщині (0,75 мг левоноргестрелу призначається двічі через 12 годин, у межах 48 годин після незахищеного коїтусу);

- 1984 р. – метод Yuzpe набув широкого розповсюдження в Європі;

- 1995 р. – у м. Белладжіо (Італія) за сприяння Фонду Рокфеллера пройшла перша міжнародна конференція, присвячена проблемі НК. У резолюції цього заходу значилося, що велика кількість небажаних або незапланованих вагітностей могла би бути попереджена шляхом ширшого використання методів НК або поліпшення доступу до них;

- 1995 р. – створення Міжнародного Консорціуму з Невідкладної контрацепції

(ICES), куди увійшло сім різних міжнародних організацій, відомих своєю діяльністю у сфері планування сім’ї; початок співробітництва між ICES та угорським хімічним заводом “Ріхтер Гедеон” у питанні застосування з метою НК левоноргестрелу;

- 1997 р. – у США FDA (USA Food & Drug Administration) визнає ефективність та безпечність деяких комбінованих оральних контрацептивів для НК;

- 1998 р. – у США FDA офіційно дозволяє розроблену для НК комбінацію естрогену та прогестинів (метод Yuzpe);

- 1998 р. – доведена ефективність використання левоноргестрелу з метою НК до 72 годин від незахищеного коїтусу;

- 1998 р. – велике дослідження ВООЗ повідомляє про задовільні дані щодо безпечності / ефективності левоноргестрелу для НК (виробництва угорського хімічного заводу “Ріхтер Гедеон”);

- 1999 р. – у США FDA дозволяє використання таблеток для НК Plan B (левоноргестрел виробництва угорського хімічного заводу “Ріхтер Гедеон”);

- 2001 р. – Levonelle (левоноргестрел виробництва угорського хімічного заводу “Ріхтер Гедеон”) стає доступним у Великій Британії як засіб без рецептурного відпуску;

- 2002 р. – велике дослідження ВООЗ продемонструвало задовільні результати щодо безпечності / ефективності одноразової дози левоноргестрелу для НК (левоноргестрел виробництва угорського хімічного заводу “Ріхтер Гедеон”);

- 2006 р. – у США FDA дозволяє безрецептурний відпуск споживачам таблеток для НК Plan B (левоноргестрел виробництва угорського хімічного заводу “Ріхтер Гедеон”).

Незважаючи на те, що метод ЕК за допомогою режимів застосування естрогенів визнаний високоефективним, останніми роками його використовують рідко, оскільки це пов’язано з високою частотою побічних ефектів (нудота, блювання, головні болі) та ускладнень (переважно пов’язаних з гіперкоагуляцією). Більшість дослідників вважає, що вагітність, яка виникла на тлі неефективного використання НК з естрогенами, повинна бути перервана, оскільки не виключена тератогенна дія естрогенів на плід.

Метод Yuzpe передбачає дворазове використання естроген-гестагенних комбінацій у сумарній дозі 200 мкг етинілестрадіолу та 1000 мкг левоноргестрелу з інтервалом у 12 годин протягом 72 годин після незахищеного статевих контакту. Для цього зручно

застосовувати низько- та високодозовані комбіновані пероральні контрацептиви, при цьому сумарна кількість таблеток залежатиме від складу препарату. Наприклад, якщо йдеться про низькодозований комбінований пероральний контрацептив (Ригевідон), то сумарно жінка повинна прийняти 8 таблеток (по 4 таблетки на кожний прийом з інтервалом у 12 годин), якщо – про високодозований (Овідон), то сумарно приймається 4 таблетки (по 2 таблетки на кожний прийом з інтервалом у 12 годин). Ефективність методу становить 75–94,8% [7;16].

Найширшого застосування набули режими НК з чистими гестагенами, а саме з левоноргестрелом. Існує два принципових режими застосування левоноргестрелу для НК: подвійний режим – сумарна доза 1500 мкг левоноргестрелу розподіляється на 2 прийоми з інтервалом у 12 годин, але не більше 16 годин (2 таблетки Постинору, кожна з яких містить 750 мкг левоноргестрелу); монорежим – доза 1500 мкг левоноргестрелу приймається одноразово (1 таблетка Ескапелу, що містить 1500 мкг левоноргестрелу). При подвійному режимі застосування чистого левоноргестрелу (таблетки Постинор) метод розрахований на перші 72 години (3 доби) від незахищеного статевих контакту, у разі, якщо пройшло більше часу, виробник не гарантує ефективності методу. При монорежимі застосування чистого левоноргестрелу

(таблетка Ескапел) метод розрахований на перші 96 годин (4 доби) від незахищеного статевих контакту. Для кожного з режимів ЕК існує загальне правило: ефективність від застосування тим вища, чим раніше вжиті таблетки левоноргестрелу від незахищеного статевих контакту [25;26].

У великомасштабному багатоцентровому рандомізованому порівняльному дослідженні ВООЗ, яке опубліковано у 1998 р., порівнювалися параметри ефективності та безпеки трьох режимів застосування ЕК: методу Yuzpe, моно- та подвійного режимів з чистим левоноргестрелом. Ефективність цих режимів, залежно від термінів застосування, наведено на рис.

Таким чином, за ефективністю залежно від термінів застосування від незахищеного статевих контакту монорежим з чистим левоноргестрелом має значні переваги перед подвійним режимом та методом Yuzpe [20].

Окрім ефективності, досліджувалися параметри безпеки при використанні методу Yuzpe та режимів з чистим левоноргестрелом. Встановлено, що метод Yuzpe має значно більшу частоту побічних ефектів: запаморочення, втомлюваність, нудота і блювання, тоді як за такими симптомами, як головний біль, масталгія, біль у животі та між менструальними кровотечами, а також за строками відновлення менструацій, достовірної різниці не відмічалось [20,21].

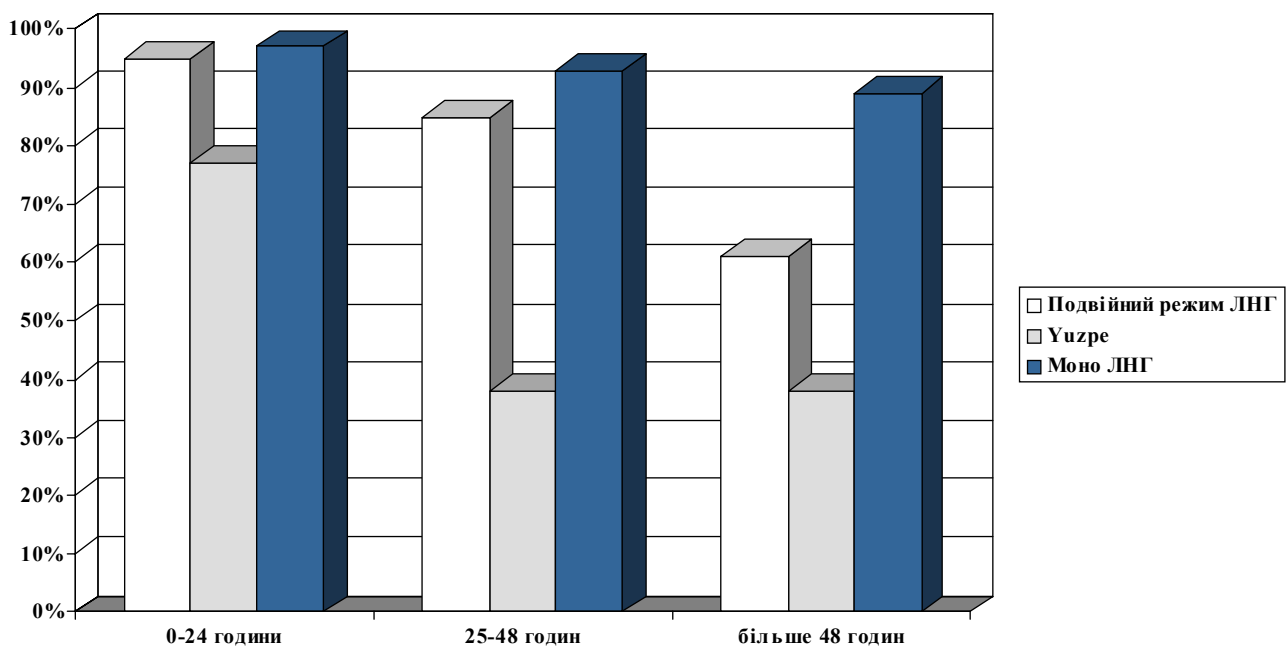


Рис. Порівняльна ефективність методу Yuzpe, моно- та подвійного режимів з чистим левоноргестрелом у міру збільшення інтервалу між незахищеним статевим контактом та вживанням заходів з НК

Співробітниками кафедри акушерства-гінекології №1 Національного медичного університету ім. акад. О.О. Богомольця (Київ) у 2006 р. проведено відкрите, рандомізоване, паралельне дослідження щодо порівняльної оцінки ефективності на переносності подвійного та монорежимів застосування таблеток левоноргестрелу з метою ЕК (відповідно препаратів Постинор на Ескапел виробництва угорського хімічного заводу "Ріхтер Гедеон"). Проведене дослідження показало статистично значущу різницю у переносності на користь монорежиму з чистим левоноргестрелом (таблетки Ескапел) [6]. У інших дослідженнях [19] ці дані також підтверджуються.

У рекомендаціях ВООЗ 1998 р. зазначається, що "... перехід від схеми Yuzpe на схему з левоноргестрелом покращить якість гормональної контрацепції. Програми планування сім'ї, що передбачають також і екстрену контрацепцію, повинні внести відповідні зміни" [21].

У науковій медичній літературі наявні дані щодо застосування антигонадотропних засобів (Даназол) у режимі ЕК. Даназол може бути використаний у пролонгованому режимі – по 200 мг на добу протягом 5 днів та у короткому режимі – по 600 мг з інтервалом у 12 годин протягом 72 годин (3 діб) від незахищеного статевих контакту. Також описані схеми застосування антипрогестинів (препарат RU-486 або більш розповсюджена назва – міфепристон – у дозі 600 мг не пізніше 72 годин після незахищеного статевих контакту) [8;14;19]. Слід зазначити, що режими застосування цих засобів мають більшу частоту побічних ефектів і досліджені менше.

Внутрішньоматкові засоби можуть застосовуватись для НК протягом 5–7 діб після незахищеного статевих контакту. За даними ряду дослідників, ефективність цього методу перевищує таку у метода Yuzpe. Перевагами цього методу, є, по-перше, можливість застосування у більш пізні строки після незахищеного статевих контакту і, по-друге, можливість використання ВМЗ як методу планової контрацепції у подальшому. Враховуючи високий ризик запальної патології матки та придатків після введення ВМЗ, цей метод недоцільно застосовувати у молодих жінок, які ще не народжували, за наявності декількох статевих партнерів, коли мають місце випадкові інтимні зв'язки [4;7].

Основна місія Міжнародного Консорціуму з НК (ICES) полягає у поліпшенні доступу та лояльності щодо гормональних засобів НК [24]. До складу ICES входять такі організації,

як підрозділ ВООЗ з репродуктивного здоров'я, Фонд народонаселення ООН, Програма належних технологій в охороні здоров'я (PATH) та інші, які об'єднують спільні зусилля задля підвищення обізнаності та використання засобів НК як розумної альтернативи абортів. Представники урядів 25 країн світу є постійними членами ICES, ще 100 країн висловили готовність до співпраці по програмах ICES з НК. Слід зазначити, що особливу увагу ICES зосереджує на країнах, які розвиваються та з перехідною економікою, а саме популяризації серед медичних працівників та населення спеціальних знань і навичок щодо коректного використання безпечних засобів / методів НК. Прикладами, де вже досягнуто конкретні результати з цього питання, можуть бути такі країни, як Кенія, Індонезія, Шрі-Ланка та Мексика [24;28;29].

Дискутабельним залишається рецептурний або безрецептурний статус для засобів НК. Якщо у більшості країн світу комбіновані пероральні контрацептиви, котрі можуть застосовуватись у методі Yuzpe, відпускаються тільки за рецептом лікаря, то засоби ЕК на основі чистого левоноргестрелу у багатьох країнах світу мають безрецептурний (або OTC-) статус. Разом з тим, регуляторні органи інших країн мають чітку позицію щодо віднесення засобів для ЕК на основі чистого левоноргестрелу до таких, що повинні відпускатися за рецептом.

Останні десять років в Україні спостерігається стійка тенденція до зростання попиту на таблетки левоноргестрелу 750 мкг №2 (препарат Постинор). Наразі відповідно до регуляторних документів Фармцентру МОЗ України препарати для ЕК на основі чистого левоноргестрелу (таблетки Постинор та Ескапел) зареєстровані як рецептурні засоби. Незважаючи на це, широке розповсюдження, багаторічний стереотип серед населення, доступність дозволяють споживачам безперешкодно придбати даний засіб у аптеках та застосовувати його без рекомендацій лікаря. Відсутність належної інформації та консультування стають причинами хибного тлумачення методу ЕК серед населення, неправильного застосування засобів ЕК, багаторазового використання та нехтування засобами планової контрацепції. Наприклад, за даними досліджень фармацевтичного ринку в Україні, у ряді регіонів на 1 придбану упаковку комбінованого перорального контрацептиву припадає 2–3 упаковки засобу для ЕК. Це не може не відобразитися на стані репродуктивного здоров'я жіночого населення, що фіксується лікарями акушерами-

гінекологами при звертанні жінок, які багаторазово використовували засоби ЕК. За багато років внаслідок цього серед медичних працівників склалося упереджене ставлення до засобів ЕК, разом з тим ними визнається факт, що ці засоби є необхідними [2].

У ряді країн світу ВООЗ рекомендує якнайширше використовувати метод ЕК як альтернативу аборту, ранні і віддалені наслідки від якого є набагато важчими, ніж від використання засобів ЕК. Завдяки наполегливій та системній роботі ІСЕС (за погодження ВООЗ, FDA та місцевих регуляторних органів), саме заради вчасного попередження абортів та поліпшення доступу до сучасних та безпечних засобів НК, препарати на основі чистого левоноргестрелу мають безрецептурний статус та можуть відпускатись населенню співробітниками аптек у 37 країнах світу (серед яких Австралія, Бельгія, Китай, Данія, Швеція, Норвегія, Велика Британія та підпорядковані домініони, Франція, Фінляндія, Індія, Ізраїль, США, Швейцарія та Канада) [1;5;17;27]. Звичайно, таке розширення доступу до засобів ЕК

забезпечується належним інформуванням та консультуванням як медичних працівників, так і споживачів.

У Венесуелі серед жінок, які користувалися препаратом Postinor-2, було проведено опитування на предмет того, яким шляхом вони отримали призначення на препарат. Лише 5% опитаних вказали, що звернулися по допомогу до лікаря; інші одразу придбали препарат в аптеках. Описана ситуація схожа з Україною, оскільки у Венесуелі Postinor-2 має статус препарату, що повинен відпускатися за рецептом лікаря. Серед причин, з яких споживачі не зверталися до лікаря, були: вартість візиту до лікаря, обмаль часу для такого візиту, а також небажання обговорювати з лікарем свої проблеми [18].

Показовим також є досвід Франції, де зміна рецептурного статусу препаратів левоноргестрелу для ЕК на безрецептурний (ОТС) зумовила зростання попиту і, відповідно, реалізації цих препаратів учетверо.

У таблиці наводяться дані щодо торгівельних назв та статусу препаратів на основі чистого левоноргестрелу у різних країнах світу.

**Таблиця. Назви препаратів на основі чистого левоноргестрелу, які в даний час застосовуються для НК у різних країнах світу (корпоративні дані угорського хімічного заводу "Ріхтер Гедеон")**

Назва препарату	Країни, в яких препарати доступні на фармацевтичному ринку
Escapel***	Перу
Escapelle***	Болгарія**, Естонія**, Латвія**, Литва, Росія, Словаччина, Угорщина, <b>Україна</b>
Levonynon	Німеччина
Levonelle	Велика Британія*, Ірландія, Іспанія, Італія, Нова Зеландія**, Португалія**
Levonelle-2	Австралія, Велика Британія
Levonelle One Step***	Велика Британія*
Plan B	Канада**, США
Postinor 1***	Антильські острови і Аруба, Домініканська республіка, Нідерланди
Postinor	Австрія, Азербайджан, Білорусь, Вірменія, Греція, Грузія, Данія**, Ісландія, Іспанія, Казахстан, Киргизія, Куба, Люксембург, Малайзія, Молдова, Монголія, Нігерія, Норвегія, Португалія**, Росія, Таджикистан, Таїланд, Туркменистан, Узбекистан, <b>Україна</b> , Фінляндія
Postinor-2	Австралія**, Албанія, Аргентина, Бангладеш, Барбадос, Бельгія, Болівія, Бразилія, Венесуела, В'єтнам, Гонконг, Єгипет, Еквадор, Естонія**, Зімбабве, Ізраїль**, Індонезія, Йемен, англомовні країни Карибського басейну, Кенія, Китай**, Колумбія, Латвія**, Литва, Малайзія, Мексика, М'янма, Нова Зеландія, Перу, Португалія*, Румунія, Сербія, Сінгапур, Словаччина**, Тайвань, Тринідад і Тобаго, Шрі-Ланка, Швейцарія, Чеська Республіка, Чилі, Чорногорія, Ямайка
Postinor-Uno	Бразилія
Postinor-2 Undosis***	Мексика
Postinor-Duo	Болгарія, Польща
Postinor 2 SD	Ямайка
Rigesoft	Угорщина

\*- провізор / фармацевт може самостійно призначити препарат

\*\* - доступний як ОТС- засіб (без рецепту лікаря)

\*\*\* - дози для одноразового прийому

Слід зазначити, що угорський хімічний завод "Ріхтер Гедеон" є піонером та світовим лідером у виробництві чистого левоноргестрелу та препаратів, до складу яких він входить. Ці препарати експортуються більше ніж у 50 країн світу або виробляються там за ліцензіями [30;31].

### Висновки

Екстрена контрацепція є єдиною обмеженою в часі альтернативою абортів, яка використовується для попередження небажаної вагітності після незахищеного або недостатньо захищеного статевого акту.

### Список літератури

1. Бюлетень з екстреної контрацепції. Корпоративні інформаційні матеріали "Ріхтер Гедеон" RGD: 66208/UA/2006.
2. Горбенко О.В. Контрацепція як проблема репродуктивного здоров'я: ситуаційний аналіз // Здоров'я жінки. – 2005. – №2 (22) – С. 174–180.
3. Жилка Н.Я., Камінський В.В., Слабкий Г.О. та ін. Надання жінкам медичних послуг, пов'язаних з абортів: клініко-організаційне керівництво. – К., 2006. – 76с.
4. Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції. – Видання третє, 2004 р. / Всесвітня організація охорони здоров'я: Пер. з англ. – К.: МОРІОН, 2006. – С. 144–148.
5. "Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції" – один з наріжних каменів серії доказових настанов ВООЗ щодо планування сім'ї. Інформація "Українського медичного часопису" // Український медичний часопис. – 2006. – №4 (54) – VII/VIII, С. 5–14.
6. Отчет о проведении клинического исследования / Б.М. Венцовский, В.Г. Жегулович, С.С. Демьяненко, А.В. Казак. – К., 2006. – 11с.
7. Прилепская В.Н., Абакарова П.Р., Бебнева Т.Н. Пятилетний опыт работы центра по экстренной контрацепции // Consilium Medicum, Гинекология. – 2004. – Т. 06, №6.
8. Руководство по контрацепции / Под ред. проф. В.Н. Прилепской – М.: Медпресс. – 518с.
9. Современные методы профилактики абортів: Науч. практ. программа / Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка. – 2004. – 83с.
10. Срочная контрацепция. Выдержки из технической документации ВОЗ: Сб. работ "Оказание помощи женщинам после аборта". США. – 2001. – С. 61–69.
11. Bacic M, Wesselius de Casparis A, Diczfalusy E. Failure of large doses of ethinyl estradiol to interfere with early embryonic development in the human species // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1970; 107: 531–534.
12. Durand M, M del Carmen Cravioto, Raymond E.G. et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception // Contraception 2001. – 64(4): 227–234.
13. Gainer E. 9th Annual EC Jamboree Notes / American Society for Emergency Contraception 2003.
14. Grimes D.A., Raymond E.G. Emergency contraception. Ann Intern Med 2002. – 137(3): 180–189.
15. Jones R.K., Darroch J.E., Henshaw S.K. Contraceptive use among US women having abortions in 2000–2001 // Perspect Sex Reprod Health. – 2002; 34: 294–303.
16. Ho PC, MSW Kwan A Prospective Randomized Comparison of Levonorgestrel with the Yuzpe Regimen in Post-Coital Contraception // Human Reproduction. – 1993; 8: 389–392.
17. Program for Appropriate Technology in Health (PATH) // Emergency Contraception: A Resource Manual for Providers. – Seattle, WA:Path; 1997: 5.
18. Raine T.R., Harper C.C., Rocca C.H., et al. Direct Access to Emergency Contraception Through Pharmacies and Effect on Unintended Pregnancy and STIs. – 2005; 293:54–62.
19. Von Hertzen H., Piaggio G., Ding J. et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: A WHO multicentered randomized trial // Lancet. – 2002; 360: 1803–1810.
20. WHO Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptive for emergency contraception // The Lancet. – 1998; 352: 428–433.
21. World Health Organization (WHO). Emergency Contraception: A guide for service delivery. – Geneva: WHO; 1998.
22. www.acog.org (American College of Obstetricians and Gynecologists).
23. www.arhp.org/ec (Association of Reproductive Health Professionals).
24. www.cecinfo.org (Consortium for Emergency Contraception).
25. www.compendium.com.ua/info/1036/gedeon\_richter/postinor.
26. www.compendium.com.ua/info/169303/gedeon\_richter/escapelle.
27. www.fda.gov (Food and Drug Administration).
28. www.futuresgroup.com (Futures Group).
29. www.path.org (Program for Appropriate Technology in Health (PATH)).
30. www.richter.com.ua.
31. www.richter.hu/RichterWebSite/RichterWebSiteEN.

### ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Г.А. Слабкий, А.В. Горбенко (Киев)

Приведен анализ международного опыта использования экстренной контрацепции.

### SUBSTANTIATION OF APPLICATION OF EMERGENCY CONTRACEPTION

G.A. Slabky, A.V. Gorbenko (Kiev)

The analysis of the international experience of emergency contraception use is re



УДК: 614.2:517.004.13:519.46(014)

**О. М. ОЧЕРЕДЬКО, В.П. КЛИМЕНЮК (Житомир)****ВИВЧЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ СІЛЬСЬКИХ МЕШКАНЦІВ  
ЗВЕРНЕННЯМИ ПО МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Тоді як базові статистичні дані щодо стану здоров'я сільських мешканців оперують здебільшого показниками частоти хвороб та їх наслідків відчутна, нестача інформації щодо своєчасності та якості задоволення зверненнями сільських мешканців по медичну допомогу, яка може бути отримана лише на основі поглиблених вибіркового спостережень. Саме така інформація є креативним джерелом формування функціоналів оптимізації медичної допомоги. Завданням дослідження було пролити світло як на стан, так і фактори, які достовірно модифікують своєчасність та якість задоволення зверненнями сільських мешканців по медичну допомогу.

Мета роботи – вивчити своєчасність та якість задоволення сільських мешканців медичною допомогою.

Методи та матеріали. Дослідження за перехресним дизайном тривало протягом 2000–2007 рр. Для отримання якісно та кількісно репрезентативних висновків утворено багатоступінчасту вибірку. Перший ступінь утворений репрезентативними сільськими районами Житомирської області, обраними з ієрархічною процедурою кластеризації. Використання сільського району як одиниці спостереження першого ступеня 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 ступеня на основі аналізу головних компонент у просторі 56 медико-організаційних характеристик сільських лікарських дільниць. Третій ступінь утворений випадково відібраними сільськими мешканцями, які обслуговуються обраними ФАПами. Усього 1733 чол.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що найбільші частки за давнини візитів спостерігаються для потреб “Диспансерний візит” (6%±0,5%), “Лікування” (3%±0,4%) та “Діагностика” (3%±0,4%). Водночас найбільші частки вчасних (до 3-х днів) візитів спостерігаються для потреб “Консультація з соціальних питань” (83%±0,9%), “Експертиза непрацездатності” (67%±1,1%), “Реабілітація” (64%±1,2%). Це, очевидно, пояснюється більшою невідкладністю цих потреб і очевидністю для населення результатів їх задоволення (табл. 1).

У табл. 2 наведено структуру звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від часу та місця звернення. Найбільша частка вчасних звернень приходить на візити до фельдшера

**Таблиця 1. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від часу звернення та потреби**

Потреба звернення	Час звернення, дні			
	до 3	4–10	11–30	понад 30
Лікування	60%±1,2%	28%±1,1%	9%±0,7%	3%±0,4%
Діагностика	43%±1,2%	36%±1,2%	18%±0,9%	3%±0,4%
Диспансерний візит	56%±1,2%	28%±1,1%	10%±0,7%	6%±0,5%
Реабілітація	64%±1,2%	30%±1,1%	6%±0,6%	0%±0,0%
Консультація з соціальних питань	83%±0,9%	17%±0,9%	0%±0,0%	0%±0,0%
Консультація з правових питань	60%±1,2%	20%±1,0%	20%±1,0%	0%±0,0%
Експертиза непрацездатності	67%±1,1%	33%±1,1%	0%±0,0%	0%±0,0%
Профогляд	50%±1,2%	31%±1,1%	17%±0,9%	2%±0,3%
Інше	60%±1,2%	40%±1,2%	0%±0,0%	0%±0,0%

(65%±1,2%) та дільничного лікаря (57%±1,2%), що, очевидно, пов'язано з більшою доступністю цих звернень. Вражає низька частка вчасних звернень жінок до акушерки (всього 37%±1,2%). Напевно, це пояснюється тим, що жінки переважно шукають лікарську допомогу, оскільки вважають її більш ефективною.

Результати вивчення обставин, які заважали звернутися раніше, за основними впливовими факторами наведені у табл. 3–5. До основних обставин належать зайнятість (1), віддаленість медзакладу (2), хвороба/потреба незначна (3), погана якість меддопомоги (4), нечуйне ставлення медперсоналу (5), неможливість задоволення на рівні ФАПУ (6), неможливість задоволення на рівні сільської амбулаторії/лікарні (7).

Так, у табл. 3 наведено структуру звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від причини запізнення зі зверненням та віку. Видно, що найважливішою з причин запізнення із зверненням є зайнятість сільських мешканців (69%±1,1%). Наступні щодо важливості є такі причини запізнення: хвороба чи потреба незначна (16%±0,9%), віддаленість медичного закладу (10%±0,7%). Особливу виражену перешкоду до звернення (75%±2,0%) становить зайнятість для осіб віком 31–40 років, найбільш задіяних у господарстві. Віддаленість медзакладу набуває більшого значення як перешкода до звернення у старших групах населення.

Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від причини

Таблиця 2. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від часу та місця звернення

Куди звернувся	Час звернення, дні			
	до 3	4–10	11–30	понад 30
Фельдшер	65%±1,2%	25%±1,0%	7%±0,6%	3%±0,4%
Акушерка	37%±1,2%	39%±1,2%	19%±0,9%	5%±0,5%
Дільничний лікар	57%±1,2%	30%±1,1%	10%±0,7%	3%±0,4%
Районна лікарня	52%±1,2%	34%±1,1%	11%±0,8%	3%±0,4%
Обласна лікарня	39%±1,2%	35%±1,1%	20%±1,0%	6%±0,6%

Таблиця 3. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від причини запізнення зі зверненням та віку

Причина запізнення	Вікова група			
	всі	до 30	31–40	старші 40
Зайнятість	69%±1,1%	65%±3,2%	75%±2,0%	67%±1,4%
Віддаленість медзакладу	10%±0,7%	8%±2,0%	8%±1,3%	11%±0,9%
Хвороба/потреба незначна	16%±0,9%	18%±2,6%	12%±1,5%	17%±1,2%
Погана якість меддопомоги	1%±0,2%	3%±1,1%	2%±0,6%	0%±0,2%
Нечуйне ставлення медперсоналу	1%±0,1%	0%±0,0%	1%±0,3%	1%±0,1%
Неможливість задоволення на рівні ФАПУ	3%±0,4%	2%±1,0%	2%±0,7%	3%±0,5%
Неможливість задоволення на рівні сільської амбулаторії/лікарні	1%±0,2%	1%±0,5%	1%±0,4%	1%±0,3%

запізнення зі зверненням та потреби викладена в табл. 4. Структура перешкод звернення з приводу лікування, діагностики та реабілітації практично однакова. Звернення з цих потреб найбільше обмежуються зайнятістю респондентів (70%±1,1% – 72%±1,1%), ставленням до хвороби чи потреби звернення як незначних (14%±0,8% – 15%±0,9%), віддаленістю медичного закладу (10%±0,7% – 11%±0,8%). Для диспансерних візитів збільшує своє значення ставлення до хвороби чи потреби звернення як незначних (27%±1,1%). Для візитів за потребами консультацій з соціальних і правових питань зайнятість

респондентів, віддаленістю медичного закладу та ставленням до хвороби чи потреби звернення як незначних охоплюють практично 100% перешкод до звернення. При потребі “Експертиза непрацездатності” внаслідок нагальності структура перешкод до вчасного візиту дещо інша. Так, зайнятість пояснює лише 43%±1,2% невчасних звернень, тоді як неможливість задоволення на рівні ФАПУ пояснює 14%±0,8% запізнених візитів зі вказаної потреби.

Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від причини запізнення зі зверненням та місцем

Таблиця 4. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від причини запізнення зі зверненням та потреби

Причина запізнення	Потреба звернення			
	лікування	діагностика	диспансерний візит	реабілітація
Зайнятість	70%±1,1%	70%±1,1%	62%±1,2%	72%±1,1%
Віддаленість медзакладу	10%±0,7%	11%±0,8%	8%±0,7%	10%±0,7%
Хвороба/потреба незначна	15%±0,9%	14%±0,8%	27%±1,1%	14%±0,8%
Погана якість меддопомоги	1%±0,2%	0%±0,1%	1%±0,2%	0%±0,0%
Нечуйне ставлення медперсоналу	0%±0,1%	0%±0,0%	0%±0,0%	3%±0,4%
Неможливість задоволення на рівні ФАПу	3%±0,4%	3%±0,4%	2%±0,4%	0%±0,0%
Неможливість задоволення на рівні сільської амбулаторії/лікарні	1%±0,2%	1%±0,2%	1%±0,2%	0%±0,0%
	<i>консультація з соціальних питань</i>	<i>консультація з правових питань</i>	<i>експертиза непрацездатності</i>	<i>профогляд</i>
Зайнятість	60%±1,2%	80%±1,0%	43%±1,2%	70%±1,1%
Віддаленість медзакладу	20%±1,0%	0%±0,0%	14%±0,8%	11%±0,7%
Хвороба/потреба незначна	20%±1,0%	20%±1,0%	29%±1,1%	9%±0,7%
Погана якість меддопомоги	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%	9%±0,7%
Нечуйне ставлення медперсоналу	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%
Неможливість задоволення на рівні ФАПу	0%±0,0%	0%±0,0%	14%±0,8%	2%±0,3%
Неможливість задоволення на рівні сільської амбулаторії/лікарні	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%

звернення наведена в табл. 5. Видно, що незалежно від місця звернення зайнятість респондентів є основною перешкодою вчасних звернень. Проте особливості. Так, у 3%±0,4% випадків перешкодою для звернення до фельдшера є неможливість задоволення потреби на рівні ФАПу, тоді як віддаленість медзакладу не дає змоги вчасно звернутися лише у 6%±0,6% випадків. При зверненні до акушерки набуває значення

віддаленість медзакладу (24%±1,0%), погана якість меддопомоги (3%±0,4%), що вказує на порівняно меншу забезпеченість і якість обслуговування респондентів акушерською допомогою. Щодо звернень до районної та обласної лікарень зайнятість дещо зменшує своє значення як перешкода для вчасного звернення (64%±1,2% і 50%±1,2% відповідно) і збільшує свою роль віддаленість медзакладу (12%±0,8% і 29%±1,1% відповідно).

Таблиця 5. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від причини запізнення зі зверненням та місця звернення

Причина запізнення	Куди звернувся				
	фельдшер	акушерка	дільничний лікар	районна лікарні	обласна лікарня
Зайнятість	74%±1,0%	52%±1,2%	74%±1,1%	64%±1,2%	50%±1,2%
Віддаленість медзакладу	6%±0,6%	24%±1,0%	9%±0,7%	12%±0,8%	29%±1,1%
Хвороба/потреба незначна	16%±0,9%	17%±0,9%	14%±0,8%	18%±0,9%	12%±0,8%
Погана якість меддопомоги	0%±0,2%	3%±0,4%	1%±0,2%	1%±0,2%	2%±0,3%
Нечуйне ставлення медперсоналу	0%±0,1%	2%±0,3%	0%±0,0%	0%±0,2%	1%±0,2%
Неможливість задоволення на рівні ФАПу	3%±0,4%	2%±0,3%	2%±0,3%	3%±0,4%	4%±0,4%
Неможливість задоволення на рівні сільської амбулаторії/лікарні	0%±0,1%	0%±0,0%	1%±0,2%	1%±0,3%	1%±0,3%

Результати аналізу якості задоволення потреб сільських мешканців залежно від провідних медико-організаційних чинників наведені в табл. 6–10. Так, у табл. 6 наведено структуру звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненнями та віку. Задоволеність зверненнями згрупували в такі категорії: повністю задоволений (стан значно поліпшився, проблема повністю вирішена) (1), задоволений (стан поліпшився, проблема практично вирішена) (2), частково задоволений (стан дещо поліпшився, проблема вирішена лише частково) (3), не задоволений (стан не поліпшився, проблема не вирішена, обгрунтована відмова в допомозі) (4), вкрай незадоволений (стан

погіршився, проблема ускладнилась) (5), отримав необгрунтовану відмову в допомозі, груба поведінка і некомпетентність медперсоналу (6). З табл. 6 видно, що більшість зверненнями повністю задоволені –  $30\% \pm 1,1\%$  або задоволені –  $33\% \pm 1,1\%$ , проте більше третини зверненнями лише частково задоволені –  $36\% \pm 1,2\%$ . Примітно, що практично не було випадків звернень з вкрай незадовільними результатами (стан погіршився, проблема ускладнилась), також не спостерігалось випадків необгрунтованої відмови в допомозі чи грубої поведінки і некомпетентності медперсоналу. Така структура характерна для всіх вікових груп респондентів з дещо гіршими наслідками в старших вікових групах.

Таблиця 6. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненнями та віку

Задоволеність зверненнями	Вікова група			
	всі	до 30	31–40	старші 40
Повністю задоволений	$30\% \pm 1,1\%$	$33\% \pm 3,2\%$	$34\% \pm 2,2\%$	$28\% \pm 1,4\%$
Задоволений	$33\% \pm 1,1\%$	$37\% \pm 3,2\%$	$34\% \pm 2,2\%$	$32\% \pm 1,4\%$
Частково задоволений	$36\% \pm 1,2\%$	$29\% \pm 3,0\%$	$30\% \pm 2,1\%$	$39\% \pm 1,5\%$
Незадоволений	$1\% \pm 0,2\%$	$0\% \pm 0,4\%$	$1\% \pm 0,5\%$	$1\% \pm 0,3\%$
Вкрай незадоволений	$0\% \pm 0,1\%$	$0\% \pm 0,4\%$	$0\% \pm 0,3\%$	$0\% \pm 0,1\%$
Необгрунтована відмова в допомозі	$0\% \pm 0,0\%$	$0\% \pm 0,0\%$	$0\% \pm 0,0\%$	$0\% \pm 0,0\%$

У табл. 7 наведено структуру звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненнями та оснащеності ФАПУ. Дані таблиці свідчать про те, що краща оснащеність ФАПів обумовлює кращі результати щодо задоволеності зверненнями. Так, за відсутності до 5 з регламентованих найменувань медичної апаратури повністю задоволені зверненнями становили  $32\% \pm 1,7\%$ , задоволені –  $28\% \pm 1,7\%$ , частково задоволені –  $39\% \pm 1,8\%$ , тоді як аналогічні показники за гіршої оснащеності (відсутні 6 і більше найменувань) були відповідно  $29\% \pm 1,4\%$ ,  $37\% \pm 1,5\%$ , і  $33\% \pm 1,5\%$ .

Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності

зверненнями та місця звернення наведена в табл. 9. Результати показують, що найбільш задоволені респонденти результатами візитів до фельдшера (повністю задоволені  $34\% \pm 1,1\%$  візитів) та дільничного лікаря (повністю задоволені  $33\% \pm 1,1\%$  візитів). Очевидна низька задоволеність результатами візиту до акушерки (повністю задоволені лише  $19\% \pm 0,9\%$  візитів). Несподівано низька задоволеність результатами візиту до районної та обласної лікарень (лише частково задоволені відповідно  $44\% \pm 1,2\%$  і навіть  $53\% \pm 1,2\%$  візитів відповідно) можливо пояснюється більшою складністю хвороб\потреб, а також більшою відстроченістю звернень, як було показано вище.

Таблиця 7. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненнями та оснащеності ФАПУ

Задоволеність зверненнями	Оснащеність ФАПУ	
	$\leq 5$	$> 5$
Повністю задоволений	$32\% \pm 1,7\%$	$29\% \pm 1,4\%$
Задоволений	$28\% \pm 1,7\%$	$37\% \pm 1,5\%$
Частково задоволений	$39\% \pm 1,8\%$	$33\% \pm 1,5\%$
Незадоволений	$1\% \pm 0,3\%$	$1\% \pm 0,3\%$
Вкрай незадоволений	$0\% \pm 0,2\%$	$0\% \pm 0,1\%$
Необгрунтована відмова в допомозі	$0\% \pm 0,0\%$	$0\% \pm 0,0\%$

Таблиця 8. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненнями та часу звернення

Задоволеність зверненнями	Час звернення, дні			
	до 3	4–10	11–30	понад 30
Повністю задоволений	38%±1,2%	23%±1,0%	14%±0,8%	11%±0,8%
Задоволений	34%±1,1%	33%±1,1%	33%±1,1%	27%±1,1%
Частково задоволений	27%±1,1%	43%±1,2%	51%±1,2%	60%±1,2%
Незадоволений	1%±0,2%	1%±0,2%	3%±0,4%	2%±0,3%
Вкрай незадоволений	0%±0,1%	0%±0,1%	0%±0,0%	0%±0,0%
Необгрунтована відмова в допомозі	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%

Таблиця 9. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненнями та місця звернення

Задоволеність зверненнями	Куди звернувся				
	фельдшер	акушерка	дільничний лікар	районна лікарні	обласна лікарня
Повністю задоволений	34%±1,1%	19%±0,9%	33%±1,1%	26%±1,0%	14%±0,8%
Задоволений	36%±1,1%	52%±1,2%	32%±1,1%	29%±1,1%	29%±1,1%
Частково задоволений	30%±1,1%	29%±1,1%	34%±1,1%	44%±1,2%	53%±1,2%
Незадоволений	1%±0,2%	0%±0,0%	1%±0,2%	1%±0,3%	4%±0,5%
Вкрай незадоволений	0%±0,1%	0%±0,0%	0%±0,1%	0%±0,1%	0%±0,0%
Необгрунтована відмова в допомозі	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%

У табл. 10 показано структуру звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненнями та потреби. Очевидно, що найкраще задовольняються візити з приводу лікування та профогляду. Частка повністю задоволених візитами становить відповідно 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. Їх структури задоволеності були відповідно: частка повністю задоволених візитами 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.

Таблиця 10. Структура звернень сільських мешканців по медичну допомогу залежно від задоволеності зверненнями та потреби

Задоволеність зверненнями	Потреба звернення			
	лікування	діагностика	диспансерний візит	реабілітація
Повністю задоволений	33%±1,1%	18%±0,9%	17%±0,9%	15%±0,9%
Задоволений	32%±1,1%	40%±1,2%	36%±1,2%	36%±1,2%
Частково задоволений	34%±1,1%	39%±1,2%	47%±1,2%	48%±1,2%
Незадоволений	1%±0,2%	2%±0,3%	0%±0,0%	0%±0,0%
Вкрай незадоволений	0%±0,1%	1%±0,2%	0%±0,0%	0%±0,0%
Необгрунтована відмова в допомозі	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%
	консультація з соціальних питань	консультація з правових питань	експертиза непраце-здатності	профогляд
Повністю задоволений	17%±0,9%	20%±1,0%	22%±1,0%	40%±1,2%
Задоволений	50%±1,2%	60%±1,2%	56%±1,2%	32%±1,1%
Частково задоволений	33%±1,1%	20%±1,0%	22%±1,0%	26%±1,0%
Незадоволений	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%	2%±0,3%
Вкрай незадоволений	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%
Необгрунтована відмова в допомозі	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%	0%±0,0%

**Висновки**

1. Встановлено, що найважливішою з причин запізнення зі зверненням є зайнятість сільських мешканців ( $69\% \pm 1,1\%$ ). Наступні щодо важливості є такі причини запізнення: хвороба чи потреба незначна ( $16\% \pm 0,9\%$ ), віддаленість медичного закладу ( $10\% \pm 0,7\%$ ).

2. Більшість сільських мешканців повністю задоволені зверненнями по медичну допомогу –  $30\% \pm 1,1\%$  (стан значно поліпшився, проблема повністю вирішена) або задоволені –  $33\% \pm 1,1\%$  (стан поліпшився, проблема практично вирішена), проте більше третини лише частково задоволені –  $36\% \pm 1,2\%$  (стан дещо поліпшився, проблема вирішена лише частково).

3. Найбільш задоволені респонденти результатами візитів до фельдшера (повністю задоволені візитами  $34\% \pm 1,1\%$ ) та дільничного лікаря (повністю задоволені візитами  $33\% \pm 1,1\%$ ). Очевидна низька задоволеність результатами візиту до акушерки (повністю задоволені візитами лише

$19\% \pm 0,9\%$ ). Несподівано низька задоволеність результатами візиту до районної та обласної лікарень (лише частково задоволені відповідно  $44\% \pm 1,2\%$  і навіть  $53\% \pm 1,2\%$  відповідно) пояснюється більшою складністю хвороб\потреб, а також більшою відстроченістю звернень.

4 Зволікання зі зверненням погіршують їх наслідки. Так, при вчасному зверненні (до 3-х днів) частка повністю задоволених зверненнями була  $38\% \pm 1,2\%$ , задоволених –  $34\% \pm 1,1\%$ , частково задоволених –  $27\% \pm 1,1\%$ , незадоволених –  $1\% \pm 0,2\%$ . Водночас при відстроченні візиту понад 30 днів частка повністю задоволених зверненнями становила лише  $11\% \pm 0,8\%$ , задоволених –  $27\% \pm 1,1\%$ , частково задоволених –  $60\% \pm 1,2\%$ , незадоволених –  $2\% \pm 0,3\%$ .

5. Найкраще задовольняються візити з приводу лікування та профогляду. Неочікувано низькі результати задоволеності візитами з потреб диспансеризації та реабілітації.

**ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ОБРАЩЕНИЯМИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

*О.М. Очередько, В.П. Клименюк (Житомир)*

Изучены состояние и факторы, достоверно модифицирующие своевременность и качество удовлетворения обращениями за медицинской помощью сельского населения Житомирской области на протяжении 2000–2007 гг. на основе многоступенчатой выборки, которая адекватно отображала разнообразие медико-социальных ситуаций.

**THE STUDY OF REFERRALS TO MEDICAL CARE BY RURAL POPULATION**

*О.М. Ochered'ko, V.P. Klimenyuk (Zhytomir)*

Parameters and factors determining the opportunities and quality of referrals to medical care by rural residents of Zhytomirskya oblast were studied during 2000-2007 by multi-staged sample, rendering varsity of medical & social situations. Most important handicap to timely referrals appeared to be being busy. More than every third referral is not satisfied completely.

УДК 616-082:725.51(048)

**О.Г. ВУЇВ (Львів)**

## **ПРОБЛЕМИ ВИКОРИСТАННЯ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ СТАЦІОНАРНИХ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ (ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Реформування галузі охорони здоров'я України шляхом забезпечення ефективного розвитку та глибоких структурних змін системи охорони здоров'я України;

збереження генофонду нації; запровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на медичну допомогу; визначення стратегічних напрямків розвитку медичної галузі – першочергове завдання загальнонаціонального рівня [2;7;21;31;32].

Реформування системи охорони здоров'я та пошук шляхів поліпшення рівня надання медичної допомоги та задоволеності нею населення відбувається і в інших країнах світу [34;35;37;39;41].

Сьогодні в Україні залишається невирішеною проблема гарантування державою безоплатного обсягу надання медичної допомоги державними і комунальними закладами охорони здоров'я, визначення державних соціальних стандартів та нормативів у сфері охорони здоров'я [30;32], у тому числі нормативних показників забезпеченості стаціонарною допомогою за профілем ліжок та рівнями надання медичної допомоги [3;23]. Для їх розрахунків необхідно встановити потребу населення у медичній допомозі та пріоритетність надання цієї допомоги певним категоріям громадян при різних видах патології за умов планування гарантованих обсягів медичної допомоги.

У проєкті ВООЗ "Європейська політика щодо досягнення здоров'я для всіх на XXI століття" зазначено, що в країнах Східної Європи медичним закладам властиві такі недоліки, як зайва кількість ліжок та персоналу; довгі періоди госпіталізації; застарілі неефективні структури та зношене обладнання; брак основних лікарських засобів та медичних виробів; низька мотивація персоналу через недостатню кількість стимулів, низька зарплата та недостатній рівень підготовки [24]. Лікарні на пострадянському просторі продовжують виконувати функції соціальної опіки та охорони здоров'я, тоді як західноєвропейські стаціонарні заклади зосереджені переважно на лікуванні гострих випадків [38].

У зв'язку з наявністю низки проблем функціонування найзатратнішого виду надання медичної допомоги населенню – стаціонарного фонду – на сучасному етапі, нами проведено наукове дослідження – огляд наукової літератури, присвяченої даній тематиці.

#### **Мета дослідження:**

1) наукове підтвердження проблем використання стаціонарного фонду лікувально-профілактичних закладів;

2) узагальнення основних шляхів оптимізації надання стаціонарної допомоги та раціонального використання ліжкового фонду;

3) пошук проблем функціонування стаціонарного сектору галузі охорони здоров'я, які недостатньо широко висвітлені в науковій літературі або залишаються до цього часу майже зовсім недослідженими.

**Матеріали і методи.** Для проведення дослідження опрацьовано 12 періодичних

наукових медичних видань України, 5 – Росії, літературу інших зарубіжних країн (переважно за даними [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)), низку монографій вітчизняних та закордонних авторів за період 2000–2006 рр. Використано матеріали 42 наукових статей та монографій.

**Результати дослідження.** Ключовими термінами для пошуку та аналізу інформації були: шляхи удосконалення стаціонарної медичної служби України, оптимізація надання стаціонарної допомоги та використання ліжкового фонду, використання стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги.

Проблеми стаціонарної допомоги широко висвітлені колективом авторів у книзі "Реформа охорони здоров'я в Україні" (2006 р.) [30]. Характерними ознаками розвитку стаціонарної допомоги в останні роки радянської системи стали невпинне (паралельно з кадрами) зростання забезпеченості населення ліжками і зменшення зайнятості ліжка. Аналіз показників зайнятості ліжок, проведений науковцями, засвідчив нераціональний розподіл ліжок на різних рівнях організації медичної допомоги та за профілями. Характерною ознакою стаціонарної допомоги в країнах ринкової системи є постійне зниження термінів перебування хворого на ліжку як основний засіб зменшення витрат без зниження ефективності допомоги. Система медичної допомоги в нашій країні у минулі роки відрізнялась стабілізацією термінів перебування хворого на ліжку. З 1991 р. і до сьогодні у системі медичної допомоги України чисельність лікарів майже не змінилась, а загальне число ліжок зменшилось з 671 до 412,6 тис. Диференційований підхід до скорочення ліжок не мав наукового обґрунтування, а базувався на адміністративній волі.

Подоляка В.Л. [17] вказує на три основні групи перешкод на шляху ефективної діяльності стаціонарного сектору: політичні, організаційні та економічні, кожна з яких потребує значних ресурсів для усунення.

Деякі науковці [8;15] розглядають дві основні причини неефективності стаціонарного сектору: економіко-правова (брак бюджетних коштів на тлі надмірних державних зобов'язань) та структурна (нераціональне витрачання наявних ресурсів галузі охорони здоров'я), оскільки на високовартісну стаціонарну допомогу в Україні витрачається близько 80% усіх коштів системи охорони здоров'я.

До неадекватного використання ресурсів стаціонару призводять недостатність обстежень

планових хворих на догоспітальному етапі та надмірність стаціонарних досліджень; неповноцінна діагностика та незадовільне лікування з його шкідливими для здоров'я наслідками; недостатність використання стаціонаророзамінних форм медичного обслуговування. За даними проведених досліджень, 18% від загальної кількості ліжко-днів, які стосуються хворих терапевтичного профілю, є надлишковими [8].

Для підвищення раціональності використання ресурсів стаціонарної допомоги пропонується вирішити такі завдання: привести мережу, кадровий та ліжковий потенціал до нормативу; запровадити етапність у наданні спеціалізованої медичної допомоги; спрямувати кошти, одержані в результаті скорочення витрат, на придбання апаратури і обладнання; замінити систему фінансування на фінансування медично та економічно обґрунтованої медичної послуги за методом глобального бюджету; ширше використовувати стаціонаророзамінні форми; запровадити механізми ринкового типу як альтернативу командно-контролюючим моделям [19;20;23;26].

Слабкий Г.О. та Подоляка В.Л. [25] пропонують стратегічні підходи та напрямки реформування системи стаціонарної допомоги великого промислового міста, які базуються на аналізі раціональності використання ресурсів. Стратегія реформування, за висновками авторів, зводиться до децентралізації фінансування, формування єдиного медичного простору, реструктуризації лікарняної мережі, переходу до багаторівневої системи стаціонарної допомоги щодо скерування хворих на госпіталізацію та поліпшення координації роботи між закладами.

Інші автори пропонують інтегровану модель ліжкового фонду великого міста як складну динамічну соціально-економічну систему, що являє собою організовану і відносно відокремлену самостійно функціонуючу ланку не виробничого сектору економіки міста [13].

Загальні висновки щодо шляхів удосконалення стаціонарної медичної служби України широко висвітлено в роботі Орди О. зі співавторами [14]:

- чітке визначення першочергових потреб хворих у госпіталізації;
- удосконалення технологій надання стаціонарної допомоги;
- активніше використання стаціонаророзамінних форм медичної допомоги;
- оптимальний перерозподіл і функціональна диференціація ліжкового фонду з

організацією лікарень (відділень): для надання екстреної медичної допомоги; лікування планових хворих; надання медичної реабілітації; медико-соціальної допомоги (стаціонари сестринського догляду, хоспіси тощо);

- надання ЛПЗ більшої фінансової та господарської самостійності з метою розширення та активізації підприємницької діяльності з надання медичних послуг за рахунок особистих коштів користувачів цих послуг;

- формування єдиного медичного простору держави з метою підвищення ефективності використання фінансових ресурсів та проведення єдиної державної політики в галузі охорони здоров'я.

Основні напрямки реформування стаціонарної допомоги та визначення її ефективності базуються на науково обґрунтованих розрахунках оптимальної потреби в ліжках і оптимальних термінів лікування [1].

Колективом авторів [30] наводиться розрахована потреба населення у лікарських кадрах та ліжках для надання гарантованого обсягу допомоги, представлені обчислені фактичні рівні госпіталізації в експериментальних територіях, скореговані експертами. Загалом, на думку експертів, рівень госпіталізації населення можна знизити на 26% за рахунок трьох основних профілів – терапевтичної (на 38,4%) і хірургічної (на 15,3%) груп, а також педіатричного профілю (на 58,2%).

Провідною думкою науковців щодо оптимізації стаціонарної допомоги є не скорочення відбору на госпіталізацію, а підвищення інтенсифікації лікувального процесу і зниження пересічних термінів лікування. Беручи це до уваги, розраховано необхідне число лікарняних ліжок на первинному, вторинному та третинному рівнях надання гарантованого обсягу медичної допомоги, яке становить 57,25 ліжка на 10 тис. населення. За результатами досліджень, контингент госпіталізованих хворих за гостротою перебігу патологічного процесу можна умовно поділити на три групи: гострий перебіг, період загострення і хронічний перебіг хвороби. Відповідно, 5,9% госпіталізованих хворих потребують інтенсивного лікування; 57,5% можуть лікуватись у відділеннях для планових хворих; кожен п'ятий госпіталізований (22,3%) потребує соціальної та медичної реабілітації; майже кожен десятий хворий (8,7%) може отримати медичну допомогу в денному стаціонарі або лікуватись удома.



До такого ж висновку прийшли і інші науковці. Так, Подоляка В.Л. та Слабкий Г.О. [18] наводять результати вивчення раціональності використання ліжкового фонду терапевтичного профілю у великому місті. Отримані дані свідчать про недостатню ефективність його використання за рахунок необґрунтованої госпіталізації хворих (9,4%); незадовільної підготовки планово госпіталізованих (8,5%); необґрунтованого затягування термінів перебування у стаціонарі (5,9%). За допомогою формули розраховувався обґрунтовано проведений час у стаціонарі одним хворим; вивчався контингент хворих, їхні віково-статеві характеристики та соціальний статус, розподіл за термінами перебування у стаціонарі.

Слабкий Г.О. [27] пропонує здійснювати розрахунок потреби у ліжковому фонді в три етапи: експертна оцінка раціональності використання існуючого ліжкового фонду; визначення кількості ліжко-днів, проведених раціонально; визначення потреби у ліжковому фонді. Для розрахунку потреби у ліжковому фонді на перспективу пропонується вводити коефіцієнт  $K$ , який відображає рівень незадоволеної госпіталізації.

Важливим інструментом для аналізу основних шляхів раціонального використання та об'єктивної оцінки функціонування стаціонарного фонду є визначення показників його використання, методики розрахунку яких під час реформування системи охорони здоров'я потребують нових підходів з науковим обґрунтуванням.

Ще у 70-х роках минулого століття, незважаючи на планове нарощування потужності стаціонарних закладів, виникла проблема підвищення ефективності використання існуючого ліжкового фонду. За розрахунками спеціалістів, наявний простій ліжок у лікарнях, який переважно пов'язаний з організаційними недоліками в роботі, не тільки погіршував і скорочував обсяг стаціонарної медичної допомоги населенню, але й призводив до значних економічних втрат, адже незаповнене ліжко потребує на своє утримання лише на 25% менше витрат, ніж ліжко, на якому лікується хворий. Крім того, тільки 65% хворих перед скеруванням у стаціонар проходили обстеження в умовах поліклініки. Описано методику отримання розрахункових середніх оптимальних та максимальних показників числа днів зайнятості ліжка в році за різними профілями для окремих стаціонарів міських та сільських поселень [5;10].

Запропоновано удосконалену методику обчислення деяких показників (Любінець О.В.,

Вуїв О.Г., [9]), на розрахунок яких впливає проведення тимчасового згортання ліжкового фонду у зв'язку з ремонтом та іншими причинами: показників роботи ліжка, обігу ліжка та відсотку виконання плану ліжко-днів.

Іншими авторами аналізується алгоритм розрахунків коефіцієнта організованого використання ліжок ( $K_o$ ) в умовах диференційованого планування роботи ліжка, що дає змогу більш точно фіксувати коливання отриманих постійних і змінних величин у процесі розрахунків [11;22]. Оцінка отриманого коефіцієнта  $K_o$  проводиться за такою методикою: якщо  $K_o = +0$  – це оптимальний варіант організації використання ліжкового фонду; якщо  $K_o > 0$  – використання ліжок є неповним; якщо  $K_o < 0$  – присутнє надвикористання ліжкового фонду, а час зміни хворого на ліжку є скороченим.

На важливість проведення поглибленого аналізу показників використання ліжкового фонду вказують і дослідження вчених далекого зарубіжжя.

Kossovsky M.P. зі співавторами [36] аналізували залежність між тривалістю перебування хворих у стаціонарі та якістю надання медичної допомоги після раптової зупинки серця; Wiley Miriam M. зі співавторами [42] досліджували вплив різних факторів на тривалість перебування хворого на ліжку на основі унікальної багатонаціональної бази даних 12 країн світу; Soriano T. зі співавторами [40] оцінювали фактори, які впливають на довжину перебування хворих на ліжку, при гострих гнійних плевритах. Висновки науковців підтверджують значущість досліджень факторів, які впливають на термін перебування хворого на ліжку при різних патологіях, та впровадження їхніх результатів у практичну медицину.

Одним з основних напрямків реорганізації та оптимізації стаціонарної допомоги є розвиток стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги.

Аналіз діяльності відділень (палат) денного перебування у стаціонарах (СДП) в одній з міських клінічних лікарень м. Челябінська показує, що вартість лікування хворого у стаціонарі денного перебування на 30% менша, ніж у цілодобовому стаціонарі. Однак економія фінансових засобів можлива тільки у разі госпіталізації хворого, який потребує стаціонарного лікування, безпосередньо у СДП, а не на ліжка цілодобового перебування. Враховуючи актуальність питання інтенсифікації використання ліжкового фонду, цілодобові ліжка мають використовуватись з максимальним навантаженням і інтенсивністю

власне в початковому періоді лікувально-діагностичного процесу, а долікування проводиться на другому етапі – у СДП [4].

На сучасному етапі переорієнтації первинної медико-санітарної допомоги на засади сімейної медицини особливо зростає актуальність і економічна доцільність розширення мережі стаціонарозамінних форм (Пономаренко В.М. та інші, [20]). Лікарняні ліжка, особливо високоспеціалізовані, можна використовувати переважно для коротко- і середньотривалої госпіталізації хворих за чітко визначеними медичними показаннями з наступним переведенням (після стабілізації стану) хворих на етапне лікування чи долікування і реабілітацію в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів (денні та стаціонари вдома, відділення відновного лікування тощо).

Аналогічні висновки після дослідження функціонування денних стаціонарів у сучасних умовах розвитку охорони здоров'я наводить і Подоляка В.Л. [19]. Автор аналізує економічну ефективність їхньої діяльності впродовж п'яти років і доводить, що удосконалення надання медичної допомоги шляхом розвитку стаціонарозамінних форм забезпечить підґрунтя для подальшої раціоналізації стаціонарної і спеціалізованої медичної допомоги, оптимізації використання дороговартісного ліжкового фонду.

Оцінку ефективності організації дворівневого стаціонарного лікування (етап інтенсивного лікування у стаціонарі та лікування хворих на позагоспітальному етапі) пропонує Ярошно В.И. [33]. За висновками проведених досліджень, медична ефективність організації дворівневого стаціонарного лікування забезпечується скороченням середньої тривалості перебування хворого на ліжку як у стаціонарі цілодобового, так і денного перебування; виконанням лікувально-діагностичних заходів у повному обсязі; відсутністю скарг з боку хворих та економією бюджетних коштів.

Деякі науковці [12] полемізують щодо недоцільності порівняння ДС і звичайного цілодобового стаціонару з економічної точки зору, а також відсутності єдиної нормативно-правової бази діяльності денних стаціонарів у поліклініці.

Слід зауважити, що у вітчизняній науковій літературі зустрічається небагато досліджень щодо розвитку власне «стаціонару денного перебування» (СДП) у стаціонарних відділеннях на відміну від наукових праць авторів країн пострадянського простору. Про можливість впровадження СДП у лікувально-

профілактичних закладах України вказано, наприклад, у підручнику “Соціальна медицина та організація охорони здоров'я” (під загальною редакцією Ю.В. Вороненка та В.Ф. Москаленка) [28]. А російські вчені розглядають стаціонари денного перебування як найважливішу стаціонарозамінну форму надання медичної допомоги [4;6], а деколи й як єдину доцільну форму існування денних стаціонарів [12].

Різниться і підхід до дефініції “денний стаціонар”. Якщо у Російській Федерації до поняття денного стаціонару включено денні стаціонари у поліклініках та стаціонари денного перебування у лікарняних закладах [40], то в українських наукових джерелах [16] “денний стаціонар” визначено як організаційну форму стаціонарозамінної медичної допомоги в денний період у позалікарняних умовах, яка дає змогу забезпечити пацієнтів своєчасною, якісною і ефективною лікувально-діагностичною, профілактичною і реабілітаційною допомогою на рівні, максимально наближеному до стаціонарної допомоги, в разі відсутності показань для стаціонарного лікування або неможливості госпіталізації чи відмови від неї.

Стаціонарозамінні форми надання медичної допомоги для деяких груп хворих набули розповсюдження і у країнах Європи та Північної Америки, у багатьох лікарнях США давно існують відділення позалікарняної допомоги, які здійснюють долікування хворих [33].

### Висновки

Вищенаведений огляд наукової літератури підтверджує актуальність проблеми раціонального використання ліжкового фонду стаціонарних медичних закладів, і не тільки в Україні.

Основними шляхами оптимізації надання стаціонарної допомоги та раціонального використання ліжкового фонду у загальному можна вважати:

1. Визначення нормативних показників забезпеченості стаціонарною допомогою за профілем ліжок.

2. Проведення реструктуризації медичних закладів зі створенням кількох типів закладів з відокремленням екстреної та планової медичної допомоги.

3. Визначення економічної, медичної та соціальної ефективності оптимізації ліжкового фонду.

4. Розвиток стаціонарозамінних технологій як малозатратних форм надання медичної допомоги.

Сьогодні залишаються науково майже зовсім недослідженими питання нерівномір-

ності навантаження ліжкового фонду у різні пори року та можливість використовувати цей фактор для раціонального використання

стаціонарного фонду, а також медико-соціальні, правові та економічні аспекти діяльності стаціонарів денного перебування у лікарні в Україні.

### Список літератури

1. *Виблая И.В.* Основные компоненты методологии определения потребности в стационарных видах медицинской помощи // Сибирский консилиум. – 2004. – №11. – С. 34–37.
2. *Голяченко О.М.* Українська здравоохорона: як вийти з кризи. – Тернопіль: Лілея, 2002. – 98 с.
3. *Грузева Т.С.* Наукове обґрунтування розробки державних соціальних нормативів забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – №1. – С. 60–63.
4. *Деятельность стационара дневного пребывания многопрофильной больницы* / Н.А. Алексеев, А.М. Якушев, Н.В. Жукова, Т.И. Маслакова // *Здравоохран. Рос. Федерации.* – 2000. – №5. – С. 16–18.
5. *К методике расчетов среднего числа дней работы койки в году* / В.И. Реминяк, Л.А. Гаевский, И.В. Реминяк, А.Г. Назарчук // *Укр. вісник психоневрології.* – 2002. – Т.10, №1 (додаток). – С. 115.
6. *Калининская А.А., Рамишвили В.Ш.* Рационализация использования коечного фонда урологических отделений // *Здравоохран. Рос. Федерации.* – 2000. – №4. – С. 35–37.
7. *Лехан В.М.* Система охорони здоров'я в Україні: підсумки, проблеми, перспективи. – К.: Сфера, 2002. – 26 с.
8. *Лехан В.М., Дуліна Н.Б., Волчек В.В.* Оцінка адекватності та інтенсивності стаціонарної медичної допомоги хворим терапевтичного профілю // *Мед. перспективи.* – 2005. – Т.10, №2. – С. 136–140.
9. *Любінець О.В., Вуїв О.Г.* Оцінка використання ліжкового фонду: Методичні рекомендації / Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького. – Львів, 2003. – 32 с.
10. *Методические рекомендации по повышению эффективности и анализу использования коечного фонда стационаров лечебно-профилактических учреждений.* – М., 1974. – 29 с.
11. *Методические рекомендации по анализу и использованию временных показателей для оценки состояния охраны здоровья населения, деятельности учреждений здравоохранения, специалистов.* – М., 1988. – 48 с.
12. *Морозов О.Н., Никольская В.А.* Организационно-экономические аспекты создания дневных стационаров // *Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины.* – 2001. – №2. – С. 34–35.
13. *Оптимизация коечного фонда большого города* / В.Л. Корецкий, В.Г. Бедный, Н.Г. Проданчук, И.В. Корецкий // *Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины.* – 2002. – №6. – С. 29–32.
14. *Орда О., Долот В., Радиш В.* Державне управління системою забезпечення населення України стаціонарною допомогою // *Вісник НАДУ при Президентів України.* – 2004. – №4. – С. 135–144.
15. *О проблеме интенсификации использования коечного фонда* / Н.Г. Петрова, Е.С. Железняк, Е.С. Мищенко, С.Г. Погосян // *Экономика здравоохран.* – 2003. – №4. – С. 52–55.
16. *Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки.* – К., 2006. – С. 137.
17. *Подольяка В.Л.* Визначення перешкод на шляху ефективної діяльності стаціонарного сектора великого промислового міста (за даними наукової літератури) // *Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2005. – №4. – С. 65–69.
18. *Подольяка В.Л., Слабкий Г.О.* Деякі аспекти раціональності використання ліжкового фонду терапевтичного профілю // *Вісник проблем біології і медицини.* – 2004. – №3. – С. 67–72.
19. *Подольяка В.Л.* Основні принципи організації та функціонування денних стаціонарів в сучасних умовах розвитку охорони здоров'я // *Вісник проблем біології і медицини.* – 2004. – Вип. 4. – С. 118–122.
20. *Пономаренко В.М., Галієнко Л.І., Медведовська М.В.* Сучасний стан і перспективи розвитку стаціонарозамінних форм медичної допомоги // *Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2001. – №3. – С. 39–42.
21. *Пономаренко В.М., Ціборовський О.М.* Проблеми удосконалення системи управління в галузі охорони здоров'я і шляхи її вирішення // *Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2003. – №2. – С. 5–9.
22. *Реминяк В.И., Гаевский Л.А., Реминяк И.В.* Об алгоритме расчетов коэффициента организованного использования коечного фонда клиники в условиях дифференцированного планирования работы койки в году // *Укр. вісник психоневрології.* – 2003. – Т. 11, вип.1 (34). – С. 34–35.
23. *Слабкий Г.О.* Стан фінансування спеціалізованої медичної допомоги міському населенню та перспективи його покращення // *Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2002. – №3. – С. 67–71.
24. *Слабкий Г.О.* До питання про реформування стаціонарної медичної допомоги населенню великого міста // *Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2000. – №3. – С. 45–48.
25. *Слабкий Г.О., Подольяка В.Л.* Використання матеріально-технічних ресурсів як основа реформування стаціонарного сектору охорони здоров'я великого промислового міста // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2004. – №2. – С. 62–66.
26. *Слабкий Г.О., Подольяка В.Л.* Про готовність керівників закладів охорони здоров'я до впровадження ринкових відносин в організацію стаціонарної медичної допомоги // *Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2005. – №2. – С. 61–63.
27. *Слабкий Г.О.* Методичні підходи до визначення потреби в лікарях-спеціалістах, які ведуть амбулаторний прийом хворих, та ліжковому фонді в сучасних умовах оптимізації галузі охорони здоров'я // *Вісник проблем біології і медицини.* – 2001. – Вип. 4 – С. 62–66.
28. *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я* / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 286.

29. Стародубов В.И., Калининская А.А., Кравченко Н.А. Обеспеченность больничными койками и показатели объема медицинской помощи в дневных стационарах // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2001. – №2. – С. 23–25.
30. Стеценко Г.С., Побережний А.И., Сміянов В.А. та ін. Реформа охорони здоров'я в Україні / За ред. проф. О.М. Голяченка – Тернопіль: Лілея, 2006. – 160 с.
31. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. проф. В.М.Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 175 с.
32. Указ Президента України від 6 грудня 2005 року №1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення” // Офіц. вісник України. – 2005. – №49. – С. 3054.
33. Ярошно В.И. Оценка эффективности стационарного и стационарзамещающего уровней лечения в одном учреждении // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – №3. – С. 32–35.
34. Busse R. Decentralization in German health care // Eurohealth. – 2000. – Vol.6. – №3. – P. 30–31.
35. Gesundheitssysteme im Wandel / Europaisches Observatorium fur Gesundheitssysteme. – Deutschland, 2000. – 136 p.
36. Kossovsky M.P., Sarasin F.P., Chopard P. et al. Relationship between hospital length of stay and quality of care in patients with congestive heart failure // Qual. Saf. Health Care. – 2002. – №11. – P. 219–223.
37. Krakowiak J., Wdowiak L. Model zintegrowanego zarzadzania opieka zdrowotna // Zdrowie Publiczne. – 2004. – Vol.114, №3. – P. 418–421.
38. McKee M., Healy J. Policy brief. Hospitals in a changing Europe. – Copenhagen: Open University Press, 2002. – 16 p.
39. Public Health in Austria / Federal Ministry of Health and Woman. – Vienna, 2005. – 120 p.
40. Soriano T., Alegre J., Aleman C. et al. Factors Influencing Length of Hospital Stay in Patients with Bacterial Pleural Effusion // Respiration. – 2005. – №72. – P. 587–593.
41. Viana A.L., Heimann L.S., de Lima L.D. et al. Significant changes in the health system decentralization process in Brazil / Cad Saude Publica. – 2002. – №18 Suppl. – P. 139–151.
42. Wiley Miriam M., Tomas Rosa, Casas Merce. A cross-national, casemix analysis of hospital length of stay for selected pathologies // The European Journal of Public Health. – 1999. – №9(2). – P. 86–92.

**ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА СТАЦИОНАРНЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ УКРАИНЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)**

О.Г. Вуив (Львов)

Приведены основные проблемы рационального использования коечного фонда стационарных лечебных учреждений на современном этапе по данным научной литературы с выводами и указанием актуальных вопросов, которые требуют безотлагательного научного обоснования и решения.

**PROBLEMS OF HOSPITAL BEDS USAGE IN TREATMENT-AND-PROPHYLACTIC ESTABLISHMENTS OF UKRAINE AT THE PRESENT STAGE (REVIEW OF THE SCIENTIFIC LITERATURE)**

O.G. Vuiv (Lvov)

The basic problems of rational usage of hospital beds of stationary medical establishments at the present stage are resulted according to the scientific literature with conclusions and the instruction of pressing questions which demand a urgent scientific substantiation and the decis

УДК 616-036.86-084:355.25

**А.В. ПАТОВ, О.В. СЕРГІЄНІ, Г.І. ТІТОВ (Дніпропетровськ)**

**ОБГРУНТУВАННЯ СИСТЕМНИХ ЗАХОДІВ З ПРОФІЛАКТИКИ ІНВАЛІДИЗУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Хронічні неінфекційні захворювання є однією з основних проблем в охороні

здоров'я європейських країн, у тому числі й в Україні. Зниження ризиків розвитку цих хвороб і попередження їх виникнення можливе лише при об'єднанні зусиль з профілактики та

контролю спільних факторів негативного впливу всіх ланок, які вирішують питання профілактики. Стратегія впровадження профілактичних заходів для досягнення очікуваного ефекту повинна здійснюватись у межах всієї системи охорони здоров'я [7], в тому числі у галузі військової медицини. Відомо, що стан здоров'я військовослужбовців (ВС) має вагомое соціальне та суспільно-економічне значення [1;5]. Результати епідеміологічного моніторингу стану здоров'я ВС Служби безпеки України (СБ України) визначають необхідність проведення контингенту активних, системних профілактичних заходів та інтенсивного комплексного лікування виявлених захворювань, своєчасної реабілітації [3;4]. Ця проблема актуальна не тільки для України, але і для інших, у тому числі розвинених країн. Так, неспроможність подолати економічні наслідки цього сегменту хвороб ставить під загрозу економічний розвиток держав Європейського регіону, що, в свою чергу, вимагає перегляду політики охорони здоров'я, зміцнення здоров'я усіх прошарків населення і модернізації системи надання медичної допомоги [8].

Реалізація профілактичного принципу у діяльності установ охорони здоров'я України носить дещо декларативний характер, що є, на наш погляд, насамперед результатом неоднозначного розуміння стратегій всієї системи профілактики, форм та методів її застосування, а також орієнтацією на лікування захворювань, що вже виникли.

Можна констатувати, що на сьогодні поодинокі спроби системного підходу до проблеми профілактики зводяться до профілактики конкретних патологічних станів.

Для отримання стабільної позитивної динаміки щодо профілактики захворюваності та інвалідності серед ВС СБ України, зміцнення стану їхнього здоров'я й досягнення очікуваного медичного, соціального та економічного ефектів необхідна розробка та впровадження комплексної науково обґрунтованої системи профілактичних заходів на різних рівнях профілактики захворювань, передусім таких, які при своєму розвитку призводять до стійкої втрати здоров'я ВС та їх інвалідизації.

**Метою роботи** була розробка теоретичного обґрунтування оптимізованої системи профілактики інвалідизуючих захворювань у ВС.

**Матеріали і методи.** Дослідження проводилось із використанням соціально-гігієнічних методів: аналітико-синтетичного,

експертних оцінок, системного проектування, документального обліку, теорії систем, системного підходу та аналізу. Матеріалами слугували нормативні документи з питань надання медичної допомоги військовослужбовцям та їхнього професійного здоров'я, результати профвідбору та диспансерного нагляду за п'ятирічний період (2002–2006 рр.).

**Результати дослідження та їх обговорення.** У зв'язку з тим, що цілісне, теоретично обґрунтоване уявлення щодо профілактики інвалідизуючих захворювань у системі СБ України розроблено недостатньо, на основі аналізу теорії систем і різних аспектів профілактичних заходів у закладах охорони здоров'я СБ України нами розглянуто, науково обґрунтовані окремі складові компоненти системи профілактики та сформульовано системоутворюючі фактори [2;4], визначено низку понять і термінів стосовно ВС:

*система* – це деяка цілісність, що складається із взаємозалежних частин, кожна з котрих вносить свій вклад до характеристик;

*профілактика* (медична профілактика): від грецького *prophylaktikos* – запобіжний – це система державних, соціальних, гігієнічних, валеологічних та власне медичних заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я індивіда, попередження інфекційних та неінфекційних хвороб, а при їх появі – на попередження прогресування та усунення їх негативних наслідків, виховання здорового молодого покоління, підвищення працездатності та тривалості життя населення й включає первинну, вторинну та третинну медичну профілактику;

*первинна профілактика* – це система медико-профілактичних технологій та інших заходів, застосування яких спрямоване на попередження захворювань через усунення причин та умов їх виникнення, на підвищення стійкості організму до дії агресивних чинників навколишнього середовища (біологічних, хімічних, фізичних та психічних);

*вторинна профілактика* – це система медико-профілактичних технологій, що спрямовані на раннє виявлення і полегшення перебігу хвороби, попередження прогресування та усунення можливих її ускладнень;

*третинна профілактика* – це система медико-профілактичних технологій, що передбачають усунення негативних наслідків хвороби (рецидивів, загострень, прогресування хворобливого процесу, зниження тимчасової працездатності, інвалідності та смертності).

Метою системи профілактики у ВС є збереження їхнього здоров'я, досягнення у відповідні строки стійкого та адекватного

структурним та функціональним можливостям відновлення порушених функцій організму індивіда для оптимального виконання їм обов'язків військової служби.

Профілактика, як різнорівнева та багатофакторна інтегральна система, повинна бути представлена як медико-соціальна сукупність, що виступає на різних етапах профілактики, зокрема медико-соціальний компонент якої відіграє провідну роль на всіх її етапах. Дана система повинна функціонувати як розгалужена й керована по жорсткій вертикалі з елементами саморегуляції та вищого ступеня складності відповідно до різноманітних компонентів (лікувально-профілактичні заклади; лікарський та медичний склад; організація медичної допомоги; особа, до якої застосовуються профілактичні засоби; стан здоров'я ВС; виконання їм службових обов'язків; військовий колектив; родинні відносини), державна політика стосовно військовослужбовців і комплексу взаємозв'язків (в т.ч. вертикальних та горизонтальних) між її суто медичними компонентами й соціальним середовищем ВС з урахуванням особистих уподобань та намірів особи.

Система профілактики має бути багатофункціональною та багатоскладовою (гетерогенною), оскільки враховує компоненти різної функціональної значущості:

- за структурою (різні за структурою, функціональністю та рівнем надання медичної допомоги заклади охорони здоров'я СБ України, МОЗ, МО та інші установи);
- за рівнем організації профілактики – первинна, вторинна та третинна;
- за організаційно-функціональною спрямованістю;
- за кадровим забезпеченням;
- за матеріально-технічною складовою.

Разом із тим, у ній повинна бути виділена домінантна організаційна система щодо підсистем (рівнів), яка спрямована на отримання позитивного кінцевого результату – профілактику розвитку інвалідизуючих захворювань у ВС СБ України та збереження здоров'я на особистому, мікросоціальному та макросоціальному рівні. Також система профілактики у лікувально-профілактичних установах СБ України має динамічно розвиватися та удосконалюватися відповідно до аналізу особистої діяльності та інтеграції позитивного досвіду інших близьких за завданнями систем (досвід роботи системи профілактики у МОЗ; МО України; МВС України та ін.). З позицій концептуального підходу профілактичний напрям повинен бути відкритою системою, що функціонує з

урахуванням впливу навколишнього середовища (специфічних завдань ВС, впливу діяльності відомчої системи охорони здоров'я, удосконалення нормативної бази та ін.) й постійно перебувати в процесі обміну з ним через зміни соціально-економічного компоненту, постійного інформаційного і матеріально-технічного взаємообміну, фінансування та очікуваного кінцевого економічного ефекту від впровадження процесу профілактики та через обмін відкритою інформацією, зберігаючи при цьому цілісність, безперервність, самостійність та комплексний підхід.

З позицій системного підходу будь-яка система має включати в себе основні елементи та системоутворюючі фактори, тобто у системі профілактики необхідно виділяти основні системоутворюючі елементи:

- особа, щодо якої здійснюються профілактичні заходи з притаманній їй організму здатністю до розвитку саногенетичних механізмів у біосоціальній єдності;
- профілактичні заходи, спрямовані на активізацію саногенетичних механізмів на різних рівнях профілактики (первинна, вторинна і третинна);
- матеріально-технічна база, кадровий склад для проведення профілактичних заходів.

Системоутворюючим фактором як на вході, так і на виході є військовослужбовець, щодо якого здійснюються профілактичні заходи для досягнення певного позитивного рівня впливу як результату діяльності системи профілактики.

Схематично система профілактики (рис. 1.) повинна складатися з наступних основних блоків: входу, керівної підсистеми, виходу, зворотного зв'язку та контролю.

Відповідно до системи профілактики в службі СБ України як "пусковий" стимул є особа – ВС,

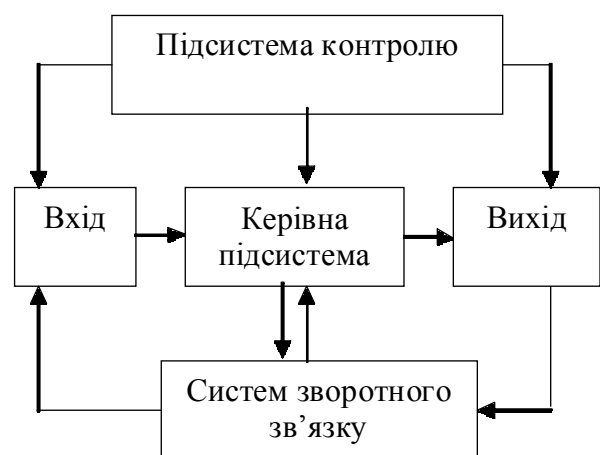


Рис. 1. Інтегральна схема системи профілактичних заходів

На вході (початковому етапі первинних профілактичних заходів) у систему має бути здійснена об'єктивна оцінка:

- стану здоров'я кандидата на військову службу з обов'язковим відображенням біологічного (вік, стать, функціонально-структурний стан організму), соціального (освітній рівень) та психологічного (ставлення особи до оточуючого її середовища і їх взаємовпливу, мотивації, працездатності, здібностей та ін.) його аспектів, що є відповідним моментом для підбору та формування адекватного завданням контингенту ВС. Тобто на етапі професійного відбору як складової первинної профілактики завданнями закладів охорони здоров'я СБ України всіх адміністративних територій є формування здорового контингенту на засадах оцінки стану здоров'я організму кандидатів на службу в органи та війська СБ України із застосуванням об'єктивних клініко-функціональних методів досліджень органів і систем організму через широке використання інструментальних (в т.ч. із застосуванням функціональних навантажень для виявлення можливостей компенсаторно-адаптаційних механізмів), лабораторних та психологічних методів обстеження (в т.ч. через вивчення реакцій на різноманітні впливи у осіб через експериментальне моделювання стресових ситуацій);

- стану системи профілактики з визначенням її структурно-функціональних та кадрових можливостей й готовності до здійснення необхідних профілактичних заходів у відповідному обсязі та на відповідному рівні;

- прогнозованого впливу оточуючого середовища (в т.ч. процесу виконання обов'язків військової служби відповідно до граф військової служби) на конкретну особу, здійснюючи збір та аналіз інформації про нього (військовий колектив, сім'ю) та систему профілактики шляхом взаємодії ключової фігури у наданні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) – дільничного терапевта, з особою, до якої застосовуються профілактичні заходи, з керівниками особи, з членами його родини, військового колективу.

Дієвими компонентами системи профілактики повинні також бути блоки управління або керівної підсистеми, виходу (результат), зворотного зв'язку (аналіз результатів з планом дій щодо оптимізації стану) та питання контролю (оцінка результативності дії системи профілактики, контролю якості її функціонування).

Теоретичне обґрунтування створення цього сегменту обумовлено наявністю двобічних

зв'язків з підсистемами управління та контролю, що об'єднує їх в один компонент системи, який повинен здійснювати її роботу у вигляді процесу прийняття рішень, пам'яті, складання програм діяльності, безпосередньої дії та контролю результату через відношення до системи профілактики як до самостійного наукового напрямку соціальної медицини. Відповідно до чого основними завданнями цього сегменту системи профілактики мають бути:

- прийняття рішень, які базуються на наукових знаннях з профілактики, аналізу досвіду з цього напрямку роботи, особистої практичної діяльності медичних підрозділів СБ України та даних, що потрапили на вхід системи. Це рішення повинне включати інтегральну оцінку стану здоров'я особи, до якої здійснюються профілактичні засоби, його функціональні можливості, стан оточуючого середовища, можливості закладу, прогнозування оптимальних заходів профілактичного впливу з урахуванням вірогідного підтримання та відновлення стану здоров'я ВС та виконання їм функціональних обов'язків за посадою, а також прогнозу етапності та перспективності заходів профілактики, що здійснюються;

- створення багатоцільової програми профілактичних заходів відповідно до комплексної (інтегральної) оцінки стану здоров'я особи, щодо якої здійснюється профілактичний вплив, її зв'язків, з урахуванням різних етапів профілактичних заходів (первинної, вторинної та третинної) у ВС СБ України;

- представлення керівної підсистеми системи профілактики у відповідній послідовності надходить у вигляді необхідних призначень до різних структурно-функціональних підрозділів виконавчої підсистеми профілактики;

- керування виконанням програми за допомогою регулювання взаємодії та ієрархічних зв'язків між підрозділами підсистеми, що керована на засадах координації та субординації, жорсткого контролю за виконанням планових заходів системи профілактики через спадковість, ранній початок, комплексність, безперервність та поетапність у проведенні лікувально-профілактичних заходів у закладах охорони здоров'я СБ України з урахуванням диференційованості при особистому підході (в т.ч. через колективні форми впливу з боку середовища ВС), за умов достатньої кваліфікації медичного персоналу та виконавців профілактичних заходів й

адекватного рівня матеріально-технічної бази. При здійсненні координаційних впливів щодо реалізації профілактичних заходів на різних етапах за умов комплексності їх застосування, з усвідомленням ВС профілактичного процесу через втягнення до вказаного процесу оточуючого середовища (середовище ВС, можливості офіцерського зібрання та кола родичів);

- контроль виконання планових заходів щодо профілактичного процесу на різних етапах його застосування;

- аналіз результатів діяльності системи, якості та ефективності певних багатоцільових програм й визначення шляхів їх оптимізації;

- певна діяльність, що спрямована на зміцнення матеріально-технічної бази та кадрового забезпечення;

- постійний розвиток та удосконалення системи профілактики на етапах її реалізації.

Тобто початковий етап первинної профілактики повинен починатися з відбору на військову службу осіб, які та станом здоров'я та ін. придатні до служби в особливих умовах дії стресових та інших чинників. Відповідно до чого необхідне проведення якісного та повного медичного огляду кандидатів на військову службу в органи та війська СБ України, що є одним із основних заходів первинної профілактики інвалідизуючих захворювань. Для оптимізації та удосконалення військово-лікарської експертизи в СБ України нами розроблено пропозиції, які в т.ч. враховують профілактичні заходи патологічних станів, що формують структуру первинної інвалідності ВС за основними ранговими місцями.

Для попередження проявів дії, зниження частоти й рівня факторів ризику (модифікованих, немодифікованих та біологічних) у ВС необхідно проводити активну індивідуальну інформаційну роботу для формування здорового способу життя, разом з відповідними підрозділами кадрового забезпечення проводити системне фізичне виховання з дієвим контролем над ним, усувати та модифікувати фактори ризику, формувати відповідний рівень "комплаєнсу" (схильності до обстеження та лікування хвороби), санацію патологічних станів через проведення: оцінки індивідуального ризику, тобто визначення схильностей, моделі поведінки, харчування, умов, які складають або визначають персональні ризики для здоров'я та для оцінки ризику і вірогідності наслідків для здоров'я через впливання цих факторів на ВС; інформаційної роботи, надання практичних порад щодо можливостей

зниження впливу взаємозв'язаних ризиків при проведенні індивідуальної роботи (бесіда з обов'язковим занесенням рекомендацій у медичну книжку, при розміщенні інформації про них у певних локальних комп'ютерних мережах, на санітарних листках у місцях концентрації ВС – чергова частина, їдальня та ін.); індивідуальної практичної допомоги щодо укріплення здоров'я і надання допомоги ВС при модифікації моделі поведінки, пов'язаної з харчуванням, вживанням алкоголю, фізичною активністю, тютюнопалінням, вживанням ліків та ін.; оздоровлення ВС в умовах санаторно-курортних та реабілітаційних закладів СБ України в т.ч. у період їхніх планових відпусток.

Одним з важливих заходів первинної профілактики є специфічна профілактика, тобто підвищення імунного статусу організму ВС шляхом проведення щеплень згідно з відповідними планами роботи.

Аналізуючи стан справ у системі закладів охорони здоров'я СБ України щодо питань збереження власного здоров'я кожним ВС, можна констатувати, що сьогодні відсутні форми їх особистої відповідальності за його збереження.

Концепцію планування системних заходів вторинної профілактики доцільно здійснювати відповідно до встановленої нами нозологічної структури первинної інвалідності ВС СБ України за такими класами хвороб: системи кровообігу, новоутворень, травм та отруень, органів травлення, кістково-м'язової системи та сполученої тканини і нервової системи. Реалізація системи вторинної профілактики повинна, відповідно, включати базові компоненти надання медичної допомоги на: макрорівні (стратегії держави, у т.ч. МОЗ, СБ України з подолання хронічних неінфекційних захворювань), мезорівні (колектив ВС, сім'я, заклади охорони здоров'я), мікрорівні (ВС).

Для ефективного її впровадження доцільно виділити складові заходів, що плануються, та механізм контролю щодо їх проведення. Тобто необхідно у повному обсязі здійснювати виявлення патологічних станів на ранній стадії (скарг та первинних симптомів) при проведенні: по-перше, щорічних профілактичних оглядів усього особового складу СБ України; по-друге, при активній звертаємості ВС до відповідних медичних закладів СБ України по медичну допомогу.

Для цього необхідно проводити повний, якісний та систематичний медичний огляд та лікування ВС відповідно до правових, нормативних, директивних документів, що регламентують роботу лікувально-



профілактичних закладів в Україні у відповідних поліклінічних відділеннях закладів охорони здоров'я СБ України, що проводиться за територіальним принципом у гарнізонах за місцем проходження військової служби ВС СБ України.

Програма скринінгових обстежень ВС у період проведення щорічної диспансеризації обумовлена відповідною нормативною базою СБ України, однак часом для здійснення поглиблених обстежень виникає об'єктивна необхідність у розширенні їх діагностичного компоненту та проведення інструментальних втручань фахівцями, посади яких непередбачені штатним розкладом у закладах охорони здоров'я СБ України, або із застосуванням медичних приладів, що відсутні. Тому цю категорію хворих слід направляти у відповідні профільні лікувальні заклади за місцем проходження ВС військової служби або дислокації медичних підрозділів, у Центральний госпіталь СБ України (м. Київ) та до провідних лікувальних закладів МОЗ та АМН України відповідно до наявних у ВС патологічних станів. Для ефективної взаємодії між відповідними медичними підрозділами й закладами СБ та МОЗ України доцільно спланувати шляхи потоків хворих до відповідних установ з доведенням цієї інформації до медичного складу.

Після повного обстеження й виявлення патологічного стану, за підсумками проведеної диспансеризації або активного звернення, ВС приймаються на диспансерний облік та їм розробляються індивідуальні плани здійснення лікувально-профілактичних заходів відповідно до існуючих стандартів.

Загальні принципи діяльності системи профілактики щодо окремих нозологічних форм необхідно конкретизувати в закладах охорони здоров'я відповідно до їх специфічних особливостей.

В цілому, необхідно виділити такий спектр профілактичних заходів, здійснення яких дасть змогу запобігти певним захворюванням:

- впровадження політики суспільного здоров'я, законодавчих та організаційних заходів щодо боротьби з курінням, зловживанням алкоголю, впровадження здорового харчування, боротьби зі стресом, зниження ризику для здоров'я під час проходження військової служби;

- санітарно-просвітницьку, інформаційну роботу з середовищем ВС з метою їх заохочення щодо підтримки та укріплення здоров'я шляхом зміни особистих уподобань (модифікація факторів ризику);

- виявлення ризиків для здоров'я, які можуть призвести до захворювання та

своєчасного застосування ефективних заходів щодо корекції відхилень від здорової поведінки та доброго здоров'я;

- ранню діагностику та визначення ранніх проявів захворювань (на доклінічних стадіях) та їх комплексне лікування відповідно до діючих стандартів сучасної медицини;

- диспансерний нагляд та відновне лікування вже виявлених захворювань з метою профілактики їх наслідків та ускладнень.

Результат впровадження профілактичного напрямку у діяльність медичних установ СБ України полягає у виключенні або принаймні зниженні впливу на ВС факторів ризику й, таким чином, у попередженні виникнення захворювань (первинна профілактика). Також кінцевий результат полягає в позитивній зміні течії захворювання шляхом виявлення та лікування його на ранніх, доклінічних стадіях, коли захворювання піддається лікуванню, й таким чином у попередженні клінічних проявів та розвитку захворювання (вторинна профілактика) та його ускладнень, обтяження, що у подальшому можуть бути причиною інвалідності.

Наслідки впровадження системи профілактики інвалідизуючих захворювань у системі СБ України будуть спрямовані на всіх ВС та забезпечать досягнення медичних, соціальних та економічних ефектів (в тому числі: збереження ВС як стратегічного ресурсу; зменшення строків їх тимчасової втрати працездатності; зниження рівня їх первинної інвалідності; збереження здоров'я всього контингенту ВС; поліпшення рівня міжособистісних відносин у середовищі ВС, їхніх сім'ях; зростання результативності виконання обов'язків військової служби від активізації продуктивної діяльності ВС, зменшення обсягів відповідних компенсаційних виплат державних коштів).

Ефективність системи профілактики на індивідуально-особистому та популяційному рівні ВС підкреслює значущість методологічних основ і теоретичних принципів профілактики і системи її функціонування. В контексті прямих ефектів (отриманих ВС знань щодо контролю факторів ризику, здорового способу життя, схильності до лікування та ін.), проміжних ефектів (вплив на тимчасову втрату працездатності в плані її зменшення, полегшення течії захворювань та ін.) та кінцевих результатів (зниження рівнів захворюваності, підвищення якості життя, виконання обов'язків військової служби та ін.).

Третинна профілактика передбачає усунення негативних наслідків хвороби

(рецидивів, загострень, прогресування хворобливого процесу, зниження тимчасової непрацездатності, інвалідності та смертності) та її заходи проводяться з ВС вже після звільнення з військової служби, тобто стосуються військових пенсіонерів СБ України.

#### Висновки

1. Проведено теоретичне обґрунтування системи первинної та вторинної профілактики інвалідизуючих захворювань для військовослужбовців СБ України, виділено основні системоутворюючі компоненти системи профілактики.

2. Проведений аналіз стану справ у системі закладів охорони здоров'я СБ України щодо питань збереження власного здоров'я кожним військовослужбовцем констатує недостатню розробку форм заохочення та особистої відповідальності ВС за збереження

власного здоров'я. Сформовано заходи з первинної та вторинної профілактики інвалідизуючих захворювань у ВС.

3. Сформульовано складові медичного та соціально-економічного ефектів за рахунок збереження здоров'я військовослужбовців при проведенні заходів адекватно керованих схем первинної та вторинної профілактики.

4. Впровадження комплексної, науково обґрунтованої системи первинної та вторинної профілактики захворювань призведе до попередження виникнення захворювань, підвищення адаптаційних механізмів військовослужбовців до дії патологічних чинників зовнішнього та внутрішнього середовища, проведення адекватних діагностичних заходів та застосування відповідного лікування на ранніх етапах розвитку захворювань.

#### Список літератури

1. Варус В.І. Стратегія превентивної медицини в охороні професійного здоров'я військовослужбовців Збройних сил України у XXI сторіччі // Наука і оборона. – 2001. – №2. – С. 20–23.
2. Журавель В.І. Основи менеджмента в системе здравоохранения. – Чернигов: Деснянська правда, 1994. – 335 с.
3. Захараш М.П., Горіна О.В., Линчак О.В. Значення захворювань щитоподібної залози у формуванні здоров'я постраждалих внаслідок Чорнобильської аварії // Междунар. журнал радиационной медицины. – 2006. – №8 (1) спец. вып. – С.47.
4. Захараш М.П., Богай Л.І., Иванова Н.В. и др. Состояние здоровья пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС (сравнительный анализ по данным регистров ВМУ СБУ и МВД Украины 1986–2005 гг.) // Междунар. журнал радиационной медицины. – 2006. – №8 (1) спец. вып. – С. 46.
5. Концепція професійного здоров'я військовослужбовців у Програмі будівництва та розвитку збройних сил України / В.Я. Білий, О.О. Шохін, М.М. Вовкодав, В.І. Варус // Наука і оборона. – 2000. – №3. – С. 22–26.
6. Мескон М.Х., Ламберт А., Хедоурн Ф. Основи менеджмента: Пер. с англ. – М.: Дело, 1992. – 572 с.
7. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я. Посібник для поліпшення роботи / Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска // К.: "Книга", 1999. – 166 с.
8. Young Q.D. Health care reform: a new public health movement // Am. J. Public Health. – 1993. – №83. – P. 945–946.

#### ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

А.В. Ипатов, Е.В. Сергиени, Г.И. Титов (Днепропетровск)

Представлено обоснование системы профилактики (теоретические аспекты) инвалидизирующих заболеваний с учетом основных системообразующих компонентов. Разработаны основные мероприятия, которые необходимо проводить военнослужащим для реализации первичной и вторичной профилактики.

#### SYSTEM ACTIONS JUSTIFICATION FOR PROPHYLAXIS OF DISABLING DISEASES FOR MILITARY MEN

A.B. Ipatov, E.V. Sergieni, G.I. Titov (Dnepropetrovsk)

In the article the system actions justification for prophylaxis (theoretical aspects) of disabling diseases is represented, taking into account the basic system generated components, basic measures, which it is necessary to conduct to the military man for realization of prophylaxis primary and second, and also their efficiency, are developed.

УДК 613.95/.956

А.<sup>2</sup> ААДÇ<sup>2</sup>Û, А.І. ÑÒÀËÛÌÀÕ<sup>2</sup>ÂÑÛËÀ (i. Êèâ.)

## ÏÐÏÁËÀÏÀ ÂËÂ×ÁÍË Õ<sup>2</sup>ÇÈ×ÎÎÎ ÐÏÇÂÈÒËÓ Ä<sup>2</sup>ÒÂË ÒÀ Ï<sup>2</sup>ÄË<sup>2</sup>ÒË<sup>2</sup>Â Ó Æ<sup>2</sup>Â<sup>2</sup>Í<sup>2</sup>×ÍËÕ ÄÎÑ<sup>2</sup>ËËËËË

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
Національний педагогічний університет ім. М.П. Драгоманова

Зміни соціально-економічної ситуації, екологічного стану навколишнього середовища, реформування системи освіти обумовлюють особливу актуальність проблеми збереження та зміцнення здоров'я дітей та підлітків на сучасному етапі, враховуючи підвищену чутливість дитячого організму до дії шкідливих чинників довкілля [2, 11, 12].

Одним із основних показників стану здоров'я дітей та підлітків, доступних для дослідження, оцінки та інтерпретації є фізичний розвиток.

При вивченні фізичного розвитку не можна не враховувати, що він підпорядковується таким основним закономірностям як гетерохронність, статевий диморфізм, генетична зумовленість (фізичний розвиток окремих націй та народностей має істотні відмінності), зумовленість впливом середовища (в т.ч. можливий вплив біогеохімічних провінцій), тобто його показники змінюються як у різних статево-вікових групах, так і можуть мати територіальні відмінності, відмінності (у часі), пов'язані з розвитком суспільства.

Зміни у фізичному розвитку дітей та підлітків, виявлені при гігієнічних дослідженнях на великих контингентах дитячого населення та вивченні фізичного розвитку окремих дитячих колективів, їх зв'язок з тими чи іншими чинниками навколишнього середовища використовуються при гігієнічному нормуванні, дають можливість розробляти профілактичні заходи для оздоровлення дитячого населення та окремих дитячих колективів.

Показники фізичного розвитку рекомендується використовувати в системі соціально-гігієнічного моніторингу з метою оцінки впливу оточуючого середовища на стан здоров'я дитячого населення [1].

Цей показник виступає як один із важливих показників при організації моніторингу здоров'я дітей в умовах сучасних загальноосвітніх навчальних закладів [6].

Насьогодні вивчення фізичного розвитку, враховуючи закономірності росту і розвитку та зміни, які відбуваються в навколишньому середовищі, залишається актуальною гігієнічною проблемою.

### Матеріали та методи дослідження

Нами проведено аналіз матеріалів гігієнічних досліджень з проблеми вивчення фізичного розвитку дітей дошкільного віку, міських та сільських школярів у різних регіонах України.

### Результати та їх обговорення

Вивчення фізичного розвитку дітей тривалий час залишається одним із основних напрямків гігієнічних досліджень. З кінця ХІХ - початку ХХ століття такі дослідження проводились земськими лікарями, педіатрами, пізніше гігієністами, оскільки фізичний розвиток тривалий час був основним показником стану здоров'я дітей на популяційному рівні, пов'язаним із впливом умов середовища (умов життя, навчання).

Для координації та уніфікації антропометричних досліджень у всіх республіках Радянського Союзу у 20-х роках були створені Міжвідомча комісія з вивчення фізичного розвитку населення, а пізніше - Центральне антропометричне бюро на чолі з Бунаком В.В. при Інституті соціальної гігієни.

Для уніфікації досліджень та можливості порівняння показників була запропонована єдина "Методика антропометричних досліджень" (за редакцією Бунак В.В.), а пізніше "Методика дослідження фізичного розвитку дітей та підлітків" (за редакцією Ставицької А.Б., Арон Д.І.).

Гігієністів дитинства цікавили перш за все гігієнічні аспекти вивчення фізичного розвитку. Дослідження проводились як правило одночасно з вивченням умов навколишнього середовища за такими основними напрямками:

тривалі динамічні спостереження за значними контингентами дитячого населення, що дозволяли вивчити основні закономірності росту і розвитку дітей та підлітків в конкретних соціально-економічних умовах та прогнозувати основні напрямки наукових досліджень;

вивчення фізичного розвитку дитячих колективів (дітей) при розробці певних наукових напрямків з метою вивчення впливу тих чи інших факторів на фізичний розвиток дітей, та оцінка фізичного розвитку як показника ефективності запропонованих гігієнічних рекомендацій;

вивчення фізичного розвитку дитячого населення як показника здоров'я при дослідженні впливу оточуючого середовища на здоров'я населення взагалі та дитячого зокрема.

Окремі розробки стосувались також методики вивчення фізичного розвитку дитячого населення.

Для того, щоб можна було об'єктивно порівняти дані досліджень як за територіальною ознакою, так і в динаміці у часі на одній і тій же території, дослідження проводились, як правило, за єдиною методикою.

В результаті досліджень розроблялись також стандарти фізичного розвитку, які могли бути використані при оцінці стану здоров'я дітей як гігієністами, так і педіатрами.

З 1961 по 1988 рр. результати вивчення та стандарти фізичного розвитку дітей дошкільного та шкільного віку міст та сільської місцевості різних регіонів України публікувались у збірниках "Матеріали з вивчення фізичного розвитку дітей та підлітків міст і сільських місцевостей СРСР", які виходили у різні роки.

В Україні дослідження фізичного розвитку проводились у різних регіонах співробітниками науково-дослідних інститутів, кафедр вищих медичних навчальних закладів, лікарями-практиками. Значна частина досліджень стосувалась вивчення фізичного розвитку дітей дошкільного віку, сільських та міських школярів.

Особливу увагу звертають на себе дослідження фізичного розвитку дітей одних і тих же регіонів в динаміці та у зв'язку із соціально-економічними та соціально-гігієнічними умовами.

Розроблялись стандарти фізичного розвитку для дітей різних регіонів України. Такі розробки проводились як гігієністами, так і педіатрами.

Наказом Наркомздраву України від 7 квітня 1924 року було розпочато вивчення українського села. Як складова частина санітарно-демографічного обстеження сільського населення проводилось вивчення фізичного розвитку сільських школярів. Дослідження фізичного розвитку сільських дітей було проведено слухачами санітарних курсів,

шкільними, дільничними та губернськими лікарями майже у всіх губерніях України. Результати вивчення санітарних умов, фізичного розвитку та захворюваності сільських дітей були узагальнені Екелем С.М. (1925)[17].

Ці дослідження мали велике значення для подальшого вивчення фізичного розвитку сільських школярів. Крім того, що вони дозволили дати оцінку фізичного розвитку сільських дітей більшості губерній України, в тому числі Київської і Подільської, його зв'язку із соціально-економічними умовами того часу, в подальшому результати цих досліджень служили для порівняння показників фізичного розвитку сільських дітей в динамічних дослідженнях.

В кінці 50-х на початку 60-х років в Україні було проведено гігієнічні дослідження фізичного розвитку дітей сільської місцевості різних регіонів: Київської та Вінницької областей (Яковенко Г.І., 1957), Кримської області (Северинів І.С., 1963) та Одеської області (Железнякова Н.С. та ін., 1962).

Звертає на себе увагу дослідження фізичного розвитку сільських школярів, проведене Яковенко Г.І. Тоді як більшість досліджень фізичного розвитку дітей того часу проводились за допомогою генералізуючого методу, вона використала для вивчення фізичного розвитку школярів поряд з генералізуючим також індивідуалізуючий метод дослідження, який вважається основним при розробці статево-вікових критеріїв морфологічної зрілості дитячого організму, необхідних при нормуванні оптимального навантаження для дітей та підлітків.

Динамічні дослідження фізичного розвитку сільських школярів Київської та Вінницької областей, проведені Яковенко Г.І. у 1957 та 1967 рр., дозволили виявити позитивні зміни, які відбулися у фізичному розвитку дітей порівняно із 1924 та 1936 рр., що співпадало зі змінами, які відбувались у цей час і в інших країнах та тенденцією століття – акселерацією. У своїх дослідженнях вона показала, що прискорення фізичного розвитку за 10 років, протягом яких проводились дослідження (1957-1967 рр.), відбувалось значно інтенсивніше, ніж у попередні 30 років (порівняно з 1924 р.). За період 1924-1967 рр. відбулося збільшення середніх показників росту (у хлопчиків – на 4,4- 8,4 см, у дівчаток на 2,8-7,8 см), маси тіла (у хлопчиків – на 2,0-5,9 кг, у дівчаток – на 0,7-6,2 кг) та окружності грудної клітки (у хлопчиків – на 3,76 -5,98 см і у дівчаток – на 3,68 – 9,95 см). Відбулось зміщення другого перехресту кривих довжини та маси тіла у 1967 р. порівняно з 1957 р. з 12

років на 11 років. Прискорення фізичного розвитку проявлялось також і в прискоренні статевого дозрівання організму.

Порівняння даних власних досліджень з даними по інших регіонах України дозволили зробити висновок Яковенко Г.І., що такі зміни характерні для розвитку сільських школярів того часу [18, 19].

Починаючи з середини минулого століття значно збільшується кількість досліджень фізичного розвитку та методики вивчення фізичного розвитку міських школярів [4, 10, 13, 15].

Бесєдіна О.А. та ін. (1970) провели порівняльне вивчення показників фізичного розвитку міських та сільських школярів 7-14 років. Було обстежено 2730 школярів м. Харкова та 2780 школярів Харківської області. Встановлено, що середні величини росту міських школярів у різних статево-вікових групах на 1,8-7,6 см більші, ніж у сільських школярів. Відрізнялася і маса тіла, що переважала у міських школярів. Різниця у цих показниках складала у різних статево-вікових групах 2,4- 5,5 кг. З вивчених фізіометричних показників (динамометрія правої та лівої кисті, життєва місткість легенів) сила стискання кисті була достовірно більша у сільських школярів. Паралельно з вивченням фізичного розвитку були проведені дослідження особливостей побуту, харчування та режиму дня. Це дозволило зробити висновок, що встановлені деякі відмінності у фізичному розвитку міських і сільських школярів можуть бути пов'язані з особливостями побуту та режиму дня [3].

Вивчення фізичного розвитку дітей шкільного віку, що проживали в різних районах м. Києва, проводилось кафедрою гігієни дітей та підлітків Київського медичного інституту у 1985-1987 рр. Були розроблені стандарти фізичного розвитку, які ввійшли до методичних рекомендацій "Оцінка фізичного розвитку дітей шкільного віку" (1989). В розроблених кафедрою методичних рекомендаціях поряд зі стандартами фізичного розвитку за антропометричними показниками були приведені функціональні показники м'язової сили та життєвої місткості легень, яких не було в попередніх методичних рекомендаціях для школярів м. Києва, а також запропоновані таблиці для оцінки біологічного віку дітей, що дозволяло провести комплексну оцінку фізичного розвитку школярів.

У 1996-1997 рр. лабораторією гігієни дитинства Українського гігієнічного наукового центру Міністерства охорони здоров'я України було організовано

проведення досліджень фізичного розвитку та функціонального стану школярів. За участю науковців та лікарів було вивчено фізичний розвиток школярів у різних регіонах України: Центральному, Західному, Східному та Південному, які знаходяться в різних кліматичних, екологічних умовах, відрізняються укладом життя. Дослідженнями було охоплено 19594 міських школярів віком від 6 до 17 років у містах Києві, Луганську, Львові, Чернівцях, Овручі Житомирської області, Ізмаїлі, Южному та Котовській Одеської області. В рамках цієї ж роботи вивчення фізичного розвитку школярів м. Донецька проводилось під керівництвом Харковенко Н.М. Була дана порівняльна характеристика фізичного розвитку міських школярів різних регіонів України. Проаналізовано показники біологічного розвитку обстежених дітей. Було також розроблено стандарти фізичного розвитку міських школярів обстежених регіонів, які ввійшли до збірника "Фізичний розвиток дітей різних регіонів України" (випуск 1, міські школярі).

Особливості, встановлені при аналізі фізичного розвитку міських школярів різних регіонів в динаміці, дали підстави зробити висновок про стабілізацію процесу акселерації дітей шкільного віку в Україні [8].

В середині та в другій половині минулого століття збільшилась також кількість досліджень фізичного розвитку дітей дошкільного віку у різних регіонах України.

Так, Горюнова А.А. у 1953-55 рр. вивчила динаміку фізичного розвитку дітей дошкільного віку, які виховувались у дитячих дошкільних закладах м. Харкова. Дослідженнями було охоплено 6000 дітей віком від 3 до 7 років. Крім дослідження антропометричних показників фізичного розвитку дітей у статево-віковому аспекті та їх аналізу порівняно з показниками фізичного розвитку дітей дошкільного віку м. Києва (1912 р.) та м. Харкова (1924-1926 рр.) та показниками фізичного розвитку дітей дошкільного віку, які виховувались у дитячих садках м. Харкова (1944-45 рр.), вивчався ступінь взаємозв'язку фізичного розвитку із захворюваністю, типологічними особливостями вищої нервової діяльності, терміном перебування дітей у дитячому садку, літнім оздоровленням дітей, житлово-побутовими умовами та доглядом за дітьми [5].

Було встановлено, що середні значення окремих антропометричних показників не тільки досягли довоєнного рівня, але й перевищили його і значно покращились порівняно з 1912 р та 1924-25 рр. Були

розроблені оціночні таблиці фізичного розвитку дітей дошкільного віку для м. Харкова.

Вивчаючи фізичний розвиток дітей дошкільного віку м. Донецька у 1979 р. в динаміці ( порівняно з даними 1959 р.), Смоленська І.Я. та Селиванов А.П. встановили, що у дітей цього віку має місце позитивна динаміка основних антропометричних показників. Процес акселерації у дітей в регіоні з розвинутою промисловістю тривав та мав неоднаковий перебіг у різних статевих групах [ 14].

Кафедрою гігієни дітей та підлітків Київського медичного інституту на основі проведеного дослідження фізичного розвитку дітей дошкільного віку м.Києва було розроблено "Методичні рекомендації з оцінки фізичного розвитку дітей ясельного та дошкільного віку" (1986), що дозволяли провести комплексну оцінку фізичного розвитку дітей цього віку з врахуванням, крім антропометричних, показників біологічного віку та функціонального стану організму дитини.

Полькою Н.С. та ін. у 1999 році було проведено динамічні дослідження фізичного розвитку дітей віком від 3-х до 6 років, які відвідували дитячі дошкільні заклади м.Києва за період 1912-1999 рр.

Дослідження показали, що за останні два десятиріччя середні антропометричні показники фізичного розвитку дошкільників м.Києва зменшились. Було зроблено висновок про відсутність акселерації у розвитку дітей дошкільного віку м.Києва, яка мала місце у попередні періоди [9].

Полька Н.С., Єременко Г.М. виступили упорядниками збірника "Фізичний розвиток дітей різних регіонів України" ( випуск 2, міські дошкільники, 2003). У збірнику наведені результати генералізованих досліджень біля 19 тис. дітей дошкільного віку з різних регіонів України, проведених у другій половині 90-х років минулого століття науковцями науково-дослідних інститутів, вузів та практичними лікарями, і розроблених на їх основі стандартів фізичного розвитку.

#### Висновок

Враховуючи основні напрямки, в яких проводяться гігієнічні дослідження з вивчення фізичного розвитку дітей та підлітків, їх зв'язок із соціально-економічними та соціально-гігієнічними умовами, такі дослідження залишаються актуальними і на майбутнє.

Актуальними є також дослідження із удосконалення та уніфікації методики вивчення фізичного розвитку дітей та підлітків.

#### Список літератури

1. Берднік О.В., Зайковская В.Ю., Серих Л.В. Принципи організації медико-екологічного моніторингу стану здоров'я дитячого населення // Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України: Зб. тез доп. Наук.-практ. конф. - К., 2003.- Вип. 5. – С. 170-172.
2. Берзін В.І., Бевз Р.Т., Баранова М.М. та ін. Концептуальні питання розвитку гігієни дітей та підлітків на сучасному етапі // Матер.ХІV з'їзду гігієністів України. – К., 2004.- С. 217-218.
3. Беседина А.А., Неструева З.Н., Безюк О.Н., Яровой Г.С. Влияние некоторых факторов внешней среды на физическое развитие городских и сельских школьников Харьковской области // Охрана здоровья детей и подростков.- К., 1970.- Вып.1.- С.74- 76.
4. Беседина А.А., Безюк О.Н., Королева З.Г., Костюковская М.Л., Неструева Р.П., Твердохлебова Н.А. Оценочные таблицы физического развития детей школьного возраста г.Харькова: Методическое письмо МЗ УССР.- Х., 1966.- 18 с.
5. Горюнова А.А. Динамика физического развития детей, воспитывающихся в детских садах г.Харькова. Автореф. канд.дисс. - Харьков, 1960.- 16 с.
6. Даниленко Г.М., Шурапет Н.І., Циганок Н.І. Комплексна скринінг-оцінка здоров'я школярів як підґрунтя впровадження здоров'яформуючих технологій в загальноосвітньому навчальному закладі // Матер. Всеукр.наук.практ. конф." Формування здоров'я дітей, підлітків та молоді в умовах навчального закладу"- Суми, 2006.- С.56-61.
7. Железнякова Н.С., Дюжев А.К., Гальченко Е.П. и др. Физическое развитие сельских школьников Одесской области // Материалы по физическому развитию детей и подростков некоторых городов и сельских местностей Союза ССР.- М.: Медгиз, 1962. - Вып.1. С.201- 204.
8. Єременко Г.Н., Полька Н.С., Джурина С.Н. Особенности физического развития школьников разных регионов Украины // Гигиена населенных мест.- 1998.- Вып 33.- с.290- 293.
9. Єременко Г.М., Полька Н.С., Братусь В.В. Динаміка показників фізичного розвитку дошкільників м.Києва // Фізичний розвиток дітей різних регіонів України ( випуск 2, міські школярі). - К., 2003.- С.11- 17.
10. Ковалькова З.П., Сычев А.А., Горюнова А.А. Динамика физического развития школьников Харькова за 20 лет.- Гигиена и санитария.- 1961.- № 10.- С. 31-34.
11. Неділько В.П., Камінська Т.М., Руденко С.А. Шляхи покращення стану здоров'я дітей шкільного віку // Гігієна населених місць.- 2004.- Вип.44.- С. 546- 550.
12. Сердюк А.М., Полька Н.С., Єременко Г.М. та ін. Гігієнічні проблеми збереження здоров'я дітей в сучасних умовах реформування освіти в Україні // Гігієна населених місць.- 2004.- Вип.43.- С.402-406.
13. Селиванов А.П. Физическое развитие детей школьного возраста// Сборник аннотаций научно-исследовательских работ по гигиене детей и подростков ( за 1965-1966 гг.).- М., 1968.- с.150.

14. Смоленская И.Я., Селиванов А.П. Динамика физического развития детей дошкольного возраста в регионе с высокоразвитой промышленностью // Охрана здоровья детей и подростков.- К., 1982.- Вып.13.- С.16-19.
15. Смолянский Г.Б., Нестеренко Н.И. Материалы по физическому развитию школьников общеобразовательных школ г. Донецка // Вопросы охраны здоровья детей и подростков.- К: Госмедиздат УССР, 1963.- С. 116-120.
16. Сычев А.А., Варич Н.И. К вопросу об оценке уровня физического развития детей и подростков.- Гигиена и санитария.- 1966.- №11.- С. 95-97.
17. Экель С.М. Материалы о санитарном быте, заболеваемости и физическом развитии сельских школьников на Украине.- Х.: Научная мысль, 1925.- 62 с.
18. Яковенко Г.И., Рыженко Г.М., Клебанова Е.Е. и др. Комплексная оценка физического развития сельских школьников Украины //Охрана здоровья детей и подростков.- 1970.- Вып.1. - С.72- 74.
19. Яковенко Г.И., Рыженко Г.М., Клебанова Е.Е. и др. Основные результаты динамического изучения физического развития сельских школьников Украины//Охрана здоровья детей и подростков.- 1970.- Вып.2. - С.184- 186.
20. Яровой Г.С. Состояние здоровья и физическое развитие сельских школьников Харьковской области. Автореф. канд. дисс.- Донецк, 1969.- 16 с.

### **ПРОБЛЕМА ИЗУЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

В.И. Берзінь, В.П. Стельмахівська (Киев)

В статье проанализированы гигиенические исследования при изучении проблемы физического развития детей дошкольного возраста, городских и сельских школьников различных регионов Украины.

### **PROBLEMS OF THE STUDY OF THE PHYSICAL DEVELOPMENT CHILDREN AND ADOLESCENTS IN HYGIENIC STUDIES**

V.I. Berzin, V.P. Stelmakhivska (Kiev)

In the article hygienic studies are analysed at study of the problem of the physical development preschool children, town and rural schoolchildren in different region of the Ukraine.

## **МЕДИЦИНИЧНА ОСВІТА**

УДК 364.42.44:378.001.1(100)

**Н.Г. ГОЙДА, Л.Ф. МАТЮХА, М.В. ОЛІЙНИК (Київ)**

### **ЄВРОПЕЙСЬКА ОСВІТНЯ КОНЦЕПЦІЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ (аналітичний огляд літератури)**

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

*“Старий лікар говорить на-латині, молодий розмовляє англійською, а гарний лікар розмовляє мовою пацієнта”.*

*Г.Кох (G. Koche)*

Медична освіта – постійний процес навчання, який розпочинається з вступу в

медичний навчальний заклад і закінчується з відходом від активної практики. Вона є головною турботою всіх національних медичних асоціацій (НМА) і Всесвітньої медичної асоціації (ВМА). Медичні асоціації кожної держави повинні присвятити свою діяльність організації ресурсів, які необхідні для забезпечення і проведення якісного медичного навчання. Як правило, формується

групи прийнятних розмірів, мають бути доступними необхідні викладачі, установи для навчання і заплановане фінансування [2;9;14].

**Мета роботи** – вивчити європейські підходи до підготовки сімейних лікарів.

**Методи**, що використані в ході підготовки огляду, – системного підходу та історико-інформаційний. Аналізу підлягало 17 джерел наукової літератури.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Сімейна медицина визнається базовим і важливим елементом сучасних систем охорони здоров'я, який набуває все більшого значення. Вона є популярною як серед пацієнтів, здатних підтримувати особисті стосунки зі своїми лікарями в нашому, все більш позбавленому індивідуальності світі медичних послуг, так і серед політичних діячів через притаманну їй ефективність. Це було підкреслено в роботі Європейського регіонального бюро ВООЗ, присвяченій забезпеченню охорони здоров'я в Європі [2;11;12].

З початку впровадження сімейної медицини на теренах європейського простору, з 70-х років минулого сторіччя, якістю освіти сімейного лікаря опікувалися як державні навчальні заклади, так і недержавні професійні організації. Одним з найважливіших завдань їхньої діяльності стало забезпечення єдиного загальноєвропейського високого рівня якості освіти сімейних лікарів. Євросоюз постійно розширюється, віднедавна він складається уже з 25 держав та майже 500 млн людей. Отже, актуальною є необхідність узгодження як власне змісту навчання, так і методів навчання та оцінки знань і вмінь. Академічні інституції освіти (медичні університети, коледжі тощо) реалізують це завдання шляхом втілення засад Болонського процесу, який передбачає введення двоступеневого навчання, запровадження кредитної системи залікових одиниць (європейська система трансферних кредитів (ECTS), контроль якості освіти, розширення мобільності, забезпечення працевлаштування випускників, забезпечення привабливості європейської системи освіти. Ключові цілі системи ECTS:

- прозорість і порівнянність програм навчання та освітніх кваліфікацій, сприяння визнанню професійних кваліфікацій;
- реформування навчальних планів (стандартів);
- акумулювання кредитів для забезпечення навчання впродовж життя;
- розширення доступу до європейського ринку праці;
- збільшення частки самостійної роботи.

Педагогічні технології в системі ECTS передбачають, що в центрі навчання є студент (індивідуальний навчальний план; велика частка самостійної роботи, що контролюється; об'єктивні методи оцінювання успішності; прозора система шкали оцінок); структурований у кредитах навчальний план; модульна система викладання; рейтингова система оцінювання за багатобальними шкалами; перехід від пасивних до активних форм навчання [3;6;10;11].

Водночас, слід визнати, що існуючі в Україні академічні програми з сімейної медицини складаються з жорстко фіксованих періодів вивчення на різних кафедрах аспектів традиційних “вузьких” дисциплін (педіатрії, хірургії, гінекології тощо). Назріла необхідність створення нового підходу до навчання сімейній медицині, спрямованого на додержанні її принципів та об'єднаного єдиною методологією викладання і єдиною метою трансформації програм навчання, орієнтованих на вивчення певної дисципліни за певний проміжок часу, до навчання, орієнтованого на оволодіння компетенцією в цій галузі. Наприклад, провідне місце в післядипломній освіті сімейних лікарів Норвегії, посідають 4 базові модулі, кожний з яких не менше 30 годин. Ці 120 годин становлять основу спеціальності, підвищують професійну цінність лікаря. В них міститься загальна лікарська практика, профілактична медицина, підготовка в області наукових досліджень, права, питання адміністрування і організації. Решта обов'язкових годин відведено на тематичні і клінічні курси. Загалом програма післядипломної освіти сімейного лікаря розрахована на 2 роки. Вона відрізняється від освітніх програм в інших країнах. Протягом двох років групи проходять серію з 40 занять, кожне не менше 3 годин, всього 120 годин. Теоретичні і клінічні теми комбінуються. Програма навчання практичним навичкам проводиться в декілька курсів у невеликих групах (2–3 чол.) на клінічних базах. Кожний п'ятий рік відбувається ресертифікація сімейних лікарів. Мета навчання, кваліфікаційні вимоги до спеціаліста і програма навчання були сформульовані асоціацією лікарів загальної практики ще в 1989 р. Становлення до нових технологій у норвезьких лікарів стримане і очікувальне. Вважається, що краще мати гарну клінічну базу з великою кількістю консультацій як найважливішим інструментом роботи. В 1970 р. журнал норвезької асоціації сімейних лікарів видав серію статей “Розмежування між загальною лікарською практикою і практикою спеціаліста”. Відповіді технологічний бум



полонив медичні галузі всіх країн, в т.ч. і медицину Норвегії, але нових публікацій щодо змін в організації роботи сімейних лікарів не з'являлось [3–5].

З березня 1992 р. розпочала свою діяльність Європейська академія викладачів загальної практики (EURACT). Ця недержавна європейська організація підтримує як національні об'єднання викладачів загальної практики/сімейної медицини, так і насамперед індивідуальне членство окремих викладачів. Академія є незалежною від Європейського товариства загальної практики/сімейної медицини, але тісно співпрацює з нею з питань викладання та навчання загальній медичній практиці. Основною метою академії є “виховання та підтримка високих стандартів допомоги серед європейських лікарів загальної практики, просування загальної практики / сімейної медицини як дисципліни шляхом її вивчення та викладання” [5;10].

Ця мета реалізується такими засобами:

1. Шляхом просування навчання, вивчення та досліджень у загальній медичній практиці.

2. Забезпеченням підтримки та поінформованості членів академії.

3. Забезпеченням спілкування між членами академії.

4. Встановленням централізованої інформаційної бази даних щодо навчальних планів та програм, методів навчання, оцінки навчання.

5. Вміщенням публікацій рапортів експертів щодо навчання в сімейній медицині.

6. Організацією конференцій, семінарів.

7. Співпрацею з колегами в різних країнах Європи та національними асоціаціями загальної практики, допомогою в організації національних товариств викладачів загальної практики.

8. Співпрацею з міжнародними асоціаціями загальної медичної практики та представництвом академії на міжнародних конференціях.

Освітні напрямки EURACT базуються на новому європейському визначенні сімейної медицини. Його представлено у 2002 р. Європейським відділом WONCA (Світової організації державних коледжів, академій і академічних спілок лікарів загальної практики і сімейних лікарів – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners and Family Physicians).

Визначення складаються з одинадцяти характеристик, які є фундаментальними та мають бути притаманні для всіх систем охорони здоров'я, незалежно від ситуаційних розходжень [11].

Згідно з визначеними WONCA (2002) характеристиками загальної практики / сімейної медицини, сімейна медицина як дисципліна:

- зазвичай є пунктом першого медичного контакту в межах системи охорони здоров'я, забезпечуючи відкритий і необмежений її доступ користувачам, незалежно від віку, статі або інших характеристик людини;

- ефективно використовує ресурси охорони здоров'я через координування допомоги, співпрацю з іншими фахівцями первинної ланки ОЗ; крім того, зв'язками з іншими спеціалістами, забезпечуючи захист пацієнта, коли він його потребує;

- розвиває зосереджений на людині (пацієнтові) підхід, орієнтований на індивіда, його/її сімейство і їхнє співтовариство;

- відрізняється унікальним консультативним процесом, який встановлює довготривалі стосунки завдяки ефективному спілкуванню між лікарем та пацієнтом;

- забезпечує ту тривалість медичної допомоги, яка визначається потребами пацієнта;

- відрізняється специфічною системою прийняття рішень, яка базується на епідеміологічних даних поширеності хвороб та захворюваності в суспільстві;

- вирішує як гострі, так і хронічні проблеми зі здоров'ям окремих пацієнтів;

- займається захворюваннями на ранніх стадіях їх розвитку, до періоду розгорнутої клінічної маніфестації, яка потребує інколи невідкладних втручань;

- пропагандує збереження здоров'я всіма доступними та ефективними шляхами;

- несе особисту відповідальність за здоров'я суспільства;

- займається проблемами здоров'я в його психічних, психологічних, соціальних, культурних та екзистенціальних аспектах.

Ці одинадцять характеристик визначають суть сімейної медицини як дисципліни і описують одинадцять навичок, які повинен мати кожен сімейний лікар. Оскільки вони взаємопов'язані, їх згруповано в шість незалежних серцевинних категорій компетенції, які, власне, є переліком умінь, що ними повинен володіти сімейний лікар.

Центральні компетенції сімейного лікаря:

1. Керування первинною допомогою передбачає вміння:

- здійснювати первинний контакт із пацієнтом стосовно його проблем;

- охоплювати повний діапазон проблем здоров'я;

- координувати допомогу з іншими професіоналами первинної ланки та спеціалістами з інших рівнів медичної допомоги;

- ефективно і належним чином використувати можливості системи охорони здоров'я;
- створювати доступну для пацієнта допомогу в системі охорони здоров'я;
- діяти як адвокат для пацієнта.

2. Зосереджена на людині допомога (опіка) передбачає здатність лікаря:

- прийняти зосереджений на людині підхід, що розглядає пацієнта і його проблему в контексті обставин пацієнта;
- використовувати консультацію в загальній практиці / сімейній медицині для створення ефективних стосунків, зберігаючи повагу до автономії пацієнта;
- спілкуватися, встановлювати пріоритети і діяти на умовах партнерства з пацієнтом;
- забезпечувати та координувати продовжену медичну опіку, тривалість якої визначається потребами пацієнта;

3. Навички вирішення специфічних (медичних) проблем передбачають здатність:

- зіставляти медичні рішення з епідеміологічними характеристиками (поширеність та захворюваність) суспільства;
- аналізувати інформацію з анамнезу, фізикального обстеження і досліджень та складати адекватний план дій у співробітництві з пацієнтом;
- використовувати прості методики, призначати лише необхідні пацієнту додаткові обстеження, використовуючи при цьому якісні диференційно-діагностичної методики;
- здійснювати невідкладну допомогу, коли це необхідно;
- лікувати (вести) захворювання на ранніх етапах їх прояву;
- ефективно використовувати діагностичні та терапевтичні втручання.

4. Всебічний підхід включає здатність:

- справлятися одночасно як з різноманітними скаргами, так і патологіями, як гострими, так і хронічними проблемами індивідуума;
- просувати здоровий спосіб життя в громаді, використовуючи всі доступні методи співпраці з цією громадою, владними структурами;
- проводити координацію профілактичної, лікувальної роботи, догляду, паліативної та реабілітаційної допомоги населенню.

5. Орієнтація на суспільство включає здатність:

- узгоджувати медичні потреби індивіда з медичними потребами громади, в якій він живе, в балансі з відповідними ресурсами цієї громади.

6. Холістичне моделювання включає здатність:

- використовувати біо-психо-соціальну модель, що враховує культурні та екзистенціальні характеристики пацієнта.

Компетенцією називають те, що професіонал може не тільки продемонструвати під час іспитів (при оцінюванні його вмінь), але й у щоденній практиці (згідно з термінологією Miller).

Оволодіння цими вміннями повинно бути конвертоване спочатку в здатність до їх виконання, а згодом у реалізацію в щоденній роботі з пацієнтами.

Обов'язковість виконання кожного елементу є досить ліберальним, оскільки можливості їх виконання тісно пов'язані з особливостями кожної реальної практики, які, в свою чергу, значною мірою залежать від особливостей національної системи охорони здоров'я [5;7;13].

На думку експертів EURACT, ці серцевинні компетенції повинні стати:

- освітніми пріоритетами для складання навчальних програм сімейної медицини;
- опанування ними – основною навчальною метою професіоналів, що практикують загальну практику / сімейну медицину та намагаються моніторувати власні досягнення, а створення умов для їх реалізації – напрямком діяльності організаторів національних систем охорони здоров'я.

Чим ми зобов'язані лікарям загальної практики минулого?

В Хартії "Про загальну практику / сімейну медицину в країнах Європи" (Копенгаген, серпень 1995 р.) вказано, що Дана Хартія була б неможлива без самовідданих зусиль у всіх країнах багатьох безіменних спеціалістів загальної практики, які заклали технічну, морально-етичну і культурну основу охорони здоров'я країн Європи [2]. Цей досвід і зусилля лікарів загальної практики слід сприймати і розвивати з використанням наукових даних в галузі охорони здоров'я і збереженням прав людини.

В зв'язку з цим необхідна належна оцінка визнання безцінної спадщини у зв'язку з відкриттям нових можливостей для подальшого розвитку.

#### **Висновки**

Одержані в ході аналітичного огляду дані будуть сприяти удосконаленню системи підготовки сімейних лікарів в Україні.

#### **Список літератури**

1. Линн Гец, Стейнар Вестин. Руководство для преподавателей и врачей общей практики (перевод с норвежского). – СПб, 2005. – 352 с.
2. Набухотний Т.К. Права лікар-пацієнт в системі відкритого суспільства. – К., 2001. – 250 с.
3. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи / Под ред. Воегта W.G.W., Fleming D.M. / Евробюро ВОЗ. – Копенгаген, – 2001. – 182 с.

4. *Buskley G. Heyrmann J.* Europe and training for general practice in 1995 // *Education for General Practice*. – 1994. – Vol.5. – P. 241–246.
5. *Council Directive 93/16/EEC* to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications // *Official Journal of the European Community*. – 1993. – 165: 7/7/93
6. *Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe*, WHO Europe. – Copenhagen, 1998. – P.
7. *Miller J.* The assessment of clinical skills / competence / performance // *Acad.Med.* – 1990. – Vol. 65. – P. 63–65.
8. *Specialist training for physicians in Norway*. – Oslo: The Norwegian Medical Association, 1993. – 129 с.
9. *Spencer JA, Jordan RK.* Learner centred approaches in medical education. // *BMJ*. – 1999. – Vol. 318. – P. 1280–1283.
10. *Starfield B.* Primary care: balancing health needs, services and technology. – Oxford: Oxford University Press, 1998. – 87 p.
11. *The European definition of general practice/family medicine*. – WONCA EUROPE – 2002. – 48 p.
12. *The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice*. – Leeuwenhorst, Netherlands, 1974. – 38 p.
13. *The EUROACT Education of General Practise / Family Medicine*. – Leuven, 2005. – 46 p.
14. *UEMO Policy Paper on Specific Training in general practice / Family medicine in Europe*. – Stockholm, 2003. – 24 p.

### **ЕВРОПЕЙСКАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ**

*Н.Г. Гойда, Л.Ф. Матюха, М.В. Олейник (Киев)*

В обзоре представлены современные данные Европейской концепции обучения общей практике/ семейной медицине, ключевые цели европейской системы трансферных кредитов, образовательные направления и принципы работы Европейской академии преподавателей общей практики. Приведен пример последиplomной программы подготовки семейных врачей в Норвегии.

### **EUROPEAN EDUCATIVE CONCEPTION OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE**

*N.G. Goyda, L.F. Matiukha, M.V. Oliynyk (Kiev)*

The modern data of the European conception of training of the general practice/family medicine, the key purposes of European transferring credits system, educational guidelines and principles of European academy of Teachers in General Practice are presented, an example of postgraduated education of Norway family doctors is given in the review.

УДК 616.98:364.444:378.1

**Г.О. СЛАБКИЙ, В.Г. ПАНЧЕНКО (Донецьк)**

## **УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ В ІНТЕРНАТУРІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ**

Український інститут громадського здоров'я  
Донецький національний медичний університет

Сьогодні в українському суспільстві спостерігається погіршення здоров'я за основними його показниками. Негативна тенденція високих темпів поширення ВІЛ-інфекції серед населення продовжується. Лише упродовж 2006 р. зареєстровано понад 16 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції. Станом на 01.01.2007 р. в Україні офіційно зареєстровано 104635 ВІЛ-позитивних громадян, 42% серед

яких 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 зростання кількості ВІЛ-позитивних вагітних і виникнення нових численних медико-соціальних проблем, пов'язаних із життям дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями [1;3–5].

В Україні близько 92% ВІЛ-інфікованих дітей – це діти, 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 дітей [2;6;7]. Така негативна динаміка спонукає до розробки та впровадження нових заходів попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.

**Мета роботи** – удосконалити навчальну програму підготовки в інтернатурі сімейних лікарів до надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу.

**Методи, які використано під час виконання роботи,** – системного підходу, історико-інформаційний, медико-соціологічний. За допомогою спеціально розробленої анкети опитано 257 сімейних лікарів, які в 2005–2006 рр. закінчили інтернатуру із загальної практики/сімейної медицини.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В ході опитування сімейних лікарів встановлено, що 92,7% із них не готові до надання медичної допомоги на рівні сім'ї з ВІЛ/СНІД. Всі сімейні лікарі не володіють навичками консультування пацієнтів у зв'язку з проведенням добровільного тестування, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, інтерпретацією результатів лабораторного дослідження на ВІЛ тощо.

Встановлено, що інтернатурі із загальної практики/сімейної медицини на вивчення питань надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІД виділено не більше 5 академічних годин, а з питань попередження передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) – 2 години, що не дає змог відповідно підготувати майбутніх спеціалістів.

Одержані результати стали підставою до розробки пропозицій до навчальних програм підготовки сімейних лікарів в інтернатурі до проведення роботи з ППМД.

#### **Загальні питання. Консультування та тестування з метою ППМД.**

1. Епідемія ВІЛ-інфекції як глобальний процес. Огляд розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в світі, та Україні та в регіоні.

2. Гендерні відносини та СНІД. Проблеми жінок та дітей, що пов'язані з розвитком епідемії ВІЛ/СНІДу.

3. Національна стратегія зниження рівня поширеності ВІЛ в Україні. Нормативно-правова база України з питань ВІЛ/СНІДу. Особливості надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям, вагітним жінкам, молоді, уразливим групам населення.

4. Класифікація ВІЛ-інфекції.

5. Клінічний перебіг ВІЛ-інфекції та шляхи передачі ВІЛ. Моніторинг стану пацієнта та принципи лікування ВІЛ-інфікованих.

6. Організація профілактичної роботи з ВІЛ/СНІДу на рівні сім'ї.

7. Поняття консультування на ВІЛ, мета, завдання, види, методи, етичні принципи. Принципи ефективного спілкування. Особливості проведення передтестового та післятестового консультування. Необхідні умови та навички. Післятестове консультування при негативному, позитивному та невизначеному результаті.

8. Спільне консультування батьків при обстежені дитини.

9. Загальні відомості про стигму та дискримінацію і захист прав ВІЛ-інфікованої дитини на міжнародному рівні та в українському законодавстві. Боротьба зі стигмами і дискримінаціями у медичному закладі та суспільстві.

10. Організація медичної допомоги, психологічної підтримки і соціальної допомоги з ВІЛ/СНІДу на рівні сім'ї.

#### **Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини.**

1. Основні відомості про профілактику ВІЛ-інфекції у матері і дитини. Комплексний підхід ВООЗ та ЮНЕЙДС до зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію у дітей, грудного та молодшого дитячого віку. Неонатальна допомога дітям, народженим матерями з позитивним або невідомим ВІЛ-статусом. ВІЛ-інфекція та вигодовування новонароджених від ВІЛ-позитивних матерів.

2. Забезпечення матерів та сімей з ВІЛ-інфекцією лікуванням, допомогою та підтримкою

3. Організація міжсекторальної медико-соціальної допомоги та психологічної підтримки сім'ї, в якій проживає ВІЛ-інфікована дитина.

4. Роль служб охорони здоров'я матері та дитини у профілактиці ВІЛ-інфекції серед дітей грудного та молодшого віку. АРТ новонародженому згідно з протоколом.

5. Заходи попередження передачі ВІЛ від матері до дитини. АРВТ і профілактика з метою ППМД. Особливості догляду за дитиною, народженою ВІЛ-інфікованою жінкою та ВІЛ-інфікованою дитиною.

#### **Окремі питання ефективної організації програми ППМД.**

1. Універсальні запобіжні заходи і безпечна організація праці медичних працівників.

2. Роль програм інфекційного контролю в організації роботи сімейної амбулаторії для запобігання інфекціям, що передаються через кров.

3. Заходи у разі контакту з ВІЛ-інфікованою кров'ю на робочому місці. Схеми профілактичної АРВТ у випадках професійного травматизму при наданні допомоги ВІЛ-позитивним пацієнтам. Підтримка для медичних працівників. Феномен "згорання" та робочий стрес: визначення та попередження.

Інформаційно-роз'яснювальна робота серед батьків у сім'ях, де проживає ВІЛ-інфікована дитина, формування приверженості до АРВТ.

Для інтернів рекомендується така література з даної проблеми:

1. Гойда Н.Г., Жилка Н.Я., Комар С.В. та ін. Профілактика передачі ВІЛ інфекції від матері до дитини: Навч. посіб. – К., 2006. – 238 с.

2. Запорожан В.М., Аряєв М.Л., Котова Н.В. та ін. Попередження трансмісії ВІЛ від матері до дитини: Навч. посіб. для акушерів-гінекологів, неонатологів, педіатрів, інфекціоністів, сімейних лікарів, організаторів охорони здоров'я, лікарів-інтернів і студентів. – К.: Акві-К, 2003. – 184 с.

3. Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол) / Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. №415 "Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію" // [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua).

4. Аряєв М.Л., Котова Н.В., Старець О.О. Формування прихильності до антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дітей: Навч. посіб. для викладачів. – К.: Март, 2006. – 232 с.

5. Психологічні особливості та психічні порушення у хворих на СНІД/ За ред. В.Л. Гавенка. – Харків: Факт, 2001. – 78 с.

6. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / За ред. проф. Н.Г. Гойди. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 128 с.

7. Люди и ВИЧ: 3-е изд./ Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине. – К., 2004 – 527 с.

8. Балакірева О.М., Енн Екман (Anne Ekman), Левцун О.Г. та ін. Доступ ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 112 с.

9. Буроменський М.В., Нізова Н.М., Рудий В.М. Репродуктивні права та механізми їх реалізації у ВІЛ-позитивних жінок в Україні. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 144 с.

10. Попередження трансмісії ВІЛ від матері до дитини: Навч. посіб. для акушерів-гінекологів, неонатологів, педіатрів, інфекціоністів, сімейних лікарів, організаторів охорони здоров'я, лікарів-інтернів і студентів. – К.: Акві-К, 2003. – 184с.

11. Протоколи ВОЗ для стран СНГ по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. – К., 2004. – 172с.

12. Клінічний протокол лікування опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД / МОЗ України. – К., 2003. – 58с.

13. Руководство по клиническому уходу за ВИЧ-инфицированными женщинами / Под ред. Дж. Андерсена. – К., 2001. – 360с.

14. Діти, які живуть з ВІЛ. – К., 2003. – 15 с.

15. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією: Навч. посіб. для персоналу дитячих установ, батьків, опікунів, соціальних працівників та інших осіб, що доглядають за ВІЛ-інфікованими дітьми. – К.: Кобза, 2003. – 168 с.

16. Догляд та виховання дітей, які живуть з ВІЛ: аналіз ситуації, проблеми та шляхи вирішення / За ред. О.М. Балакаревої. – К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2004. – 164 с.

17. Огляд стану організації профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини в Україні за 2001–2003 роки / МОЗ, ЮНІСЕФ. – К., 2004. – 60 с.

### Висновки

В ході дослідження встановлено неготовність сімейних лікарів до проведення роботи з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, причиною чого є відсутність підготовки до даного виду діяльності в інтернатурі.

Розроблені пропозиції для внесення до навчальних програм підготовки сімейних лікарів до профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, впровадження яких має забезпечити необхідний рівень підготовки спеціалістів до практичної діяльності.

### Список літератури

1. Балакарева О.М., Жилка Н.Я., Левцун О.Г. та ін. Доступ ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 112 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні // Інформ. бюл. №25 / МОЗ України, Український центр проф-ки і боротьби зі СНІД, Ін-т епідеміології та інфекційних хвороб, Центр. СЕС МОЗ України. – К., 2007. – 26 с
3. ВИЧ-инфекция в перинатологии / Под ред. В. Н. Запорожана, Н.Л. Аряева. – К.: Здоровье, 2001. – 30 с.
4. Жилка Н.Я. Організація системи профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (огляд). – К., 2003. – 32 с.
5. Запорожан В.М., Аряєв М.Д. ВІП-інфекція і СНІД. – К.: Здоров'я, 2004. – 635 с.
6. Огляд стану організації профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини в Україні за 2001–2003 роки. – К., 2004. – 60 с.
7. Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини / В.Ф. Москаленко, Н.Г. Гойда, Р.О. Моїсеєнко, Н.Я. Жилка // Охорона здоров'я України. – 2003. – №4(11). – С. 13–16.

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ В ИНТЕРНАТУРЕ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ***Г.А. Слабкий, В.Г. Панченко (Донецк)*

Приведены предложения по усовершенствованию учебной программы подготовки в интернатуре семейных врачей для оказания помощи по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку.

**IMPROVEMENT TRAINING FOR INTERNSHIP OF FAMILY DOCTORS TO RENDERING MEDICAL AID IN PROPHYLAXIS OF PARCEL HIV FROM MOTHER TO CHILD***G.A. Slabky, V.G. Panchenko (Donetsk)*

Proposals according to improvement of educational program training for internship family doctors to rendering medical aid in prophylaxis of parcel HIV from mother to child have been cited.

## ІСТОРИЯ МЕДИЦИНИ

УДК 368.06 (477)(470)

**О.М.ЦІБОРОВСЬКИЙ (Київ)****ФАБРИЧНО-ЗАВОДСЬКА І СТРАХОВА МЕДИЦИНА ЯК ФОРМИ ГРОМАДСЬКОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ І РОСІЇ**

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Справедливо приділяючи серйозну увагу історії земської медицини як оригінальної форми громадської медицини, яка зробила вагомий внесок у становлення охорони здоров'я сільського населення, розвиток профілактичної медицини і санітарної служби, обґрунтування низки принципів сучасної охорони здоров'я, ми значно рідше згадуємо про такі форми громадської медицини, як фабрично-заводська і страхова. Адже ці форми мають не тільки історичний інтерес, а й нині у сучасному, трансформованому відповідно до нових умов вигляді вони мають посісти важливе місце у системі охорони здоров'я.

**Мета** статті – висвітлити процес становлення фабрично-заводської та страхової медицини в Україні та Росії, до складу якої тривалий час входила її більша частина, розглянути ці форми громадської медицини з сучасного погляду для використання їх досвіду в умовах реформування охорони здоров'я охорони при переході до ринкових відносин.

Проблема охорони життя і здоров'я робітників давно поставила на порядок денний питання організації надання їм медичної та соціальної допомоги при захворюваннях, нещасних випадках, тимчасовій та стійкій втраті працездатності.

Формування фабрично-заводської медицини в Російській імперії розпочалось у 1866 р., коли уряд затвердив тимчасове положення, яке зобов'язувало підприємців створювати для своїх робітників лікарні з розрахунку одне ліжко на 100 осіб. Проте це положення виконувалось незадовільно. Так, у 80-х роках у семи з дев'яти українських губерній медичною допомогою, зосередженою у 130 невеликих фабрично-заводських лікарнях, було охоплено лише 15% підприємств [9]. Тому ще задовго до створення державних систем соціального страхування з метою одержання соціальної та медичної допомоги робітники змушені були добровільно створювати каси взаємо-допомоги і страхові товариства різного типу.

Першим промисловим підприємством, яке створило лікарняну касу в Україні 1870 р., був

адміралтейський завод “Руссуд” у Миколаєві, що уклав угоду з Миколаївським військово-морським шпиталем, де робітники одержували медичну допомогу в разі нещасних випадків [8].

Медичне страхування як частина соціального страхування має свою історію в країнах Європи, включаючи і ті країни, до складу яких входили українські етнічні землі, передусім в Російській імперії і СРСР.

Вперше закон про обов'язкове соціальне страхування від хвороби, від нещасних випадків, від інвалідності та старості прийнято у Німеччині 1883 р. і вдосконалений у 1911 р.

Згодом такі закони були видані: в Австро-Угорщині, до складу якої входили Галичина, Буковина і Закарпаття, – 1887 р. (власне в Угорщині – 1891 р.); у Норвегії – 1894 р.; у Фінляндії (автономній частині Російській імперії) – 1895 р.; у Швеції – 1898 р.; в Іспанії – 1900 р.; у Голландії та Бельгії – 1901 р.; у Франції – 1910 р., і нарешті в Росії – 23 червня 1912 р. та в Англії – 15 липня 1912 р.

Як бачимо, Росія прийняла закони про страхування робітників (бо саме так вони називались) однією з останніх серед країн Європи, зате мала змогу використати чужий досвід.

Слід зазначити, що закони 1912 р. були, на нашу думку, досить прогресивними. Напевно, саме тому комуністична пропаганда і наука замовчували їх, і історіографія цього питання залишається дуже бідною. Та незабаром розпочалася Перша світова війна, що перешкодило цілком втілити ці закони в життя, а політичним опонентам дало змогу вести некоректну критику їх.

Про увагу держави до цієї справи можна судити за складом так званих “присутствій” у справах страхування робітників, які утворювались у кожній губернії та області Європейської Росії і Кавказького краю, а також у містах Санкт-Петербурзі, Москві, Одесі, Варшаві: губернатор (голова), віце-губернатор, прокурор окружного суду, фабричний інспектор від Міністерства промисловості і торгівлі, старший фабричний інспектор, лікарський інспектор, член від МВС, два члени від земства, член від міської думи, два члени від власників підприємств і два члени від членів лікарняних кас (робітників). При обговоренні деяких питань обов'язковою була присутність губернського маршалка (“предводителя дворянства”) і голови або члена окружного суду [10].

Подібним був і склад Ради у справах страхування робітників – вищого державного органу з цього питання. До неї входили: міністр промисловості і торгівлі (голова), його

товариші (заступники), директор Гірничого департаменту, керуючий Відділом промисловості та його помічник, керуючий Відділом торгівлі, два члени від Міністерства промисловості і торгівлі, по одному члену – від міністерств фінансів, юстиції, шляхів, Головного управління землеустрою і землеробства, Медичної ради або Управління головного лікарського інспектора, Санкт-Петербурзького губернського земського зібрання, Санкт-Петербурзької міської думи, по п'ять членів – від власників підприємств і членів лікарняних кас (робітників). Вимоги до обраних членів були дуже суворими, але справедливими.

Страхуванням мали охоплюватися робітники підприємств з кількістю працюючих за наймом 20 і більше, якщо використовувались парові котли та машини, що рухалися природними силами або тваринами, і 30 та більше працюючих, якщо машинами не користувалися. Службовці таких підприємств прирівнювалися до робітників. Закон поширювався на приватні, земські, міські підприємства, бо казенні керувались іншими законами.

За цим законом лікарняні каси створювались при підприємствах, які мали 200 і більше робітників. Для менших підприємств створювались об'єднані лікарняні каси [11].

За законом (положенням) про забезпечення робітників на випадок захворювання робітник ставав учасником лікарняної каси, на яку покладалося забезпечення виконання закону з дня допуску до роботи. Участь у ній припинялася з дня звільнення.

Лікарняні каси могли брати на себе забезпечення медичною допомогою членів сімей, які перебували на утриманні учасника, витрачаючи на це не більш як 1/3 загальної суми внесків і надходжень за рік.

Лікарняна допомога надавалася за рахунок власників підприємств у таких випадках:

- первинна допомога при раптових захворюваннях і нещасних випадках;
- амбулаторне лікування;
- допомога при пологах;
- стаціонарне лікування з повним утриманням хворих.

Лікарняна допомога включала безкоштовну видачу ліків, перев'язувальних матеріалів та необхідних медичних засобів.

Передбачалися такі терміни надання допомоги за рахунок власників:

- при захворюваннях, що не призводили до втрати працездатності, до того часу, поки хворий залишається членом лікарняної каси, тобто працює;

- при захворюваннях, що призводили до втрати працездатності, незалежно від того, чи хвороба потребує амбулаторного або стаціонарного лікування – до одужання, але не довше 4 місяців з дня захворювання.

Це не стосувалося нещасних випадків, допомога при яких регламентувалася законом про страхування робітників від нещасних випадків.

Власник підприємства, який мав забезпечити амбулаторну і стаціонарну допомогу, міг сам утримувати необхідні медичні заклади, входити в угоду з іншими власниками або міськими, земськими чи приватними медичними закладами. Поправкою до Статуту лікарняних кас, затверджених урядом у 1913 р., такі самі права надавалися лікарняним касам.

Лікарняні каси видавали своїм учасникам грошову допомогу (“пособія”) в таких випадках:

- хвороби або травми внаслідок нещасного випадку, що призвели до втрати працездатності;

- пологів – вагітній та породіллі;
- смерті – на поховання.

У разі хвороби або травми робітникові видавалася допомога у межах 1/2–2/3 заробітку, якщо у нього були утриманці – дружина, непрацездатні батьки, діти, брати, сестри до 15-річного віку; 1/4–1/2 заробітку – за іншого сімейного стану.

Термін видачі грошової допомоги:

- у випадку хвороби – з 4-го дня захворювання до одужання, але не довше ніж 26 тижнів; при повторних захворюваннях – не довше як 30 тижнів на рік;

- у випадку травми:

а) не застрахованим на випадок нещасного випадку – на той же термін, що у п. 1;

б) застрахованим – з дня травмування до дня одужання, але не більше ніж 13 тижнів.

Грошова допомога вагітним і породіллям видається у межах від половини до повного заробітку за два тижні до пологів і чотири тижні після них, але в тих випадках, коли вагітна або породілля справді не працювала. Ця жінка мала бути членом лікарняної каси не менш як три місяці до пологів.

У разі смерті допомога видається у розмірі 20–30-денного заробітку тому, хто ховає небіжчика.

Закон (положення) про страхування робітників від нещасних випадків поширювався на ті самі підприємства і контингенти, що і закон (положення) про забезпечення робітників на випадок хвороби. Страхування здійснювалось у страхових товариствах, учасниками яких були власники

підприємств, що платили страхові внески за всіх працюючих за наймом [12].

За цим законом тим, хто постраждав внаслідок нещасного випадку, видавалася страхова винагорода у вигляді грошової допомоги (“пособія”) або пенсії, членам їхніх сімей – у вигляді пенсії. Жертві нещасного випадку, яка була членом лікарняної каси, допомога у розмірі 2/3 заробітку видавалася з дня нещасного випадку до 14 тижня, потім продовжувалася до одужання або призначення пенсії. Не члену лікарняної каси допомога видавалася перші 13 тижнів у розмірі, найбільшому для членів лікарняної каси, а далі – як застрахованому члену лікарняної каси, тобто принципової різниці у виплаті грошової допомоги не було.

Пенсія виплачувалася тому, хто постійно втратив працездатність: при повній втраті – в розмірі 2/3 заробітку, при неповній, частковій – в розмірі відповідної частки 2/3 заробітку.

У випадку смерті того, хто постраждав, навіть через 2 роки після нещасного випадку, а якщо лікувався, то й пізніше, пенсія виплачувалася:

- вдові – в розмірі 1/3 заробітку дожиттєво або до повторного одруження;

- дітям (у т.ч. нерідним) – в розмірі 1/6 заробітку (при житті одного з батьків) або 1/4 заробітку (круглим сиротам) до досягнення 15-річного віку;

- батькам, дідові, бабусі – 1/6 заробітку дожиттєво;

- братам, сестрам (круглим сиротам) – 1/6 заробітку до досягнення 15-річного віку (особам, зазначеними у пп. 3, 4, якщо вони були на утриманні небіжчика).

Уже через 1,5 року після прийняття закону було створено 2080 лікарняних кас із 3375 запланованих (61,1%), в т.ч. 546 загальних, з 3627 підприємствами і 275514 учасниками. При цьому мали закінчену організацію лише 1311 кас (38,3%) з 1021588 учасників. Із 3375 тис. запланованих учасників лікарняними касами було охоплено 75,6%.

Одні з найкращих показників були в Україні – в Київському (480 – 75,5% кас і 220 тис. – 77,6% учасників) і Харківському районах (536 – 68,0% кас і 286 тис. – 78,3% учасників). 135 лікарняних кас було створено в Катеринославській губернії – гірничопромислового району Півдня України, що включав Донецькій басейн і Придніпровське Запоріжжя. Звичайно, медичне обслуговування робітників тут значно поліпшилося [6].

Проте загалом охоплення соціальним страхуванням було низьким і не



перевищувало 2% населення країни. Поступ у соціальному страхуванні перервала Перша світова війна, а революція, звичайно, внесла в цей процес свої корективи.

Після Лютневої революції Тимчасовий уряд прийняв закон від 25 липня 1917 р., який розширив контингенти тих, хто підлягає обов'язковому соціальному страхуванню, збільшив права лікарняних кас в галузі організації медичної допомоги незалежно від бажання підприємців, упорядкував розмір і порядок страхових внесків. Значно збільшилася кількість лікарняних кас, дрібніші з них об'єдналися у великі, внаслідок чого зменшилась їхня залежність від підприємців і з'явилися більші можливості для розвитку медичної допомоги – амбулаторної і стаціонарної, вдома, екстреної, введення постійного чергування медичного персоналу і навіть санаторно-курортного лікування.

Після Жовтневого перевороту страхова медицина пережила як злет, так і падіння. Свідомством її визнання є декрет Ради Народних Комісарів РСФРР від 14 (27) листопада 1917 р. "Про безкоштовну передачу лікарняним касам лікувальних закладів підприємств". Надії на подальший розвиток соціального страхування давали "Урядове повідомлення про соціальне страхування" від 30 жовтня 1917 р., декрет ВЦВК від 22 грудня 1917 р. "Про страхування на випадок хвороби" і декрет Раднаркому УСРР від 2 травня 1919 р. "Положення про страхування на випадок захворювання", якими соціальне страхування і страхові виплати поширювались на всіх, зайнятих працею за наймом у всіх галузях господарства.

За згаданим декретом Раднаркому УСРР страхування здійснювали загальноміські та окружні лікарняні каси за рахунок внесків працедавців (10% від фонду заробітної платні) та інших надходжень. Лікарняні каси надавали безкоштовну лікарську допомогу робітникам, включаючи ліки та перев'язувальні матеріали [1].

Проте громадянська війна і розруха внесли до цих законів свої корективи, залишивши їх у стадії побажань і декларацій. Політика воєнного комунізму та фанатизм прихильників так званої "єдності" радянської медицини, якими була переважна більшість керівників радянської охорони здоров'я, скоро призвів до визнання неприпустимості паралельного існування "страхової" і "радянської" медицини. Це знайшло відбиток в "Положенні про соціальне забезпечення трудящих" (31 жовтня 1918 р.) і постанові Раднаркому РСФРР "Про передачу всієї лікувальної частини лікарняних кас Наркомздорів'я"

(1919 р.). Зрештою у Росії в 1919 р., а в Україні в 1921 р. лікарняні каси було ліквідовано, а обидві системи об'єднані і передані Наркомздорів'я [7].

Наступний стан розвитку страхової медицини розпочався з переходом країни в березні 1921 р. до нової економічної політики (НЕП), що призвело до відходу від бюджетної системи охорони здоров'я і передачу медичних закладів на фінансування з місцевого бюджету з подальшим зменшенням фінансування і запровадженням часткової оплати медичної допомоги.

Поява елементів ринкової економіки, часткові, але суттєві зміни в соціально-економічній системі створили умови для відновлення принципів страхової медицини.

В Україні ці умови використані лише частково і проявились у створенні системи робітничої медицини (робмеду) для надання медичної допомоги контингенту застрахованих робітників. Правова основа цієї системи в Україні забезпечувалася декретом Раднаркому України від 10 грудня 1921 р. "Основне положення про соціальне забезпечення робітників і службовців на випадок тимчасової і постійної втрати працездатності та членів їхніх сімей на випадок смерті годувальника". Згідно з декретом, соціальному страхуванню підлягали робітники промислових підприємств, а також робітники, зайняті у сільському господарстві, що перебували у підпорядкуванні промислових підприємств. Поряд з виплатою допомоги у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю, вагітністю та пологами декрет передбачав надання застрахованим безоплатної медичної допомоги в амбулаторії, стаціонарі та вдома, а також безкоштовну видачу ліків, биндажів, окулярів, протезування. Цим же декретом передбачалося прикріплення на договірній основі медичних закладів робітничої медицини до промислових підприємств для надання допомоги робітникам і службовцям. Ці заклади обслуговували також і незастраховане населення, якому надавалось 10% обсягу стаціонарної допомоги і 20% – амбулаторної.

З метою керівництва наданням медичної допомоги робітникам у структурі Наркомздорів'я України було створено відділ робітничої медицини, в губздороввідділах – підвідділи робітничої медицини. Таким чином, охорона здоров'я працюючих зосереджувалася у трьох відомствах: в установах Наркомпраці, в органах соціального страхування і в організаціях (зкладах) робітничої медицини системи Наркомздорів'я.

Для узгодження їхньої діяльності на місцях створювалися губернські страхові ради, а в центрі – Українська страхова рада. З метою організації надання для робітників тих видів медичної допомоги, яких не було змоги забезпечити на місцях, при центральному відділі робмеду Наркомздорів'я України у 1923 р. було створено лікувальне бюро. У 1926 р. Наркомздорів'я України прийняв рішення про створення апарату робмеду в 36 з 41 нещодавно створених округ.

Для фінансування медичної допомоги застрахованим було створено страховий фонд медичної допомоги. Він формувався таким чином: внески підприємців у бюджет соціального страхування становили 28%. З цього бюджету 5,5–7,0% фонду заробітної плати (залежно від восьми класів шкідливості, встановлених Наркомпраці РСФСР 1919 р.) відраховувалося на охорону здоров'я.

У структуру бюджету соціального страхування входив так званий “фонд Г” – страховий фонд лікарської допомоги, або страховий лікувальний фонд. Він розглядався як дотаційний до державного бюджету і дозволяв мати гарантовані додаткові кошти на поліпшення медичного обслуговування трудящих та членів їхніх сімей. Основна частина цього фонду (85% усіх асигнувань) була призначена на створення фонду лікарської допомоги для витрат на місцях органами Наркомздорів'я. Із цієї частини, що

залишалася, 10% передавалося Наркомздорів'ю для створення запасного фонду лікарської допомоги, а 5% – Наркомату соціального забезпечення, який через свої органи на місцях збирав у підприємств, установ, господарів та окремих громадян внески для Наркомздорів'я, призначені для лікування застрахованих.

Згідно з декретом Раднаркому УСРР від 10 грудня 1921 р., фонд лікарської допомоги мав цільове призначення і витрачався на:

- допомогу при раптових захворюваннях і нещасних випадках;
- амбулаторне загальне і спеціальне лікування, включаючи зубопротезну допомогу;
- допомогу вдома;
- допомогу при пологах;
- стаціонарне лікування;
- організацію ясел, консультацій, будинків матері та дитини, закладів охорони здоров'я дітей;
- спеціальну допомогу у фізіотерапевтичних і ортопедичних інститутах, диспансерах, санаторіях;
- санаторно-курортне лікування.

Таким чином, увесь бюджет охорони здоров'я в часі існування робмеду в Україні складався з 4 головних джерел: державних асигнувань, коштів місцевого бюджету, страхового фонду медичної допомоги та інших. Його структуру під час НЕПу показано в таблиці [5].

**Таблиця.** Структура бюджету охорони здоров'я під час нової економічної політики (1923–1928 рр.), %

Бюджетні роки	Державні асигнування	Кошти місцевого бюджету	Страховий фонд меддопомоги	Інші кошти
1923–1924	9,6	32,6	44,0	13,8
1924–1924	8,4	32,0	45,8	13,8
1925–1926	8,0	31,6	46,9	13,5
1926–1927	8,0	32,1	49,5	10,4
1927–1928	8,1	35,3	46,2	9,9

Як видно з таблиці, в роки НЕПу питома вага асигнувань за рахунок страхового фонду становила майже половину (44,0–49,5%) всіх коштів, місцевого бюджету – більш як третину (31,6–35,3%), а державних асигнувань – лише 8,0–9,6%, навіть менше, ніж інших надходжень (9,9–13,8%).

На відміну від інших республік СРСР, в Україні робітнича медицина, тобто одна з форм страхової медицини, набула великого поширення. Її мережа була тісно пов'язана з трудящими через страхові каси і фабзавкоми, представники яких входили до складу адміністративно-господарських комісій поліклінік – основних осередків робітничої медицини.

До 1923 р. кількість робітничих поліклінік в Україні зросла з 54 (в час їх створення) до 101, а в 1923 р. у підпорядкування робмедів перейшли всі лікувальні заклади великих промислових підприємств. У 1924–1925 рр. у складі цієї системи перебували 207 амбулаторій, 301 фабрично-заводський медпункт, 18 тубдиспансерів, 10 санаторіїв, 3 венерологічні диспансери [1]. У тодішній столиці України – Харкові у 1923 р. відкрито перший в СРСР Інститут робітничої медицини, при якому з 1924 р. почали працювати курси фабрично-заводських лікарів.

Таким чином, в Україні паралельно із загальною мережею медичних закладів Нар-

комздорів'я розвилась оригінальна система страхової медицини – робітничка медицина.

Про переваги медичного обслуговування застрахованих можна судити на прикладі Севастополя, де у 1922 р. для їхнього стаціонарного лікування виділялось 60% ліжкового фонду, а у 1925–1928 рр. амбулаторна допомога застрахованим становила 66,3% відвідань, а стаціонарна – 50,5% усіх госпіталізованих [2]. Це підтверджується і розміром річної суми видатків на охорону здоров'я і застрахованої, і незастрахованої особи. Так, у 1923–1924 бюджетному році вона становила по Україні відповідно 11 крб 08 коп. і 57 коп., у 1924–1925 рр. – 15 крб 85 коп. і 99 коп.

Однак систему робітничої медицини України, що активно використовувала принцип страхової медицини і елементи ринкових відносин в охороні здоров'я, як і всю страхову медицину в СРСР, у 1927 р. за постановою уряду про утвердження принципу єдності охорони здоров'я було ліквідовано, а її медичні заклади передано безпосередньо Наркомздорів'я та його органам на місцях. З того часу в Україні, як і у всьому СРСР, запанувала централізована система охорони здоров'я, основними особливостями якої були державна монополія на надання медичних послуг, залишкове фінансування за рахунок державного бюджету, бюрократична форма управління.

Надання медичної допомоги на основах страхування здійснювалось і на західноукраїнських землях, які входили до

інших держав. Так, в Угорщині, до складу якої сотні років входило Закарпаття, перші лікарняні каси виникли 1870 р., а закон про обов'язкове соціальне страхування було прийнято у 1891 р. [4].

У Польщі, до складу якої після революції увійшли Галичина та Західна Волинь, декрет про страхування на випадок хвороби було прийнято у січні 1919 р. 19 травня 1920 р. він був розширений постановою уряду, основу якої становило примусове загальне страхування за територіальним принципом організації і самоврядуванням [3].

У сучасних умовах України перехід до ринкової економіки вимагає відповідної трансформації системи охорони здоров'я, яка є частиною соціально-економічної системи, але при цьому ми не можемо втрачати тих досягнень, які маємо, а саме загальнодоступність і безоплатність медичної допомоги. Одночасно треба забезпечити достатнє фінансування охорони здоров'я. Саме це змушує нас звернутися до медичного страхування, яке не є самоціллю, а методом, що дає змогу забезпечити не тільки збереження, але й позитивний розвиток цих принципів і умов надання медичної допомоги.

#### Висновки

Медичне страхування і страхова система охорони здоров'я у незалежній Україні будується не на голому місці. Наведені у статті дані свідчать, що ми можемо і мусимо використати накопичений досвід, у тому числі і вітчизняний.

#### Список літератури

1. *Бажан Т.А.* Роль Екатеринославской объединённой больничной кассы в организации медицинской помощи рабочим // *Страховая медицина (вопросы теории, истории, опыт, перспективы развития): Материалы выездного пленума Всесоюзного общества историков медицины.* – М., Луганск, 1991. – С. 39–41.
2. *Веренкина Т. Н., Токарев А.Г. и др.* Здравоохранение Севастополя в голодные годы // *Сов. здравоохранение.* – 1991. – № 10. – С. 59–62.
3. *Вольчук Э.А.* Из истории страховой медицины в буржуазной Польше (1919–1929) // Там же. – С. 12–15.
4. *Вореш Е.И., Полфий М.Ю.* Зачатки страховой медицины в Венгрии во второй половине XIX – начале XX в. // *Страховая медицина (вопросы теории, истории, опыт, перспективы развития): Материалы выездного пленума Всесоюзного общества историков медицины.* – М., Луганск, 1991. – С. 48–49.
5. *Ефимов Д.И.* Десять лет советского здравоохранения на Украине. – Х.: Научная мысль, 1929.
6. *История страховой медицины и её современные проблемы в странах СНГ и за рубежом: Реферативный обзор // Актуальные проблемы медицинского страхования и охраны здоровья населения.* – Вып. 2 / Сост.: О.В. Высоцкая, М.В. Длуганович и др. – К., 1993. – С. 9–11.
7. Там само – С. 12–14.
8. *Киселёв А.Ф., Стадниченко А.В. и др.* Больничные кассы и страховая медицина г. Николаева / Там же. – М., Луганск, 1991. – С. 66–68.
9. *Таран В.В.* Становление охраны здоровья и социального обеспечения на Украине // *Страховая медицина (вопросы теории, истории, опыт, перспективы развития): Материалы выездного пленума Всесоюзного общества историков медицины.* – М., Луганск, 1991. – С. 88–90.3.
10. *Фрейберг Н.Г.* Врачебно-санитарное законодательство в России: Узаконения 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. 1029, 1032.
11. Там само – С. 1037–1042.
12. Там само – С. 1043–1046.

## ФАБРИЧНО-ЗАВОДСКАЯ И СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА КАК ФОРМЫ ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В УКРАИНЕ, РОССИИ

О.М. Циборовский (Киев)

Освещен процесс становления и развития фабрично-заводской и страховой медицины как форм общественной медицины в Украине, России и некоторых других государствах, в состав которых входили украинские этнические земли. Подчеркивается возможность и необходимость использования накопленного опыта в реформировании здравоохранения независимой Украины при переходе к рыночным отношениям.

## FACTORY AND INSURANCE MEDICINE AS FORMS OF PUBLIC MEDICINE IN UKRAINE, RUSSIA

O.M. Tsiborovsky (Kiev)

Process of becoming and development of factory and insurance medicine as forms of public medicine in Ukraine, Russia and some other states which structure included the Ukrainian ethnic grounds is covered. The opportunity and necessity of use of the saved up experience for reforming public health care of independent Ukraine is emphasized at transition to market relations.

УДК 614.2.001.95

**І.Б. МАРЦІНКОВСЬКИЙ (Миколаїв)**

## РЕТРОСПЕКТИВНА ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ВИПАДКІВ ЗАХВОРЮВАНЬ ТИФАМИ У Т.ШЕВЧЕНКА

Лікарня Миколаївського морського торговельного порту.

В біографії Т.Шевченка тиф як захворювання різні автори згадують тричі: восени 1839 року, весною 1840 року та в листопаді-грудні 1845 року. Б.Александровський пише: “Весною 1838 г. он был болен в Петербурге, очевидно, брюшным тифом. Болезнь началась лихорадочным состоянием, лицо было бледное. Болезнь длилась долго и протекала тяжело, выздоровление шло медленно и вяло. <...> Весной 1840 г., также в Петербурге, Шевченко заразился тифом ухаживая за своим больным учителем художником К.Брюлловым. Это, по-видимому, был сыпной тиф, и Шевченко тяжело перенёс его” [1.–С.14]. М.Коломійченко і В.Горленко дають таку інтерпретацію цих захворювань: “Восени 1839 року він знову захворів. Цього разу на тиф. Недуга тривала довго, її перебіг був тяжкий [6.–С.18]. Трохи далі у нарисі цих авторів читаємо: “...24 грудня 1845 знову тяжко занедужав” [6.–С.22]. П.Коваленко у своїй роботі відмічає: “Восени 1839 року Т.Г.Шевченко знову серйозно захворів – на цей раз важким тифом...” [5.–С.28]. Про грудневу хворобу 1845 року він пише: “... у той час міг

хворіти на висипний тиф, при якому буває така висока температура та випадає волосся...” [5.–С.32]. Відразу зауважимо, волосся не випало, воно було зголене. П.Зайцев про недугу у грудні 1845 року відмічає: “... невдовзі заслаб на тиф, – а потім уточнює, – ... переніс черевний тиф” [3.–С.141, 322]. О.Кониський хворобу 1839 року не уточнює, але так описує цей період: “Ледве Брюллов почав одужувати, як занепав Шевченко. Приятель його художник Пономарьов перевів його, недужого, з дома Арсена (з квартири будинку Генріетти Аренс – авт.) до себе на квартиру в Академію художеств” [7.–С.97]. Про 1845 рік: “Невигоений до краю недуг, на який він хорував у В’юнищах, знов прокинувся і прокинувся вже тифом. Нездужав він трохи чи не цілий місяць” [7.–С.180]. П.Жур: “Шевченко жив у будинку Аренс, очевидно, до другої половини листопада 1839 року. Наприкінці цього року він захворів тифом...” [2.–С.85, 87]. “Поет в цей час (десь у грудні 1839 до початку лютого 1840 р.) тяжко хворів на тиф” [12.–С.58]. Про хворобу 1845 року в сьогоднішній академічній “Біографії” вказано: “Тяжко хворий повернувся Шевченко до Переяслава” [12.–С.151].

Метою статті є уточнення перенесених Т.Шевченком тифів у 1839 та 1845 роках на основі відомих клінічних даних та сьогоденішнього рівня клінічних знань.

Щодо 1838 року, то в Т.Шевченко, скоріш за все, в цей час перехворів скарлатиною [8]. Відомо, що Т.Шевченко захворів тифом після догляду за хворим К.Брюлловим, і протягом грудня 1839 і початку лютого 1840 року перебував під наглядом товариша часів навчання в петербурзькій Академії мистецтв Ф.Пономарьова, який залишив спогади. Важкохворий, блідий Т.Шевченко лежав і за весь період хвороби не написав ні одного рядка, не зробив ні одного малюнка. Зберігся, зроблений під час виздоровлення, автопортрет із слідами хвороби, про який пише Ф.Пономарьов.

В середині серпня 1845 року Т.Шевченко протягом двох тижнів жив у Переяславі у А.Козачковського. 26 вересня відвідав родичів у Кирилівці, а потім у Зеленій Діброві, де в цей час вже був хворим. 4 жовтня перебував у Миргороді, 10-21 у Мар'їнському, 22-24 у Миргороді, куди приїхав простудившись у дорозі, 25 у Лубнах, 25-27 в Іскрівці, 29 у Березовій Рудці, де був 2-3 дні. В останніх числах жовтня приїхав хворим у Переяслав до А.Козачковського, де був ще 22 листопада. За спогадами А.Козачковського: "У жовтні того ж року Шевченко приїхав до мене знову, хворий, і прожив у мене близько двох місяців. Уранці він звичайно писав, зовсім не прагнучи залишитися наодинці. Він писав ніби граючись. Я саме мав тоді справу з євреями, і вони часом заповнювали мою вітальню, в якій Шевченко найчастіше працював, але цей гамірний кагал не тільки не заважав йому (хоча він міг би піти до кабінету), а навпаки, продовжуючи писати, він прислухався до розмов євреїв, втручався в них і, розсмішивши чимось кагал, сам реготав, продовжуючи швидко і безупинно свою справу, без будь-яких виправлень" [10.–С.77]. Переборюючи приступи недуги, Т.Шевченко продовжував працювати. В цей час він завершив роботу над поемою "Наймичка", "Кавказ", написав вступ до поеми "Єретик".

Наприкінці листопада Т.Шевченко приїжджав в Київ: був зарахований до складу співробітників Археографічної комісії, 28 листопада одержав подорожню та гроші для подальшої роботи і повернувся в Переяслав [12.–С.145]. За завданням Археографічної комісії всю осінь 1845 року Т.Шевченко багато мандрував Україною. Мандруючи Україною він зупинявся переночувати в кращому випадку у знайомих, нерідко в готелях, на поштових

станціях, або в дорожніх трактирах. Їхні санітарні умови, за рідким винятком, були жахливими. Наприклад, про перебування та ночівлю в трактирі у Білій Церкві під час мандрівки з Києва героя повісті "Прогулка с удовольствием и не без морали" Т.Шевченко описав так: "... я заснул уже на рассвете; сначала матрос не давал мне покою, а потом жидовские блохи" [13]. Про "Петербурзький" готель у Полтаві, в якому Т.Шевченко напевно зупинявся, О.Афанасьєв-Чужбинський у 1847 році писав: "Брудний коридор, неохайні номери, верескливі пацюки, закіптюжені самовари, обірвані полові, з постійним димом грубки, вічно підігрітий суп з вермішеллю, жорсткі котлети з капарцями і жилава індичка – постійно мучить найневибагливішого відвідувача" [9]. Бруд, мухи, таракани, блохи, воші, пацюки і миші були звичайним явищем цих закладів, які нерідко ставали розсадниками інфекційних захворювань.

У зв'язку з ремонтом будинку А.Козачковського поет переїхав із Переяслава у село В'юнище до поміщика С.Самойлова, знайомого лікаря. Тут поет пише вірші, багато читає не тільки те, що знайшлося в домашній бібліотеці С.Самойлова, але й посилає нарочного в Яготин з листом до В.Репніної в якому просить прислати книжки та журнали, а також фарби для роботи над автопортретом обіцяного А.Козачковському (не зберігся). А.Козачковський пише: "Це був портрет, далеко не схожий на всі існуючі тепер; це був портрет Т.Г.Шевченка, але портрет народного поета, вдало схоплений у хвилину його поетичного натхнення..." [10.–С.78]. Між жовтнем та груднем 1845 року Т.Шевченко написав п'ятнадцять творів, серед яких велика частина своїх найсильніших суспільно-політичних поезій. Ще з кінця жовтня Т.Шевченку нездужалося, а в двадцятих числах грудня він зовсім розхворівся. Лікар А.Козачковський вирішив перевезти його знову до себе, щоб лікувати під своїм постійним наглядом. У переддень різдвяних свят у будинку приятеля та лікаря А.Козачковського важко хворий поет, думаючи про можливу смерть написав вірш "Як умру, то поховайте" ("Заповіт"). Тільки важкий перебіг хвороби та загроза чи страх смерті (можливо і як симптом хвороби), емоції нездійснених планів молодого людини змусили б до написання прощального вірша. Думається, що такий логічний зв'язок між важким перебігом хвороби та заповідальним змістом вірша існує. Невдовзі після нового року Т.Шевченко став почувати себе краще і залишивши Переяслав вирушив у Яготин, 12 січня 1846 року він був у Мойсівці, заїхав у

Березову Рудку і Лемешівку. В середині лютого 1846 року за завданням Археографічної комісії для продовження історико-етнографічних досліджень Т.Шевченко вирушив на Лубенщину. “Якось несподівано заїхав він до мене перед масляною – блідий і з поголеною головою після недавньої пропасниці, – згадував О.Афанасьєв-Чужбинський. – Тоді він постійно носив чорну оксамитову шапочку. Я й не знав, що він лежав хворий за кілька верст у Переяславському повіті” [10.–С.95].

Закономірно виникає запитання: що ж це була за хвороба, з важким перебігом при якій поголили голову? Відомо, що Т.Шевченко вже хворів тифом у 1839 році. У зв'язку з тим, що відомі кілька форм тифів та тифоподібних захворювань, постараємося з відомих симптомів провести диференціальну діагностику хвороби, що спіткала Т.Шевченка. Сьогодні в медицині розрізняють такі тифи і тифоподібні захворювання, які викликаються різними збудниками, мають за деякими симптомами подібну, але в цілому відмінну клінічну картину:

- поворотній ендемічний (*Febris recurrens endemica*);
- поворотній вошивий (*Typhus recurrens*);
- висипний (*Typhus exanthematicus*);
- черевний (*Typhus abdominalis*);
- паратифи А та В.

Тиф поворотній ендемічний (кліщовий поворотний тиф, кліщовий спірохетоз, персистуючий і африканський поворотний тиф) – група гострих інфекційних захворювань, що викликаються спірохетами і передаються різними видами кліщів роду *Ornithodoros*. Захворювання ендемічні для різних географічних районів (природні вогнища). Розрізняють природні лихоманки Центральної Африки, американські поворотні лихоманки, лихоманки Центральної Азії та інші. У Російській імперії кліщовий поворотний тиф зустрічався на Кавказі та в Середній Азії. Важливе значення діагностики цього тифу, поряд з клінічною картиною захворювання, мають епідеміологічні дані (перебування в ендемічній місцевості, сезонність захворювання, укуси кліща). Як відомо, Т.Шевченко в ендемічних районах на той час не перебував, тому розглядати перенесений поворотній ендемічний тиф немає підстав. Існують й інші ендемічні плямисті лихоманки, викликані рикетсіями (плямиста лихоманка Скелястих гір, віспа рикетсійна, тиф джунглів, або лихоманка цуцугамуші, лихоманка Ку та інші) [4.–С.255-256]. У зв'язку з тим, що ці захворювання поширені на територіях, не пов'язаних з місцями перебування Т.Шевченка, ми їх також не розглядаємо.

Тиф поворотній вошивий (ендемічний, європейський) – гостра інфекційна хвороба, що викликається спірохетами *Borrelia recurrentis* Obermeieri і характеризується гострим початком, приступоподібною лихоманкою, загальною інтоксикацією, збільшенням печінки та селезінки. Переносчиком інфекції служать платтяні воші. Головні воші ендемічного значення не мають. Після інкубаційного періоду, що зазвичай триває сім днів (від 5 до 15 днів), у хворих з'являються загальна слабкість, біль у суглобах, головний біль, адинамія, диспептичні явища. Частіше приступи захворювання починаються гостро, звичайно в першій половині дня. Появляються дрижаки (лат. *frigus*), що змінюється відчуттям жару і головним болем. Температура тіла вже першого дня хвороби сягає 39°C і вище. Максимальна температура тіла спостерігається на другий-третій день хвороби. Хворі відмічають біль у суглобах, особливо нижніх кінцівок, різку слабкість, нудоту, нерідко блювання, інколи біль у лівому підребер'ї, зумовлений збільшенням селезінки. Збільшується печінка. Інколи стійкі носові кровотечі, крововиливи в шкіру і слизові оболонки, кровохаркання. Шкіра обличчя гіперемійована, ін'єковані склери, інколи незначна жовтизна шкірних покривів і склер. У подальшому гіперемія обличчя змінюється блідістю (анемія). Приступ закінчується профузним потом та критичним зниженням температури тіла до субнормальних цифр, що інколи супроводжується колапсом. З нормалізацією температури тіла стан хворого швидко покращується, хоча селезінка і печінка залишаються збільшеними. Через шість-вісім днів приступ може повторитися. При європейському поворотному тифі кількість приступів коливається від двох до п'яти. Тривалість першого приступу – чотири-шість днів, наступних – один-три дні. Періоди відсутності підвищеної температури тіла тривають звичайно шість-дев'ять днів. Інколи під час приступу з'являється висипання (розеольозне, петехіальне, коре-, та скарлатиноподібне). Діагноз ґрунтується на ендемічних даних і характерній клінічній картині (гострий початок, критичне зниження температури тіла з рясним потовиділенням наприкінці приступу, раннє і значне збільшення селезінки, чергування періодів лихоманки і апіреksії).

Висипний тиф (епідемічний, вошивий) – гостре антропонозне інфекційне захворювання, що викликається рикетсіями *Proxowazekii* (Rickettsia *proxowazekii*), передається через

головні та платянні воші і характеризується циклічним перебігом з лихоманкою, інтоксикацією, головним болем, характерним (розеольозно-петехіальним) висипанням, а також гострим ураженням серцево-судинної і нервової систем. Після інкубаційного періоду (7-14 днів) раптово, рідко поступово, з'являється підвищення температури тіла, головний біль, різка слабкість, порушення сну, відсутність апетиту, сухість в роті, ломота в суглобах кінцівок. Для висипного тифу характерний постійний тип лихоманки з підвищенням на другий-третій день температури тіла до 40-41°C, яка залишається високою протягом двох тижнів, дещо знижуючись вранці та на 4-й, 8-й, 12-й дні хвороби. Головний біль розлитий, інтенсивний. У хворих відмічається гіперстезія органів відчуття (слуху, зору, нюху) та збудження (балакучий, рухливий). На третю-п'яту добу з'являються невеликі рожеві плями, як правило, в пахвових западинах і на верхній половині тулуба. Вони швидко покривають все тіло, за винятком обличчя, підшов і долонь. З початком висипання різко збільшується інтоксикація, що спричинює погіршення загального стану хворого. Збудження змінюється пригніченням, загальмованістю. У цих випадках відмічають запаморочення, непритомність, появляється марення. В особливо важких випадках відмічається гіпотензія. У подальшому висипання темніє і стає макуло-папульозним; у тяжких випадках висипання петехіальне і геморагічне. Живіт здутий. Печінка і селезінка помірно збільшені. Видужання супроводжується зниженням температури тіла, прискореним лізісом на 8-12 день хвороби (в неускладнених випадках), поступовим зменшенням головного болю, покращенням сну, апетиту, відновленням функцій внутрішніх органів. При важких формах висипного тифу лихоманка триває до 14-16 днів (без антибіотикотерапії). У період виздоровлення протягом півтора-двох тижнів відмічаються ознаки післяінфекційної астенії [4.–С.256-259; 11.–С.180-182].

Ендогенний рецидив епідемічного висипного тифу, тривалий час існуючий у латентному стані після раніше перенесеного висипного тифу, що розцінюється як його різновидність є хвороба Брілла-Цінссера, або як частіше її називають, хвороба Брілля (лат. Brillus morbus). Рецидив епідемічного висипного тифу настає через декілька, нерідко через багато років після основного первинного захворювання. Після видужання людини збудники тифу (*Rickettsia prowazekii*)

довго зберігають життєздатність, а у разі ослаблення захисних сил організму господаря збудник активізується, викликаючи рецидив висипного тифу. Хвороба протікає звичайно легше, нагадуючи епідемічний висипний тиф за характером висипання, судинних уражень, змін у печінці, нирках та нервовій системі. Початок хвороби гострий, хворого лихоманить, температура тіла досягає максимальних цифр на другий-третій день хвороби. Ремітуюча лихоманка триває сім-одинадцять днів, інколи чотири-шість днів. Спостерігаються досить виражені загально-токсичні явища: головний біль, безсоння, біль у м'язах, гіперстезія шкіри. Притомність може зберігатися вдень (незначне психічне збудження) і порушена вночі (короткочасне марення). Висипання з'являються з п'ятого-сьомого дня хвороби. У більшості хворих воно значне, розеольозно-петехіальне, тільки у третини хворих – розеольозне, інколи незначне. Висипання швидко зникає, інколи воно відсутнє. Перебіг хвороби легший, якщо термін між первинним і повторним захворюванням менший [4.–С.256; 11.–С.181; 14.–С.76-85].

Черевний тиф – гостре зоонозне природно-антропоургічне кишкове інфекційне захворювання із трансмісивним механізмом передачі, викликане сальмонелою (*Salmonella typhi*), що характеризується циклічним перебігом, лихоманкою, бактеріемією, загальною інтоксикацією, шкірними висипанням (розеольозно-папульозним), збільшенням печінки і селезінки, ентеритом та виразковим пошкодженням лімфатичного апарату тонкого кишківника. Сьогодні розрізняють ще паратифи А та В, що викликаються грамнегативними бактеріями подібними як і сальмонелла. Розрізнити черевний тиф і паратифи А та В за клінічними даними важко, їх симптоми майже подібні, але дещо різняться частота та вираженість. Розпізнати паратиф можна тільки на основі позитивних результатів бактеріологічних досліджень крові, калу і блювотних мас, що в середині XIX ст. звичайно не проводили. У зв'язку з цим у подальшому ми будемо розглядати черевний тиф і паратифи А та В разом. Джерелом інфекції даної групи захворювань є хвора людина та бактеріоносій. Поширюється захворювання через харчові продукти та воду. Інкубаційний період триває від одного до трьох тижнів (частіше близько двох тижнів). Захворювання починається поступово з підвищення температури тіла, слабості, появи швидкої втомлювальності, адинамії, помірного головного болю. Протягом найближчих днів ці симптоми посилюються.

Підвищення температури тіла досягає максимуму на п'ятий-сьомий день. Збільшується інтоксикація, посилюється головний біль, адинамія, знижується або зникає апетит, порушується сон (сонливість вдень і безсоння вночі), з'являється метеоризм. На сьомий-дев'ятоий день хвороба досягає повного розпалу. Хворі своєрідно загальмовані: лежать із закритими очима, ніби дрімають, на запитання відповідають односкладно із запізненням. Інколи з'являється марення. Шкіра суха, гаряча на дотик. Характерні висипання з'являються наприкінці першого або на початку другого тижня. Елементів висипання небагато. Відмічається деяке згущення елементів висипань на шкірі верхніх відділів живота і нижніх відділів грудної клітки, частіше на передньо-боковій поверхні. Елементи висипання мають вигляд невеликої червоної плямки діаметром два-три міліметри, що виступає над рівнем шкіри (*roseola-papula* або *roseola elevata*). Елементи висипання багатоморфні, з чіткими контурами, їх тривалість – від декількох годин до трьох-п'яти днів. Потім на місці розеоли залишається ледь помітна пігментація, а на місці зниклих розеола можуть з'явитися нові. Язик сухий, потрісканий, покритий брудно-бурим нальотом. Живіт роздутий, інколи спостерігається затримка випорожнення, а в деяких хворих – пронос (випорожнення нагадують гороховий суп), бурчання сліпої кишки і болючість у правій здухвинній ділянці. Печінка збільшена. На четвертий тиждень хвороби стан хворого поступово покращується: знижується температура тіла, зменшуються явища загальної інтоксикації, покращується сон, зменшується головний біль, з'являється апетит, але слабкість і адинамія тримається ще досить довго. Після захворювання розвивається імунітет. У деяких хворих після нормалізації температури тіла виникає рецидив хвороби, тобто знову з'являються характерні для черевного тифу симптоми. Перебіг рецидиву майже завжди легший, ніж первинне захворювання [4.–С.241-252; 11.–С.56-60; 14.–С.86-114].

Із спогадів відомо, що у Т.Шевченка в другій половині вересня 1845 року під час відвідань родичів у Кирилівці була гарячка. Зі слів самого Т.Шевченка у жовтні 1845 року їдучи з Хорола він "страшно простудився" і якийсь час перебував хворим у Миргороді, де не міг отримати лікарську допомогу, тому змушений був приїхати у Переяслав до А.Козачковського. Спогади А.Козачковського були надруковані в 1875 році, через тривалий

час після самих подій. Лікувався поет у А.Козачковського тричі: до жовтня 1845, до та після переїзду у В'юнище. Спершу перебіг хвороби, мабуть, був не важким, а на фоні лікування було відмічене покращення, що дозволило у службових справах поїхати у Київ, а на час ремонту будинку переїхати пацієнту у В'юнище. Під час перебування поета у лікаря, правда не уточнено в який період, недивлячись на хворобу, а може саме як її прояв, відмічена збудливість (жартував із відвідувачами А.Козачковського одночасно пишучи вірші), підвищена працездатність. В двадцятих числах грудня було відмічене погіршення стану здоров'я Т.Шевченка, що змусило А.Козачковського забрати його до себе в Переяслав під особистий нагляд. Під час другого періоду хвороби поет пише вірш "Як умру, то поховайте" ("Заповіт"). Чи було це одне захворювання з рецидивуючим перебігом, а чи різні, лікар А.Козачковський не повідомляє.

Немає ніяких сумнівів у тому, що у XIX ст. більша частина хворих переносила тифи в типовій, навіть в класичній формі. У XIX ст. черевний тиф розрізняли за основними симптомами: типовий перебіг лихоманки (поступове чи раптове підсилення, тривалість), збільшення селезінки і за тифозною розеолою. Головною відмінністю черевного тифу від висипного є характер висипання. Лихоманка при висипному тифі на відміну від черевного характеризується швидким початком, внаслідок чого нерідко бувають дрижаки, за якими настає значний жар, так що на перший і обов'язково на другий вечір температура досягає 40°C та вище (максимум часто на вечір другого чи третього дня). Лихоманка закінчується кризом. Тривалість лихоманки 11-14 днів. При поворотних лихоманках перший приступ закінчується звичайно на 5-7 день. Перебіг черевного і висипного тифів мають багато спільних симптомів, але при черевному тифі вони проявляються і розвиваються на фоні пригнічення центральної нервової системи. Хворі черевним тифом апатичні, байдужі до оточуючих. Картину поведінки з пригніченням стану психіки хворого, характерні висипання, завершує блідість шкірних покривів при достатньо високій температурі тіла, що завжди звертало увагу лікарів. При висипному тифі симптоми інтоксикації розвиваються навпаки на фоні більше чи менше вираженого збудження центральної нервової системи. Це проявляється перш за все ейфорією і певною неадекватністю поведінки. Нездивлячись на погане самопочуття, лихоманку і різку слабкість, хворі привітні, говірливі, цікавляться оточуючим,



хоча і швидко відвертають увагу, нерідко жартують, перебивають лікаря та оточуючих, демонструють “вихор ідей” і т.п. Коли ж до цього опису розладу центральної нервової системи додати ще “червоні очі на червоному обличчі”, то загальний вид пацієнта із висипним тифом уявляється дуже характерним і відрізняється від зовнішнього виду хворого черевним тифом. Що стосується екзантем при обох тифах, то основним їх елементом є розеола. Особливістю висипань при висипному тифі є одноманітність появи і виражений поліморфізм, паралельно з розеолами виявляються первинні і вторинні петехії, які дуже характерні для цього захворювання, висипання завжди багаті. При черевному тифі висипання, як правило, бідне, не кидається в очі, його елементи треба шукати. На відміну від висипань при висипному тифі, екзантеми при черевному тифі мають властивість “підсипати”, що призводить до збільшення їх кількості у порівнянні з попереднім днем. Наявність петехіальних висипань при черевному тифі – крайня рідкість.

Перебіг хвороби, якою хворів Т.Шевченко в 1839 році більше характерний для черевного тифу. На автопортреті 1839 року, виконаного зразу ж після хвороби, бачимо молоду людину з темнорусявим волоссям і низькими бакенбардами, блідим із запалими сумними очима, загостреними рисами обличчям. З характеристики А.Козачковського на автопортреті виконаному, але ще не закінченому саме в грудні 1845 року ми дізнаємося: “...это был портрет, далеко не Т.Г.Шевченко, но портрет народного поэта бойко схваченный в минуту его поэтического вдохновения...” [12.–С.146]. Після перенесеної хвороби збереглися шаржовані начерки автопортретів із поголеною головою та в оксамитовій шапочці, та спогади О.Афаеасьєва-Чужбинського. Якщо зважити на твердження біографів про перенесені Т.Шевченком тифи, приведені числа мандрівки із співставленням перебігу (інкубаційний період, період клінічних проявів,

тривалість реконвалісценції), характерних симптомів (збудження, пропасницю, а потім пригнічення, швидкий лізіс хвороби, поголену голову, блідість в період виздоровлення) – то більше підстав є вважати про перенесений висипний тиф, інфікування яким могло відбутися десь у дорозі з Києва наприкінці листопада 1845 року.

Антибіотиків тоді ще не було, тому етіотропною, тобто направленою проти збудників, терапії провести не могли, а значить пацієнт залишався назавжди носієм збудника. В середині XIX ст. захворювання тифом було досить частим, наприклад ним у 1860 році хворів знайомий Т.Шевченка А.Церетелі. Клінічні прояви висипань із підвищенням температури у більшості випадків об’єднували в один термін “тифозна хвороба”. В той же час клініцисти вже відмічали відмінність в клінічних проявах “тифозної хвороби”, та причини самих захворювань ще не знали. Тільки у 1874 році український вчений Г.Мінх доказав дослідями на собі заразність крові хворих поворотним тифом та вказав на роль кровососучих комах у поширенні висипного і поворотного тифів. Український лікар Й.Мочутковський доказав у 1876 році дослідями, і також на собі, заразність крові хворих висипним тифом та підтвердив досліді Г.Мінха із заразністю крові хворих поворотними тифами та можливість кровососучих комах у передачі цих захворювань. Тільки через тридцять років, у 1909 році французький вчений Ш.Ніколь (Nicolle) прийшов до відкриття, що переносчиком висипно-го тифу є платяна вош, за що був у 1928 році удостоєний Нобелівської премії. Отакий довгий шлях пізнання причин та шляхів передачі збудників досить поширених на той час тифів.

Отже в 1839 році Т.Шевченко, найпевніше, перехворів черевним тифом, а в 1845 році висипним тифом. Зважаючи на історично зумовлену відсутність проведення етіотропної терапії він залишився носієм збудників захворювань, що могло проявлятися рецидивами хвороби.

### Література:

1. Александровский Б.П. История болезни Тараса Шевченко. // Смерть и похороны Т.Г.Шевченко /Документы и материалы/. – К., 1961. – С.13-24.
2. Жур Петро. Шевченківський Петербург. – К.: Дніпро, 1972. – 194 с.
3. Зайцев Павло. Життя Тараса Шевченка. – К.: Мистецтво, 1994. – 352 с.
4. Казанцев А.П., Матковский В.С. Справочник по инфекционным болезням. – М.: Медицина, 1985. – С.241-259.
5. Коваленко Петро. Серце моє трудне, що в тебе болить...? (Захворювання і смерть Т.Г.Шевченка з погляду сучасної медицини). – Чернівці, 2000. – 60 с.
6. Коломійченко М., Горленко В. У колі друзів. – К.: Дніпро, 1982. – 109 с.
7. Кониський Олександр. Тарас Шевченко-Грушівський. Хроніка його життя. – К.: Дніпро, 1991. – 702 с.
8. Марцінковський І.Б. Верифікація хвороби, перенесеної Т.Г.Шевченком у молодому віці. // Лікарська справа. Врачебное дело. – 2005. – №7. – С.87-89.
9. Русский инвалид. – 1847, 30 июня.

10. Спогади про Тараса Шевченка. – К.: Дніпро, 1982. – 547 с.  
 11. Справочник по дифференциальной диагностике инфекционных болезней.  
 Билибин А.Ф., Богданов И.Л., Богачик Л.И. т др. под ред. Фролова А.Ф., Угрюмова Б.Л., Тринуса Е.К. – К.: Здоров'я, 1983. – 216 с.  
 12. Шевченко Т.Г. Біографія. – К.: Наукова думка, 1984. – 558 с.  
 13. Шевченко Тарас. Твори в п'яти томах. – К.: Дніпро, 1985. – Т.4. – С.236.  
 14. Шувалова Е.П. Ошибки в диагностике инфекционных болезней. – Л.: Медицина, 1985. – 262 с.

## РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТИФАМИ У Т.ШЕВЧЕНКО

*И.Б.Марцинковский* (Николаев)

В шевченковедческой литературе по-разному интерпретируются перенесенные в 1839 и 1845 годах заболеваний поэтом-художником тифами. В статье проведена дифференциальная диагностика перенесенных Т.Шевченко тифов на основании известных клинических данных и современного уровня медицинских знаний.

## THE RETROSPECTIVE DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF T.SHEVCHENKO'S TYPHUS CASES

*I.B.Martsinkovsky* (Mykolaiv)

Typhus had by the poet-painter in 1839 and 1845 is construed different ways in the Shevchenko scholarship literature. In the article the differential diagnostics of typhus had by T.Shevchenko was made on the grounds of the well-known clinical data and the modern level of medical knowledge.

## ЮВІЛЕЇ

**Я. ГАНІТКЕВИЧ**

## ЦІБОРОВСЬКИЙ ОЛЕГ МИХАЙЛОВИЧ

(До 75-річчя від дня народження)

**Кандидат медичних наук, професор кафедри управління охороною здоров'я, завідувач відділу Українського інституту громадського здоров'я, український громадський діяч.** Народився 15 жовтня 1932 року в м. Києві в сім'ї лікарів Михайла Миколайовича і Євгенії Никифорівни (з козацького роду Лакиз). 1950 р. закінчив школу із золотою медаллю і вступив на педіатричний факультет Київського медичного інституту. Після закінчення інституту 1956 р. був направлений на роботу завідувачем будинку дитини, де виховувались діти від народження до 3 років, у селі Мрині Чернігівської області. Одночасно працював педіатром і терапевтом, а фактично лікарем загальної практики у Мринській дільничній лікарні. У зв'язку з

ліквідацією будинку дитини був призначений головним лікарем дільничної лікарні. Після повернення до Києва працював виїзним лікарем станції швидкої допомоги. Паралельно працював терапевтом, лікарем електрокардіографічного кабінету, завідувачем медпункту. З 1964 р. працював в Українському НДІ охорони материнства і дитинства (нині Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України) – спочатку молодшим, потім старшим науковим співробітником науково-організаційного відділу.

1971 р. у Вінницькому медичному інституті захистив кандидатську дисертацію на тему "Вплив соціальних чинників на здоров'я школярів молодших класів", яка була одним з перших конкретних соціально-гігієнічних досліджень після відновлення соціальної гігієни в нашій країні і одержала високу оцінку фахівців. 1975 р. був переведений на

викладацьку роботу до Київського медичного інституту на посаду старшого викладача кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я і Республіканських курсів підвищення кваліфікації керівного складу охорони здоров'я України. У 1981 р. повернувся на роботу в Інститут педіатрії, акушерства та гінекології, де створив відділення соціально-гігієнічних проблем здоров'я дітей та матерів і очолив його.



Основними напрямками наукової роботи було вивчення стану здоров'я дітей шкільного і дошкільного віку, вагітних жінок та їхнього потомства залежно від впливу умов життя та інших соціальних чинників; опрацювання рекомендацій, спрямованих на удосконалення організації медичної допомоги дітям та матерям, збереження і зміцнення їхнього здоров'я; удосконалення організаційних форм і методів диспансеризації дітей та жінок; розробка і впровадження АСУ в охороні здоров'я. Починаючи з 1985 року, почав займатися проблемами реформування системи охорони здоров'я, обґрунтуванням державної політики і стратегії в цій галузі, її правовим забезпеченням. У 1986 р. до цих напрямків додалось вивчення медичних наслідків аварії на ЧАЕС. З метою інформації світової громадськості у 1993-1994 рр. відвідав Туреччину (Анкара), Францію (Париж, Страсбург) і Швейцарію (Базель, Цюрих, Женева), де виступав з лекціями про наслідки Чорнобильської катастрофи.

1994 р. був запрошений на посаду професора кафедри управління охороною здоров'я Інституту державного управління і самоврядування при КМУ (нині Українська Академія державного управління при Президентові України). Продовжував роботу з підвищення власної кваліфікації на міжнародних семінарах з планування і управління, економіки і фінансування охорони здоров'я, медичного страхування, дидактики післядипломної освіти, пройшов стажування за фахом у Міжнародній школі управління охороною здоров'я в Братиславі (Словаччина) і в Школі управління охороною здоров'я медичного факультету Торонтського університету (Канада).

Після відновлення Українського інституту громадського здоров'я у 1997 р. перейшов до нього на посаду завідувача відділення національних та регіональних програм реформування галузі. Основними напрямками наукової роботи залишається обґрунтування державної політики і стратегії у сфері охорони здоров'я та опрацювання програм реформування і розвитку галузі, особливо науково-методичне забезпечення пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, обґрунтування реструктуризації медичної допомоги, раціоналізація спеціалізованої і стаціонарної допомоги, а також удосконалення медичного обслуговування сільського населення. Опрацював серію проектів програм реформування охорони здоров'я. Результати робіт були опубліковані у понад 200 друкованих наукових і публіцистичних працях, у т.ч. в 15 монографіях і посібниках.

У 1990-1994 рр. він був обраний депутатом Шевченківської районної Ради м. Києва, а в 1994-1996 рр. – членом її виконавчого комітету, очолював у районній Раді депутатську групу Демократичного блоку України. Брав активну участь у екологічному та національно-визвольному русі, створенні і діяльності Екологічної асоціації “Зелений світ”, Товариства української мови “Просвіта”, Народного Руху України, Конгресу української інтелігенції, Товариства “Меморіал”, був учасником з'їздів цих організацій, членом Національної ради Конгресу української інтелігенції і головою його районної організації та членом районних проводів інших громадсько-політичних організацій, очолював об'єднання національно-демократичних сил. У 1989 р. був одним із засновників і членом правління Всеукраїнського лікарського товариства, а

потім і Світової федерації українських лікарських товариств, головою Комісії у справах реформи охорони здоров'я, організатором секції "Охорона здоров'я і медицина" II і III Всесвітніх форумів українців. Як член Української народної партії і ОУН є учасником виборчих компаній, громадсько-політичних акцій, в т.ч. Помаранчевої революції, автором політичних заяв і публікацій. Нагороджений 2 медалями, значком "Відмінник охорони здоров'я", почесними грамотами МОЗ України.

Дружина Ольга Іванівна, 1932 р.н., лікар-фтизіопедіатр вищої категорії, вчилась і працювала разом з чоловіком на селі, а потім більше 40 років була ординатором, зав. відділення, заступником головного лікаря дитячого туберкульозного санаторію. Дочка Ірина, 1956 р.н., кандидат історичних наук, старший науковий співробітник Національної бібліотеки ім. В.І. Вернадського. Син Ярослав, 1965 р.н., лікар-педіатр і ендоскопіст першої категорії, працює в 1 дитячій клінічній лікарні м. Києва. Онучка Богдана Римарович, 1984 р.н.. студентка 3-го курсу Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. Онук Павло, 1996 р.н., учень 3-го класу.

Захоплення всієї сім'ї – історія, етнографія, політологія, мовознавство, література. Три покоління сім'ї зібрали одну з найбільших бібліотек, яка налічує більше 10 тис. томів, серед яких є унікальні енциклопедичні видання, книги з українознавства, історії України та Києва, географії, мистецтвознавства.

**Праці:** Влияние некоторых социальных факторов на состояние здоровья школьников младших классов: Дис...канд. мед. наук –

Винница, 1971; Организация диспансерного наблюдения за детьми в общеобразовательных школах. – К., 1974; Охорона здоров'я дітей в Українській РСР (англ. мовою). – К., 1987 (співавт.); Пути совершенствования диспансеризации женщин и детей с применением ЭВМ // Педиатрия. – 1986. – №4 (співавт.); Шляхи реалізації нової концепції системи охорони здоров'я України // Вісн. ВУЛТ. – 1990. – №2; Здоровье матери и ребенка (энциклопедия). – К., 1992 (співавт.); Основы державної політики України в галузі охорони здоров'я // Укр. мед.вісті. – 1997. – №1; Охорона здоров'я в Україні: проблеми и та перспективи. – Тернопіль, 1999 (співавт.); Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №1 (співавт.); Програма реформування системи охорони здоров'я і перспективи її реалізації / Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №2 (співавт.); Створення системи захисту прав пацієнтів в Україні // Донори для охорони здоров'я України: Матеріали міжнар. конф. – К., 1999; Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини: інструктивно-методичні матеріали для сімейного лікаря. – К., 2001 (співавт.); Панорама охорони здоров'я населення України. – К.: Здоров'я, 2003 (співавт.); Організаційно-методичні аспекти перерозподілу обсягів медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного та третинного рівнів в умовах переходу до сімейної медицини. – Київ-Луганськ, 2003 (співавт.) та інші.

### Література:

Віленський Ю.Г., Мовчанюк В.О. Життя як спалах і урок // Ваше здоров'я. – 2002. – 8-14 листоп. – № 43 (669).

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

**Тематична спрямованість журналу:** питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти; організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я; міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

**Правила подання матеріалу для опублікування:**

• Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 60 у.о. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, **прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:  
• тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій – не більше ніж 7 с.);

• списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50), **літературні джерела, узяті з Internet, не зраховуються;**

• 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 програмі 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 клейці: 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@uiph.kiev.ua

---

**Адреса видавництва**

282001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1  
Видавництво “Укрмедкнига” Тернопільського державного медичного університету  
ім. І.Я.Горбачевського  
телефон (0352) 52-44-92, 52-47-73, 52-14-64  
Розрахунковий рахунок видавництва №35307312101 в Нац. банку м. Тернополя МФО 338415  
Код ЄДРПОУ 23587539  
для зарахування Тернопільського медичного університету на рахунок 07060223000067/1  
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”

---

Редактор О.М. Ратаніна  
Художнє оформлення О.Г. Головіна  
Коректор О.М. Ратаніна  
Технічний редактор С.Т. Демчишин  
Комп’ютерна верстка О.І. Пухальська  
Перекладачі Н.Т. Кучеренко

---

Підписано до друку 16.11.2007. Формат 60x84/8. Папір офсетний.  
Друк офсетний. Ум. друк. арк 18,83. Обл.-вид. арк. 18,27. Наклад 300. Зам. № 161.