

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

1

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

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

Київ — Тернопіль
“Укрмедкнига”
2008

Свідоцтво про державну реєстрацію серія КВ № 374 від 23.03.99

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **Г.О. Слабкий**

Ю.В.Вороненко, О.М.Голяченко (*відповід. редактор*), Л.Я.Ковальчук,
О.Р.Ситенко (*заст. головного редактора*), Б.П.Криштопа, О.Ю.Майоров,
В.Ф.Москаленко, 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.Картиш (*Київ*), В.О.Колоденко (*Одеса*),
З.М.Парамонов (*Житомир*), А.Ю.Романенко (*Київ*), Л.А.Чепелевська (*Київ*)

Журнал включено до Переліку №1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук (додаток до Постанови Президії ВАК України від 09.06.99 №1-05/7)

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту громадського здоров'я
(протокол №66 від 12.02.2008)*

Передплатний індекс – 22867

Здоров'я і суспільство

О.Г. Процек, В.З. Свиридчук, В.Й. Шатило. Коефіцієнт поєднання як кількісна характеристика синтропії, дистропії та інтерференції поєднаних захворювань.

Л.А. Устінова, М.І. Хижняк, О.Г. Смірнов, М.Д. Кошіль, С.М. Щепанков. Характеристика спалахової захворюваності на гострі кишкові інфекції в Збройних силах України при переході до комплектування військовослужбовцями за контрактом.

В.Й. Шатило, А.І. Островська, В.З. Свиридчук, А.М. Чугрієв. Епідемічна ситуація щодо парентеральних вірусних гепатитів В і С у Житомирській області.

А.А. Кожокару, М.І. Хижняк, А.М. Волкова. Аналіз ґрунтів і захворюваності на правець по адміністративно-територіальних одиницях (областях) України.

М.В.Гребеник. Алгоритм діагностики хронічного обструктивного захворювання легень у хворих на гострий інфаркт міокарда

Організація медичної допомоги

В.М. Лехан, О.Л. Зюков. Порівняльна оцінка задоволеності персоналу якістю медичного обслуговування онкологічних хворих у хірургічних стаціонарах.

В.А. Залевська. Особливість ортопедичного лікування хворих на посттравматичний сіалоаденіт великих слюнных залоз.

В.І. Клименко. Організація комплексного спостереження за психоемоційним станом кардіологічних хворих.

М.В. Розуменко, В.Г. Шутурмінский. Порівняльна характеристика методів профілактики і лікування ускладнень при користуванні незнімними мостовидними конструкціями зубних протезів.

А.О.Голяченко. Організація медичної реабілітації в поліклінічних умовах

В.Л. Смірнова. Соціальні контрасти здоров'я повних і неповних сімей

Доказова медицина

Г.О. Слабкий, О.О. Дудіна, О.А. Валієв. Стан і проблеми розробки клінічних протоколів з акушерської, гінекологічної та неонатологічної допомоги.

Health and society

O.G. Protsek, V.Z. Sviridyuk, V.Ji. Shatylo. Factor of combination as quantitative characteristic of syntropy, dystropy and interference of combined diseases.

L.A. Ustinova, M.I. Khizhnyak, O.G. Smirnov, M.D. Koshil, S.M. Schepankov. Outbreaks of the acute intestinal infections in the armed forces of Ukraine during the transitional period leading to a contract army structure.

V.Ji. Shatilo, A.I. Ostrovskaya, V.Z. Sviridyuk, A.M. Chugriev. Epidemic situation on parenteral virus hepatitis B and C in Zhitomir area.

A.A. Kozhokaru, M.I. Hizhnyak, A.M. Volkova. The analysis of soils and diseases a tetanus on administrative and territorial units (regions) of Ukraine.

M.V.Hrebenyk. Algorithm for diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in patients with acute myocardial infarction

Organization of medical care provision

V.M. Lehan, O.L. Zyukov. Comparative estimation of satisfaction of medical personnel by quality of medical service of oncologic patients in surgical hospitals.

V.A. Zalevs'ka. Feature of orthopedic treatment of patients which suffer on posttraumatic sialoadenit of big salivary glands.

V.I. Klimenko. The management of complex observation for the psychoemotional state of patients with cardiovascular diseases.

M.V. Rozumenko, V.G. Shuturmynsky. The comparative characteristic of methods of preventive maintenance and treatment of complications when a person uses in the form of bridge designs of dentures and can't be taken off.

A.Golyachenko. Organization of medical rehabilitation is in the terms of policlinics.

V.L. Smirnova Social contrasts of health in complete and incomplete families

Demonstrative medicine

G.O. Slabky, O.O. Dudina, O.A. Valiev. Condition and problems of development of clinical reports from obstetrics, gynecology and neonatology.

5

14

16

19

22

25

32

37

42

45

49

52

Науковий огляд літератури

А.В. Якобчук. Складнощі та невдачі при комплексному лікуванні ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (огляд літератури).

56

Телемедицина та інформатизація галузі

А.В. Владзимирський. Характеристика пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю, яких направляють на телемедичне консультування.

61

Історія медицини

О.М. Ціборовський. Розвиток гігієнічної науки в Україні як основа становлення соціальної медицини.

67

І.Ю. Король, В.В. Дем'яненко, С.Ю. Волченко, І.І. Полюх. Юрій Вороний: громадянин, хірург, вчений. (до 75-річчя першої в світі трансплантації нирки людині)

71

Scientific review of literature

A.V. Yakobchuk. Complexities and failures at complex treatment HIV-INFECTED and patients with AIDS (the review of the literature).

Telemedicine and information of sphere

A.V. Vladzimirskyy. Characteristic of the patients referred to telemedicine consultations in traumatology and orthopaedics.

History of Medicine

O.M. Tsiborovsky. Development of a hygienic science in Ukraine as a basis of becoming of social medicine.

I.Yu. Korol, V.V. Demyanenko, S.Yu. Volchenko, I.I. Polyuh. George Voronij: Sitizen, surgeon, scientist (to 75-years of the first transplantation ren to the man in the world)

О.Г. ПРОЦЕК, В.З. СВИРИДЮК, В.Й. ШАТИЛО (Житомир)

КОЕФІЦІЄНТ ПОЄДНАННЯ ЯК КІЛЬКІСНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИНТРОПІЇ, ДИСТРОПІЇ ТА ІНТЕРФЕРЕНЦІЇ ПОЄДНАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Житомирський інститут медсестринства

Сьогодні клінічний перебіг більшості хвороб має дві основні особливості – агресивність процесу та поліморбідність [1;6].

Вважається, що поліморбідність є наслідком впливу урбанізації, надмірної індустріалізації, забруднення довкілля ксенобіотиками, рукотворних змін клімату, поглиблення соціального розшарування суспільства, безпрецедентної інтенсивності міграційних процесів, неправильного способу життя (зловживання алкоголем, паління, наркоманія), бездуховності і легковажної поведінки людей, яка сприяє передачі статевим і парентеральними шляхами низки венеричних і соматичних хвороб, таких як вірусний гепатит, хламідіоз, СНІД, хелікобактерна та *Torch*-інфекції [5].

Цьому ж прислужилися недостатня кваліфікація лікарів та їх надмірне захоплення медикаментозними засобами лікування, які досить часто провокують виникнення ятрогенних захворювань та ускладнень набагато тяжчих за ті, з приводу яких ліки призначались.

В Україні до цього долучилася безпрецедентна за масштабами довгострокових негативних наслідків екологічна катастрофа – радіонуклідне забруднення довкілля внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Прооксидантна дія іонізуючого випромінювання інкорпорованих радіонуклідів призводить до мультиорганної патології.

Така різнобарвна палітра етіологічних чинників спричиняє одночасне пошкодження кількох органів і систем – мультиорганність уражень, що за Міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду (МКХ-10) закономірно трансформується в діагноз, який включає кілька нозологічних одиниць – поліморбідність.

Поліморбідність перетинає відразу кілька вузьких спеціальностей і потребує нового, інтегративного підходу для її подолання. Важливого значення в зв'язку з цим набувають поняття синтропії, дистропії та інтерференції хвороб.

Синтропія характеризується наявністю двох або більше патогенетично пов'язаних хвороб, які сприяють виникненню одна одній.

Дистропія – закономірно рідкісне або неможливе поєднання деяких хвороб в одному організмі, коли наявність однієї гальмує виникнення іншої.

Інтерференція – вплив одного захворювання на перебіг іншого як незалежних процесів, що розвиваються паралельно.

Сьогодні ці поняття використовуються для якісної характеристики поєднаних захворювань, оскільки кількісної міри розмежування синтропії, дистропії та інтерференції не запропоновано.

З появою великих масивів даних на електронних носіях, так званих реєстрів, відкриваються нові перспективи дослідження взаємозв'язків між хворобами [2–4].

Зокрема, повний реєстр подушної захворюваності на рівні району чи області дає змогу аналізувати характер поєднання захворювань, оскільки протягом певного періоду в кожного пацієнта можуть бути зареєстровані всі діагнози за датою встановлення, прізвищем та фахом лікуючого лікаря, місцем встановлення (стаціонар, районна поліклініка, амбулаторія сімейного лікаря) та іншими показниками (вік, стать, місце проживання тощо), а сам реєстр на електронних носіях є зручним для його аналізу за допомогою комп'ютерних програм.

Мета роботи – розробити та апробувати новий показник для характеристики захворюваності у поліморбідних пацієнтів – коефіцієнт поєднання як кількісної міри та розмежування понять синтропії, дистропії та інтерференції хвороб у числовому вираженні.

Для досягнення мети використано методи математичного моделювання та комп'ютерного програмування.

Джерелом інформації слугувала комп'ютерна база даних Житомирського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики щодо повного обліку протягом 2002–2006 рр. 462131 уточненого діагнозу у 142,7 тис. жителів Коростенського, Овруцького та Олевського районів Житомирської області. Вибір саме цих районів зумовлений тим, що в них протягом останніх п'яти років накопичено дані суцільної

подушної реєстрації захворюваності на електронних носіях, доступні для математичного аналізу за допомогою комп'ютерних програм.

Результати дослідження та їх обговорення. У таблиці 1 наведено питому вагу різних класів хвороб. У структурі захворюваності перші 3 сходинки за частотою посіли: хвороби системи кровообігу, дихальної системи та органів травлення.

Вікову характеристику захворюваності чоловіків і жінок подано в таблиці 2.

Крім гендерної та вікової характеристики, подібні таблиці, незважаючи на вражаючі великі цифри, якими маніпулює комп'ютерна програма аналізу, можна легко отримати і для інших показників, зокрема, для характеристики перебігу та наслідків конкретних захворювань.

Таблиця 1. Питома вага різних класів хвороб

Клас хвороб	Рубрика хвороб згідно з МКХ-10	Назва класу	Кількість випадків, абс.	Питома вага у % до підсумку
I	A 00 – B99	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2914	2,0±0,02
II	C 00 – D 48	Злоякісні новоутворення	2666	0,6±0,01
III	D 50 – D 89	Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	8840	1,9±0,02
IV	E 00 – E 90	Ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин	29396	6,4±0,03
V	F 00 – F 99	Розлади психіки та поведінки	244	0,005±0,001
VI	G 00 – G 99	Хвороби нервової системи	16658	3,6±0,03
VII	H 00 – H 59	Хвороби ока та придаткового апарату	8836	1,9±0,02
VIII	H 60 – H 95	Хвороби вуха та соскоподібного відростка	20619	4,5±0,03
IX	I 00 – I 99	Хвороби системи кровообігу	113582	24,6±0,06
X	J 00 – J 99	Хвороби дихальної системи	79982	17,3±0,06
XI	K 00 – K 93	Хвороби органів травлення	51210	11,1±0,05
XII	L 00 – L 99	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	13819	3,0±0,03
XIII	M 00 – M 99	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	45918	9,9±0,04
XIV	N 00 – N 99	Хвороби сечостатевої системи	27129	5,9±0,03
XV	O 00 – O 99	Вагітність, пологи та післяпологовий період	4122	0,9±0,01
XVI	P 00 – P 96	Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	772	0,2±0,007
XVII	Q 00 – Q 99	Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	1558	0,3±0,008
XVIII	R 00 – R 99	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	6658	1,4±0,01
XIX	S 00 – T 98	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	20905	4,5±0,03
XX	V 01 – Y 99	Зовнішні причини захворюваності та смертності	26	0±0
XXI	Z 00 – Z 99	Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я	19	0±0

Для аналізу взаємозв'язків (синтропії, дистрофії та інтерференції) між нозологічними одиницями в поліморбідних пацієнтів за нашою участю розроблено спеціальну комп'ютерну програму Polygon. Вона дає змогу визначити коефіцієнт поєднання хвороб.

Коефіцієнт поєднання показує, у скільки разів частота супутньої основному захворюванню хвороби більша при основному захворюванні (у нашому дослідженні – при хронічному панкреатиті (ХП), ніж частота цієї нозологічної одиниці у загальній популяції.

Коефіцієнт поєднання (K_n) вираховується за формулою:

$$K_n = \frac{C \times H}{C_3 \times O}$$

де C – кількість випадків супутнього захворювання виявлених протягом року при основному захворюванні; H – кількість населення; C_3 – кількість випадків супутнього захворювання в загальній популяції; O – кількість випадків основного захворювання, виявлених протягом року.

Наприклад, у районі з населенням 40 тис. протягом року зареєстровано 200 випадків ХП ($O =$

Таблиця 2. Вікова структура загальної захворюваності чоловіків і жінок

Віковий інтервал	Кількість випадків захворювання	Чоловіки		Жінки		P
		абс.	%	абс.	%	
0–9	48247	24626	51,0±0,23	23621	49,0±0,23	<0,01
10–19	81918	38412	46,9±0,17	43506	53,1±0,17	>0,01
20–29	31615	13210	41,8±0,28	18405	58,2±0,28	<0,01
30–39	38437	15957	41,5±0,25	22480	58,5±0,25	<0,01
40–49	52301	21332	40,8±0,22	30969	59,2±0,22	<0,01
50–59	54663	20778	38,0±0,21	33885	62,0±0,21	<0,01
60–69	70039	24445	34,9±0,18	45594	65,1±0,18	<0,01
70–79	62993	23134	36,7±0,19	39859	63,3±0,19	<0,01
80–89	20284	6960	34,3±0,33	13324	65,7±0,33	<0,01
90–99	1634	442	27,1±1,10	1192	72,9±1,10	<0,01
Усього	462131	189296	41,0±0,07	272835	59,0±0,07	<0,01

Примітка. P – вірогідність різниці між питомою вагою чоловіків і жінок

200) і 2000 випадків гастриту ($C_3 = 2000$). Серед 200 хворих на ХП гастрит спостерігався в 10 хворих ($C = 10$). За цієї умови коефіцієнт поєднання буде дорівнювати 1,0. Тобто:

$$K_n = C \times H / C_3 \times O = 10 \times 40000 / 200 \times 2000 = 1,0$$

Якби гастрит спостерігався у 20 хворих на ХП ($C = 20$), тоді коефіцієнт поєднання становив би $20 \times 40000 / 200 \times 2000 = 2,0$.

Коефіцієнт поєднання може бути і меншим за одиницю. Наприклад, у районі протягом року зареєстровано 200 випадків ХП ($O = 200$) і 2000 випадків гастриту ($C_3 = 2000$). Серед 200 хворих на ХП гастрит спостерігався в п'яти хворих ($C = 5$). За цієї умови коефіцієнт поєднання буде дорівнювати 0,5. Тобто $5 \times 40000 / 200 \times 2000 = 0,5$. І це означатиме, що гастрит спостерігається при ХП з меншою частотою, ніж у загальній популяції. Тобто при ХП один випадок приходить на 40 хворих. У загальній популяції хронічний гастрит зустрічається в одного пацієнта із двадцяти, $2000 / 40000 = 1/20$, тобто в 2 рази частіше, ніж при панкреатиті.

Коефіцієнт поєднання дорівнює одиниці, коли частота супутньої хвороби зустрічається при іншій хворобі, яка вважається основною, з такою ж частотою, як і в загальній популяції. Коефіцієнт поєднання $>1,0$, коли супутня хвороба зустрічається при іншій хворобі, яка вважається основною, з більшою частотою, ніж у загальній популяції. Нарешті, коефіцієнт поєднання $<1,0$, коли супутня хвороба зустрічається при іншій хворобі, яка вважається основною, з меншою частотою, ніж у загальній популяції.

Дотепер поняття синтропії, дистропії та інтерференції залишалися якісними характеристиками через відсутність їх кількісного виміру і чіткого розмежування. Запропонований нами показник – коефіцієнт поєднання виступає як числовий ступінь закономірності поєднання хвороб. Він показує, у скільки разів супутня хвороба зустрічається частіше при основній хворобі, ніж

серед населення. Якщо супутня хвороба спостерігається при основній з тією ж частотою, що й серед населення, то тоді коефіцієнт поєднання дорівнює 1,0. Наприклад, у районі з чисельністю населення 100 тис. протягом року зареєстровано 1000 хворих на ХП. У 50 з них спостерігалось поєднання ХП і пептичної виразки дванадцятипалої кишки (ПВДК). В тому ж районі одночасно зареєстровано 5000 хворих з ПВДК. Відношення $50/1000 = 0,05$ показує частоту ПВДК при ХП. Відношення $5000/100000 = 0,05$ показує частоту ПВДК у загальній популяції. Вони рівні, тому коефіцієнт поєднання в такому разі дорівнює $0,05/0,05 = 1,0$. Це – типовий випадок інтерференції.

Постає питання: де та межа, коли інтерференція переходить у синтропію чи дистропію?

В медицині “мимовільно” установилась 95-відсоткова межа норми. Це рівнозначно величині ймовірності, що становить 0,95. Оскільки захворювань двоє, то їх ймовірності перемножуються: $0,95 \times 0,95 = 0,9125$. Легко перекопатись, що із збільшенням ймовірності правильного діагнозу, добуток їхніх ймовірностей також збільшується і наближається до одиниці. Наприклад, при ймовірності неправильного діагнозу для двох захворювань в 1% він становить: $0,99 \times 0,99 = 0,9801$. Відповідно, при 100% правильності діагностики добуток ймовірностей дорівнює 1,0.

Оскільки в медицині 95-відсоткова ймовірність вважається прийнятною, то й нижньою межею коефіцієнта поєднання для інтерференції є його величина, що становить $0,95 \times 0,95 = 0,9125$. Величина коефіцієнта поєднання менша за 0,91 свідчить, що при 95-відсотковій ймовірності правильного діагнозу двох супутніх хвороб вони поєднуються не за принципом інтерференції, а дистропії.

Відповідно, на таку ж величину коефіцієнт поєднання при інтерференції відхиляється і у бік збільшення: $1,0 - 0,9125 = 0,0875$; $1,0 + 0,0875 = 1,0875$.

Таким чином, коефіцієнт поєднання при інтерференції хвороб лежить у межах $>0,91$ і $<1,09$.

Відповідно, при поєднанні патогенетично взаємопов'язаних хвороб (при синтропії) коефіцієнт поєднання – $>1,09$, при дистропії – $<0,91$.

Згідно з результатами аналізу, на 6203 випадки ХП зареєстровано 29275 випадків супутніх

панкреатиту хвороб, що становить у середньому $4,72 \pm 0,11$ випадку супутніх захворювань на один випадок ХП. У таблиці 3 наведено розподіл перших 23 супутніх ХП хвороб від усіх зареєстрованих програмою Polygon захворювань.

Таблиця 3. Коефіцієнт поєднання супутніх хвороб при хронічному панкреатиті

Супутнє захворювання	Рубрика за МКХ-10	Кількість випадків супутніх хвороб		Коефіцієнт поєднання
		при ХП	у загальній популяції	
ПХЕС	К 91.5	102	147	$16,0 \pm 0,15$
ЖКХ	К 80.0-К 80.1	472	1049	$10,3 \pm 0,34$
Синдром післяопераційного (оперованого) шлунка	К 91.1	14	38	$8,47 \pm 0,06$
Хронічний холецистит	К 81.1	3482	9924	$8,10 \pm 0,63$
Рефлюкс-езофагіт	К 21.0-К 21.9	71	211	$7,74 \pm 0,13$
Гострий панкреатит	К 85.0-К 85.9	13	44	$6,80 \pm 0,06$
Хронічний гепатит	К 73.0- К 73.9	538	2252	$5,49 \pm 0,36$
Хронічний гастрит і дуоденіт	К 29.0-К 29.9	4949	23325	$4,88 \pm 0,51$
Неінфекційний гастроентерит, коліт	К 52.9	93	440	$4,86 \pm 0,15$
ПВШ	К 25.3-К 25.7	206	1058	$4,48 \pm 0,22$
Холангіт	К 83.0- К 83.9	114	613	$4,28 \pm 0,18$
ПВДК	К 26.3-К 26.9	720	3878	$4,27 \pm 0,41$
Ожиріння	Е 66.0-Е 68.9	542	2961	$4,21 \pm 0,36$
Цукровий діабет	Е 10.0-Е 14.9	520	2938	$4,07 \pm 0,35$
Цироз печінки	К 74.0-К 74.9	41	290	$3,25 \pm 0,11$
Артеріальна гіпертензія	І 11.0-І 15.9	3099	28265	$2,52 \pm 0,63$
ІХС	І 20.0-І 25.9	4001	49220	$1,87 \pm 0,61$
Хвороби дихальної системи	J 06.9-J44.9	4664	68418	$1,57 \pm 0,55$
Рак підшлункової залози	С 25.0-С 29.9	3	52	$1,33 \pm 0,03$
Артропатії, остеохондроз хребта та інші остеохондропатії	M 13.9-M 54.5	1762	37885	$1,07 \pm 0,57$
Нетоксичний дифузний і вузловий зоб	Е 04.0-Е 04.2	880	19854	$1,02 \pm 0,44$
Хвороби сечостатевої системи	N 11.9-N 77.9	367	8991	$0,94 \pm 0,30$
Дискінезія жовчового міхура	К 82.0 –К 82.9	239	6677	$0,82 \pm 0,25$
Інші супутні хронічному панкреатиту захворювання	A 00.0-Z 99.9	2383	62816	$0,87 \pm 0,62$
Усього	A 00.0-Z 99.9	29275	462131	$1,46 \pm 0,03$

Коефіцієнт поєднання виявився найвищим при поєднанні ХП і постхолецистектомічного синдрому (ПХЕС). Високим є коефіцієнт поєднання ХП з жовчно-кам'яною хворобою (ЖКХ), хронічним гепатитом, синдромом оперованого шлунка, рефлюкс-езофагітом, хронічним холециститом, холангітом, цирозом печінки, хронічним гастритом, пептичною виразкою шлунка (ПВШ), ПВДК, цукровим діабетом та ожирінням. Для більшості найбільш поширених захворювань, таких як: ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія, гострі та хронічні захворювання дихальної системи, остеоартроз, остеохондроз і т.п., він лежав у межах $0,94-1,87$. Для ХП і раку підшлункової залози (ПЗ) коефіцієнт поєднання становить $1,33 \pm 0,03$. Середня величина коефіцієнта поєднання ХП з іншими хворобами дорівнює $1,46 \pm 0,03$. Це свідчить

про те, що ХП належить до хвороб, які сприяють виникненню інших захворювань у пацієнта. Якби ХП не впливав на виникнення інших захворювань: ні щодо сприяння (синтропія), ні щодо гальмування (дистропія), то його величина мала бути близькою до одиниці.

Для підтвердження істотності запропонованого коефіцієнта для аналізу великих масивів інформації на електронних носіях за допомогою комп'ютерних технологій проведено визначення коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. У таблиці 4 подано рангове місце 35 супутніх захворювань при ХП та у загальній популяції.

Коефіцієнт рангової кореляції $r = +0,77 \pm 0,081$ свідчить про середнього ступеня статистично вірогідну відмінність за ранговою оцінкою між частотою супутніх хвороб при ХП і їхньою частотою в загальній популяції. Тобто між коефіцієн-

Таблиця 4. Вихідні дані та рангова позиція супутніх захворювань при хронічному панкреатиті і в загальній популяції для обрахунку коефіцієнта рангової кореляції

Назва захворювання	Кількість хвороб		Ранг		d	d ²
	при ХП	у загальній популяції	для ХП	для загальної популяції		
ІХС	4001	49220	1	1	0	0
Хронічний холецистит	3482	9924	2	9	7	49
Артеріальна гіпертензія	3099	28265	3	3	0	0
Гастродуоденіт неуточнений	2891	13601	4	7	3	9
ГРВІ верхніх дихальних шлях.	2237	37507	5	2	3	9
Артропатії	1728	15104	6	5	1	1
Остеохондроз хребта	1662	12520	7	8	1	1
Гастрит неуточнений	1411	7110	8	13	5	25
Хронічні обструктивні захворювання легень	1139	9607	9	10	1	1
Нетоксичний диф. і вузл. зоб	880	19854	10	4	6	36
Гострий бронхіт	869	13640	11	6	5	25
ПВДК	720	3878	12	16	4	16
Ожиріння	542	2961	13	20	7	49
Міокардит, кардіоміопатія	530	3396	14	18	4	16
Цукровий діабет	520	2938	15	22	7	49
ЖКХ	472	1049	16	29	13	169
Енцефалопатія неуточнена	465	2942	17	21	4	16
Хр. гепатит неуточнений	431	1115	18	28	10	100
Хвороби передміхур. залози	367	8991	19	11	2	4
Пресбіопія	366	2606	20	25	5	25
Розлади вегетат. нервової с-ми	365	7723	21	12	9	81
Дискінезія жовчного міхура	239	6677	22	14	8	64
Хр. поверхневий гастрит	239	1015	23	30	7	49
Грип	211	4628	24	15	9	81
Хр. атрофічний гастрит	210	578	25	34	9	81
Пневмонія	207	2976	26	19	7	49
Залізодефіцитна анемія	164	3679	27	17	10	100
Міопія	163	2734	28	23	5	25
Цереброваскулярна хвороба	160	1000	29	31	2	4
Лейоміома матки	160	1367	30	27	3	9
Гіперметропія	156	1963	31	26	5	25
Сальпінгіт та оофорит	154	2677	32	24	8	64
Сечо-кам'яна хвороба	129	569	33	35	2	4
Хр. інтерстиціальний нефрит	121	622	34	32	2	4
Холангіт	114	613	35	33	2	4

Примітка. d – різниця номерів рангів, які фігурують у рубриках

тами поєднання і рангової кореляції існує чітка відповідність.

Коефіцієнт поєднання виявився інформативним не лише щодо закономірностей поєднання хвороб. За його допомогою стало можливо перевіряти вплив етіологічних чинників ХП, зокрема алкоголю, який всіма, без винятку, дослідниками визнається основною причиною ХП. У МКХ-10 алкогольна залежність та хвороби і стани, пов'язані з прийомом алкоголю, фігурують у 34 рубриках: Е 52 – алкогольна пелагра; F 10 – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю; F 10.0 – гостра інтоксикація алкоголем;

F 10.1 – вживання алкоголю, пов'язане зі шкодою для здоров'я; F 10.2 – хронічний алкоголізм; F 10.3 – алкогольна абстиненція; F 10.4 – алкогольний делірій; F 10.5 – алкогольні психотичні розлади; F 10.6 – алкогольний амнестичний синдром; F 10.7 – алкогольна деменція; F 10.8 – інші психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю; F 10.9 – неуточнені психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю; G 31.2 – дегенерація нервової системи, викликана алкоголем (алкогольна енцефалопатія); G 40.5 – епілептичні напади, пов'язані з алкоголем; G 62.1 – алкогольна поліневропатія;

G 72.1 – алкогольна міопатія; I 42.6 – алкогольна кардіоміопатія; K 29.2 – алкогольний гастрит; K 70 – алкогольна хвороба печінки; K 70.0 – алкогольна жирова інфільтрація печінки (жирова печінка); K 70.1 – алкогольний гепатит; K 70.2 – алкогольний фіброз і склероз печінки; K 70.3 – алкогольний цироз печінки; K 70.4 – алкогольна печінкова недостатність; K 70.9 – алкогольна хвороба печінки неуточнена; K 86.0 – хронічний алкогольний панкреатит; P 04.3 – ураження плода і новонародженого, зумовлені зловживанням алкоголем матір'ю; Q 86.0 – алкогольний синдром у плода (дисморфія); E 51 – токсична дія алкоголю; X 45 – випадкове отруєння та дія алкоголю; X 65 – навмисне самоотруєння та дія алкоголю; Y 15 – отруєння (вплив) алкоголем, намір невизначений; Y 90 – прояв алкогольного ураження, що визначається вмістом алкоголю в крові; Y 91 – прояв алкогольного ураження, що визначається ступенем сп'яніння.

У таблиці 5 подано коефіцієнт поєднання для тих хвороб та станів, пов'язаних з прийомом алкоголю, які були зареєстровані. Із 34 можливих діагнозів таких було лише 14. На 462,1 тис. випадків звертань зареєстровано 196 випадків діагностики хвороб та станів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Серед них ХП спостерігався в 77 (39,3±3,47%) випадках. Тоді як хронічний

алкогольний панкреатит як окрема нозологічна одиниця зареєстрований у 33 випадках, що становить 0,5±0,09% від усіх випадків ХП. Слід зазначити, що діагноз хвороб, пов'язаних з алкоголем, у тому числі і хронічного алкогольного панкреатиту, встановлюється лише після підтвердження наркологом діагнозу хронічного алкоголізму. Оскільки програма Polygon маніпулює підтвердженими діагнозами, це певною мірою пояснює малу питому вагу хронічного алкогольного панкреатиту серед усієї сукупності хворих на ХП. Але основна причина цього феномену без сумніву полягає в неповній діагностиці хвороб, пов'язаних із алкогольною залежністю. Ця категорія осіб загалом рідко звертається по медичну допомогу, а коли лікар загальної практики, гастроентеролог чи інший фахівець пропонує їм консультацію нарколога, переважна більшість з них відмовляється, тому що лікування хронічного алкоголізму малоефективне, а реєстрація цього діагнозу приводить до істотного обмеження можливостей і прав таких пацієнтів як громадян, зокрема, при виборі професії, працевлаштуванні тощо.

У таблиці 5 звертає на себе увагу високе значення коефіцієнта поєднання ХП з хворобами, пов'язаними із вживанням алкоголю і алкогольною залежністю, що підтверджує значення ал-

Таблиця 5. Коефіцієнт поєднання хронічного панкреатиту з хворобами, пов'язаними із вживанням алкоголю

Захворювання	Рубрика за МКХ-10	Кількість випадків		Коефіцієнт поєднання
		ХП	хвороб, пов'язаних з алкоголем, у загальній популяції	
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, гостра інтоксикація	F 10.0	0	3	0±0
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності – хронічний алкоголізм	F 10.2	11	63	4,01±0,057
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності, абстиненція	F 10.3	0	3	0±0
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності, стан абстиненції з делірієм	F 10.3	3	12	5,75±0,028
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, інші психічні та поведінкові розлади	F 10.8	0	3	0±0
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, разом	F 10.0-F 10.9	14	81	3,98±0,057
Алкогольний гастрит	K 29.2	0	2	0±0
Алкогольна жирова інфільтрація печінки	K 70.0	14	46	7,0±0,061
Алкогольний гепатит	K 70.1	3	4	17,3±0,028
Алкогольний фіброз і склероз печінки	K 70.2	7	13	12,4±0,042
Алкогольний цироз печінки	K 70.3	5	14	8,21±0,036
Алкогольна хвороба печінки, неуточнена	K 70.9	1	3	7,67±0,018
Алкогольна хвороба печінки, разом	K 70.0-K 70.9	30	80	8,63±0,090
Алкогольний панкреатит	K 86.0	33	33	23,0±0,091
Разом усі хвороби, пов'язані з алкоголем	F 10.0-F 10.9 K 29.2 K 70.0-K 70.9 K 86.0	77	196	9,04±0,126

коголю в патогенезі ХП. З іншого боку, це показує обмежені можливості комп'ютерних програм аналізу захворюваності, оскільки аналіз за їх допомогою ґрунтується на зареєстрованих діагнозах і не відтворює повною мірою захворюваності, пов'язаної з вживанням алкоголю та алкогольною залежністю.

Проаналізовано поєднання ХП з хворобами XVII класу (Q 00 – Q 99) – природженими вадами розвитку та хромосомними аномаліями. У загальній популяції на 462131 захворювання зареєстровано 1558 (0,3±0,008%) природжених вад розвитку. Серед них не було жодного ви-

падку муковісцидозу (кістозного фіброзу, рубрикація E 84.0 – E 84.9, згідно з МКХ-10), який патогенетично пов'язаний з панкреатитом. У 21 хворого ХП поєднувався з природженими вадами розвитку. Коефіцієнт поєднання дорівнює 0,31±0,073, що не дає змоги стверджувати про істотну роль спадкових чинників у патогенезі ХП, в усякому разі за даними аналізу комп'ютерною програмою Polygon зареєстрованої захворюваності в досліджуваних районах.

Значно більші можливості надає програма Polygon для вивчення інфекційної етіології ХП (табл. 6).

Таблиця 6. Коефіцієнт поєднання хронічного панкреатиту з хворобами, викликаними інфекційними збудниками

Супутнє захворювання	Рубрика за МКХ-10	Кількість випадків		Коефіцієнт поєднання
		ХП	хвороб, пов'язаних з інфекціями, у загальній популяції	
Кишкові інфекції	A 00.0-A 09.9	15	697	0,49±0,057
Туберкульоз	A 15.0-A 19.9	4	102	0,90±0,031
Гострий вірусний гепатит А	B 15.0-B 15.9	7	336	0,48±0,040
Гострий вірусний гепатит В	B 16.0-B 16.9	1	9	2,56±0,013
Інший гострий вірусний гепатит	B 17.0-B17.9	1	25	0,92±0,013
Хронічний вірусний гепатит	B 18.0-B 18.9	0	10	0±0
Неуточнений вірусний гепатит	B 19.0-B19.9	5	68	1,69±0,036
Інші вірусні, бактеріальні, протозойні, грибові інфекції та паразитарні інвазії	A 00-B 99	52	1667	0,72±0,113
Хронічний персистуючий гепатит	K 73.0	47	133	8,13±0,112
Хронічний активний гепатит	K 73.2	8	20	9,20±0,041
Хронічний холецистит	K 81.1	3482	9924	8,07±0,630
Холангіт	K 83.0-K 83.9	114	613	4,28±0,178
Гострі респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів	J 00.0-J 06.9	2237	37567	1,37±0,609
Грип	J 10.0-J 11.9	211	4628	1,05±0,217
Вірусна пневмонія	J12.0-J 12.9	7	85	1,89±0,040
Бактеріальна пневмонія	J 15.0-J 18.9	201	2891	1,60±0,217
Гострий бронхіт, гостра респіраторна інфекція нижніх дихальних шляхів, неуточнена	J 20.0-J 22.9	869	13640	1,47±0,441
Хронічні обструктивні запальні захворювання легень	J 40.0-J 44.9	1139	9607	2,73±0,488
Хвороби дихальної системи, разом	J 00.0-J 44.9	4664	68418	1,57±0,550
Запальні хвороби сечостатевої системи	N 11.9-N 77.9	367	8991	0,94±0,302
Усі запальні хвороби, пов'язані зі збудниками інфекційної природи	A 00-N 77.9	8767	158945	1,27±0,060

По-перше, за рахунок набагато більшої за кількістю і розмаїттям групи діагнозів, а по-друге, в МКХ-10 є спеціальні рубрики, як, наприклад: B 25.2 – цитомегаловірусний панкреатит; B 26.3 – епідемічно-паротитний панкреатит тощо.

Із 462,1 тис. захворювань хвороби класу I (рубрики A 00 – B 99) – інфекційні та паразитарні хвороби, за даними програми Polygon, становили 2914 (0,6±0,04%). Серед них не зареєстровано жодного випадку в рубриках B 25.2 і B

26.3 – цитомегаловірусний і епідемічно-паротитний панкреатити. На 2914 випадків інфекційних захворювань припадає 85 випадків супутнього ХП, коефіцієнт поєднання дорівнює 0,67±0,126. Крім того, програма Polygon дає змогу вивчати вплив інфекційного чинника за даними інших рубрик хвороб інфекційної етіології, які за МКХ-10 не класифіковані в рубриці A 00 – B 99. Звертає на себе увагу коефіцієнт поєднання ХП менший за одиницю з кишковими інфекціями, гос-

трим вірусним гепатитом А, з іншими вірусними, бактеріальними, протозойними, грибовими і паразитарними інфекціями та інвазіями, за винятком вірусної і бактеріальної пневмонії. Досить високим виявився коефіцієнт поєднання ХП і вірусного гепатиту В, але незначна кількість спостережень робить його маловірогідним. Високим і статистично вірогідним є коефіцієнт поєднання ХП з хронічним холециститом і холангітом.

Окрему групу для аналізу становили випадки поєднання ХП з гастритом, дуоденітом та ПВШ і ПВДК. Ці результати також ґрунтувалися на рубриках МКХ-10, тому виділити і віднести до групи

з інфекційним збудником гастрити хелікобактерної етіології не було змоги, бо ці діагнози в МКХ-10 не виділені в окрему рубрику.

Серед великого розмаїття хвороб органів травлення, які поєднуються з ХП, звертає на себе увагу коефіцієнт поєднання менший за одиницю ($0,82 \pm 0,249$) для ХП і дискінезії жовчового міхура і жовчних шляхів. Для з'ясування причини низького коефіцієнту поєднання ХП з дискінезією жовчового міхура і жовчних шляхів було порівняно захворюваність на них у різних вікових групах серед чоловіків і жінок, жителів міста і села (табл. 7 і 8).

Таблиця 7. Вікова структура захворюваності (в абсолютних цифрах) на хронічний панкреатит чоловіків і жінок, жителів міста і села

Віковий інтервал	Загальна кількість випадків	Чоловіки	Жінки	Місто	Село	Місто		Село	
						чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
0–9	58	22	36	38	20	15	23	7	13
10–19	197	77	120	88	109	29	59	48	61
20–29	167	63	104	64	103	24	40	39	64
30–39	505	200	305	150	355	48	102	152	203
40–49	1042	404	638	337	705	122	215	282	423
50–59	1193	411	782	344	849	110	234	301	548
60–69	1516	444	1072	259	1257	88	171	356	901
70–79	1188	419	769	191	997	78	113	341	656
80–89	324	122	202	62	262	20	42	102	160
90–99	13	2	11	1	12	0	1	2	10
Усього	6203	2164	4039	1534	4669	534	1000	1630	3039

Таблиця 8. Вікова структура хворих на дискінезію жовчового міхура і жовчних шляхів у чоловіків і жінок, жителів міста і села

Віковий інтервал	Загальна кількість випадків	Чоловіки	Жінки	Місто	Село	Місто		Село	
						чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
0–9	1457	683	774	604	853	316	288	367	486
10–19	4902	2190	2712	1640	3262	767	873	1423	1839
20–29	61	33	28	9	52	0	9	33	19
30–39	60	22	38	12	48	4	8	18	30
40–49	58	20	38	15	43	4	11	16	27
50–59	47	14	33	15	32	8	7	6	26
60–69	57	25	32	12	45	6	6	19	26
70–79	25	9	16	3	22	1	2	8	14
80–89	4	2	2	1	3	0	1	2	1
90–99	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Усього	6671	2998	3673	2311	4360	1106	1205	1892	2468

При майже однаковій загальній кількості хворих і схожому розподілі за статевою ознакою та місцем проживання звертає на себе увагу істотна відмінність вікового розподілу пацієнтів. Для ХП це – дорослі хворі віком 40–79 років (виділені в табл. 7 сірим фоном). На дискінезію жовчового міхура і жовчних шляхів, навпаки, хворіють діти і підлітки, переважна кількість пацієнтів була віком до 20 років (виділені в табл. 8 сірим тоном).

Однак це не значить, що між ХП і дискінезією жовчового міхура немає взаємозалежності. Згідно

з теорією ймовірності, якщо дві події А і В є незалежними, то ймовірність складної події, яка включає в себе події А і В, дорівнюватиме добутку ймовірностей подій А і В.

Ймовірність ХП (події А) у нас дорівнює $6203/142700=0,0435$ (кількість діагнозів ХП поділено на кількість населення). Ймовірність дискінезії (події В) дорівнює $6671/142700=0,0467$. Розрахункова ймовірність появи поєднання ХП з дискінезією жовчового міхура становить $A \times B = 0,0435 \times 0,0467 = 0,00203$. Розрахункова

кількість хворих, в яких ХП мав би поєднуватися з дискінезією жовчного міхура, становить $142700 \times 0,00203 = 290$. За даними програми Polygon, таких хворих було 239, і коефіцієнт поєднання становить $0,82 \pm 0,82$. Не важко переконались, що при розрахунковій кількості поєднань, рівній 290, коефіцієнт поєднання дорівнює одиниці.

$K_{\text{пдн}} = C \times H / C_3 \times O = 290 \times 142700 / 6677 \times 6203 = 1,0$,
де C – кількість випадків дискінезії жовчного міхура при ХП (290); H – кількість населення (142700); C_3 – кількість випадків дискінезії жовчного міхура в загальній популяції (6677); O – кількість випадків ХП (6203).

Перевірка за критерієм χ^2 гіпотези, згідно з якою, причиною малої величини коефіцієнта поєднання ХП з дискінезією жовчного міхура і жовчних шляхів є відмінність у віковій структурі пацієнтів, підтвердила її з високою вірогідністю, $P < 0,01$.

Таким чином, градація величини коефіцієнта поєднання не є випадковою, закономірність його відхилення в той чи інший бік підтверджується іншими методами статистичного аналізу.

Чи була величина коефіцієнта поєднання для ХП і дискінезії зумовлена об'єктивними чинниками етіопатогенетичного зв'язку між ХП і дискінезією жовчного міхура, чи суб'єктивним фактором (лікарі не ставлять більше діагнозу дискінезії жовчного міхура у пацієнтів, яким встановлено діагноз ХП), комп'ютерна програма Polygon відповісти не може. Тому аналіз поліморбідності за коефіцієнтом поєднання повинен доповнюватись вивченням клінічної картини мультиорганних уражень при поєднаній патології. Поліморбідність і мультиорганність – поняття близькі, але не тотожні. Поліморбідність стосується пацієнта, кількості та розмаїття його діагнозів. Мультиорганність – окремих нозо-

логій: кількості і розмаїття синдромів ураження суміжних органів. Коли такі ураження, як наприклад ЖКХ і ХП, реєструються як окремі діагнози у вигляді супутніх захворювань, тоді поліморбідність і мультиорганність перетинаються. Якщо ж синдром ураження суміжного органу попадає в розряд ускладнень, як наприклад, рефлюкс-езофагіт, зумовлений жовчним рефлюксом при ХП, тоді дані програми Polygon щодо поліморбідності і дані клінічних спостережень щодо мультиорганності уражень при панкреатиті розходяться, але доповнюють одне одного.

Незважаючи на певні обмеження при аналізі етіопатогенетичних чинників, коефіцієнт поєднання виявився цінним показником аналізу захворюваності в поліморбідних пацієнтів.

Висновки

1. Коефіцієнт поєднання є інформативним показником вивчення поліморбідності пацієнтів за даними аналізу великих електронних масивів (реєстрів) захворюваності за допомогою комп'ютерних технологій.

2. Коефіцієнт поєднання $> 1,09$, коли між хворобами є синтропія, тобто одна сприяє виникненню іншої. Він $< 0,91$, коли хвороби дистропічні: не сприяють, а заважають одна виникненню іншої. Коли коефіцієнт синтропії близький до одиниці і лежить в межах $\geq 0,67$ і $\leq 1,09$, хвороби не пов'язані між собою і впливають одна на перебіг іншої шляхом інтерференції.

3. Коефіцієнт поєднання при правильній його інтерпретації може бути корисним для аналізу етіологічних чинників окремих нозологічних одиниць та їх поєднання.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку полягають у використанні коефіцієнта поєднання для аналізу поліморбідності пацієнтів з іншими поєднаними захворюваннями.

Список літератури

1. Боровенський В.П., Міхлін М.М., Свиридчук В.З. Використання комп'ютерних технологій для аналізу закономірностей поєднання захворювань / Форум з міжнародною участю "Інформаційні технології в охороні здоров'я та практичній медицині" – К., 2006. – С. 26–27.
2. Досвід використання сучасних інформаційних технологій у Житомирському обласному медичному центрі / В.Д. Парій, Т.В. Сорочинська, В.В. Шимотюк, Ю.В. Бенедичук // Охорона здоров'я України. – 2003. – №1. – С. 23–26.
3. Мінцер О.П. Методологія та методичні підходи до аналізу результатів клінічних досліджень та підготовки систематичних оглядів // Мед. освіта. – 2005. – №2. – С. 47–49.
4. Пономаренко В.М. Концептуальные положения применения информационных технологий телемедицины в системе анализа состояния заболеваемости населения Украины // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – №2. – С. 53–60.
5. Свиридчук В.З. Поліморбідність у пацієнтів з хворобами органів травлення та шляхи її подолання // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – №4(24). – С. 24–30.
6. Starfield B., Lemke K.W., Berbarndt T. et al. Comorbidity: Implication for Importance of Primary Case in Case Management // Ann. Fam. Med. – 2003. – Vol. 1. – P. 8–14.

КОЭФФИЦИЕНТ СОЧЕТАНИЯ КАК КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНТРОПИИ, ДИСТРОПИИ И ИНТЕРФЕРЕНЦИИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

О.Г. Процек, В.З. Свиридчук, В.И. Шатило (Житомир)

Представлено научное обоснование нового показателя для статистического анализа заболеваемости у полиморбидных пациентов – коэффициента сочетания.

FACTOR OF COMBINATION AS QUANTITATIVE CHARACTERISTIC OF SYNTROPY, DYSTROPY AND INTERFERENCE OF COMBINED DISEASES

O.G. Protsek, V.Z. Sviridyuk, V.I. Shatylo (Zhytomyr)

In article, the scientific substantiation of a new parameter for the statistical analysis of morbidity at comorbite patients - factor of a combination, is submitted.

УДК 614.44:616.34-002-057.36

Л.А. УСТИНОВА, М.І. ХИЖНЯК, О.Г. СМІРНОВ, М.Д. КОШІЛЬ, С.М. ЩЕПАНКОВ (Київ)

ХАРАКТЕРИСТИКА СПАЛАХОВОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ ПРИ ПЕРЕХОДІ ДО КОМПЛЕКТУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ ЗА КОНТРАКТОМ

Українська військово-медична академія

Проблемі захворюваності на гострі кишкові інфекції в Збройних силах України (ЗС України) присвячено ряд робіт, в яких автори вивчали питання особливостей розвитку епідемічного процесу та профілактики окремих з цих інфекційних хвороб [1–3].

Однак в умовах переходу до нової системи комплектування ЗС України сьогодні нез'ясованими залишаються закономірності розвитку епідемічного процесу гострих кишкових інфекцій, зокрема, особливостей спалахової захворюваності в ЗС України. Ці особливості визначають ефективність заходів профілактики зазначених хвороб та протиепідемічного забезпечення військ, що зумовлює актуальність цього питання.

Мета роботи – вивчити та прогнозувати особливості розвитку епідемічного процесу гострих кишкових інфекцій, які зумовлюють ці закономірності при переході ЗС до комплектування військовослужбовцями за контрактом.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були закономірності розвитку спалахової захворюваності на гострі кишкові інфекції військовослужбовців ЗС України в 1993–2006 рр. Предмет дослідження – річний звіт медичної служби

військової частини за 1988–2006 рр. Вивчення закономірностей спалахової захворюваності на гострі кишкові інфекції військовослужбовців ЗС України проводилося з використанням епідеміологічного, статистичного, історичного методів дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. В структурі річної захворюваності на гострі кишкові інфекції військовослужбовців у 1988–2006 рр. переважала епідемічна (спалахова) форма захворюваності, питома вага цієї форми проявів епідемічного процесу з цих інфекцій у структурі річної захворюваності в більшості років становила понад половину, тому роль епідемічної захворюваності може бути оцінена як виражена.

Динаміка спалахової річної захворюваності на гострі кишкові інфекції військовослужбовців наглядно відображає активізацію епідемічного процесу з цих інфекцій у ЗС України. Так, у структурі річної захворюваності частка захворюваності військовослужбовців на гострі кишкові інфекції, яка формувалася під час епідемічних спалахів у 1988–1993 рр., коливалася від 50,8% у 1992 р. до 54,1% у 1988 р., що в середньому за цей період становило 51,6%. У 1994–1999 рр. спа-

лахова захворюваність коливалася від 48,2% у 1995 р. до 58,3% у 1994 р. і складала у середньому за ці роки 52,5%. У 2000–2005 рр. спалахова захворюваність військовослужбовців на гострі кишкові інфекції коливалася від 12,9% у 2003 р. до 67,6% у 2004 р. і становила у середньому за ці роки 38,4% від середньої річної захворюваності на ці інфекції.

З'ясування причин виникнення епідемічних спалахів на гострі кишкові інфекції мало суттєве значення для розробки та впровадження нових адекватних науково-обґрунтованих заходів профілактики цих інфекцій у ЗС України в умовах комплектування ЗС України військовослужбовцями за контрактом.

Тому з метою визначення чинників, які впливають на розвиток епідемічного процесу з гострих кишкових інфекцій серед військовослужбовців, нами вивчено причини та умови виникнення епідемічних спалахів цих інфекцій.

Нами проаналізовано епідемічні спалахи на гострі кишкові інфекції (спалахи шигельозів, інших сальмонельозних інфекцій та бактеріальних харчових отруєнь) у ЗС України за період 1993–2005 рр.

Встановлено, що за цей період у ЗС України зареєстровано 266 епідемічних спалахів на гострі кишкові інфекції, в тому числі 209 (78,6%) – з харчовим шляхом передачі та 57 (21,4%) – з водним. Усього під час епідемічних спалахів на ці інфекції захворів 15721 військовослужбовець, у т.ч. 11521 (73,3%) – через харчовий шлях передачі, а 4200 (26,7%) – через воду.

У динаміці 1993–1999 рр. в ЗС України відмічалася тенденція до збільшення кількості спалахів з харчовими чинниками передачі. Якщо у 1993 р. кількість вказаних спалахів становила 10, то у 1999 р. – 31 (зростання у 3 рази). Поряд з цим у зазначений період число спалахів, де головним чинником передачі збудників гострих кишкових інфекцій була вода, зменшилося з 13 в 1994 р. до 6 спалахів у 1999 р.

У 2000–2005 рр. у ЗС України кількість спалахів з харчовим шляхом передачі зменшилася з 14 у 2002 р. до 3 у 2005 р. Поряд з цим число спалахів, де головним чинником передачі збудників гострих кишкових інфекцій була вода, зменшилося з 6 у 2000 р. до 2 спалахів у 2001 р., у 2002–2004 рр. таких спалахів взагалі не зареєстровано, у 2005 р. – 4 спалахи.

У структурі захворюваності на гострі кишкові інфекції частка спалахів з харчовими шляхом передачі в 1993–1999 рр. зросла від 65,0% у 1995 р. до 83,0% у 1999 р. У 2000–2005 рр. частка спалахів, де передача збудників гострих кишкових інфекцій відбулася харчовим шляхом, зросла від 64,7% у 2000 р. до 100% у 2002–2004 рр.

У 1993–2005 рр., за нашими даними, спостерігалася тенденція до зменшення числа тих, хто

захворів на гострі кишкові інфекції в одному епідемічному осередку як “харчового”, так і “водного” спалахів. Так, якщо в 1993–1999 рр. кількість військовослужбовців, які захворіли в одному епідемічному осередку з харчовими чинниками передачі, зменшилася від 3032 в 1994 р. до 1001 в 1997 р., у 2000–2005 рр. тенденція до зниження чисельності тих, хто захворів в осередку, зберігалася, кількість військовослужбовців, що захворіли, знизилася з 772 у 2001 р. до 85 в 2003 р.

Кількість військовослужбовців, які захворіли на гострі кишкові інфекції в одному епідемічному осередку з водним чинником передачі, у 1993–1999 рр. знизилася з 1277 в 1994 р. до 224 в 1999 р. У 2001 р. 23 військовослужбовці захворіли в осередку. У 2002–2004 рр. таких випадків взагалі не реєструвалося, у 2005 р. – 41 військовослужбовець.

Індекс осередковості в епідемічному осередку на гострі кишкові інфекції з водним шляхом передачі в ЗС України в 1993–1999 рр. знизився з 122,5 в 1993 р. до 37,3 в 1999 р. У 2000 р. індекс осередковості зріс до 76,7 та знизився до 11,0 у 2005 р.

Хоча за весь період дослідження індекс осередковості в епідемічному осередку на гострі кишкові інфекції з харчовим шляхом передачі збудників був меншим (55,1), ніж з водним чинником (73,7), але останніми роками цей показник залишається досить високим в епідемічному осередку з харчовими чинниками передачі збудників.

При цьому слід зазначити, що поряд із загальною тенденцією до зменшення чисельності військовослужбовців, які захворіли на гострі кишкові інфекції в одному епідемічному осередку як “харчового”, так і “водного” спалахів, частка спалахів з харчовим шляхом передачі невпинно зростає, загалом за весь період дослідження вона досягла 78,6% усіх спалахів.

Висновки

Отже, спостерігається загальна тенденція до збереження епідемічного неблагополуччя щодо гострих кишкових інфекцій у ЗС України, головним чином за рахунок військовослужбовців строкової служби. У структурі річної захворюваності військовослужбовців на ці інфекційні хвороби превалювала епідемічна (спалахова) форма захворюваності. Частка спалахів з харчовим шляхом передачі невпинно зростала. Індекс осередковості в епідемічному осередку з харчовими чинниками передачі збудників останніми роками залишається досить високим.

Тому така неблагополучна епідемічна ситуація з гострих кишкових інфекцій у ЗС України, головним чином за рахунок високої спалахової захворюваності на ці інфекції з харчовим шляхом передачі, та корінні зміни, які відбуваються

у ЗС України на сучасному етапі їх реформування, потребує передусім створення нових форм і методів організації харчування та забезпечення продовольством у ЗС України.

Список літератури

1. *Лугова Г.В.* Етіологічна структура шигельозів у сучасних умовах серед військовослужбовців Збройних сил України // Проблеми військової охорони здоров'я. – 1999. – №5. – С. 388–391.
2. *Пивнык В.Н., Хижняк И.И., Затолокин Ю.А.* К вопросу об актуальности шигеллезов и других инфекций с фекально-оральным механизмом передачи в Вооруженных силах Украины // Современные аспекты военной медицины. – 1997. – Вып. 2. – С. 37–38.
3. *Риженко В.В.* Епідеміологічний моніторинг харчових токсикоінфекцій, викликаних *Cl.perfringens* // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. праць УВМА. – Вип. 16. – К., 2006. – С. 273–283.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПЫШЕЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ УКРАИНЫ ПРИ ПЕРЕХОДЕ К КОМПЛЕКТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ ЗА КОНТРАКТОМ

Л.А. Устинова, М.И. Хижняк, А.Г. Смирнов, Н.Д. Кошиль, С.Н. Щепанков (Киев)

На основе эпидемиологического анализа вспышечной заболеваемости изучена проблема и определены особенности развития эпидемического процесса заболеваемости острыми кишечными инфекциями военнослужащих в условиях перехода Вооруженных сил Украины к комплектации военнослужащими за контрактом.

OUTBREAKS OF THE ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN THE ARMED FORCES OF UKRAINE DURING THE TRANSITIONAL PERIOD LEADING TO A CONTRACT ARMY STRUCTURE

L.A. Ustinova, M.I. Khizhnyak, A.G. Smirnov, N.D. Koshil, S.N. Schepankov (Kiev)

The problem and peculiarities of epidemic process of acute intestinal infections development was studied based on the epidemiological analyses of outbreaks among the servicemen of the Armed Forces of Ukraine during the transitional period leading to a contract army structure.

УДК 614.446:616.36-002(477.42)

В.Й. ШАТИЛО, А.І. ОСТРОВСЬКА, В.З. СВИРИДЮК, А.М. ЧУГРІЄВ (Житомир)

ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С У ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Житомирський інститут медсестринства
Житомирський обласний центр крові

Парентеральні вірусні гепатити В і С є важливою проблемою трансфузіології. Збудники гепатиту посіли одне з перших місць серед інфекційних агентів, які потрапляють до хворого через компоненти донорської крові [1;2;6].

Небезпека вірусоносіїв як джерела гемотрансмісивних інфекцій зумовлена тим, що люди, які виявили бажання стати донорами, вважають себе практично здоровими. Перед тим, як прийти в заклад служби крові, вони не підозрюють, що

вже давно інфіковані. Тривалий інкубаційний і маскований періоди клінічних проявів гепатиту стали причиною того, що всі донорці обов'язково тестуються на маркери HBsAg та анти-HCV. Оскільки основними джерелами інфекції при парентеральних вірусних гепатитах є вірусносії, низка дослідників допускає територіальний збіг частоти виявлення маркерів HBsAg та анти-HCV в популяції і рівнів захворювання на гепатити В і С. Найбільш надійним показником вірусносійства гепатитів В і С сьогодні є частота виявлення їхніх маркерів серед донорів. Дане припущення є цілком доречним, оскільки 98% з них є безоплатними донорами і результати їх

обстеження можна екстраполювати на доросле населення [3–5].

Мета роботи – вивчити епідемічну ситуацію щодо парентеральних вірусних гепатитів В і С на основі даних тестування донорської крові в Житомирському обласному центрі крові.

Матеріали і методи. Використано клініко-статистичний метод дослідження великих масивів даних за допомогою комп'ютерної програми Statistica 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення. Кількісні показники інфікування вірусами гепатитів В і С донорів Житомирської області наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Кількісні показники серопозитивних маркерів гепатитів В і С серед донорів

Рік	HbsAg			Анти-HCV		
	Україна, абс. число	Житомирська область, абс. число	питома вага, %	Україна, абс. число	Житомирська область, абс. число	питома вага, %
1999	9430	244	2,6±0,18	21497	425	2,0±0,10
2000	13444	254	1,9±0,37	23148	410	1,8±0,09
2001	11095	204	1,8±0,13	24344	364	1,5±0,08
2002	11821	185	1,6±0,12	25581	390	1,5±0,09
2003	12785	199	1,6±0,11	25695	488	1,9±0,09
2004	10820	171	1,6±0,12	20532	429	2,1±0,10
2005	10204	141	1,4±0,12	19775	414	2,1±0,10
2006	9520	201	2,1±0,14	18076	394	2,2±0,10

Питома вага інфікованих донорів, за даними тестування на HBsAg і анти-HCV, в області дещо нижча, ніж по Україні в цілому. На Житомирщині вона становить у середньому 2,0% усіх інфікованих донорів по Україні, тоді як частка населення Житомирської області – 2,8% усього населення країни.

При порівнянні частоти виявлення HBsAg і анти-HCV на Житомирщині питома вага донорів, серопозитивних за анти-HCV, як і в цілому по Україні, в 2 рази перевищує питому вагу серопозитивних донорів за HBsAg.

Незважаючи на те, що в Україні офіційно реєструють гепатит С лише з 2003 р., сьогодні в країні швидко прогресують потужні епідемічні хвилі парентерального вірусного гепатиту. Тому на державному та регіональному рівнях необхідно терміново розробити низку заходів щодо протидії поширенню парентеральних вірусних гепатитів. У рамках виконання Регіональної комплексної програми медико-санітарного забезпечення хворих на гострі та хронічні гепатити в Житомирській області як однієї з ланок функціонування гепатологічної служби та з метою підвищення інфекційної

Таблиця 2. Поширеність маркерів гепатиту В і С серед донорів Житомирської області

Рік	Кількість донорів	HbsAg			Анти-HCV		
		кількість серопозитивних результатів, абс. число	питома вага серопозитивних результатів, %	число серопозитивних результатів на 1000 донорів	кількість серопозитивних результатів, абс. число	питома вага серопозитивних результатів, %	число серопозитивних результатів на 1000 донорів
1999	25759	244	0,95±0,06	9,47	425	1,65±0,09	16,5
2000	26920	254	0,94±0,06	9,43	410	1,52±0,07	15,2
2001	23008	204	0,89±0,06	8,87	364	1,58±0,08	15,8
2002	19401	185	0,95±0,07	9,53	390	2,01±0,10	20,1
2003	20304	199	0,98±0,07	9,80	488	2,40±0,11	24,0
2004	20227	171	0,85±0,07	8,45	429	2,12±0,10	21,2
2005	19581	141	0,72±0,06	7,20	414	2,11±0,10	21,1
2006	17449	201	1,15±0,08	11,5	394	2,26±0,11	22,6

безпеки використання компонентів донорської крові управлінням охорони здоров'я Житомирської облдержадміністрації спільно з державною санітарно-епідемічною службою видано наказ про створення обласного реєстру осіб, яким відмовлено в донорстві через інфекційні протипокази. Наразі до реєстру занесено 45 тис. інфікованих, і щомісячно їх кількість збільшується на 2 тис. осіб. Лівову частку серед них становлять інфіковані вірусами гепатиту В і С. Поряд з основною метою реєстр на електронних носіях дає змогу сімейним лікарям отримувати необхідну інформацію про контингент вірусоносіїв для розгортання ефективнішої профілактичної роботи щодо гепатитів на своїх територіальних дільницях. Передбачено відповідний захист від несанкціонованого доступу до конфіденційної інформації щодо стану здоров'я громадян. Реєстр – це складова корпоративної медично-інформаційної системи гепатологічної служби області. Система є відкрито-закритою. Конфіденційна інформація персоніфікованих даних реалізується таким чином:

1. Кожному інфікованому присвоюється шифр і код доступу до персоніфікованої інформації, про що йому видається довідка встановленого зразка.

2. Доступ до персоніфікованих даних лікар може отримати лише з дозволу пацієнта. Для

отримання неперсоніфікованої інформації використовується код ознайомлення.

3. У разі втрати інформації про шифр у базі даних реєстру розміщено зашифровані дублікати кодів пацієнтів, які можна при необхідності поновити. Процедура виконується за письмової заяви пацієнта за місцем його обслуговування закладом охорони здоров'я.

Інформація про діяльність системи та загальні статистичні дані відкрита. Комп'ютерна мережа медично-інформаційної служби побудована так, що персоніфіковану інформацію можна отримати тільки з дозволу пацієнта на рівні надання медичної допомоги, а зведену інформацію для прийняття управлінських рішень адміністратор може легко отримати в будь-який час на будь-якому рівні.

Висновки

1. Існує значний прошарок вірусоносіїв гепатитів В і С серед населення, про що свідчить значна питома вага інфікованих серед потенційних донорів крові.

2. Створення електронного реєстру осіб, яким відмовлено у донорстві за інфекційними протипоказами, сприяє не лише підвищенню інфекційної безпеки використання компонентів донорської крові, але й поліпшенню профілактичної роботи щодо серед вірусоносіїв.

Список літератури

1. Бельгесов Н.В., Мобархан А.Х.А., Мітін А.А. Лабораторний контроль донорської крові в профілактиці вірусних гепатитів В і С / Гепатит В, С і Д – проблеми діагностики, лікування і профілактики. – М., 2001. – С. 34–35.
2. Гураль А.Л., Мариєвський В.Ф. Епидемиологічні особливості розповсюдження гепатиту В в Україні: В кн. "Вірусний гепатит В – діагностика, лікування, профілактика". – М., 2004. – С. 41–42.
3. Лікування хворих на хронічний гепатит С / А.Д. Вовк, І.В. Соляник, В.І. Янченко, П.П. Дяченко // Сімейна медицина. – 2006. – №1. – С. 17–19.
4. Малий В.П. Хронічний гепатит С: клініка, діагностика та лікування // Вірусні гепатити. – 2004. – №2. – С. 8–24.
5. Нейко С.М., Новосядлий Р.С. Вірусологічна діагностика та етіотропна терапія хронічних вірусних гепатитів // Лікування та діагностика. – 2001. – №3. – С. 28–32.
6. Шатило В.Й. Медико-соціальні аспекти серопозитивних вірусних гепатитів В і С: Монографія. – Житомир: Полісся, 2007. – 260 с.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТАМ В И С В ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

В.И. Шатило, А.И. Островская, В.З. Свиридюк, А.Н. Чугриев (Житомир)

Обоснована целесообразность создания электронного регистра лиц, которым отказано в донорстве по инфекционным противопоказаниям, на основании анализа эпидемической ситуации по парентеральным вирусным гепатитам и результатам тестирования доноров на HBsAg та анти-HCV. Создание такого регистра способствует не только повышению инфекционной безопасности использования компонентов донорской крови, но и улучшению профилактической работы среди вирусоносителей.

EPIDEMIC SITUATION ON PARENTERAL TO A VIRUS HEPATITIS B AND C IN ZHYTOMIR REGION

V.I. Shatilo, A.I. Ostrovskaya, V.Z. Sviridyuk, A.N. Chugriev (Zhytomir)

The expediency of creation of the electronic register of persons to which it refused in a donor service on infectious contra-indications is proved, on the basis of the analysis of an epidemic situation on parenteral to a virus hepatitis and results of testing of donors on HBsAg that anti-HCV. Creation of such register promotes not only to increase of infectious safety of use of components of donor blood, but also improvement of preventive work among virus carriers

УДК 616.99:614.449(477)

А.А. КОЖОКАРУ, М.І. ХИЖНЯК, А.М. ВОЛКОВА (Київ)

АНАЛІЗ ҐРУНТІВ І ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ПРАВЕЦЬ ПО АДМІНІСТРАТИВНО-ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ОДИНИЦЯХ (ОБЛАСТЯХ) УКРАЇНИ

Українська військово-медична академія

Ґрунт є основою існування людства. Чорноземні ґрунти вкривають дві третини території України. Сільськогосподарські угіддя тут становлять 71%, а орні – 56% усієї площі країни. Чорноземи – найродючіші ґрунти у світі. Вони містять до 7% гумусу і мають грудкувату будову. Найбільшою особливістю цих ґрунтів є велика глибина гумусового горизонту – до 120–150 см і більше. Родючість ґрунту значною мірою визначається кількістю і якістю гумусу (перегною). Утворюється гумус під впливом мікроорганізмів з рослинних і тваринних решток. Саме з чорноземами, за даними авторів [4;5], тісно пов'язане поширення ранових інфекцій (Cl. tetani, perfringens).

Мета роботи – дослідити основні морфологічні, фізико-хімічні, мікробіологічні характеристики ґрунтів, їх видове відсоткове співвідношення по адміністративно-територіальних одиницях України (областях) відповідно до захворюваності на правець серед цивільного населення у період 1972–2005 рр.

Матеріали і методи. За допомогою карти ґрунтів території України [1;2] та математичних розрахунків ми визначили відсотковий вміст різних типів ґрунтів по всіх областях України. Створили п'ять основних груп, в які об'єднали найбільш поширені на території України типи ґрунтів. Відсотки наявності ґрунтів усіх п'яти груп ми характеризували за трьома ступенями:

- перший – **високий** (площа покриття ґрунтами даної групи становить не менше 45% від загальної площі території області);
- другий – **середній** (25–45%);
- третій – **низький** (менше 25%).

У процесі роботи використано середні показники захворюваності на правець на 100 тис. дорослого населення України у період 1972–2005 рр. за формами звітності: про рух інфекційної захворюваності (Ф. № 85 – інфекція, річна) та про профілактичні заходи (Ф. № 87 – СЕС, річна).

Результати дослідження та їх обговорення. Нами проведено аналіз ґрунтів областей, які входять до адміністративно-територіальних зон відповідальності СЕЗ Державної санітарно-епідеміологічної служби МО України (табл. 1).

Кожна з територіальних одиниць (областей) України багата різними типами ґрунтів. Щоб зіставити захворюваність на правець та характер ґрунтів, ми створили п'ять основних груп, в які об'єднали найбільш споріднені за морфологічними, фізико-хімічними і біологічними характеристиками типи ґрунтів:

- до першої групи належать чорноземи та їх різновиди: чорноземи опідзолені і темносірі опідзолені, чорноземи реградовані, чорноземи типові малогумусні та слабогумусні, чорноземи типові середньогумусні, чорноземи звичайні глибокі малогумусні і середньогумусні, чорноземи звичайні середньогумусні, чорноземи звичайні малогумусні, чорноземи звичайні неглибокі малогумусні, чорноземи південні малогумусні та слабогумусні, чорноземи переважно солонцюваті на важких глинах, чорноземи і дернові щебенюваті ґрунти на елювії щільних безкарбонатних порід (піскових і сланців), чорноземи і дерново-карбонатні ґрунти на елювії карбонатних порід (мергелів, крейди, вапна), чорноземи солонцюваті, чорноземи південні солонцюваті;

- до другої групи увійшли різновиди дерново-підзолистих ґрунтів: дерново-слабоопідзолені піщані та глинисто-піщані в комплексі з переважно оглеєними їх видами і торфово-болотними ґрунтами, дерново-середньоопідзолені супіщані в комплексі з переважно оглеєними їх видами і торфово-болотними ґрунтами, дерново-слабоопідзолені супіщані в комплексі з торфово-болотними, дерново-середньоопідзолені супіщані в комплексі з торфово-болотними;

- до третьої групи відносяться ґрунти переважно на лісових породах: ясносірі та сірі лісові, темносірі опідзолені, чорноземи опідзолені і темносірі опідзолені;

- четверту групу становлять лучні, лучно-болотні та торфово-болотні ґрунти, до яких також увійшли лучні, лучно-солонцюваті, лучно-болотні та болотні, торфово-болотні ґрунти і торф'яники низинні;

- п'яту групу буроземних та дерново-буроземних ґрунтів представляють: підзолисті буроземні ґрунти і поверхнево оглеєні їх види, буроземи щебенюваті та дерново-буроземні ґрунти в комплексі з оглеєними їх видами, дерново-буроземні та гірсько-тучні ґрунти.

Таблиця 1. Вміст ґрунтів основних п'яти груп по областях України (%)

Область	Група ґрунтів					Переважає група
	I	II	III	IV	V	
Київська	В	Н	Н	Н	-	1
Чернігівська	-	С	С	Н	-	2/3
Одеська	В	-	-	Н	-	1
Херсонська	В	-	-	-	-	1
Миколаївська	В	-	-	-	-	1
Кіровоградська	В	-	Н	-	-	1
Дніпропетровська	В	-	-	-	-	1
Запорізька	В	-	-	Н	-	1
Волинська	-	С	Н	Н	-	2
Львівська	Н	Н	С	С	-	8
Закарпатська	-	-	-	-	В	5
Івано-Франківська	-	-	Н	-	С	5
Чернівецька	Н	-	С	-	Н	3
Тернопільська	В	-	В	-	-	1/3
Рівненська	Н	С	Н	С	-	2/4
Вінницька	Н	-	В	-	-	3
Житомирська	Н	В	В	-	-	2/3
Черкаська	В	-	С	Н	-	1
Хмельницька	Н	-	В	-	-	3
Харківська	С	-	Н	-	-	1
Полтавська	В	-	С	С	-	1
Сумська	В	С	В	С	-	1/3
Донецька	С	Н	Н	Н	-	1
Луганська	В	-	-	-	-	1
АР Крим	С	-	-	-	С	1/5

Примітка. В – високий вміст; С – середній вміст; Н – низький вміст.

У кожній області України присутні ґрунти усіх п'яти вищенаведених основних груп, але відсоток їх наявності різний.

Для порівняння показників захворюваності на правець відповідно до видів ґрунтів по областях України ми створили таблицю 2, в якій окреслили області зон відповідальності санітарно-епідеміологічних загонів МО України. Нагадаємо, що середній показник захворюваності на правець серед цивільного населення України за 1972–2005 рр., наведений у попередніх публікаціях [3], становив 0,206 на 100 тис. населення

Наведені дані свідчать, що в регіонах, де захворюваність на правець перевищує середні показники у період 1972–2005 рр. (Херсонська область – 0,21; Миколаївська – 0,22; Кіровоградська – 0,21; Тернопільська – 0,31; Черкаська – 0,32; Полтавська – 0,29; Сумська – 0,27), більшість території займають чорноземні ґрунти. Водночас спостерігаються високі показники захворюваності на правець і в областях, де пе-

реважний відсоток території становлять ґрунти II та III груп (Чернігівська область – 0,38; Волинська – 0,20; Львівська – 0,27; Вінницька – 0,36; Житомирська – 0,22; Хмельницька – 0,30), тобто у західній частині України.

Висновки

1. З 25 адміністративно-територіальних одиниць України в 13 переважають чорноземні ґрунти.

2. Високі показники захворюваності на правець спостерігаються не тільки в областях з високим вмістом чорноземів (західні регіони України). Такі показники можуть зумовлюватися переважанням розвитку тваринництва, застосуванням перегною як добрива присадибних ділянок і польових угідь.

Слід надалі досліджувати ґрунти відповідно до захворюваності на інфекції для удосконалення профілактики цих захворювань у мирний та особливий період, а також при виконанні військовослужбовцями миротворчих місій.

Таблиця 2. Середній показник захворюваності на правець у період 1972–2005 рр. (на 100 тис.) та характеристика ґрунтів по областях України

Область	Середній показник захворюваності на правець у період 1972–2005 рр. на 100 тис. населення	Переважає група	Зона відповідальності СЕЗ
Київ	0,048	1	10-й СЕЗ (регіональний) м. Київ
Київська	0,191	1	
Чернігівська	0,385	2/3	
Одеська	0,140	1	27-й СЕЗ (регіональний) м. Одеса
Херсонська	0,210	1	
Миколаївська	0,222	1	
Кіровоградська	0,214	1	
Дніпропетровська	0,160	1	
Запорізька	0,139	1	
Волинська	0,204	2	
Львівська	0,274	3/4	
Закарпатська	0,080	5	
Івано-Франківська	0,187	5	
Чернівецька	0,179	3	
Тернопільська	0,311	1/3	
Рівненська	0,189	2/4	
Вінницька	0,360	3	740-й СЕЗ (регіональний) м. Вінниця
Житомирська	0,220	2/3	
Черкаська	0,329	1	
Хмельницька	0,307	3	
Харківська	0,191	1	108-й СЕЗ (регіональний) м. Харків
Полтавська	0,296	1	
Сумська	0,273	1/3	
Донецька	0,097	1	
Луганська	0,097	1	
АР Крим	0,125	1/5	1030 – СЕЗ (регіональний) м. Севастополь

Список літератури

1. Географічна енциклопедія України: В 3 т. / Відповід. ред. О.М. Маринич. – К.: Українська Радянська Енциклопедія ім. М.П. Бажана, 1989. – Т.1: А – Ж. – 416 с.
2. Елкин И.И., Яшкуль В.К. Проблемы эпидемиологической географии. Сообщение IV. Зональные, региональные и остаточные нозоареалы / Журн. микробиол. – 1965. – №2. – С. 73–80.
3. Кожокару А.А., Хижняк М.І. Захворюваність на правець серед цивільного (дорослого) населення України у період з 1972 по 2005 роки / Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. праць УВМА. – Вип. 21. – К.: УВМА, 2007. – С. 101–105.
4. Кравченко А.Т., Шишулина Л.М. Распространение возбудителей ботулизма и столбняка на территории СССР. – М.: Медицина, 1970. – С. 56–57.
5. Павлина К.В., Соколовська О.О. Актуальні проблеми моніторингу правця. / Тези доповідей наук.-практич. конференції "Вакцинопрофілактика керованих інфекцій та її безпека". – К., 2006. – С. 101–102.

АНАЛИЗ ПОЧВ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СТОЛБНЯКОМ ПО АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМ ЕДИНИЦАМ (ОБЛАСТЯМ) УКРАИНЫ

A.A. Кожокару, Н.И. Хижняк, А.Н. Волкова (Киев)

По данным источников литературы, проведен видовой анализ почв по областям в соответствии с заболеваемостью столбняком среди гражданского взрослого населения Украины. Установлено, что из 25 областей Украины в 13 преобладают черноземы и их модификации. Высокие показатели заболеваемости столбняком наблюдаются не только в областях с высоким наличием черноземов в почве (западные регионы Украины), что может быть обусловлено преимущественным развитием животноводства в этих регионах и использованием навоза в качестве удобрений.

THE ANALYSIS OF SOILS AND DISEASES A TETANUS ON ADMINISTRATIVE AND TERRITORIAL UNITS (REGIONS) OF UKRAINE

A.A. Kozhokaru, N.I. Hizhnyak, A.N. Volkova (Kiev)

According to sources of the literature, the specific analysis of soils in different Ukrainian regions in comparison with morbidity a tetanus among civil adult population of Ukraine is carried out. It is established, that from 25 regions of Ukraine in 13 chernozems and their updatings prevail. High indices of morbidity are observed by a tetanus not only in the regions with high presence of chernozems in ground (the western regions of Ukraine) that can be caused by primary development of animal industries in these regions and use of manure as fertilizers.

УДК 616.24-002.2-02:616.127-005.8]-071 / -073

М.В.ГРЕБЕНИК (Тернопіль)

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Тернопільський медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Згідно епідеміологічних досліджень стан здоров'я населення європейського регіону визначає серцево-судинна патологія (29 %) та хвороби органів дихання (21 %), зокрема, хронічна обструктивна патологія легень (ХОЗЛ) [1].

Незважаючи на досягнення кардіології, від серцево-судинних захворювань у світі щорічно помирає 55 мільйонів людей, із них 40 – 50 % - від інфаркту міокарда (ІМ) [2]. В Україні смертність від серцево-судинної патології перевищує 62 % [3], а при ХОЗЛ збільшилась за останні 30 років у 2 рази [4]. В структурі смертності дорослого населення економічно розвинутих країн ішемічна хвороба серця та ХОЗЛ складають більше 50 % [5, 6].

Аналіз статистичних закономірностей поширеності ІХС та ХОЗЛ дозволяє прогнозувати прогресуюче збільшення частки хворих із поєднанням вказаних форм патології, що вимагає планування і оптимізації допомоги даній категорії пацієнтів.

У попередній публікації [7] звернуто увагу на проблеми, пов'язані із виявленням ХОЗЛ у хворих на ІМ. **Мета** даного фрагменту дослідження - розробка алгоритму діагностики ХОЗЛ в гострий період ІМ.

Матеріал і методи. Створення діагностичної програми бронхообструктивної патології стало результатом 10-річного клініко-функціонального аналізу 2026 випадків гострого ІМ в умовах обласного кардіодиспансерного відділення.

Верифікаційні критерії діагнозу ІМ та ХОЗЛ, методики обстеження та статистичного аналізу результатів детально описані нами раніше [7].

Результати та їх обговорення.

В останні роки в структурі хворих на ІМ частка супутнього ХОЗЛ перевищувала 20 %. Серед хворих на ХОЗЛ суттєво переважали особи чоловічої статі (77 %, $p < 0,0001$), у кожного другого літнього пацієнта було підтверджено наявність хронічної бронхообструкції.

При клінічному обстеженні у хворих із супутнім ХОЗЛ виявлено хронічний продуктивний кашель у 96 %, задишку у 83 %, які передували розвитку ІМ. Частота дихальних рухів становила ($21,5 \pm 0,4$) за хв, в контролі - ($18,7 \pm 0,3$) за хв, ($p < 0,001$). Високочастотні («сухі» - за старою термінологією) хрипи в легенях в гострий період ІМ вислуховувались у 85 % хворих (в контролі – у 5 %, $p < 0,0001$), низькочастотні («вологі») – у 44 % (в контролі – у 7 %, $p < 0,0001$). Плевральну реакцію, яка не була пов'язана з застійною серцевою недостатністю чи синдромом Дреслера, виявлено лише при супутньому ХОЗЛ (3 %). Для диференціації власне таких реакцій плеври у хворих із супутньою бронхолегеневою патологією нами використано метод топографічної Мехоплевроскопії [8].

Гепатомегалію діагностували у 60 % хворих на ІМ без супутньої патології і 86 % - при супутньому ХОЗЛ ($p = 0,0001$).

Показники функції зовнішнього дихання були порушеними у 83 % хворих на ІМ із супутнім бронхообструктивним синдромом, і відповідали

I ст. легеневої недостатності у 69 % та II ст. – у 14 % хворих.

В гострий період ІМ відмічалось значне зниження пікової швидкості видиху (PEF) - на (64,5±11,1) % від належної, проти (24,7±25,8) % у контролі (p<0,001), які поступово покращувались в процесі реабілітації.

ІМ в умовах хронічної бронхіальної обструкції характеризувався переважанням ураження задньої стінки ЛШ (p=0,009), клінічна симптоматика відрізнялась меншою інтенсивністю болювого синдрому, в окремих випадках (3 %) мали місце безболівові варіанти. Модифікація клінічного перебігу гострого періоду ІМ у хворих на ХОЗЛ крім меншої виразності ангінального синдрому, відрізнялась від контрольної групи наявністю задишки (p=0,06), кашлю (p=0,041), немотивованою різкою загальною слабкістю і синкопальними станами (p=0,007), яскравою вегетативною симптоматикою у вигляді нудоти (p=0,023), блювання (p=0,003), профузного потовиділення (p=0,001), більшою вираженістю некрорезорбтивного синдрому. Звичайно на цьому фоні діагностика супутнього ХОЗЛ була досить затрудненою, що зумовлено з одного боку симптомами гострої патології – ІМ, з іншого боку спільністю таких ознак яка задишка, кашель, кардіореспіраторні порушення.

Зважаючи на значні труднощі в інтерпретації кардіореспіраторних ознак у хворих із мікст патологією, нами на підставі детального аналізу клінічної симптоматики, анамнезу, функціональних порушень у даній категорії хворих розроблено алгоритм діагностики ХОЗЛ у хворих на гострий ІМ (рис.).

При розробці даного алгоритму ми враховували, що біомаркерами хронічної бронхіальної обструкції, яка формується впродовж тривалого часу і має хронічний повільнопрогресуючий перебіг, можуть бути: чоловіча стать, вік після 45 років, наявність факторів ризику – куріння, часті

(2 рази на рік і більше) респіраторні інфекції, спадковий анамнез, професійні шкідливості, ознаки незворотної обструкції дихальних шляхів з можливою гіперреактивністю бронхів та такі ключові клінічні ознаки, як кашель, виділення харкотиння, поява задишки (на пізніх етапах), ослаблення дихання.

При цьому, ми враховували, що на ранніх етапах захворювання і клінічні, рентгенологічні ознаки можуть бути малозначущими, а функціональні тести - нечутливими. Зокрема, у хворих на серцеву недостатність теж може знижуватись пікова швидкість видиху і ОФВ₁ [9]. В даній ситуації важливе значення має визначення сатурації крові киснем, особливо при навантаженні. Проте, слід зазначити про обмеження у проведенні провокаційних проб і навантажувальних тестів, зважаючи на гострий ІМ. Визначення сатурації крові киснем входило в протокол ведення хворих на ІМ, клінічні значуще зниження SpO₂ ми реєстрували при зниженні індексу PEF нижче 219 л·хв⁻¹·м⁻².

Побудова алгоритму базується на елементарних визначальних характеристиках, які є обов'язковою складовою любого діагностичного процесу – це анамнез і клінічні дані. Проведення рентгенографії у перші 2 доби інфаркту міокарда для виявлення початкових ознак набряку легень регламентовано протоколом ведення хворих на ІМ. При цьому, звертається увага на можливі симптоми посткапілярної легеневої гіпертензії – венозний або периферичний тип застою, що характеризується посиленням легеневого малюнку, інтерстиціальним набряком, на відміну від прекапілярних форм зумовлених первинною або вторинною (при ХОЗЛ) легеневою гіпертензією, для яких характерний «центральный» тип застою (поширення кореня легень, підвищення прозорості легневих полів. Одночасно, при рентген-обстеженні можна також виявити ознаки ХОЗЛ (пневмосклероз, ущільнення і фіброзні зміни бронхів, прояви емфіземи, наявність ознак перенесених раніше уражень легеневої паренхіми і плеври) та оцінити розміри і конфігурацію серця. Ехокардіографія теж відноситься до обов'язкових методів дослідження у хворих на ІМ, і крім своїх специфічних завдань в плані виявлення сегментарних порушень кінетики міокарда, ускладнень (формування аневризми, наявність перикардиту, механічних ушкоджень), на початковому етапі розвитку ІМ дає можливість співставити морфометричні характеристики лівих і правих камер серця, що має важливе диференційно-діагностичне значення.

Із додаткових засобів діагностики внесено лише проведення пікфлоуметрії, яка є простим, дешевим скрінінговим методом визначення ста-



Рис. Алгоритм діагностики ХОЗЛ в гострий період інфаркту міокарда

ну бронхіальної прохідності і не вимагає особливих навичок у дослідника. Тому реалізувати даний алгоритм можливо на усіх рівнях медичної допомоги, де лікуються хворі на ІМ. Критичні значення індексу PEF (нижче $250 \text{ л}\cdot\text{хв}^{-1}\cdot\text{м}^{-2}$) розраховані нами статистично на підставі співставлень моніторингу пікової швидкості видиху впродовж гострого періоду при ІМ без супутньої патології, при хронічному бронхіті і у хворих на супутнє ХОЗЛ.

На завершення зазначимо, що куріння є чи не найголовнішим фактором ризику ХОЗЛ. Практично поєднання даного ФР з будь-яким іншим параметром дає позитивний діагноз ХОЗЛ. Отримані нами критичні значення для даного чинника становлять (45 ± 5) пачко-років, що відрізняється від даних різних джерел. Зокрема, згідно клінічних протоколів надання допо-

моги за спеціальністю «Пульмонологія» (Наказ МОЗ України від 19.03.2007 №128) для діагностики ХОЗЛ пропонується враховувати довготривале куріння з індексом паління 10-20 пачко-років. В той же час, за рекомендаціями Американського коледжу лікарів 2007 року, як найбільш вагому причину ХОЗЛ розглядають куріння з анамнезом 70 пачко-років. Вважається, що відсутність куріння і хрипів в анамнезі (або при обстеженні) – найкраща комбінація клінічних факторів для виключення ХОЗЛ [10].

Висновок

Таким чином, доступний арсенал сучасних клінічних і інструментальних діагностичних методик при їх раціональному, цілеспрямованому застосуванні згідно запропонованого алгоритму дає можливість проводити ранню діагностику бронхообструктивної патології в гострий період ІМ.

Список літератури

1. *Сучасний стан здоров'я народу та напрямки його покращання в Україні. Аналітично-статистичний посібник* / В.М.Корнацький, Т.С.Манойленко, О.І.Прокопишин, О.С.Шевченко / Під ред. В.М.Коваленка. – К., 2005. - 140 с.
2. *Москаленко В.Ф.* Медико-соціальні аспекти поширеності хронічних неінфекційних хвороб серед населення Європи та України // Охорона здоров'я України. – 2004. - № 4. – С. 5-14.
3. *Сіренко Ю.М.* Кардіологія сьогодні // Здоров'я України. – 2005. - №132. – С. 7.
4. *Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Publication 2701, Update 2005. GOLD website (www.goldcopd.com)*
5. *Чучалин А.Г.* Актуальные вопросы пульмонологии (Белая книга) // Рус. мед. ж. - 2004. - № 1. – С. 53-58.
6. *Sin D. D., Man S. F.* Why are patients with chronic obstructive pulmonary disease at increased risk of cardiovascular diseases? // Circulation. – 2003. – Vol. 107. – P. 1514-1519.
7. *Гребеник М.В.* Фактори ризику, летальність та виживання хворих на інфаркт міокарда із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. - № 3. – С. 30-34.
8. *Гребеник М. В.* Клінічні можливості М-ехоплевроскопії. //Здобутки клінічної та експериментальної медицини: Матер.ХІІ підсумкової наук конф.-Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. - Вип. 3. - С. 66-69.
9. *McNamara R.M., Cionni D.J.* Utility of the peak expiratory flow rate in differentiation of acute dyspnoea // Chest. – 1992. – Vol. 101. – P. 129-132.
10. *Willenheimer R.* Left ventricular remodeling and dysfunction. Can the process be prevented? // Int. J. Cardiol. – 2000. – Vol. 72. – P.143–150.

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАННЯ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

М.В.Гребеник (Тернополь)

На основании анализа 10-летнего опыта изучения особенностей клинической симптоматики и течения микст-патологии разработано и предложено для внедрения в клиническую практику алгоритм диагностики хронического обструктивного заболевания легких в острый период инфаркта миокарда с помощью простых и доступных клинико-функциональных методик исследования.

ALGORITHM FOR DIAGNOSIS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

M.V.Hrebenyk (Ternopil)

Based on our 10 years' experience of study of clinical characteristics and clinical course of concomitant disorders, we have worked out and proposed an algorithm for diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in the acute period of myocardial infarction which includes simple and available methods of clinical and functional evaluation.

В.М. ЛЕХАН, О.Л. ЗЮКОВ (Дніпропетровськ)

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЗАДОВОЛЕНOSTІ ПЕРСОНАЛУ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ У ХІРУРГІЧНИХ СТАЦІОНАРАХ

Дніпропетровська державна медична академія

Принцип залучення медичного персоналу до забезпечення якості медичного обслуговування пацієнтів є одним із важливіших принципів концепції “Загального управління якістю” (TQM) [8]. Сутність цього принципу полягає в тому, що персонал організації є її основою, знання і здібності якого мають застосовуватися на благо організації. Таким чином, працівники усвідомлюють свою роль і внесок у досягнення загальнокорпоративних цілей. Підвищуються ступінь відповідальності за вирішення покладених на них завдань, рівень ініціативності та потреби в постійному вдосконаленні своїх знань і умінь. Вивчення думки медичного персоналу щодо задоволеності своєю діяльністю, мотивації надавати якісні медичні послуги, заінтересованості в підвищенні рівня поінформованості пацієнтів з точки зору формування партнерських взаємовідносин зі споживачами медичних послуг – механізм зворотного зв'язку, який дає змогу оцінити такі характеристики, які іншими методами, зокрема, за медико-статистичними показниками, виявити важко або неможливо [9;10].

З іншого боку, забезпечення якості медичного обслуговування населення лежить в основі сучасних стратегій реформування стаціонарного сектору в Україні, поряд з раціоналізацією організаційної структури та оптимізацією функціональної взаємодії шпитальних закладів різного підпорядкування, ієрархічного рівня і спеціалізації [5;7]. Це повною мірою стосується системи подання медичної допомоги онкологічним хворим, оскільки сьогодні лікування таких хворих, насамперед радикальні хірургічні втручання в Україні виконуються в стаціонарах різних типів лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) – спеціалізованих (онкодиспансери, онкоцентри) і неспеціалізованих лікувальних закладах (профільних відділеннях лікарень третинного і вторинного рівнів, інших закладах загальнолікувальної мережі) [3].

Мета роботи – вивчити думку лікарів про якість медичного обслуговування онкологічних хворих у хірургічних стаціонарах різних типів ЛПЗ.

Матеріали і методи. За спеціально розробленою анонімною анкетною нами було опитано 211 лікарів різних спеціальностей, які подають медичну допомогу онкологічним хворим (насамперед проводять радикальне хірургічне лікування) у стаціонарах онкологічних спеціалізованих (83 особи – 39,3%) та багатопрофільних (128 осіб – 60,7%) ЛПЗ Дніпропетровської, Київської, Херсонської і Черкаської областей.

Анкета складалася з 3 блоків питань щодо якості медичного обслуговування онкологічних хворих:

- блок 1 – оцінка медичним персоналом складових (компонентів) стаціонарного лікування, які є важливими для пацієнтів і впливають на їх задоволеність якістю медичної допомоги (ЯМД), з метою формування партнерських взаємовідносин зі споживачами медичних послуг;
- блок 2 – задоволеність персоналу своєю роботою з метою мотивації надавати якісні медичні послуги;
- блок 3 – організаційні умови в стаціонарі для проведення радикального хірургічного лікування з метою підвищення ЯМД онкологічним хворим.

Збір даних та оцінка результатів проводились за методикою двомірного аналізу “важливість–виконання” [4], який враховує той факт, що задоволеність – це багатомірне (багатокомпонентне) явище. Одні компоненти важливі для людей і впливають на їхню задоволеність, а інші – ні. Тому для оцінки пропонується виміряти не тільки ступінь задоволеності споживачів, але й важливість кожної компоненти. Результати наносяться на спеціальну двомірну карту, яка складається з 4 сегментів (квадрантів): “успішні результати” (при високій оцінці важливості критерію досягнуто високого рівня задоволеності показником), “зосередитися на цьому” (результат високих очікувань і низького рівня задоволеності), “можлива переоцінка” (при невисокому рівні очікувань досягнуто високого рівня задоволеності, що може бути пов'язано з низькою

значущістю того чи іншого критерію оцінки для респондента), “низький пріоритет” (рівня задоволеності пацієнтів не досягнуто навіть при низькому рівні очікувань).

Ступінь важливості компонента оцінювався по 4 градаціях, які при аналізі переводилися в бали: 4 бали – “дуже важливо”; 3 – “важливо”; 2 – “мало важливо”; 1 – “не важливо”; ступінь задоволеності також вимірювався за 4-бальною шкалою: 4 – “повністю задоволений”; 3 – “скоріше задоволений, ніж не задоволений”; 2 – “скоріше незадоволений, ніж задоволений”; 1 – “повністю незадоволений”.

Відносні показники розраховувалися до числа тих респондентів, хто дав відповідь; середні – хто дав оцінку, тобто без відповідей “важко відповісти”. Частка пропущених значень становила $\leq 5\%$.

Серед опитаних:

- 51 (24,2%) завідувач відділення і заступник головного лікаря; 160 (75,8%) лікарів;

- 124 (58,8%) лікарі вищої категорії, 47 (22,2%) – першої, 20 (9,5%) – другої, 20 (9,5%) осіб без категорії;

- 45 (21,3%) хірургів, 60 (28,4%) хірургів-онкологів, 26 (12,3%) урологів, 25 (11,8%) онкогінекологів, 17 (8,1%) торакальних хірургів, 38 (18,0%) лікарів інших спеціальностей (нейрохірургів, проктологів, отоларингологів тощо);

- 66 (31,3%) лікарів у віці до 40 років, 118 (55,9%) – 40–60 років і 27 (12,8%) – старших 60 років;

- 89 (42,2%) осіб працювали за хірургічною спеціальністю 6–20 років, 105 (49,8%) – понад 20 років.

Розподіли респондентів із різних типів ЛПЗ за всіма ознаками, крім лікарської спеціальності, статистично не різнилися ($p < 0,05$). Серед лікарів спеціалізованих онкологічних закладів (I тип ЛПЗ) більшість становили хірурги та хірурги-онкологи (61,4%), тоді як у багатопрофільних лікарнях (II тип ЛПЗ) було 58,6% лікарів інших спеціальностей (нейрохірургів, проктологів тощо), що пов'язано з різними варіантами організації онкологічної служби в обраних областях [3].

Статистична обробка матеріалів дослідження проводилася з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих в EXCEL-2003®. Вірогідність відмінностей оцінювалась за допомогою критеріїв відповідності χ^2 , Стьюдента (t) та кутового перетворення Фішера [2].

Результати дослідження та їх обговорення. Детальний аналіз складових (компонент) стаціонарного лікування, які важливі для пацієнтів і, відповідно, впливають на їх задоволеність ЯМД, показав, що майже всі опитані лікарі (89,1–100%) незалежно від типу стаціонарів підкреслюють важливість усіх без виключення складових. Слід зазначити, що оцінка ступеня важливості окремих компонентів лікарями багатопрофільних ліка-

рень у середньому нижча за оцінки, надані медичним персоналом спеціалізованих онкологічних закладів (табл. 1), хоча їх ранжування у лікарів стаціонарів різного типу ЛПЗ повністю співпадає – найбільш важливим вважається професіоналізм медичного персоналу, найменш – умови перебування пацієнтів у стаціонарі. Водночас виявлено суттєві відмінності у величині оцінок важливості: формування довірчих відносин і взаєморозуміння між пацієнтами і медичним персоналом – середній бал становить $3,57 \pm 0,06$ у ЛПЗ I типу проти $3,34 \pm 0,06$ у ЛПЗ II типу ($p < 0,01$); комфортних санітарно-побутових умов перебування і лікування пацієнтів у стаціонарі – відповідно $3,39 \pm 0,06$ проти $3,17 \pm 0,05$ ($p < 0,05$); професіоналізму медичного персоналу – $3,83 \pm 0,04$ проти $3,70 \pm 0,05$ ($p < 0,05$). Одна з причин виявлених закономірностей лежить, на наш погляд, у психологічній площині – онкологічні хворі мають підвищену тривожність, настороженість щодо питань, пов'язаних з несприятливим діагнозом, лікуванням, прогнозом, перебуванням у стаціонарах поруч з вкрай тяжкими хворими, а тому потребують більшого співчуття, довіри, уваги з боку медичного персоналу. Понад 90% лікарів усіх ЛПЗ підкреслюють важливість інформування пацієнтів щодо захворювання, майбутньої операції та її наслідків, виконання рекомендацій після виписки зі стаціонару, хоча середні оцінки рівня важливості в ЛПЗ II типу дещо нижчі ($p < 0,3$).

Загальні оцінки задоволеності лікарів якістю цих компонентів стаціонарного лікування незалежно від типу ЛПЗ були значно нижчими за оцінки важливості цих складових: від 3,22–3,35 балу за інформування пацієнтів про операцію і рекомендації після виписки зі стаціонару до 2,56–2,68 – за умови перебування в стаціонарі ($p > 0,05$ між стаціонарами різних типів ЛПЗ) (табл. 1).

Отримані результати по критеріях важливості окремих компонентів стаціонарного лікування і задоволеності цими складовими нанесено на двомірну карту. Як видно з рис. 1, у сегменті “зосередитися на цьому” опинилися 7-ма (умови перебування у стаціонарі) і 9-ма (організація діагностичного обстеження) компоненти стаціонарного лікування незалежно від типу ЛПЗ, тобто високому рівню очікувань лікарів відповідав низький рівень задоволеності їх виконанням. Крім того, на думку лікарів спеціалізованих закладів уваги потребує організація лікувального процесу, зокрема отримання пацієнтами лікувальних процедур (своєчасність, черги, дискомфорт під час виконання маніпуляцій тощо). Жодна компонента хірургічного стаціонарного лікування не потрапила до квадрантів, які відповідають низькому рівню їх значущості для лікарів (“низький пріоритет” і “можлива переоцінка”).

Таблиця 1. Оцінка медичним персоналом важливості окремих компонентів стаціонарного лікування, які впливають на задоволеність пацієнтів ЯМД, та задоволеності цими складовими

№ пор.	Складові (компоненти) стаціонарного лікування	Важливість				Задоволеність			
		I тип ЛПЗ		II тип ЛПЗ		I тип ЛПЗ		II тип ЛПЗ	
		важливість %	середній бал, M±m	важливість %	середній бал, M±m	задоволені, %	середній бал, M±m	задоволені, %	середній бал, M±m
1.	Професіоналізм медичного персоналу	98,8	3,83±0,04	97,6	3,70±0,05*	91,5	3,19±0,06	79,4	3,24±0,07
2.	Дисциплінованість медичного персоналу	100	3,64±0,05	98,4	3,61±0,05	86,4	3,10±0,07	79,4	3,13±0,07
3.	Довірчі відносини і взаєморозуміння між пацієнтами і медичним персоналом	98,8	3,57±0,06	89,1	3,34±0,06**	89,0	3,18±0,07	81,3	3,08±0,06
4.	Інформування пацієнтів про захворювання	98,8	3,42±0,06	92,1	3,30±0,06	75,9	3,22±0,08	65,4	3,04±0,08
5.	Інформування пацієнтів про майбутню операцію, її корисність, можливі ускладнення, наслідки	100	3,75±0,05	96,9	3,67±0,05	88,0	3,35±0,07	78,1	3,25±0,07
6.	Інформування пацієнтів про рекомендації після виписки зі стаціонару	100	3,60±0,05	96,1	3,49±0,05	83,1	3,22±0,08	90,4	3,33±0,06
7.	Комфортні умови перебування і лікування пацієнтів у стаціонарі	97,6	3,39±0,06	90,6	3,17±0,05**	52,4	2,56±0,09	53,6	2,68±0,08
8.	Організація отримання лікувальних процедур у стаціонарі	98,8	3,58±0,06	96,9	3,45±0,05	77,5	2,95±0,08	75,4	3,08±0,07
9.	Організація діагностичного обстеження пацієнтів у стаціонарі	98,8	3,67±0,05	96,1	3,54±0,05	78,8	2,95±0,07	75,6	2,99±0,07

Примітки. 1. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$ між стаціонарами різних типів ЛПЗ.

2. До оцінки “важливо” включено всі відповіді “дуже важливо” і “важливо”.

3. До оцінки “задоволені” включено всі відповіді “повністю задоволені” і “скоріше задоволені, ніж незадоволені”

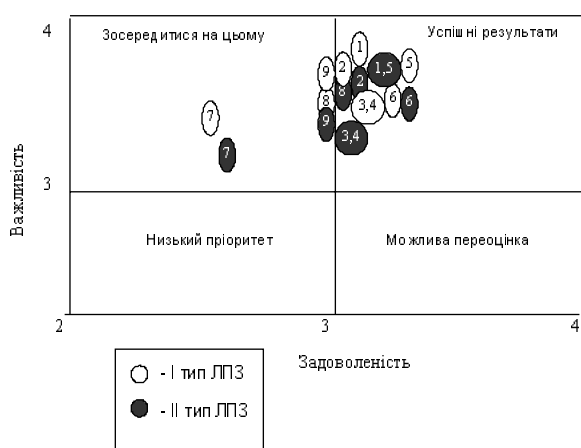


Рис. 1. Середні рівні оцінки лікарями важливості окремих компонентів стаціонарного хірургічного лікування, які є важливими для пацієнтів, та задоволеності цими складовими

Примітка. Позначки “1–9” компонент стаціонарного лікування відповідають пунктам у таблиці 1

Важливу роль у забезпеченні ЯМД відіграє мотивація медичного персоналу надавати якісні медичні послуги. Другий блок запитань анкети стосувався оцінки важливості для лікарів деяких аспектів професійної діяльності і задоволеності своєю роботою. Найважливішими компонентами професійної діяльності лікарі різних типів ЛПЗ назвали одержання достойної заробітної плати відповідно до обсягу і якості виконаної роботи (середній бал важливості – $3,81 \pm 0,05$ у ЛПЗ I типу і $3,72 \pm 0,05$ у ЛПЗ II типу, $p > 0,05$) і можливості отримання нових знань і засвоєння нових технологій – відповідно $3,78 \pm 0,05$ і $3,64 \pm 0,05$, хоча лікарі багатопрофільних лікарень оцінили важливість другої компоненти достовірно нижче, ніж лікарі спеціалізованих онкологічних закладів ($p < 0,05$). За рейтингом важливості найменше впливають на якість “лідерство в колективі” ($2,91 \pm 0,08$ і $2,79 \pm 0,08$, $p > 0,05$) і “можливість кар’єрного просування” ($3,10 \pm 0,09$ і $2,97 \pm 0,07$, $p > 0,05$) (табл. 2).

Таблиця 2. Результати анкетного опитування медичного персоналу різних типів ЛПЗ щодо важливості деяких аспектів професійної діяльності та задоволеності цими аспектами

№ пор.	Складові (компоненти) стаціонарного лікування	Важливість				Задоволеність			
		I тип ЛПЗ		II тип ЛПЗ		I тип ЛПЗ		II тип ЛПЗ	
		важливість, %	середній бал, M±m	важливість, %	середній бал, M±m	задоволеність, %	середній бал, M±m	задоволеність, %	середній бал, M±m
1.	Виконувати цікаву роботу	97,6	3,69±0,06	96,1	3,48±0,05*	85,4	3,34±0,08	84,1	3,27±0,06
2.	Самостійно ухвалювати рішення в рамках своєї професійної компетенції	98,8	3,52±0,06	94,5	3,38±0,05	79,0	3,08±0,08	75,6	3,10±0,07
3.	Досягати особистих цілей під час роботи	81,9	3,29±0,10	81,3	3,20±0,07	53,1	2,87±0,11	64,6	3,01±0,08
4.	Підтримувати добрі відносини з безпосереднім керівником	92,8	3,35±0,07	89,8	3,38±0,06	80,7	3,14±0,09	86,5	3,32±0,07
5.	Підтримувати добрі відносини з колегами	95,2	3,48±0,07	96,9	3,55±0,05	94,0	3,37±0,07	89,8	3,40±0,06
6.	Мати можливість професійного росту	96,4	3,71±0,06	94,5	3,59±0,05	80,7	3,01±0,08	82,5	3,20±0,07
7.	Мати можливість одержувати нові знання і освоювати нові технології діагностики і лікування	98,8	3,78±0,05	98,4	3,64±0,05*	68,7	2,91±0,10	72,0	2,98±0,07
8.	Мати комфортні умови праці	97,6	3,65±0,06	96,0	3,48±0,05*	56,1	2,60±0,10	65,0	2,88±0,09*
9.	Одержувати заробітну плату відповідно до обсягу і якості роботи	98,8	3,81±0,05	96,1	3,72±0,05	15,7	2,00±0,11	38,4	2,14±0,11
10.	Одержувати об'єктивну оцінку своєї діяльності безпосереднім керівником	96,4	3,55±0,07	93,8	3,36±0,05*	62,7	2,82±0,10	81,0	3,12±0,06*
11.	Брати участь і відчувати значущість своєї роботи в досягненні результатів діяльності ЛПЗ	98,8	3,59±0,06	95,3	3,33±0,05**	63,9	2,81±0,10	77,8	3,02±0,07
12.	Бути лідером у колективі	70,0	2,91±0,08	63,3	2,79±0,08	65,4	2,96±0,09	68,5	2,97±0,08
13.	Мати можливість кар'єрного просування	78,0	3,10±0,09	76,6	2,97±0,07	59,0	2,79±0,10	69,4	3,05±0,08*
14.	Почуватися частиною колективу	95,1	3,38±0,07	94,3	3,33±0,05	88,9	3,32±0,07	89,5	3,40±0,06
15.	Бути інформованим про результати своєї роботи	97,6	3,53±0,06	96,9	3,35±0,05*	83,1	3,11±0,08	83,5	3,25±0,07
16.	Брати участь в ухваленні рішень з проблем організації медичної допомоги	88,0	3,23±0,07	87,4	3,18±0,06	61,4	2,78±0,10	61,4	2,95±0,09

Щодо рівня задоволеності лікарів своєю роботою, то, як і при аналізі запитань блоку 1, всі оцінки були нижчими за оцінки значущості. Передусім понад 84,3% лікарів ЛПЗ I типу і 61,6% працюючих у ЛПЗ II типу не задовольняє заробітна плата (середній бал – відповідно 2,00±0,11 і 2,14±0,11, $p>0,05$), понад третину – умови праці (2,60±0,10 і 2,88±0,09, $p<0,05$), обмеженість можливостей брати участь в ухваленні рішень з проблем організації медичної допомоги (2,78±0,10 і 2,95±0,09, $p>0,05$) і одержувати нові знання (2,91±0,10 і 2,98±0,07, $p>0,05$).

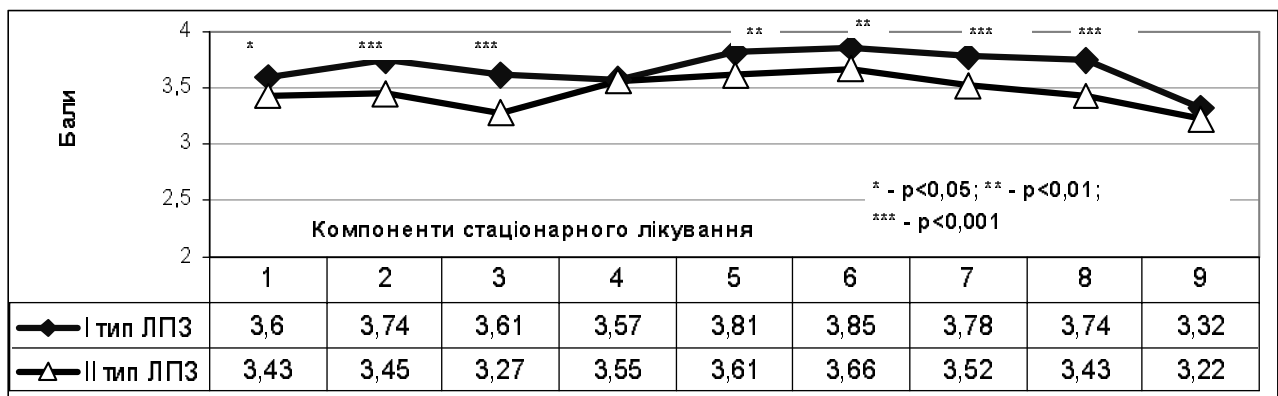
Порівняння рівнів важливості своєї роботи і задоволеності нею підтвердило наявність у лікарів спеціалізованих онкологічних закладів проблем щодо не тільки зазначених вище аспектів професійної діяльності (7-ма, 8-ма, 9-та і

16-та компоненти), але й обмеження можливостей досягати особистих цілей під час роботи (3-тя компонента), одержувати об'єктивну оцінку своєї діяльності безпосереднім керівником (10-та), брати участь і відчувати значущість своєї роботи в досягненні результатів діяльності медичного закладу (11-та), мати можливості для кар'єрного просування (13-та). З точки зору лікарів багатопрофільних лікарень уваги потребують, тобто опинилися в сегменті “зосередитися на цьому”, 7-ма, 8-ма, 9-та і 16-та компоненти, “лідерство в колективі” має низький пріоритет, а оцінки можливостей для кар'єрного просування близькі між собою і знаходяться в сегменті “можлива переоцінка”. Отже, важливими мотивами підвищення ЯМД для персоналу різних типів ЛПЗ є не кар'єрне просування

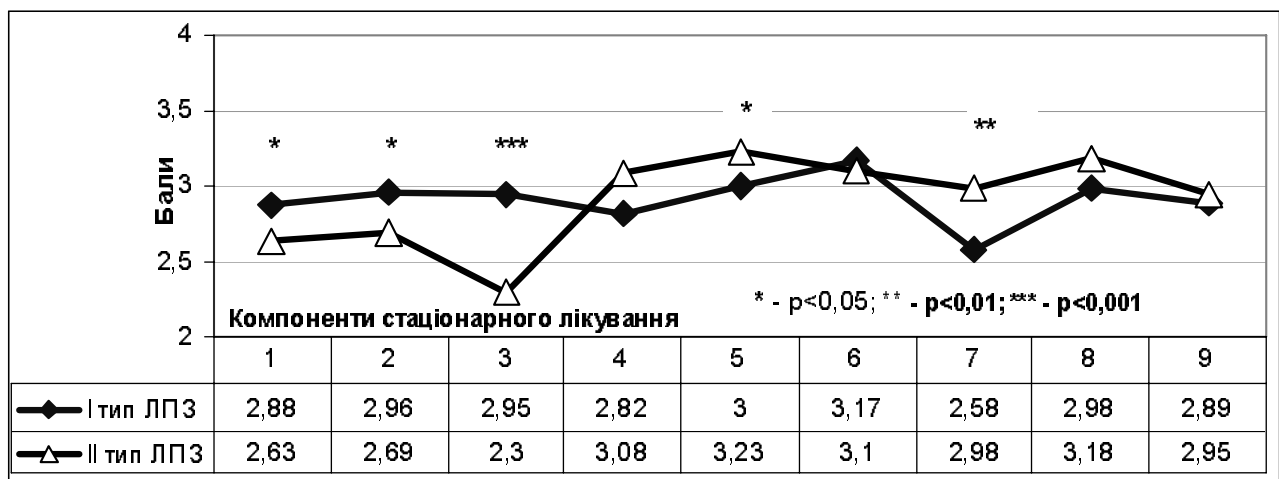
та лідируючі позиції, а професійний ріст і активна участь в прийнятті організаційних рішень щодо досягнення результатів діяльності всього колективу. Останнє відповідає принципу участі і залучення персоналу концепції TQM [8], описаному вище.

Аналізуючи сучасні підходи до підвищення ЯМД онкологічним хворим, були розглянуті питання (блок 3) щодо оцінки персоналом існуючих організаційних умов для діагностики і лікування таких хворих у стаціонарах різних типів ЛПЗ, виходячи із можливості забезпечення комплексності і системності подання медичної допомоги. Слід зазначити, що абсолютна більшість

опитаних лікарів усіх типів ЛПЗ (84,4–100%) вважає всі складові організації лікувального-діагностичного процесу важливими для забезпечення ЯМД онкологічним хворим, хоча достовірно вищі оцінки за більшістю компонент (окрім 4-ї і 9-ї) надали лікарі спеціалізованих онкологічних закладів (рис. 2). Найважливішими компонентами лікарі назвали можливості лікарні для своєчасного отримання патогістологічного висновку (середній бал важливості – $3,85 \pm 0,04$ у ЛПЗ I типу і $3,66 \pm 0,05$ у ЛПЗ II типу), надання допомоги у разі виникнення ускладнень у хворих (відповідно $3,81 \pm 0,04$ і $3,61 \pm 0,05$) і потужність операційного блоку ($3,78 \pm 0,05$ і $3,52 \pm 0,05$).



а) Важливість



б) Задоволеність

Рис. 2. Профіль оцінок лікарів різних типів ЛПЗ щодо важливості організаційних умов у стаціонарі для проведення радикального хірургічного лікування онкологічних хворих та оцінок задоволеності цими умовами

- Примітки. 1. Більшість діагностичних досліджень може бути виконана в одному ЛПЗ.
 2. Всі необхідні лікувальні процедури можуть бути виконані в одному ЛПЗ.
 3. У лікарні є всі умови для отримання хворими променевої і хіміотерапії під час перебування в хірургічному стаціонарі.
 4. У лікарні є необхідні умови для подання допомоги у разі загострення супутніх захворювань.
 5. У лікарні є необхідні умови для надання допомоги у разі виникнення ускладнень.
 6. У лікарні є можливість своєчасного отримання патогістологічного висновку.
 7. Можливості операційного блоку дають змогу виконати хірургічні операції без черги.
 8. Число ліжок у стаціонарі дає змогу госпіталізувати всіх хворих.
 9. Пацієнти мають можливість вибрати стаціонар

Щодо умов для реалізації цих компонент стаціонарного лікування, то, за оцінкою лікарів, у ЛПЗ I типу є більше можливостей для отримання хворими променевої і хіміотерапії під час перебування в хірургічному стаціонарі ($2,95 \pm 0,12$ проти $2,30 \pm 0,10$ у ЛПЗ II типу, $p < 0,001$), для виконання всього обсягу діагностичних досліджень ($2,88 \pm 0,08$ проти $2,63 \pm 0,09$, $p < 0,05$) і лікувальних процедур ($2,96 \pm 0,10$ проти $2,69 \pm 0,09$, $p < 0,05$) в одному ЛПЗ (рис. 3). Водночас у багатопрофільних лікарнях є необхідні умови для подання допомоги у разі загострення супутніх захворювань ($3,08 \pm 0,08$ проти $2,82 \pm 0,11$ у ЛПЗ I типу, $p = 0,06$) і виникнення ускладнень (відповідно $3,23 \pm 0,07$ проти $3,00 \pm 0,09$, $p < 0,05$), а потужність операційних блоків дає змогу виконувати хірургічні втручання без черги ($2,98 \pm 0,09$ проти $2,58 \pm 0,12$, $p < 0,01$). При цьому слід зауважити, що сполучення у часі оперативного втручання з радіологічним і хіміотерапевтичним лікуванням є обов'язковим лише при окремих онкологічних захворюваннях (зокрема, при злоякісних новоутвореннях молочної залози [6]). Поєднання хірургічного втручання з лікуванням супутніх захворювань є необхідним у 35–80% випадків лікування даного контингенту хворих [1], що свідчить про наявність, з точки зору персоналу, певних переваг хірургічного лікування онкологічних хворих у стаціонарах II типу.

Порівняння оцінок важливості існуючих організаційних умов у стаціонарах для проведення радикального хірургічного лікування онкологічних хворих і задоволеності цими умовами показало, що в ЛПЗ I типу в сегменті “успішні результати” опинилися лише 2 компоненти – своєчасне отримання патогістологічного висновку (6-та компонента) і можливість надання хворим адекватної допомоги при виникненні ускладнень (5-та).

Реалізація всіх інших компонентів лікування онкологічних хворих у ЛПЗ I типу, насамперед збільшення потужностей операційних блоків (7-ма) і подання допомоги при загостренні супутніх захворювань (4-та), потребують уваги з метою забезпечення відповідної ЯМД. Аналогічний аналіз думок лікарів ЛПЗ II типу показав, що крім 5-ї і 6-ї компонент у сегменті “успішні результати” опинилися 4-та і 8-ма складові стаціонарного лікування, тобто в багатопрофільних лікарнях є можливість для проведення лікувально-діагностичних заходів не лише щодо основного захворювання та його ускладнень, але й забезпечення ліжками всіх хворих, які потребують проведення хірургічних операцій.

В цілому повністю задоволеними ЯМД, яку одержують онкологічні хворі під час радикального хірургічного лікування в стаціонарі, були 28,6% лікарів ЛПЗ I типу і 21,1% лікарів ЛПЗ II

типу, скоріше задоволені, ніж незадоволені – відповідно 56,6 і 55,5%, негативну оцінку дали – 3,6 і 3,9%, середній бал задоволеності – $3,12 \pm 0,09$ і $3,00 \pm 0,07$ ($p > 0,05$), тобто загальні оцінки задоволеності/незадоволеності ЯМД лікарів, які працюють у стаціонарах різних типів, практично ідентичні, розбіжності стосуються окремих складових процесу.

Виявлені нами закономірності можуть слугувати підставою для розгляду одного із можливих шляхів оптимізації організації лікування онкологічних хворих (зокрема, проведення хірургічних операцій) через диференціацію стаціонарної допомоги за технологічним принципом, функціональне об'єднання спеціалізованих і загальнопрофільних шпитальних закладів, тобто поширення практики виконання радикальних хірургічних втручань відповідно підготовленими фахівцями у багатопрофільних ЛПЗ [3]. Більшість опитаних лікарів із закладів обох типів ЛПЗ (60,2–88,3%) підтримує такі перетворення. Проте лікарі спеціалізованих онкологічних закладів частіше за лікарів багатопрофільних лікарень (39,8 проти 7,8%, $p < 0,001$) вказували на негативний вплив таких змін на ЯМД. Більшість лікарів багатопрофільних лікарень відмічає позитивний вплив (65,6%) або схиляється до позитивного впливу (22,7%). Однією з причин такого розходження думок є, на наш погляд, традиційна централізація обсягу стаціонарної допомоги на рівні спеціалізованих онкологічних закладів, про що свідчить той факт, що 70,0% негативних оцінок надали лікарі з регіонів (Херсонської, Черкаської областей тощо), де переважно реалізований саме такий принцип організації онкологічної служби.

Висновки

1. Усі складові медичної допомоги онкологічним хворим: від професіоналізму медичного персоналу, організації лікувально-діагностичного процесу, комфортності умов перебування у стаціонарі до надання детальної інформації про заплановані заходи, їхні наслідки, рекомендації, формування довірчих, партнерських взаємовідносин з пацієнтами – з точки зору лікарів усіх типів ЛПЗ є важливими компонентами стаціонарного лікування, хоча оцінки ступеня важливості окремих компонент лікарями багатопрофільних лікарень у середньому нижчі за оцінки, надані медичним персоналом спеціалізованих онкологічних закладів. До категорії великих очікувань і низького рівня задоволеності медичним обслуговуванням онкологічних хворих віднесено організацію діагностичного обстеження і санітарно-побутові умови перебування у стаціонарі.

2. Важливими мотивами підвищення ЯМД онкологічним хворим для персоналу всіх типів ЛПЗ є: адекватна обсягу і якості виконаної ро-

боти заробітна плата; можливості для навчання і підвищення професійної майстерності; активна участь у прийнятті організаційних рішень щодо досягнення результатів діяльності всього колективу. Водночас лікарі спеціалізованих онкологічних закладів відчувають більшу невідповідність між важливістю окремих компонент своєї професійної діяльності і можливостями їх реалізації.

3. Найбільш реалізованими сьогодні умовами забезпечення ЯМД онкологічним хворим під час проведення радикальних хірургічних втручань у стаціонарах різних типів ЛПЗ є: своєчасне отримання патогістологічного висновку і можливість надання хворим адекватної допомоги при виникненні ускладнень. За оцінкою лікарів, у спеціалізованих онкологічних закладах є більше можливостей для отримання хворими променевої і хіміотерапії під час перебування в хірургічному стаціонарі, для виконання всього обсягу діагностичних досліджень і лікувальних процедур в одному ЛПЗ. Водночас у багатопрофільних лікарнях є кращі умови для подання допомоги у разі загострення супутніх захворювань і виникнення ускладнень, а потужність опе-

раційних блоків дає змогу виконувати хірургічні втручання без черги.

4. Більшість лікарів (понад 75%) задоволені ЯМД, яку одержують онкологічні хворі під час радикального хірургічного лікування в стаціонарах різних типів ЛПЗ.

5. Більшість (60,2–88,3%) лікарів різних типів ЛПЗ підтримує заходи щодо виконання радикальних хірургічних втручань відповідно підготовленими фахівцями не лише в спеціалізованих онкологічних закладах, але й у багатопрофільних ЛПЗ, що свідчить про готовність лікарів хірургічних стаціонарів до змін в інтересах пацієнта. Негативну оцінку таких перетворень переважно надав медичний персонал із регіонів з централізованою дислокацією ліжкового фонду для онкологічних хворих на базі спеціалізованих онкологічних закладів.

6. Використана методика двомірного шкалювання дала змогу виявити потенційні можливості підвищення ЯМД та оцінити (“очима лікарів”) найбільш значимі аспекти стаціонарного лікування онкологічних хворих. Ці аспекти впливають на позитивну або негативну оцінку якості медичного обслуговування даної категорії хворих.

Список літератури

1. Зюков О.Л., Городенчук В.О. Забезпечення послідовності під час передопераційної підготовки онкологічних хворих // Матеріали наук.-практ. конф. “Організація та управління системою охорони здоров’я, її правове і фінансове забезпечення на сучасному етапі реформування галузі”, м Житомир, 7–8 жовтня 1999 р. – Житомир, 1999. – С. 52.
2. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – К.: МОРИОН, 2000. – 320 с.
3. Лехан В.М., Зюков О.Л., Ліщишина О.М. Проблеми використання ліжкового фонду для надання допомоги онкологічним хворим в Україні // Охорона здоров’я України. – 2005. – №3–4. – С. 72–75.
4. Новаторов Э.В. Концептуальные и методологические основы маркетинговых исследований качества в сфере услуг // Маркетинг и маркетинговые исследования в России. – 2000. – №5(29). – С. 4–13.
5. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров’я в Україні /За заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168с.
6. Процик В.С., Ганул В.Л., Смолянко І.І. та ін. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих: Затверджено наказом Міністерства охорони здоров’я України від 17.09.2007 р. №554 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Онкологія”. – К., 2007. – 199 с.
7. Слабкий Г.О. Спеціалізована медична допомога дорослому міському населенню на сучасному етапі перебудови галузі // Охорона здоров’я України. – 2002. – №1(4). – С. 41–46.
8. Управление качеством / Под общ. ред. И.И. Мазура. – 2-е изд. – М.: Омега-Л, 2005. – 400 с.
9. Черчилль Г.А. Маркетинговые исследования. – СПб.: Питер, 2001. – 752 с.
10. Юрьев В.К., Еременко Ю.А., Ковалев И.В. и др. Роль социологических опросов в оценке качества медицинской помощи в стационаре // Матер. 3-й Российской науч.-практ. конф. “Развитие стационарной медицинской помощи в период реформы здравоохранения в России”. – М., 1996. – С. 222–223.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

В.Н. Лехан, О.Л. Зюков (Днепропетровск)

Изучено мнение 211 врачей разных специальностей об удовлетворенности качеством медицинской помощи онкологическим больным во время радикального лечения в хирургических стационарах разных типов с использованием методики двумерного анализа «важность-выполнение». Выявлены наиболее значимые компоненты стационарного лечения, влияющие на: удовлетворенность качеством медицинской помощи пациентов (профессионализм медицинского персонала, информированность пациентов, санитарно-бытовые условия пребывания в стационаре); мотивацию персонала предоставлять качественные услуги (неадекватная заработная плата, недостаточные возможности совершенствовать свой профессионализм и

участвовать в принятии организационных решений); организацию лечебно-диагностического процесса в стационаре, исходя из возможности обеспечения комплексности и системности оказания помощи (выполнение всех необходимых лечебно-диагностических мероприятий в пределах одного лечебного учреждения, мощность операционного блока, возможность оказания помощи в случае обострения сопутствующих заболеваний и т.п.).

COMPARATIVE ESTIMATION OF SATISFACTION OF THE MEDICAL PERSONNEL QUALITY OF HEALTH SERVICES OF ONCOLOGICAL PATIENTS IN SURGICAL HOSPITALS

V.N. Lehan, O.L. Zyukov (Dnepropetrovsk)

The opinion of 211 doctors of different specialities on satisfaction by quality of medical aid by the oncological patient is investigated during radical treatment in surgical hospitals of different types with use of a technique of the bidimensional analysis "importance - performance". The most significant components of hospitalization influencing on are revealed: satisfaction quality of medical aid of patients (professionalism of the medical personnel, knowledge of patients, a sanitary conditions of life of stay in a hospital); motivation of the personnel to render qualitative services (the inadequate wages, insufficient opportunities to improve the professionalism and to participate in acceptance of organizational decisions); The organization of medical - diagnostic process in a hospital, proceeding from an opportunity of maintenance of integrated approach rendering assistance (performance of all necessary medical and diagnostic actions within the limits of one medical establishment, capacity of the operational block, an opportunity of rendering assistance in case of an aggravation of accompanying diseases, etc.).

УДК 616.31-089:577.15

В.А. ЗАЛЕВСЬКА (Одеса)

ОСОБЛИВІСТЬ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СІАЛОАДЕНІТ ВЕЛИКИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Одеський державний медичний університет

Захворювання слинних залоз привертала увагу дослідників минулого і продовжують залишатися предметом вивчення до теперішнього часу [3;4;6]. Така увага дослідників до слинних залоз обумовлена надзвичайним функціональним зв'язком цих органів з іншими органами і системами [2;7].

З одного боку, слинні залози є першими секреторними органами травної системи, що визначають запуск всього травного процесу. З іншого боку, слинні залози – це ендокринні органи, що продукують ряд надзвичайно важливих гормонів, що забезпечують розвиток сполучної тканини (паратин), епідермісу (чинник зростання епідермісу), симпатичної нервової системи (чинник зростання нервів) і ін. [9;10].

Слинні залози у великих кількостях виробляють різні ферменти, що володіють травною, антимікробною і регуляторною функціями [8;11;12].

Проте дистрофічно-запальні процеси слинних залоз вивчені недостатньо.

Разом з тим часто в практиці ортопедичної стоматології зустрічаються скарги пацієнтів, по клініці відповідні сіалоаденітом. Як етіологічний чинник в даному випадку визначається травма залози розширеними межами повних протезів або елементами часткових знімних протезів [1].

Патогенез розвитку даного ускладнення протезування до теперішнього часу всебічно не вивчений, лікування даної патології проводиться по аналогії з сіалоаденітами іншої етіології [5], що в чималій кількості випадків призводить до неефективності лікування.

Виходячи з викладеного, ми поставили перед собою мету – розробити раціональну патогенетичну терапію посттравматичних сіалоаденітів на основі експериментально-клінічного вивчення гістологічних і ензимологічних особливостей патогенезу даної форми захворювання.

Мета роботи – встановити особливості ортопедичного лікування хворих, які страждають посттравматичним сіалоаденітом великих слинних залоз.

Матеріали і методи. Обстежено 59 хворих із посттравматичним сіалоаденітом, які були розподілені на три групи. Контрольна група складала 29 практично здорових осіб (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл людей залежно від лікування

Група спостереження			
I (тільки медикаментозна терапія)	II (тільки ортопедичне лікування)	III (ортопедичне лікування і медикаментозна терапія)	контрольна група (здорові протезоносії)
19	18	22	29

Клінічне обстеження хворих проводили по традиційній схемі.

Першу групу склали пацієнти, яким проводилася традиційна медикаментозна терапія по наступній схемі:

1. Гордокс в/в по 500000 КТО.
2. Димедрол в/м по 2 мл однопроцентного розчину 2 р./добу.
3. Цефазолін в/м по 1 г на 2 мл води 2 р./добу.
4. ДНК-аза місцево у вигляді 0,2-процентного розчину на ізотонічному розчині 2 р./добу.
5. РНК-аза місцево у вигляді 0,1-процентного розчину на ізотонічному розчині 1 р./добу.
6. Атропіну сульфат в/м по 1 мл 2 р./добу.

У другій групі пацієнтів ми добивалися лікування даної форми сіалоаденіту тільки ортопедичними методами. Причому особливості протезування відрізнялися при розташуванні протезного травмуючого чинника (верхня або нижня щелепи), відповідно локалізації процесу в привушній або підщелепній залозах.

Для цього при протезуванні нижньої щелепи у даної категорії хворих в місці проекції на моделі зон виведення проток підщелепних слинних залоз ми робили твердосплавною фрезною вирізку, як показано на рис. 1.



Рис. 1. Удосконалення нижньої індивідуальної ложки для зняття функціонального відбитку у хворого, який страждає посттравматичним сіалоаденітом

Готували швидкотверднучу м'яку прокладку. Пластмасу накладали рівномірним шаром відповідно до товщини базисної пластинки індивідуальної ложки за допомогою металевого шпателя, добиваючись відновлення прибраної жорсткої пластмаси в місці проекції проток слинних залоз. Після полімеризації пластмаси знімали функціональний відбиток.

При постановці зубів на верхній щелепі кут постановки 17,16, 26, 27 зубів змінювали на 3–40° від вертикальної осі, зуби розташовували тільки по середині альвеолярного відростка, а їх оклюзійні поверхні опускали на 1–2 мм нижче за гирло вивідної протоки привушної слинної залози.

Після корекції в клініці нижнього протеза в ділянці під'язикових валів (сogunculum sublinguale) на 2–3 см вперед в акриловому базисі вибирали фрезною пластмасу і створювали 2–3 ретенційних пункти (мал. 1). Потім заповнювали дефект, що утворився, пластинкою базисного воску, готували еластичну пластмасу, покривали пластом 2–3 мм воскову пластинку ззовні з перекриттям акрилового базису на 5–10 мм. Через 10 хвилин гарячою водою промивали протез, полірували, накладали на протезне ложе.

Третя група пацієнтів піддавалася комплексному лікуванню (застосування ортопедичних і медикаментозних засобів).

Ефективність запропонованих методик контролювали в першу чергу за допомогою біохімічних досліджень ротової рідини і слини хворих, а також на підставі вивчення еміграції лейкоцитів і злущування епітелію в порожнині рота пацієнтів, що користуються знімними акриловими протезами, на тлі захворювання.

Результати дослідження і їх обговорення. В результаті дослідження рівня салівації нестимулюючої слини ми відзначали значне (на 19,4 %) зниження рівня салівації у осіб із посттравматичним сіалоаденітом (табл. 2).

Дослідження концентрації білка в рідкій частині нестимулюючої слини показало значне (до 33,7 %) збільшення концентрації білка, що свідчило про активний розпад клітин – дегенеративний процес як наслідок запалення в тканинах слинних залоз (табл. 3).

Таблиця 2. Рівень саливації в нестимулюючій слині (мл/хв) у досліджуваних групах хворих ($M \pm m$)

Група спостереження	До лікування	Через 3 дні	Через 7 днів	Через 1 місяць	Через 6 місяців
Контрольна	0,67±0,02				
I	0,54±0,07	0,56±0,05	0,57±0,04	0,60±0,07	0,61±0,03
II	0,54±0,07	0,58±0,06	0,57±0,06	0,56±0,08	0,58±0,07
III	0,54±0,07	0,57±0,07	0,59±0,01	0,63±0,06	0,66±0,08

Таблиця 3. Концентрація білка в рідкій частині нестимулюючої слини (г/л) у досліджуваних групах хворих ($M \pm m$)

Група спостереження	До лікування	Через 3 дні	Через 7 днів	Через 1 місяць	Через 6 місяців
Контрольна	1,66±0,09				
I	2,22±0,47	2,20±0,21	1,95±0,22	1,94±0,11	1,86±0,10
II	2,22±0,47	1,98±0,24	1,86±0,25	1,80±0,30	1,84±0,32
III	2,22±0,47	1,88±0,11	1,79±0,09	1,72±0,04	1,67±0,05

Проведене медикаментозне лікування в першій групі, так само як і в другій, знизило концентрацію білка на 55 % в середньому, але зменшити зміст білкової фракції до рівня здорових осіб при застосуванні даних методик не вдалося. Зате при застосуванні комплексного лікування у хворих третьої групи зафіксовано макси-

мальне відновлення через 1 місяць (88,5 %), а повне – до шостого місяця лікування і носіння модернізованих протезів.

Дослідження кислої фосфатази при проведенні тільки медикаментозного лікування показало незначне відновлення даного ферменту (рис. 2).

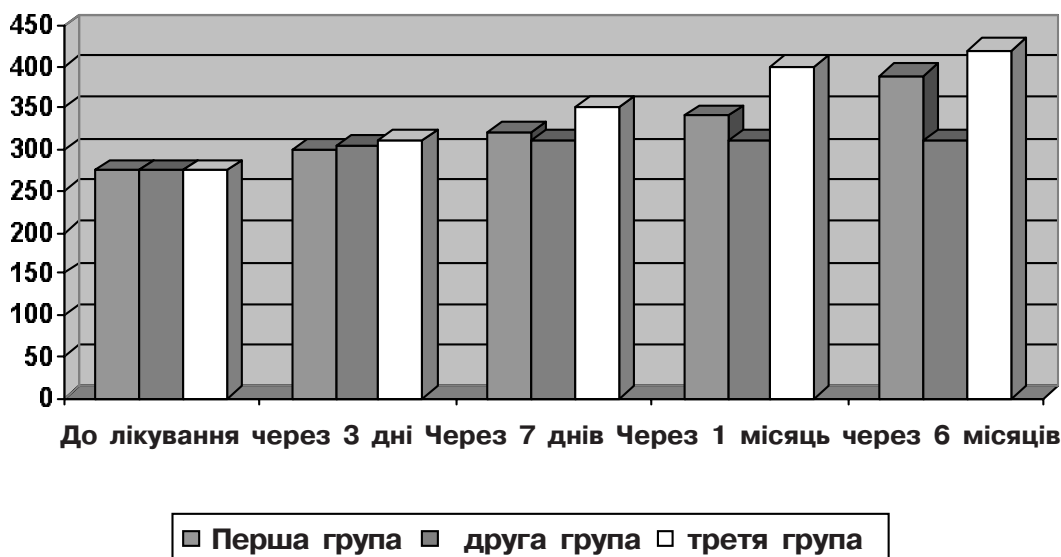


Рис. 2. Активність кислої фосфатази в змішаній слині (нкат/л) у досліджуваних групах хворих

Достатньо несподіваною, в порівнянні з дослідженнями активності інших ферментів у даній категорії хворих, була динаміка активності кислої фосфатази в другій групі досліджень. Активність підвищилася вже на третій день до $305,0 \pm 12,5$ нкат/л, але надалі не спостерігалася позитивної динаміки. Активність на кінець спостережень (6 місяців) складала небагато чим більше $310,0 \pm 13,8$ нкат/л.

Зате в третій групі спостерігалася різка позитивна динаміка і на кінець досліджень активність ферменту склала $420,0 \pm 25,5$ нкат/л.

Зниження активності лужної фосфатази (рис. 3) також було максимальним в третій групі дослідження.

Що стосується еміграції лейкоцитів в ротовій порожнині (табл. 4), то цей показник при першо-

му дослідженні у пацієнтів всіх груп хворих з посттравматичним сіалоаденітом значно вищий за показник у осіб групи контролю ($P < 0,01$). Кількість

лейкоцитів при порівнянні в різних групах осіб (залежно від лікування, що проводиться) не відрізнялася достовірно до початку лікування.

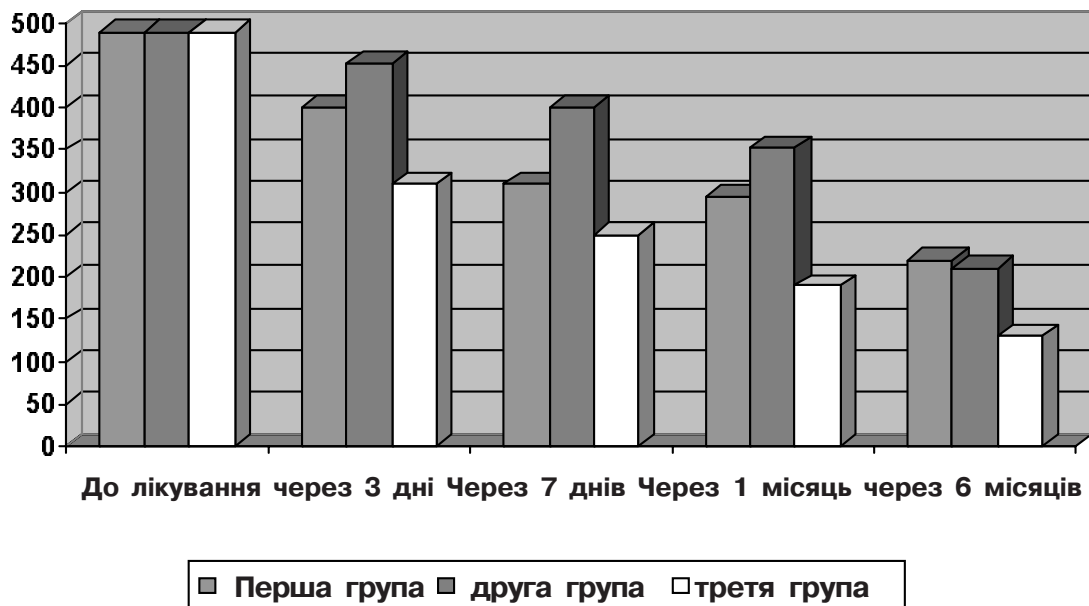


Рис. 3. Активність лужної фосфатази в змішаній слині (нкат/л) у досліджуваних групах хворих

Таблиця 4. Динаміка зміни еміграції лейкоцитів в ротовій порожнині під проведенням різної терапії у пацієнтів з посттравматичним сіалоаденітом ($M \pm m$)

Час спостереження	Група досліджуваних хворих		
	I	II	III
До початку лікування	437,1±31,1 $P < 0,001$	441,2±34,7 $P < 0,001$	448,0±21,9 $P < 0,001$
Через 3 дні	401,1±23,4 $P < 0,001$	411,5±37,5 $P < 0,001$	402,6±19,8 $P < 0,001$
Через 7 днів	424,7±37,4 $P < 0,001$	399,7±24,9 $P < 0,001$	384,2±20,0 $P < 0,001$
Через 1 місяць	414,8±29,9 $P < 0,001$	382,4±28,1 $P < 0,001$	325,6±29,8 $P < 0,001$
Через 6 місяців	401,1±27,4 $P < 0,001$	357,7±41,7 $P < 0,001$	321,4±17,4 $P < 0,001$

У першій групі показник трохи знижувався (на 8 %), причому через 7 днів спостерігалася активізація еміграції лейкоцитів з 401,1 до 424,7 клітин в 1 мл, що свідчить про активізацію запального процесу, пов'язаного з травмою слинних залоз, що продовжується.

У другій групі інтенсивність зниження була удвічі вища (19,1 %) і стабілізація процесу спостерігалася вже через 7 днів після проведеного ортопедичного лікування.

Результати дослідження пацієнтів третьої групи (комплексне медикаментозне і ортопедичне етіологічне лікування) свідчили про істотне зниження показника еміграції лейкоцитів в порожнині рота, що вказує на стійкий ефект лікування, що проводиться.

Що стосується динаміки інтенсивності злущування епітелію ротової порожнини (табл. 5),

то цей показник при першому дослідженні у пацієнтів всіх груп хворих з посттравматичним сіалоаденітом також був значно вищий за показник у осіб групи контролю ($P > 0,05$). Кількість епітеліальних клітин при порівнянні в різних групах осіб (залежно від лікування, що проводиться) не відрізнялася достовірно до початку лікування, як і в ситуації з лейкоцитами.

У першій групі показник так само, як і у випадку з інтенсивністю міграції лейкоцитів, трохи знижувався (на 15 %).

У другій групі інтенсивність зниження значно вища (25,6 %) і стабілізація процесу спостерігалася вже через 7 днів після проведеного ортопедичного лікування.

Інтенсивність злущування епітелію ротової порожнини в третій групі не відрізнялася на-

стільки, як інтенсивність міграції лейкоцитів, що пояснюється відсутністю тривалого хронічного запалення, враховуючи, що захворювання в основному протікало підгостро.

Висновки

Проведені клінічні і лабораторні дослідження показали наступне.

У хворих посттравматичним сіалоаденітом в процесі лікування спостерігаються стійка тенденція до відновлення ферментної активності в слині, а також зменшення запальних і дегенеративних явищ.

Швидкість відновлення в групі хворих, що приймають тільки медикаментозне лікування,

достатньо знижена. Відновлення ферментативної активності і нормалізації концентрації білка, швидкості слиновиділення наставало до шостого місяця досліджень.

Максимальне відновлення активності ферментів і нормалізація концентрації білка, швидкості слиновиділення у хворих спостерігалось у досліджуваних третьої групи, що свідчило про припинення ініціалізації запального процесу, відновлення тканини слинних залоз.

Дані дослідження підтвердили високу ефективність запропонованої методики комплексного – медикаментозного і ортопедичного лікування.

Список літератури

1. Афанасьев В.В. Сиалоаденит – этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. – М., 1995. – 90 с.
2. Бенгель В. Некротическая сиалометаплазия // Квинтэссенция. – 2000. – №1. – С. 15–17.
3. Данилевский Н.Ф., Хоменко Л.А. Применение ферментов в стоматологии. – К.: Здоров'я, 1972. – 186 с.
4. Солнцев А.М., Колесов В.С. Хирургия слюнных желез. – К.: Здоров'я, 1979. – 133 с.
5. Солнцев А.М. и др.. Заболевания слюнных желез. – К.: Здоров'я, 1991. – 310 с.
6. Сукманский О.И. Паротит. – Успехи физиологической науки, 1972. – Т.3. – №3. – С. 64–86.
7. Vova R., Walker P. Neonatal submandibular sialadenitis progressing to submandibular gland abscess // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. – 2000. Jun 9. – Vol. 53(1). – P. 73–75.
8. Harrison J.D., Badir M.S. Chronic submandibular sialadenitis: ultrastructure and phosphatase histochemistry // Ultrastructural Pathology. – 1998. Nov-Dec. – Vol. 22(6). – P. 431–437.
9. Riva A., Puxeddi R. A high resolution SEM study of human minor salivary glands // Eur. Journal of Morphology. – 2000. – Vol. 38 (№4). – P. 219–226.
10. Tenovuo J. Antimicrobial function of human saliva-how important is it for oral health? // Acta-Odontol-Scand. – 1998. Oct. – Vol. 56(5). – P. 250–256.
11. Tighe J.V., Bailey B.M., Khan M.Z. et al. Relation of preoperative sialographic findings with histopathological diagnosis in cases of obstructive sialadenitis of the parotid and submandibular glands: retrospective study // Source British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery. – 1999. Aug. – Vol. 37(4). – P. 290–293.
12. Williams H.K., Connor R., Edmondson H. Chronic sclerosing sialadenitis of the submandibular and parotid glands: a report of a case and review of the literature // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontics. – 2000. Jun. – Vol. 89(6). – P. 720–723.

ОСОБЕННОСТЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СИАЛОАДЕНИТОМ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

В.А. Залевска (Одесса)

Отражена проблема сиалоаденита, которая возникает при травмировании протоков слюнных желез зубными протезами при их сложном анатомическом расположении.

Предложена медикаментозная и ортопедическая методика лечения больных с данным заболеванием для создания условий атравматического пользования протезами.

Эффективность предложенного метода подтверждается рядом лабораторных и клинических исследований.

FEATURE OF ORTHOPEDIC TREATMENT OF PATIENTS WHICH SUFFER ON POSTTRAUMATIC SIALOADENIT OF BIG SALIVARY GLANDS

V.A. Zalevs'ka (Odesa)

The problem sialoadenit, which is covered at injury channels of salivary glands dental artificial by limbs according to their complex anatomic existence. It is offered a medicamentous and orthopedic technique treatment of patients to the given disease for creation of conditions of atraumatic use artificial limbs.

The effectiveness of a given method proves to be true by a number of laboratory and clinical researches.

В.І. КЛИМЕНКО (Запоріжжя)

ОРГАНІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ПСИХОЕМОЦІЙНИМ СТАНОМ КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Запорізький державний медичний університет

Зростання темпу життя, кількості комунікативних зв'язків, соціально-економічної напруги в суспільстві, урбанізація і науково-технічний прогрес призводять до збільшення чисельності стресових впливів і захворюваності на непсихотичні психічні розлади (НПР) та психосоматичні захворювання (ПЗ). Останнім часом проблеми поширення НПР серед осіб з хворобами системи кровообігу (ХСК) приділяється особлива увага, оскільки результати багатьох досліджень свідчать про негативний вплив психопатологічних розладів на перебіг та прогноз захворювань системи кровообігу [3;10;12].

Проблема НПР стала однією з найбільш актуальних не лише у психіатричній практиці, але й у глобальному медичному просторі. За даними ВООЗ, що не враховують значної кількості недіагностованих маскованих, соматоформних та інших варіантів, тільки на непсихотичні психічні розлади тривожно-депресивного спектру (НПРТДС) різної природи страждає до 5% населення світу. Особливо інтенсивна динаміка зростання цього показника простежується з кінця 60-х до кінця 90-х років минулого сторіччя, коли він зріс більше ніж у 12 разів (з 0,4 до 5,0%). Встановлено, що хоча б один депресивний епізод у своєму житті переживають 20–25% жінок та 7–12% чоловіків [8].

Водночас у розвинутих країнах даний показник суттєво вищий. Так, у США на НПРТДС страждають близько 17% популяції, а в похилому та старечому віці у 35–45% усіх госпіталізованих пацієнтів відзначаються ті або інші прояви НПРТДС. Відповідно, дуже великі і затрати, пов'язані з захворюваністю та лікуванням даної патології. Отже, НПРТДС є одним із найбільш витратних з економічної точки зору захворювань. За прогнозами, до 2010 р. НПРТДС вийдуть на друге місце в світі серед причин інвалідності, пов'язаних із захворюваннями (після ХСК). За останніми даними, НПРТДС є основним діагнозом у 5–10% усіх випадків звертань по первинну медичну допомогу, а за наявності соматичної патології вищезазначена супутня клінічна картина фіксується у 12–25% хворих [6].

За даними А.В. Підаєва, С.І. Табачнікова, 20–30% хворих, які перебувають під наглядом у за-

гальній медичній практиці, страждають на ті чи інші НПРТДС [7]. За епідеміологічними даними, серед пацієнтів віком 14 років і старших, які звертаються в загальну поліклінічну мережу, вищевказані порушення реєструються приблизно у 10%, а серед хворих із верифікованими соматичними захворюваннями цей показник зростає до 22–33% і перевищує частоту ХСК [2]. За даними статистики, 46% пацієнтів, які страждають на НПРТДС, лікуються у лікарів загальної практики, 46% – амбулаторно у психіатрів і тільки 8% – у психіатричних клініках [9]. Пацієнти з НПРТДС легкого і середнього ступенів тяжкості, а також маскованою (соматизованою) депресією часто не підпадають у поле зору психіатрів, а лікуються у лікарів соматичного профілю, що, як правило, діагностують психічне порушення в одного з чотирьох пацієнтів. Інші ж перебувають під наглядом лікарів загальної практики й одержують соматотропну терапію. А це сприяє хронізації психічного захворювання та ускладнює перебіг соматичного. Сьогодні лікарі первинної ланки стикаються зі значною кількістю ПЗ, а також з коморбідними соматичним захворюванням психічними порушеннями [3]. Саме такі порушення впливають на фінансову політику охорони здоров'я: на лікування таких пацієнтів у світі витрачається близько 20% усіх коштів, які виділяються на охорону здоров'я. Частота вищевказаних розладів є досить високою і коливається серед усього населення у межах 15–50%. В амбулаторній загальномедичній практиці ці порушення зустрічаються у 30–57% пацієнтів, у терапевтичних стаціонарах – у 65% хворих [1].

НПР, коморбідні соматичному захворюванню, суттєво впливають на перебіг хвороби, порушують суб'єктивне сприйняття хворим її динаміки, знижують ефективність лікування, ускладнюють реабілітацію, підвищують відсоток інвалідності [9]. У сучасних умовах ця проблема набуває дедалі більшої актуальності.

Мета роботи – вивчити поширеність та структуру змін психоемоційного стану у хворих на ХСК, визначити вплив стресів на ці порушення та обґрунтувати необхідність змін в організації медичної допомоги кардіологічним хворим.

Матеріали і методи. Нами (за умови інформованої згоди пацієнтів) проведено скринінгове дослідження 671 хворого із кардіологічним

діагнозом за методикою M.A. Whooley, з яких комплексно клінічно обстежені 422. Вивчено аналіз психоемоційного стану з відповідним діагностичними тестами, анамнестичних даних та медичну документацію (історії хвороби, виписки з історій хвороби, амбулаторні картки, довідки). Обстеження проводилося на базі кардіологічного відділення: Запорізької базейнової лікарні, в Запорізькому обласному кардіологічному диспансері та поліклінічного відділення лікарні ВАТ "Мотор Січ".

Оскільки методологія дослідження базувалась на системному підході, принципах доказовості та біоетики медичних досліджень, основними методами були: бібліосемантичний, конвент-аналіз, медико-статистичний, епідеміологічний, соціологічний, психологічного тестування, кореляційного аналізу, інформаційно-аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що психічне здоров'я кардіологічних хворих залежить від численних екзо- та ендогенних чинників, корекція яких лежить у межах компетенції державних, громадських, освітніх, медичних, соціальних та інших інституцій суспільства, а також від укладу сім'ї та поведінки особистості.

Доведено, що під впливом комплексної дії макро- та мікросоціальних чинників виникають значні зміни психоемоційного стану, які викликають серцево-судинні захворювання [4;5].

Незважаючи на широку розповсюдженість психопатологічних станів, як в загальномедичній, так і в кардіологічній практиці вони здебільшого залишаються невиявленими, не лікуються і стають причиною багатократних звернень пацієнтів у лікувальні установи, до лікарів різних спеціальностей, нових обстежень та частих госпіталізацій. Така ситуація характерна для багатьох країн, у тому числі і європейських. Діагностика та кваліфікація депресій у загальній медичній практиці мають значні складнощі, серед них ризик гіпердіагностики становить 1,5–8,0%, а гіподіагностика зустрічається набагато частіше: лише у 1 з 10 пацієнтів, що потребують спеціалізованої допомоги. Лікарі-практики, до яких насамперед потрапляють хворі зі стертими афективними розладами, вважають, що депресія має бути типовою. Відповідно до цього легкі та атипові форми залишаються поза увагою лікарів. У процесі діагностики депресій для лікарів існують дві "пастки": по-перше, депресії розцінюються як звичайна життєва ситуація або як адекватна відповідь на соматичне захворювання; по-друге, певну роль відіграє і особистість хворого, коли він намагається применшити важкість свого стану, заперечуючи будь-яку власну занепокоєність хворобою, трактуючи її як тимчасову проблему, виказуючи показну байдужість до проблеми захворювання і його прогнозу [11].

За даними нашого дослідження, у хворих з кардіологічною патологією порушення психоемоційного стану виявлено у 77,6% методом скринінгу, за допомогою більш поглиблених методик – у 90,3 та 100% хворих підтверджено об'єктивними, клініко-інструментальними і лабораторними даними, що, відповідно, негативно впливало на розвиток і перебіг серцево-судинних захворювань. Таким чином, майже 13% хворих навіть не усвідомлюють про порушення свого психоемоційного стану, а за даними консультацій у психотерапевта, у 18% не виявлено змін, тоді як при комплексному аналізі ми їх встановили.

Причини гіподіагностики зумовлені передусім тим, що хворі не мають психопатологічних, наприклад депресивних скарг, таких як пригнічений настрій та втрата інтересів або почуття задоволення. В клінічній картині переважає хронічний больовий синдром (кардіалгія), а також різні порушення сну, підвищена втомлюваність та зниження активності, порушення апетиту, зміна ваги, зниження працездатності, проблеми з концентрацією уваги, зниження статевого потягу, вегетативні порушення. Дана симптоматика характерна для соматизованої або прихованої, маскованої депресії. Значну роль у гіподіагностиці психопатологічних станів у кардіологічних хворих відіграє недостатня інформованість лікарів соматичного профілю щодо принципів діагностики і лікування розладів психічної сфери. Виявлення психічних розладів значною мірою полегшується при використанні психометричних шкал і тестів, у т.ч. суб'єктивних (на запитання відповідає сам хворий). Їх використання дає змогу мінімізувати витрати часу лікаря на обстеження, при цьому інтерпретація отриманих даних не потребує спеціальних знань.

Вищезазначене потребує внести певні корективи в систему медичної допомоги кардіологічним хворим. Особливістю запропонованих нами змін став алгоритм комплексного дослідження психоемоційного стану кардіологічних хворих з розподілом функціональних взаємозв'язків між лікарями соматичного профілю (кардіологами), медичними психологами та психотерапевтами (рис.).

В основу алгоритму комплексного спостереження за станом здоров'я кардіологічних хворих покладено вивчення змін психоемоційного стану як важливого індикатора, який впливає на виникнення та перебіг ХСК. Алгоритм створено з урахуванням рекомендацій експертів ВООЗ для проведення популяційних досліджень психосоціальних чинників, що впливають на здоров'я населення різних країн. Методику розраховано на самостійне заповнення пацієнтом, час дослідження дорівнює 15–20 хвилин. Можливе одночасне обстеження декількох пацієнтів.

Кожна особистість – індивідуальна, резерв організму та базальні психічні властивості за-

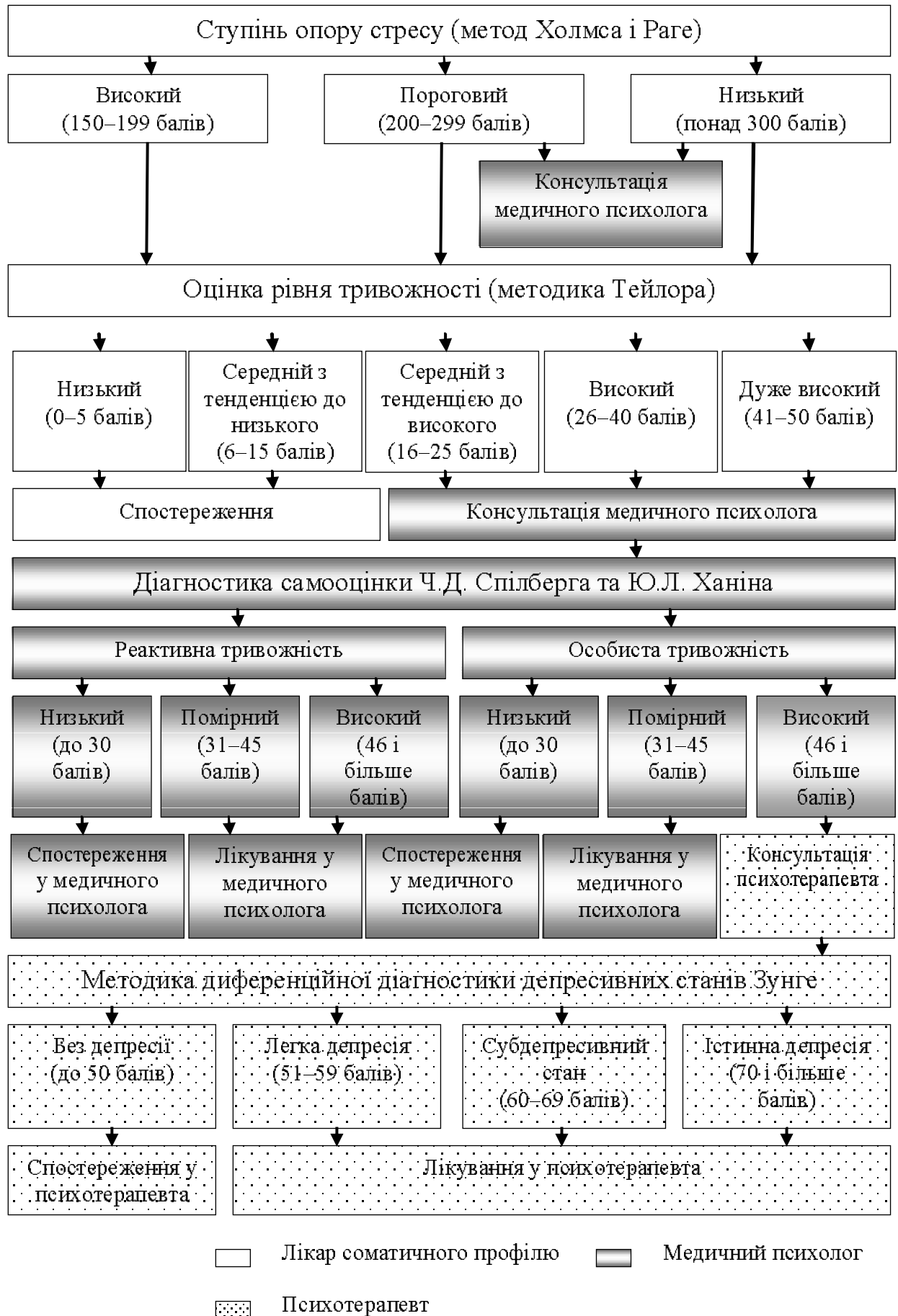


Рис. Алгоритм комплексного спостереження за психоемоційним станом кардіологічних хворих

лежать від чинників зовнішнього середовища, в якій вона розвивалася: від суспільства, сім'ї, держави; спадкоємних факторів, моральних, економіко-соціальних, екологічних. Всі вони зумовлюють формування адаптаційних механізмів особистості. Тому передусім лікар первинної ланки або спеціаліст (кардіолог, невропатолог та ін.) мають визначити рівень ступеня опору стресу. При виявленні порогового та низького рівнів опору стресу з метою мінімізації виникнення негативних змін в емоційно-особистісній сфері хворих необхідно проводити психокорекційну роботу з формування адекватного ставлення до подій. Застосування даного алгоритму дає змогу виявити осіб з високим рівнем психосоціального стресу та низькою здатністю до стрес-опору, тобто таких, які становлять групу ризику щодо виникнення ХСК, потребують медико-психологічної допомоги на рівні первинної профілактики.

Соціальна значущість ХСК пов'язана з тим, що хворіє працездатне населення, а терапія потребує постійного приймання ліків і, відповідно, додаткових фінансових затрат. У зв'язку з цим підвищується рівень стресового навантаження, виникають конфліктні ситуації як на роботі, так і вдома. Все це врешті-решт впливає на фізичне, психічне здоров'я та соціальне благополуччя. Враховуючи підвищену тривожність серцево-судинних хворих і фіксацію на соматичних почуттях, рекомендується комплексне дослідження тривожності у кардіологічних хворих з подальшим диспансерним наглядом не тільки як соматичного хворого, а вже як психосоматичного хворого. Психокорекційна робота при вторинній та третинній профілактиці спрямована не тільки на формування адекватного ставлення до подій, а і до своєї хвороби.

Алгоритм комплексного спостереження за психоемоційним станом кардіологічних хворих слід використовувати при проведенні профілактичної роботи на всіх рівнях з метою надання спеціальної медичної допомоги медичними психологами або психотерапевтами. Застосування даного алгоритму в популяційних дослідженнях дає змогу отримувати матеріал для порівняльного аналізу рівня психосоціального стресу і пов'язаних з ним чинників у різних вибірках населення, а при повторному дослідженні дає можливість оцінювати динаміку показників, які вивчаються.

Використання психометричних тестів та опитувальників в алгоритмі дає змогу не лише виявити депресію, тривогу та інші психологічні відхилення, а й дати кількісну оцінку досліджуванім показникам.

За сучасними оцінками, до 50% людей протягом життя ризикують перенести один психіч-

ний розлад і 20% мали такий психічний розлад протягом року до включення в епідеміологічне дослідження. Отже, основну роботу з виявлення, діагностики та лікування психоемоційних розладів повинні виконувати не психіатри, до яких звертається обмежена кількість хворих, а лікарі загальної практики, терапевти, кардіологи, невропатологи, інтерністи та інші лікарі соматичного профілю.

Поступове впровадження такої практики потребує декількох організаційних заходів:

- впровадження алгоритму комплексного спостереження психоемоційного стану кардіологічних хворих у роботу кардіологів, усіх лікарів соматичного профілю, особливо первинної ланки;

- навчання вищезазначених фахівців на курсах тематичного вдосконалення в межах стандартизованої освітньої програми щодо діагностики та профілактики найбільш поширених у практиці психічних розладів;

- організації професійної взаємодії між кардіологом, медичним психологом та психотерапевтом територіальної поліклініки або консультантом психотерапевтичного профілю з іншого медичного закладу;

- інформування хворих та суспільства загалом про характерні прояви найбільш частих психопатологічних станів з метою полегшення визначення ними самими психогенних скарг для звернення до лікаря з цього приводу.

Висновки

1. Доведено, що під впливом комплексної дії макро- та мікросоціальних чинників розвивається психоемоційний стрес, порушуючи стан психічного здоров'я особистості, виникає психосоматична патологія, зокрема, серцево-судинні захворювання.

2. Встановлено, що використання психометричних тестів та опитувальників дає змогу виявити психологічні відхилення, кількісно оцінити досліджувані показники в особистості та є ефективним діагностичним критерієм для застосування в первинній, вторинній, третинній профілактиці кардіологічної патології.

3. Науково обґрунтовано організаційні заходи щодо поліпшення організації та управління системою охорони психічного здоров'я кардіологічних хворих. Ці заходи полягають у впровадженні алгоритму комплексного спостереження психоемоційного стану в роботу лікарів соматичного профілю на всіх рівнях надання медичної допомоги, а також у використанні алгоритму при проведенні профілактичних заходів. Впровадження алгоритму комплексного спостереження психоемоційного стану кардіологічних хворих потребує тісної постійної співпраці між лікарями соматичного профілю, медичними психологами та психотерапевтами.

Таким чином, науково обґрунтована необхідність у державних заходах щодо поліпшення організації та управління системою охорони психічного здоров'я населення, особливо кардіологічних хворих, спонукає до розробки оптимальної моделі, особливістю якої є алгоритм

комплексного спостереження психоемоційного стану кардіологічних хворих з розподілом функціональних взаємозв'язків між лікарями соматичного профілю, медичними психологами та психотерапевтами. Це дасть змогу зміцнити психічне здоров'я.

Список літератури

1. Александровский Ю.А., Табачников С.И. Некоторые концептуальные вопросы сближения психиатрической и общесоматической помощи населению // Архив психиатрії. – 2002. – Т. 31, № 4. – С. 5–7.
2. Астапов Ю.Н. Проблема комплексной диагностики соматоформных и соматизированных расстройств в свете реформирования структуры первичной медицинской помощи // Матеріали наук.-практ. конференції молодих вчених ХМАПО "Нові технології в медицині," м. Харків, 21–22 грудня 2000 р. – Харків, 2000. – С. 37.
3. Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, №2. – С. 40–44.
4. Клименко В.І. Вплив соціальних факторів на розвиток артеріальної гіпертензії, коморбідно пов'язаної зі стресом // Запорожский мед. журнал. – 2007. – №2. – С. 56–60.
5. Клименко В.І. Соціально-психологічні чинники ризику розвитку ішемічної хвороби серця // Запорожский мед. журнал. – 2007. – №4. – С. 28–31.
6. 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.
7. Підаєв А.В., Табачніков С.І. Проблеми організації психіатричної, психотерапевтичної і психологічної допомоги в загальносоматичній мережі // Архив психиатрії. – 2003. – Т. 9, №1 (32). – С. 4–5.
8. Погосова Г.В. Депрессии у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению // Кардиология. – 2004. – №1. – С. 88–92.
9. Погосова Г.В. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: диагностические и терапевтические аспекты // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – №5. – С. 75–80.
10. Чазов Е.И. Эволюция концепции психического статуса при сердечно-сосудистой патологии // Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. – М.: "Либлис", 1994. – С. 10–12.
11. *Эмоции и сердце* / Погосова Г.В., Колтунов И.Е. Белова Ю.С., Сказин Н.В. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – №8. – С. 70–73.
12. National Institute for Health and Clinical Excellence. Hypertension: management of hypertension in adults in primary care. NICE clinical guideline 34. – 2006 // <http://www.nice.org.uk / CG034>.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В.І. Клименко (Запорожье)

Представлены результаты анализа влияния психоэмоционального состояния на развитие и течение болезней системы кровообращения. Научно обоснован алгоритм комплексного наблюдения психоэмоционального состояния у кардиологических больных. Рекомендуется использование алгоритма для профилактической и лечебной помощи на всех уровнях и во всех медицинских учреждениях. Для качественного использования алгоритма действий необходимо провести реорганизацию существующей системы оказания медицинской помощи кардиологическим больным.

THE MANAGEMENT OF COMPLEX OBSERVATION FOR THE PSYCHOEMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

V.I. Klimenko (Zaporizhye)

In this study we investigated whether the psychoemotional state influences on the development and the duration of cardiovascular diseases. It was founded the algorithm of complex observation for the psychoemotional state of patients with cardiovascular diseases. The using of the algorithm is recommended for prophylaxis and treatment at all levels and in all medical institutions. For application of the algorithm it is necessary to reorganize the extant system of medical care for patients with cardiovascular diseases.

УДК 616.314-089.28

М.В РОЗУМЕНКО, В.Г. ШУТУРМІНСЬКИЙ (ОДЕСА)

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІД ЧАС КОРИСТУВАННЯ МОСТОВИДНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ, ЯКІ НЕ ЗНИМАЮТЬСЯ

Одеський медичний університет

Мостовидне незнімне протезування займає основне місце в протезуванні хворих з малими і середніми дефектами зубних рядів [4]. У практиці сучасної ортопедичної стоматології переважає протезування суцільнолитими мостовидними протезами [3], а в більшості зарубіжних країн це єдиний метод протезування незнімними конструкціями малих і середніх дефектів зубних рядів [2;5].

Проте суцільнолиті мостовидні протези, які, завдяки своїм конструктивним особливостям (розташування уступу нижче за рівень ясен, сідло-видна форма проміжної частини, крихкість кераміки разом з високою жорсткістю литого металевго каркаса) [1;10;12–14], мають ряд недоліків, одним з яких є часті ускладнення з боку пародонту опорних зубів, слизовою під проміжною частиною і сколи керамічного облицювання. За даними різних авторів, сколи облицювання в період перших трьох років користування протезами складають до 30 % [1]. Ускладнення з боку пародонту в ці ж терміни досягають 50–60 % [8]. Протези зі сколом керамічного покриття слід відремонтувати або переробити. Переробка протеза досить витратна і створює ряд незручностей для пацієнта і лікаря [9;11].

Цілий ряд досліджень на підставі багаторічних спостережень показав, що в більшості випадків (до 75 % від всіх ускладнень) слід не переробляти металокерамічні незнімні мостовидні зубні протези, а реставрувати їх [6;15].

Проте такі реставрації розглядаються як тимчасове лікування, оскільки не усувається присутнє в 100 % таких випадків запалення крайового пародонту опорних зубів і слизовою підпротезного ложа.

Мета роботи – провести порівняльну характеристику методів реставрації суцільнолитих металокерамічних зубних протезів.

Матеріали. Реставрацію протезів для порівняльної характеристики проводили при незначних сколах облицювання (придесневий край, кут) або тріщинах в керамічному покритті. У всіх випадках мостовидні протези виготовляли з проміжною частиною 1–2 одиниці. Термін користування протезами склав від 6 місяців до 2 років. Дослідження проводилося за участю 115 пацієнтів, які були розподілені на чотири групи: контрольну, I – реставрація в порожнині рота (композит), II – реставрація зняттям, III – комплексна реставрація (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів з ускладненнями протезування мостовидними протезами за статтю, зростом і розташуванням протезів, абс.

Група спостереження	Стать		Вік			Розташування протезів	
	чол.	жін.	30–39 років	40–49 років	50–59 років	фронтальне	бокове
Контрольна	15	16	10	16	5	18	13
I	14	14	7	11	10	18	10
II	11	15	3	14	9	15	11
III	15	15	7	13	10	17	13
Всього	55	60	27	54	34	68	47

Контрольну групу склали 31 пацієнт (порожнину рота досліджували при непошкоджених металокерамічних мостовидних протезах).

Першу репрезентативну групу склали хворі, яким проводилися реставрація в порожнині рота

при використанні протравки розчином плавикової кислоти і спеціальним сіланом з подальшою реставрацією фотополімерним композитом. Всього 28 пацієнтів.

Другу – пацієнти, яким проводили зняття мостовидних протезів, реставрацію лабораторним способом і фіксацію в день зняття протезів на постійний цемент. Всього 26 пацієнтів.

Третю репрезентативну групу склали пацієнти, яким проводили зняття мостовидних протезів атравматичним способом [7], реставрували лабораторним способом, проводили курс протизапального і адаптаційного лікування. Фіксацію на цемент проводили на третю добу. Всього 30 пацієнтів.

Курс протизапальної терапії зводився до полоскань антисептичними розчинами тричі в день і масаж тканин ясен і слизової підпротезного ложа гелем "Мальцит".

Результати досліджень та їх обговорення. Контроль ефективності проведеної реставрації проводили за наступними напрямками: дослідження ступеня запалення крайового пародонту опорних зубів (проба Шіллера-Писарева), морфологічні показники (ступінь еміграції лейкоцитів і злущування епітелію в порожнині рота).

Результати проведеної проби Шіллера-Писарева представлені в таблиці 2.

Контрольну групу склали 31 пацієнт (порожнину рота досліджували при непошкоджених металокерамічних мостовидних протезах).

Першу репрезентативну групу склали хворі, яким проводилися реставрація в порожнині рота при використанні протравки розчином плавикової кислоти і спеціальним сіланом з подальшою реставрацією фотополімерним композитом. Всього 28 пацієнтів.

Другу – пацієнти, яким проводили зняття мостовидних протезів, реставрацію лабораторним способом і фіксацію в день зняття протезів на постійний цемент. Всього 26 пацієнтів.

Третю репрезентативну групу склали пацієнти, яким проводили зняття мостовидних протезів атравматичним способом [7], реставрували лабораторним способом, проводили курс протизапального і адаптаційного лікування. Фіксацію на цемент проводили на третю добу. Всього 30 пацієнтів.

Курс протизапальної терапії зводився до полоскань антисептичними розчинами тричі в день і масаж тканин ясен і слизової підпротезного ложа гелем "Мальцит".

Результати досліджень та їх обговорення. Контроль ефективності проведеної реставрації проводили за наступними напрямками: дослідження ступеня запалення крайового пародонту опорних зубів (проба Шіллера-Писарева), морфологічні показники (ступінь еміграції лейкоцитів і злущування епітелію в порожнині рота).

Результати проведеної проби Шіллера-Писарева представлені в таблиці 2.

Таблиця 2. Динаміка зміни показника проби Шіллера-Писарева у пацієнтів при реставрації суцільнолітими мостовидними протезами (M ± m)

Група спостереження	Розташування протезів	
	фронтальне	бокове
Контрольна	2,19±0,09 (n=18)	3,14±0,50 (n=13)
I	2,11±0,28 (n=18)	3,09±0,44 (n=10)
II	1,15±0,20 (n=15)	1,61±0,12 (n=11)
III	1,04±0,15 (n=17)	1,11±0,05 (n=13)

Аналіз проведених досліджень показав, що у всіх групах покази проби Шіллера-Писарева вищі при дослідженні бічних мостовидних протезів в порівнянні з мостовидними протезами з опорою на фронтальні зуби. Це, на нашу думку, свідчить про перевантаження опорних зубів при протезуванні металокерамічними протезами в бічній ділянці.

При дослідженні суцільнолітими мостовидних протезів в групі контролю (тривале користування протезами без необхідності реставрації) визначено значне підвищення проби Шіллера-Писарева в порівнянні з нормою (2,19 і 3,14).

Дослідження ступеня запалення в репрезентативних групах показує, що зниження в першій групі при реставрації в порожнині рота практично не спостерігається, але зафіксована істотна динаміка зниження показника запалення тканин пародонту при комплексній терапії із зняттям протезів (рис.).

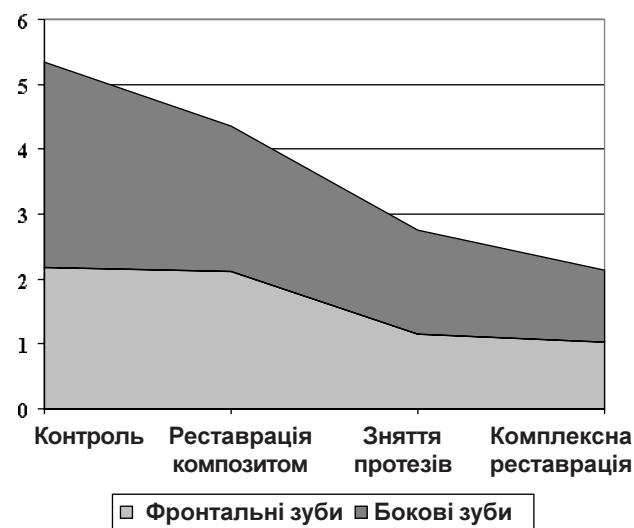


Рис. Динаміка змін показника проби Шіллера-Писарева

Результати проведеного дослідження ступеня еміграції лейкоцитів і злущування епітелію в порожнині рота представлені в таблицях 3 і 4.

Аналіз проведених досліджень показав, що у всіх групах показники еміграції лейкоцитів і злущування епітелію в порожнині рота вищі при дослідженні бічних мостовидних протезів, в порівнянні з мостовидними протезами з опорою

на фронтальні зуби, так само як і при проведенні проби Шіллера-Писарева. Це, на нашу думку, свідчить про хронічне запалення, що протікає при користуванні мостовидними суцільнолитими протезами. Навантаження, яке доводиться на бічні зуби мостовидного протезу, значно вище, ніж на фронтальних. Це пояснює вищі показники при вказаних дослідженнях.

Таблиця 3. Динаміка зміни еміграції лейкоцитів в ротовій порожнині при реставрації суцільнолитими мостовидними протезами, кількість лейкоцитів в 1 мл ротового змиву ($M \pm m$)

Група спостереження	Розташування протезів	
	фронтальне	бокове
Контрольна	441,2 \pm 34,7 (n=18)	555,2 \pm 44,4 (n=13)
I	418,5 \pm 39,3 (n=18)	553,9 \pm 39,4 (n=10)
II	312,7 \pm 29,7 (n=15)	375,7 \pm 32,4 (n=11)
III	237,5 \pm 22,6 (n=17)	265,5 \pm 23,8 (n=13)

Таблиця 4. Динаміка зміни інтенсивності злущування епітелію в ротовій порожнині при реставрації суцільнолитими мостовидними протезами, кількість епітеліальних клітин в 1 мл ротового змиву ($M \pm m$)

Група спостереження	Розташування протезів	
	фронтальне	бокове
Контрольна	33,5 \pm 3,3 (n=18)	35,4 \pm 2,8 (n=13)
I	33,7 \pm 2,8 (n=18)	34,9 \pm 2,7 (n=10)
II	22,4 \pm 1,7 (n=15)	25,7 \pm 1,8 (n=11)
III	19,4 \pm 0,9 (n=17)	21,5 \pm 0,8 (n=13)

Дослідження еміграції лейкоцитів і злущування епітелію в порожнині рота в репрезентативних групах показує, що в першій групі (при реставрації в порожнині рота) практично не спостерігається змін в порівнянні з групою контролю. Але має місце істотна динаміка зниження показників еміграції лейкоцитів і злущування епітелію в порожнині рота при комплексній терапії та із зняттям протезів.

Висновки

Проведені дослідження показують, що реставрація металокерамічних протезів в порож-

нині рота, тривале користування протезами вимагає спеціальних профілактичних лікувальних заходів.

Запропонована нами методика профілактики ускладнень вимагає подальших досліджень і доопрацювання, а методика відновної і проти-запальної терапії при необхідності реставрації металокерамічних мостовидних протезів в порожнині рота значно перевершує по ефективності як реставрацію в порожнині рота, так і відновлення облицювання методом лабораторної реставрації.

Список літератури

1. Арутюнов С.Д. Профилактика осложненной при изготовлении металлокерамических зубных протезов: Дис... канд. мед. наук. – М, 1990.
2. Жулев Е.Н. Металлокерамические протезы. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2005. – 288 с.
3. Каламкаргов Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 128с.
4. Король М.Д., Силенко Ю.И., Макеев В.Ф. та ін. Пропедевтика ортопедичної стоматології / За ред. М.Д. Король. – Вінниця: Нова книга, 2005. – 214 с.
5. Лебеденко Ю.И., Лебеденко А.И. Металлокерамика опасна для здоровья?! Мифы и реальность // Панорама ортопедической стоматологии. – 2005. – №4. – С. 4–7.
6. Онищенко В.С. Использование сплавов для изготовления зубных протезов. Способ реконструкции незнімних мостоподібних зубних протезів – Висновок про видачу деклараційного патенту на корисну модель від 06.06.07 по заявці и 2007 04960 // Зубное протезирование. – 2002. – №1. – С. 4–9.

7. Терешина Т.П., Бабий Р.И., Мозговая Н.В. Разработка и экспериментальное обоснование применения нового геля для полости рта "Мальцит" при гипосаливации // Вестник стоматологии. – 2006. – №1. – С. 28–31.
8. Beck D.A., Janus C.E., Douglas H.B. Ibid. – 1990. – Vol. 64 (5). – P. 529–533.
9. Bertolotti R.L., Paganetti C. Quintessence Int. – 1990. – Vol. 21 (7). – P. 579–582.
10. Chen H.Y., Su M.Z., Chang H.F. et al. Effects of different debonding techniques on the debonding forces and failure modes of ceramic brackets in simulated clinical set-ups // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. – 2007. Nov. – Vol. 132(5) – P. 680–686.
11. Dot D., Lasfargues J.J. Int Dent. – 1991. – Vol. 73 (20). – P. 1563–1574.
12. Effect of vacuum deposition technology on the metal-porcelain bond strength of a new type of CO-CR ceramic and framework dental alloy J.L. Wu, Y.L. Chao, P. Ji, X. Gao // Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. – 2007. Oct. – Vol. 25(5). – P. 513–516.
13. Lou B.Y., Zhang Y. et al. Study on color matching of equal volume in dental ceramic prosthesis materials // Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. – 2007. Oct. – Vol. 25(5). – P. 474–476.
14. MacArthur J.H. A new technique for holding indirect restorations // Dent Today. – 2007. Nov. – Vol. 26(11) – P. 114–115.
15. Sliding contact fatigue damage in layered ceramic structures / J.W. Kim, J.H. Kim, V.P. Thompson, Y. Zhang // J. Dent. Res. – 2007. Nov. – Vol. 86(11). – P. 1046–1050.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ ПОЛЬЗОВАНИЯ НЕСЪЕМНЫМИ МОСТОВИДНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

М.В. Розуменко, В.Г. Штурминский (Одесса)

Подана сравнительная характеристика разных методов профилактики и лечения осложнений при пользовании несъемными мостовидными конструкциями зубных протезов.

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF METHODS OF PREVENTIVE MAINTENANCE AND TREATMENT OF COMPLICATIONS WHEN A PERSON USES IN THE FORM OF BRIDGE DESIGNS OF DENTURES AND CAN'T BE TAKEN OFF

M.V. Rozumenko, V.G. Shuturmysky (Odesa)

It is given the comparative characteristic of methods of preventive maintenance and treatment of complications when a person uses the form of bridge designs of dentures and can't be taken off.

УДК 612,2:7.18-064

А.О.ГОЛЯЧЕНКО (Тернопіль)

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ПОЛІКЛІНІЧНИХ УМОВАХ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

Вступ. Здоров'я населення є запорукою успішного соціального та економічного розвитку кожної країни. У комплексі профілактичних та лікувально-оздоровчих заходів, спрямованих на збереження генофонду нації, чільне місце має посідати медична реабілітація [4].

Здоров'я населення України невпинно погіршується. Тільки за період з 1998 до 2004 р. стандартизований коефіцієнт смертності підвищився на 12,2 %, загальна захворюваність за цей же період зросла на 19,1 %. Для поліпшення здоров'я населення необхідно спиратись на науко-

во обґрунтовану технологію медичної допомоги, що містить методи обстеження, лікування та реабілітації. Досі абсолютно переважаючими в системі медичної допомоги є елементи лікування і реабілітації, спрямовані на попередження загострень розвитку хвороби, переходу хвороби із більш легкої у важчу стадію. На їхню реалізацію витрачається більше 95 % усіх ресурсів. Тому вдосконалення процесу лікування і реабілітації хворих є постійним актуальним завданням [6].

Актуальною стала потреба підвищення якості медичної допомоги. Рівною мірою це стосується медичної реабілітації. Існуючі дотепер засади і методи контролю якості не відповідають потребам сьогодення.

Мета. Вивчити передовий досвід організації медичної реабілітації в поліклініках Тернопільської, Хмельницької і Вінницької областей.

Матеріали і методи: проаналізовано багатолітню практику діяльності відділів медичної реабілітації в поліклініках трьох областей України.

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

Наше дослідження свідчить про доцільність виокремлення відділення відновного лікування в складі поліклініки.

Відділення відновного лікування створюється для хворих з серцево-судинними захворюваннями, з наслідками травм, ортопедичними, неврологічними та іншими хворобами.

Керівництво відділенням здійснюється завідувачем, який призначається і звільняється головним лікарем у встановленому порядку. Штати відділення встановлюються відповідно з потребою. В склад відділення відновного лікування входять наявні в поліклініці кабінети (відділення) лікувальної фізкультури, фізіотерапії, голкорексфлексотерапії, мануальної терапії. При цьому:

- кабінети лікувальної фізкультури мають приміщення для індивідуальних і групових занять лікувальною гімнастикою, для механотерапії, гідрокінезіотерапії, басейн, сауна;

- кабінети трудотерапії складаються із приміщень для відновлення функції верхніх та нижніх кінцівок, хребта, відновлення побутових навиків.

Ці підрозділи забезпечують необхідними видами допомоги пацієнтів, які отримують відновне лікування, так і інших хворих, що звернулися за амбулаторною допомогою в поліклініку. Відділення забезпечує: лікувальну фізкультуру, фізіо-трудопсихотерапію, масаж, логопедичне навчання, а також медикаментозну терапію, спрямовану на часткове чи повне відновлення серцево-судинної діяльності, рухових і мовних функцій, порушених внаслідок захворювань серця і судин, опорно-рухового апарату нервової системи тощо.

Відділення в своїй діяльності здійснює безпосередній зв'язок і тісні контакти з лікарями (спеціалістами поліклініки і перш за все кардіологами, невропатологами, травматологами-ортопедами, хірургами, терапевтами, а також з логопедами, психологами тощо). Для контролю за станом хворих в період відновного лікування використовуються методи функціональної діагностики, рентгенологічного, лабораторного і інших методів дослідження, які є в наявності в поліклініці.

Ми пропонуємо наступні основні завдання відділення відновного лікування:

- своєчасний початок відновного лікування хворих;

- диференційований підхід до вибору методів і засобів відновного лікування різних контингентів хворих;

- безперервність, послідовність і етапність,
- індивідуальний підхід в організації і здійсненні програми лікування.

У відповідності з поставленими завданнями на відділення покладаються наступні функції:

- складання індивідуальної програми відновного лікування пацієнта і її здійснення з використанням сучасних засобів і методів відновного лікування і функціонально-діагностичного контролю;

- засвоєння і втілення в практику роботи відділення нових сучасних методів і засобів відновного лікування, заснованих на досягненнях науки, техніки і передового досвіду лікувально-профілактичних закладів;

- залучення для консультації необхідних спеціалістів лікарні, поліклініки, в структурі якої знаходиться дане відділення, а також із медичних вузів і інших лікувально-профілактичних закладів;

- надання консультативної і організаційно-методичної допомоги з питань відновного лікування поліклінічним закладам в районі діяльності відділення;

- експертиза працездатності і направлення на МСЕК у відповідності з існуючими положеннями;

- взаємозв'язок з іншими підрозділами поліклініки;

- проведення клінічних розборів випадків необґрунтованого направлення на відновне лікування, дефектів у веденні хворого на етапах лікування, неефективності проведених відновних заходів тощо;

- здійснення заходів з підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу у встановленому порядку;

- направлення хворих при необхідності в лікарню для стаціонарного лікування;

- забезпечення обліку і звітності по формам і в терміни, затверджені Міністерством охорони здоров'я.

Структура відділення відновного лікування хворих на поліклінічному етапі реабілітації в кожному конкретному випадку визначається потужністю поліклініки, чисельністю населення, яке вона обслуговує, та потребою у даному виді ме-

дичної допомоги. Найбільш доступним та виправданим є максимальне використання вже існуючих у поліклініці структурних підрозділів. Приблизна схема відділу реабілітації набула наступного вигляду (рис.1).

Голова реабілітаційної комісії				
Завідувач відділом відновного лікування				
Старша медсестра				
Лікувально-діагностичний підрозділ				
Кардіолог	Терапевт	Ортопед-травматолог	Невропатолог	Фізіотерапевт
Лікувальний підрозділ				
Кабінет ЛФК	Кабінет психорефлексотерапії, мануальної терапії		Відділення фізіотерапії	Кабінет логопеда

Рис. 1. Структура відділення відновного лікування поліклініки

Спеціалізація медичного персоналу таких відділень, взаємозв'язок між етапами реабілітації, використання спільних методичних підходів та обмін документацією дозволяють своєчасно

організувати наступність в проведенні заходів, розпочатих на попередніх етапах та досягати більш вагомих результатів відновного лікування (рис.2).



Рис. 2. Організація реабілітаційного процесу у відділенні відновного лікування поліклініки

Лікарі-спеціалісти відділу відновного лікування (терапевт, кардіолог, ортопед-травматолог, невропатолог) проводять відбір і прийом хворих на відновне лікування; призначають додаткові обстеження із залученням лікаря функціональної діагностики чи спеціалістів поліклініки при необхідності; складають індивідуальний план відновного лікування, корегують його, контролюють його виконання; узгоджують план лікування хворого на комісії реабілітації і вносять в нього зміни відповідно з рішенням комісії; оцінюють ефективність відновного лікування і представляють хворого на комісію реабілітації після закінчення лікування; відображають хід лікування в документації.

Лікарі відділу відновного лікування (лікарі ЛФК, фізіотерапевтичного відділення, психоневролог, голкорексфлексотерапевт, логопед) беруть участь в роботі комісії реабілітації зі складання індивідуального плану лікування кожного пацієнта, а також здійснюють його; проводять систематичний контроль за реакцією пацієнта на лікувальну процедуру; здійснюють методичний контроль за роботою середнього медперсоналу, проводять оцінку ефективності лікування і динаміки відновлення пошкодженої чи втраченої функції; вносять свої пропозиції з корекції плану індивідуального лікування, несуть відповідальність за виконання плану лікарських процедур.

Наказом головного лікаря ЦРЛ створюється реабілітаційна комісія, включаючи завідувача відділенням, лікаря-спеціаліста по профілю пацієнта, фізіотерапевта, лікаря з лікувальної фізкультури, лікаря функціональної діагностики, інструктора з трудотерапії, юриста. При потребі запрошуються інші спеціалісти. Комісія вирішує такі завдання:

- визначення необхідності призначення відновного лікування;
- уточнення функціонального діагнозу і побудова прогнозу реабілітації;
- виявлення індивідуальних особливостей хворого і особливостей захворювання;
- складання комплексної програми відновного лікування конкретного пацієнта і корекція її в процесі реабілітації;
- вирішення питань працездатності пацієнта (працездатний без обмежень, працездатний з обмеженнями в обсязі чи в характері виробничої діяльності, тимчасово непрацездатний, потребує направлення на МСЕК для продовження листка тимчасової непрацездатності, направляється на МСЕК для встановлення групи інвалідності).

Пацієнти, які поступають на комісію вперше, представляються лікуючим лікарем, згодом завідувачем відділенням реабілітації. В комісію обов'язково спрямовується медична карта амбулаторного хворого. В карту вносяться всі дані проведених лікарських і відновних заходів, план реабілітації, щоденник лікарських записів і оглядів лікарями ЛФК, фізіотерапевтом, дані функціональних обстежень. Відображається динаміка працездатності, періодичний контроль на всіх етапах лікування і вказуються застосовані методи лікування і аналіз наслідків.

В реабілітаційній комісії заповнюється картка реабілітаційного хворого і процедурна картка – (форма 044/о), в якій відмічаються всі види отриманого лікування.

Після закінчення лікування процедурний листок підшивається в амбулаторну карту пацієнта. Реабілітаційна карта пацієнта залишається в комісії для наступних висновків.

В амбулаторну і реабілітаційну картку вписується проведений реабілітаційною комісією аналіз наслідків лікування за такими критеріями:

1. Медична ефективність:
 - одужання;
 - покращення;
 - без змін.
2. Соціальна ефективність:
 - повернення до праці без обмежень;
 - повернення до праці з обмеженнями;
 - зміна професії;
 - стійка втрата працездатності;
 - направлений на протезування;
 - пенсіонер, залишив роботу в зв'язку із захворюванням;
 - направлений на МСЕК для продовження лікарняного листка чи встановлення групи інвалідності.

3. Економічна ефективність:

- скорочення термінів непрацездатності.
- Після закінчення відновного лікування медичні документи відправляються на адресу дільничного (сімейного) лікаря за місцем проживання пацієнта (виписка на роботу) чи на МСЕК. Одночасно пацієнту дають рекомендації відносно повторного курсу відновного лікування.

Висновок.

Аналіз діяльності відділень медичної реабілітації в поліклініках Тернопільської, Хмельницької та Вінницької областей показав їх високу якість. Ці відділення є перспективним напрямком в розвитку медичної реабілітації в Україні.

Список літератури

1. Бабов К.Д., Литвиненко А.Г., Дмитриева Г.А. Итоги и перспективы функционирования реабилитационной медицины в Украине // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. – 2002. - №1 – с. 7 – 9.
2. Голяченко А.О. Основи медичної реабілітації. – Тернопіль: Лілея. – 2000. – 130 с.

3. Золотарева Т.А., Колесник Е.А. Подходы к организации системы медицинской реабилитации в различных странах // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. – 2000. - №2. – с. 45 – 48.
4. Лобода М.В., Москаленко В.Ф., Бабов К.Я. Состояние и перспективы развития медицинской реабилитации в Украине в современных социально-экономических условиях // Мед. реабилитация, физиотерапия. – 2000. - №1. – с. 3 – 6.
5. Медична реабілітація в санаторно-курортних закладах ЗАТ "Укрпрофоздоровниця": медичний посібник /за ред. Е.О. Колесник. – Київ, 2005. – 312 с.
6. Організація медико-соціальної допомоги / В.Ф.Москаленко, Г.О.Слабкий, В.П.Весельський, Л.І.Галієнко // Оцінка виконання міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки. – К., 2006. – С. 70-75.
7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Вороненка Ю.В., Москаленка В.Ф. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ.

А.А.Голяченко. (Тернополь)

Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я.Горбачевского
Проанализирована организация медицинской реабилитации в поликлинических условиях.

ORGANIZATION OF MEDICAL REHABILITATION IS IN THE TERMS OF POLICLINICS.

A.Golyachenko (Ternopil)

Ternopil State Medical University by I.Ya.Horbachevsky
Organization of medical rehabilitation in the policlinics terms is analyzed.

УДК 614.1.51(2)760

В.Л. СМІРНОВА (Тернопіль)

СОЦІАЛЬНІ КОНТРАСТИ ЗДОРОВ'Я ПОВНИХ І НЕПОВНИХ СІМЕЙ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

Вступ. Сімейний стан є одним із найважливіших соціальних чинників здоров'я. На це вказують деякі дослідження [2, 4, 5, 6]. Соціальною проблемою стає неповна сім'я. Неповні сім'ї породжуються, передусім, військовими катаклізмами, в яких гинуть чоловіки. Однак в останні десятиліття, не зважаючи на відсутність таких катаклізмів в нашій державі, частота неповних сімей зростає. Основна причина цього – надсмертність чоловіків у працездатному віці, яка в 2 – 4 рази перевищує смертність жінок. Велику роль відіграють розлучення

Мета. Дослідити соціальну характеристику повних і неповних сімей, які проживають у сільській місцевості Тернопільської та Рівненської областей та визначити відмінності в їхньому здоров'ї.

Матеріали і методи. Досліджені біля 10 тисяч сімей, які проживають в сільській місцевості

Тернопільської та Рівненської областей. Застосовані статистичні методи обробки матеріалу.

Результати дослідження та їхнє обговорення. Найбільш поширеною сільською сім'єю на сьогодні є т.з. проста повна нуклеарна сім'я, що складається з однієї шлюбної пари з дітьми або без дітей (майже 50 %). Кожна п'ята сільська сім'я — це самотні люди, частіше жінки. Більше 6 % сучасних сільських сімей складають т.з. неповні сім'ї, де відсутній один з її годувальників, як правило чоловік (майже в 90 % випадків). Повні та неповні сім'ї є в певній мірі соціальними антиподами, вони уособлюють значні соціальні відмінності (табл. 1).

Як видно із табл. 1, соціальний стан неповної сім'ї значно гірший у порівнянні з повною. Тут значно нижчий рівень освіченості (за часткою матерів з початковою освітою - в 2,5 рази), ступінь кваліфікації праці (на 44,8 %). За межею

бідності на селі живе кожна друга повна сім'я і три з чотирьох неповних. Частка незадовільних житлових умов серед неповних сімей у 2,5 рази вища у порівнянні з повними, значно нижчою є санітарна культура неповних сімей. Матері, що очолюють неповні сім'ї, втричі частіше зловживають алкоголем, ніж матері в повних сім'ях.

Соціальні відмінності захворюваності на рівні сім'ї представлені в табл. 2.

Захворюваність матерів із неповних сімей в 2,1 рази переважає захворюваність матерів із повних сімей; захворюваність інших дорослих членів неповних сімей переважає захворюваність інших дорослих членів повних сімей на 39,7 %.

Таблиця 1. Умови та спосіб життя повних та неповних сімей в сільській місцевості Тернопільської та Рівненської областей, на 100 осіб)

Показник серед матерів, що проживають в цих сім'ях	Повна сім'я	Неповна сім'я
Частка осіб із початковою освітою	8,6	21,4
Особі кваліфікованої праці	39,1	27,0
Живуть за межею прожиткового мінімуму	50,4	72,7
Живуть в незадовільних житлових умовах	12,4	31,6
Дотримуються режиму харчування	78,0	42,3
Зловживають алкоголем	7,8	23,4
Мають: холодильник	48,6	21,2
пральну машину	34,6	17,0
телевізор	85,7	62,7
автомобіль	4,8	-
Дотримуються санітарно-гігієнічних норм (миють руки перед харчуванням, чистять зуби, відвідують лазню)	60,9	32,1

Таблиця 2. Захворюваність згідно даних профілактичного огляду серед повних та неповних сімей (на 1000 осіб, попарна вибірка)

Хвороби	Неповні сім'ї		Повні сім'ї	
	Матері	Інші дорослі члени сім'ї	Матері	Інші дорослі члени сім'ї
Інфекційні та паразитарні	15,9	8,6	6,8	8,9
в т. ч. туберкульоз органів дихання	6,8	2,7	0,3	2,5
Доброякісні новоутвори	25,0	25,7	18,2	32,9
Злоякісні новоутвори	9,1	11,4	4,6	15,2
Хвороби ендокринної системи, порушення харчування, обміну речовин і імунітету	163,6	74,3	90,9	87,3
в т. ч. цукровий діабет	15,9	14,3	4,6	16,5
Психічні розлади	54,6	68,6	6,8	27,9
Хвороби нервової системи	217,8	165,7	93,2	160,7
Хвороби органів зору	63,6	134,3	54,6	82,3
Хвороби вуха і сосковидного відростку	30,0	51,4	34,0	55,7
Хвороби системи кровообігу	309,1	488,6	150,0	336,7
в т. ч. ревматизм	22,7	8,6	4,6	2,5
гіпертонічна хвороба	97,7	188,6	52,3	140,5
ішемічна хвороба серця	61,4	177,1	22,7	97,5
Хвороби органів дихання	195,4	231,4	52,3	92,4
в т. ч. бронхіт хронічний	61,4	42,9	15,9	16,5
пневмосклероз, емфізема	52,3	122,8	9,1	29,1
Хвороби органів травлення	172,7	168,6	72,7	103,8
в т. ч. виразкова хвороба	9,1	17,1	1,4	8,9
Хвороби сечових органів	34,1	31,4	18,2	43,1
Хвороби жіночих статевих органів	243,2	54,3	138,6	46,8
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	43,2	20,0	22,7	13,9
Хвороби кістково-м'язової системи	156,8	125,7	59,1	70,9
Інші	40,9	11,4	20,5	17,7
Р а з о м	1775,0	1671,4	843,2	1196,2

Захворюваність матерів із неповних сімей переважає захворюваність матерів із повних сімей по всіх наведених класах, групах хвороб та окремих захворювань, особливо помітно серед таких як туберкульоз органів дихання - в 22,7 рази, злоякісні новоутвори - в 2,0 рази, цукровий діабет - в 3,5 разів, психічні розлади - в 8,0 разів, хвороби нервової системи - в 2,3 рази, системи кровообігу — 2.1 рази, в т.ч. ревматизм - в 4,9 рази, ішемічна хвороба серця — в 2.7 рази, хвороби органів дихання — в 3,7 рази, в т.ч. бронхіт хронічний - в 3,9 рази, пневмосклероз, емфізема легень - в 5,7 рази, хвороби органів травлення - в 2,4 рази, в т.ч. виразкова хвороба - в 6,5 разів, кістково-м'язової системи - в 2,7 рази.

Захворюваність інших дорослих членів сім'ї має помітну перевагу серед неповних сімей у порівнянні з повними з таких захворювань, як психічні розлади, хвороби системи кровообігу, в тому числі ревматизм та ішемічна хвороба серця, бронхіт хронічний, пневмосклероз та емфізема легень, виразкова хвороба, хвороби кістково-м'язової системи.

Висновок.

Здоров'я неповних сімей суттєво гірше порівняно з повними. Серед членів неповних сімей частка здорових осіб в 2 рази менша, порівняно з повними сім'ями. Розповсюдженість хронічних захворювань в 2 – 6 разів вища в порівнянні з повними сім'ями.

Список літератури

1. *Мойсеєнко Р.О., Педан В.Б., Бережний В.В.* Аналіз смертності дітей віком до 1 року в Україні за 2006 рік. // Современная педиатрия. – 2007. – № 2 (15). – С. 10-14.
2. *Ноур А.М.* Особливості становлення та розвитку молодих сімей в Україні //Український соціум. – 2003. – № 1 (2). – С.61-71.
3. *Ситуаційний аналіз стану охорони здоров'я дітей та підлітків в Україні /О.О.Дудіна, Г.О.Слабкий, Р.О.Мойсеєнко та ін.* //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. - № 4. – С. 32-38.
4. *Слюсар Л.І.* Зміни шлюбно-сімейної структури населення в умовах демографічного старіння. //Населення України – 2003. Щорічна аналітична доповідь. - К.: ІДСД НАН України, Держкомстат України, 2004. – С. 43-72.
5. *Слюсар Л.І.* Регіональні особливості шлюбно-сімейної структури населення України та процесів її формування. //Населення України – 2004. Регіональні аспекти демографічного розвитку. - К.: ІДСД НАН України, Держкомстат України, 2005. – С. 51-82.
6. *Становище дітей та жінок в Україні.* – К., 2005. – 180 с.
7. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію.* 2005 рік. – К., 2006. – С. 57-69.
8. *Обзорная сводка о состоянии здоровья в Украине.* – 2005.- Копенгаген: ЕРБВОЗ, 2006. – 39 с.

СОЦИАЛЬНЫЕ КонтРАСТЫ ЗДОРОВЬЯ ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ

В.Л. Смирнова (Тернополь)

В статье анализируется отличие здоровья полных и неполных семей, проживающих в сельской местности.

SOCIAL CONTRASTS OF HEALTH IN COMPLETE AND INCOMPLETE FAMILIES

V.L. Smirnova (Ternopil)

The difference of health in complete and incomplete families, that living in rural locality is analyzed in the article.

Г.О. СЛАБКИЙ, О.О. ДУДИНА, О.А. ВАЛІЄВ (Київ)

СТАН І ПРОБЛЕМИ РОЗРОБКИ КЛІНІЧНИХ ПРОТОКОЛІВ З АКУШЕРСЬКОЇ, ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ТА НЕОНАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Нині Україна, як і всі європейські країни, переходить на значно вищий рівень усвідомлення питання щодо впливів на громадське здоров'я. Актуальність цього питання зумовлена суттєвим погіршенням стану громадського здоров'я: на тлі низького рівня народжуваності зростає смертність, захворюваність та поширеність хвороб серед усіх груп населення, зменшується середня тривалість життя [9].

В умовах несприятливої демографічної ситуації особливого значення набувають питання формування і збереження репродуктивного здоров'я та здоров'я нових народжуваних поколінь. Адже фундамент здоров'я людини закладається ще в період вагітності, пологів та перших трьох років життя [2;4;9].

В цілому стан репродуктивного здоров'я населення України за останнє десятиріччя зазнав впливу різноманітних процесів, які продовжують спричиняти зростання захворюваності та смертності, і викликає занепокоєння, бо не відповідає міжнародним стандартам. На сучасному етапі репродуктивне здоров'я нації характеризується низьким рівнем народжуваності на тлі високого рівня основних складових загрози репродукції особи – безпліддя, мертвонароджуваності, спонтанних абортів, вроджених вад розвитку, материнської і малюкової смертності [2;4;5;9].

За даними ВООЗ, рівень материнської смертності має чітку тенденцію до зниження і протягом останніх років значно нижчий, ніж в Євр.-В+С, однак все ще в 4 рази перевищує середні показники Євр.-А. Водночас, за оцінкою ВООЗ, ЮНІСЕФ і Фонду ООН щодо народонаселення, рівень материнської смертності в Україні значно вищий, ніж за даними національної статистики (35,0 на 1000 тис. живонароджених і 24,7 відповідно у 2000 р.).

За даними світової статистики, рівень малюкової смертності в Європейському регіоні у 2004 р. становив 18,0 на 1000 народжених живими, неонатальної смертності – 11,0, а в Україні – відповідно 14,0 і 9,0. Водночас, за класифікацією Європейського регіонального бюро ВООЗ, Украї-

на належить до країн з низьким рівнем малюкової смертності (група Євр.-В+С). Протягом останнього десятиріччя процес скорочення малюкової смертності в Україні відбувався швидше, ніж у середньому по Євр.-В+С, однак ЮНІСЕФ дає менш оптимістичні оцінки цього показника порівняно з національним. За його даними, рівень малюкової смертності в Україні становив 20,0 випадку на 1000 народжених живими у 1995 р. і 15,0 – у 2003 р., а за даними національної статистики – відповідно 14,8 та 9,5 [3;6].

Питання збереження і зміцнення здоров'я жінок та дітей є загальнодержавною міжсекторальною проблемою при провідній ролі сектору охорони здоров'я. Існуюча національна система служби охорони здоров'я матері та дитини формується навколо цілісного підходу, суть якого зводиться до надання кваліфікованої медичної допомоги жінкам і дітям з урахуванням їхніх потреб. А сучасна медицина стає все більш складною, високотехнологічною і науково об'ємною. В усьому світі продовжується розробка нових ефективних методів діагностики і лікування.

Вибір ефективних і безпечних медичних технологій, прийняття рішень – процес складний, відповідальний, потребує розробки суворого наукового підходу та процесів надання типових медичних послуг за стандартами, що регламентують обсяги і процес надання медичної допомоги при різних захворюваннях і станах.

Мета – вивчити стан розробки клінічних протоколів (КП) з акушерства, гінекології та неонатології, які ґрунтуються на принципах доказової медицини, та основні перешкоди до створення цих стандартів.

Результати дослідження та їх обговорення. Процес стандартизації в Україні почався у 80-ті роки ХХ ст. із впровадження в систему охорони здоров'я принципів нового господарського механізму. Цей процес характеризувався: розробкою клініко-статистичних груп і медико-економічних стандартів; застосуванням оцінки діяльності лікувальних закладів за моделями кінцевих результатів; впровадженням автоматизованих систем контролю якості. Однак відсутність економічних механізмів і ринкових відносин в охороні здоров'я призупинила по-

дальший розвиток цього процесу. Даний напрям дещо активізувався в умовах незалежності України як держави, що намагалась забезпечити необхідний рівень медичної допомоги з використанням медико-технологічних стандартів.

Першою розробкою в системі охорони здоров'я України було створення у 1998 р. "Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги дорослому і дитячому населенню в ЛПЗ України", затверджених наказом МОЗ України від 27.07.1998 р. №226.

Подальший розвиток стандартизації в медичній сфері стимулювало прийняття Закону України "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії" від 05.10.2000 р. №2017-111. На його виконання в Україні розроблено за участю спеціалістів Українського інституту громадського здоров'я "Нормативи надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю "Акушерство і гінекологія" в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів", "Нормативи надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги" та "Надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів". Ці нормативи затверджено відповідними наказами МОЗ України: від 28.12.2002 р. №503 "Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні", від 28.12.2002 р. №502 "Про організацію надання нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів" та від 29.12.2003 р. №620 "Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні".

Спеціалісти, які розробляли стандарти та нормативи надання медичної допомоги жінкам і дітям, використовували експертний метод і дані результатів окремих досліджень без проведення їх аналізу та оцінки на якість методології, величину і достовірність отриманих авторами результатів, можливість їх відтворення. Практично ці документи видані без урахування сучасних наукових даних з доведеною ефективністю, а відповідно до міжнародного досвіду, медичні стандарти розробляються на основі підготовлених клінічних керівництв, які, своєю чергою, базуються на даних надійних досліджень [1;8].

Тому дорученням Президента України від 06.03.2003 р. №1-1/252 і спільним наказом МОЗ та АМН України від 11.09.2003 р. №423/59 передбачено розробку і впровадження КП на національному рівні як технологічної форми медичних стандартів. Розробка КП передбачала використання технологій з доведеною ефективністю.

Використання найбільш достовірних з наукової точки зору досліджень для вирішення завдань клінічної практики забезпечується шляхом застосування принципів доказової медицини. Основним результатом використання принципів і методів доказової медицини є надання найбільш якісної медичної допомоги пацієнтам. Принципи доказової медицини виконують двозначну роль. З одного боку, вони сприяють скороченню часу між появою останніх надійних наукових досліджень та їх втіленням у клінічну практику, з іншого – становлять надійну перепону на шляху появи недоказаних, тим більш малоефективних методів діагностики і лікування.

Актуальність проблеми впровадження сучасних медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю в службу охорони здоров'я матері і дитини України особливо зростає в умовах низького рівня стану репродуктивного здоров'я та здоров'я нових поколінь. Хоча і Велика Британія, і США, і Канада, і Фінляндія, як і інші економічно розвинені країни, вже накопичили досвід переорієнтації охорони здоров'я на технології, що ґрунтуються на даних надійних досліджень, вони теж вишукують сьогодні шляхи її раціоналізації. Конкретне вирішення цих завдань значною мірою залежить від державної політики в області охорони здоров'я особливостей соціально-економічного статусу країн, рівня медичного забезпечення. У більшості розвинених країн розроблено і впроваджено в діяльність медичних закладів КП.

Реальним шляхом широкого і швидкого впровадження в діяльність закладів служби охорони здоров'я матері і дитини сучасних медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю є стандартизація медичних послуг з розробкою КП, що ґрунтуються на доказах. Основним атрибутом КП є те, що вони мають наукову основу [7;8].

КП – це інструмент, створений з метою забезпечення допомоги як медичним працівникам, так і пацієнтам приймати підкріплені надійною інформацією рішення щодо профілактики і лікування хвороб.

Процес створення КП є надто складним і потребує колосальних зусиль, методичної підготовки та інформаційного забезпечення фахівців, які їх розробляють. Адже КП створюються на основі колективних зусиль і підлягають строгій процедурі редагування і перевірки. Крім того, вони потребують регулярного поновлення у міру появи нових даних. Однак застосування КП високого методологічного рівня дає змогу підвищити якість медичної допомоги. Ці рекомендації – стандарт практики і у разі виникнення конфлікту лікар може впевнено опиратися на них.

Водночас існують об'єктивні дані того, що належним чином підготовлені КП можуть більше нашкодити, ніж допомогти. Протягом останніх років у всесвітній медичній спільноті сформувався консенсус щодо вимог до доброякісних КП. Основою для консенсусу став міжнародний опитувальник AGREE, в якому сформовано основні методологічні вимоги до КП. Ці вимоги забезпечують: максимальну відкритість процесу розробки; відповідність лікувально-діагностичних і профілактичних технологій сучасному стану медичної науки, що є гарантією сприйняття КП медичними спеціалістами; об'єктивність і надійність даних щодо ефективності задіяних медичних технологій; вибір найбільш ефективних технологій з позицій затрат на їх проведення.

Нині у більшості розвинених країн створено власні КП або адаптовані до національних умов КП інших країн.

Так, у Німеччині створено інформаційний ресурс КП власне німецьких і різних європейських розробників (Австрія, Франція, Швеція, Іспанія тощо). В Англії існує база даних КП з ендокринології, акушерства і гінекології, хірургії, кардіології, гастроентерології тощо, в Канаді – з онкології, інфекційних хвороб, ВІЛ/СНІДу тощо, в США зібрано понад 1000 кращих КП. У Голландії з 1987 р. асоціацією лікарів щорічно розробляється 8–10 КП. У Новій Зеландії створено бібліотеку публікацій КП з різних проблем.

Поступальні кроки з розробки КП, що ґрунтуються на наукових доказах, як унормованих форм медичних стандартів зроблено і в Україні. Нині згідно із Законом України “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії” від 05.10.2000 р. №2017-111, дорученням Президента України від 06.03.2003 р. №1-1/252 і спільним наказом МОЗ та АМН України від 11.09.2003 р. №423/59 розроблено і затверджено відповідними наказами МОЗ України 45 КП з акушерства, гінекології та неонатології, завершено розробку КП догляду за здоровою дитиною перших трьох років життя. Слід зазначити, що створення цих КП стало можливим лише завдяки сприянню і фінансовій підтримці Програми “Здоров'я Матері та Дитини”.

Розробка КП здійснювалася сформованими МОЗ України мультидисциплінарними з позицій географії регіонів та спеціальностей групами спеціалістів за участю управлінців, наукових співробітників і представників закладів охорони здоров'я. При відборі спеціалістів для участі їх у робочих групах враховувались: рівень клінічного досвіду; наявність знань процесу організації медичної допомоги дітям і матерям; навички, вміння шукати, аналізувати та оцінювати наукову інформацію. До складу робочих груп з розробки КП не увійшли представники громадських груп пацієнтів, що передбачено

міжнародними вимогами до розробки КП. Усі учасники робочих груп прослухали курс підготовки з питань доказової медицини. Базовий курс включав такі питання: основні принципи структури клінічних досліджень; аналіз і оцінку даних рандомізованих контрольованих досліджень; систематичних оглядів та інших досліджень; основні принципи статистичних розрахунків, що застосовуються в дослідженнях, якість доказовості в КП, принципи розробки і впровадження КП.

Етапи опрацювання КП включали: визначення мети і ключових клінічних питань; пошук і оцінку існуючих КП та джерел надійних досліджень; формування КП; рецензування за участю експертів ВООЗ; затвердження наказами МОЗ України; публікацію; розповсюдження та впровадження.

Вибір теми КП здійснювався з урахуванням важливості соціальних і медичних проблем окремих захворювань, відмінностей у підходах до лікування та можливостей для підвищення ефективності діагностики і лікування. В цілому для вибору мети і теми клінічних протоколів використовувалися такі критерії: відсутність єдиного погляду на профілактику, діагностику і лікування захворювань, що підтверджувалося відмінностями підходів до лікування і його результатів; наявність методів лікування з доведеною ефективністю (зниження рівня смертності, частоти побічних ефектів); наявність ятрогенних ускладнень та втручань, пов'язаних з підвищеним ризиком негативних наслідків.

Пошук даних надійних досліджень здійснювався всіма членами груп і включав вивчення даних електронних баз MEDLINE, EMBASE, баз даних систематичних оглядів Кокранівської бібліотеки, репродуктивної бібліотеки ВООЗ, публікацій надійних досліджень у періодичній літературі. Після проведення аналізу і оцінки знайденої інформації проводився відбір тих втручань, які були найбільш ефективними з мінімальним ризиком для пацієнтів.

Для визначення рівня доказовості використовувалися дані розробленої Шотландським агентством SIGN модифікованої шкали. Ця шкала використовується і російськими розробниками КП. Відбір технологій для протоколу здійснювався на підставі шкали рівнів доказовості при досягненні узгодженої думки членів робочої групи шляхом відкритого голосування. При цьому дослідження будь-якого типу з високою імовірністю систематичної похибки взагалі не включалися як доказовість рекомендацій КП. На жаль, у клінічній практиці зберігаються технології, ефективність яких ніколи не перевірялася в надійних дослідженнях. У таких випадках рішення про включення цих технологій до КП приймалося шляхом узгодженої думки експертів.

Після оформлення КП проводилося їх рецензування незалежними експертами України і ВООЗ та затвердження відповідними наказами МОЗ України. Передбачені міжнародними вимогами апробація і обговорення КП не проводилися, однак у ході розробки КП окремі технології їх вивчалися в пілотних закладах Проекту "Здоров'я Матері і Дитини". Для повсюдного ефективного використання розроблених КП забезпечено їх публікацію як окремими виданнями, так і в "Збірнику нормативних документів з питань репродуктивного здоров'я в Україні" (2005), а також в Інтернеті на сайті МОЗ України.

В цілому методологія розробки вітчизняних КП за спеціальностями "Акушерство, гінекологія і неонатологія" відповідає рекомендаціям Міжнародної мережі розробників клінічних рекомендацій (GIN), а перший досвід України з розробки КП, які ґрунтуються на доказах, можна вважати позитивним.

Впровадження сучасних медико-організаційних технологій, які ґрунтуються на доказах, сприяло зниженню частоти ускладнених пологів в Україні – з 67,6% у 2002 р. до 48,1% у 2006 р. та частоти народжених хворими немовлят – з 271,0 у 2002 р. до 201,97 у 2006 р.

Однак процес створення і впровадження системи стандартизації в охороні здоров'я України тривалий, складний і багатозатратний. Розробка одного клінічного протоколу за методологією доказової медицини триває не менше 18 місяців, методологічно складна і багатозатратна.

В цілому до основних перепон створення сучасної, яка відповідає міжнародному рівню, медичної стандартизації, можна віднести:

- відсутність єдиної загальнонаціональної політики розвитку системи медичних стандартів, що ґрунтуються на принципах доказової медицини;
- відсутність визначеної Кабінетом Міністрів України процедури розробки соціальних, у т. ч. медичних стандартів;

- відсутність галузевих класифікаторів, моніторингу якості медичної допомоги, національного формуляру лікарських засобів, базового пакету послуг (визначеного переліку обов'язкових послуг, надання яких гарантується державою на безоплатній основі);

- відсутність єдиного понятійного апарату в колі цієї проблеми;

- відсутність державного фінансування розробки медичних стандартів;

- існуючу практику розробки медичних стандартів широкого використання експертного методу при створенні медичних стандартів на основі консенсусу авторитетів-клініцистів медичних шкіл в особі головних профільних НДІ.

Висновки

В Україні зроблено поступальні кроки щодо впровадження в діяльність закладів служби охорони здоров'я матері і дитини сучасних медико-організаційних технологій, що ґрунтуються на доказах.

Для повсюдного і більш швидкого впровадження сучасних медико-організаційних технологій у діяльність закладів служби охорони здоров'я матері і дитини доцільно надалі удосконалювати нормативно-правову базу медичних стандартів, продовжувати розробку і затвердження галузевих стандартів медичної допомоги – клінічних протоколів за спеціальностями "Акушерство, гінекологія та неонатологія". Слід також запровадити цільове навчання з основ доказової медицини на додипломному і післядипломному етапах.

Враховуючи методологічну складність та багатозатратність розробки національних стандартів/клінічних протоколів, важливо вивчати питання щодо впровадження в діяльність закладів служби охорони здоров'я розроблених іншими країнами та адаптованими до національних умов стандартів медичної допомоги жінкам і дітям.

Список літератури

1. *До проблеми розробки та впровадження клінічних протоколів у діяльність служби охорони здоров'я матері та дитини* / Н.Я. Жилка, О.О. Дудіна, Г.А. Слабкий, Г.О. Бринь // *Здоров'я жінки*. – 2006. – №1. – С.36–40.
2. *Довідник з питань репродуктивного здоров'я* / За заг. ред. Н.Г. Гойди. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 128 с.
3. *Доклад о состоянии здоровья в Европе, 2005. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения*. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2006. – 168 с.
4. Жилка Н.Я. Репродуктивное здоров'я населения Украины: стан, проблеми та шляхи збереження // *Україна. Здоров'я нації*. – 2007. – №2. – С. 21–28.
5. *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.
6. *Обзорная сводка о состоянии здоровья в Украине, 2005*. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2006. – 39 с.
7. *Подходы к организации процесса адаптации клинических рекомендаций/медицинских стандартов в систему здравоохранения* / В.М. Пономаренко, Г.О. Слабкий, О.О. Дудина, О.А. Валиев // *Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2007. – №1. – С. 15–19.
8. *Програма Національного стратегічного планування розвитку системи медичних стандартів в Україні* / За заг. ред. Г. Росс, А.В. Степаненко, О.М. Новічкова, В. Парій. – К., 2006. – С. 33.
9. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію, 2005 рік*. – К., 2006. – С. 57–64.

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ С АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И НЕОНАТОЛОГИИ

Г.А. Слабкий, Е.А. Дудина, О.А. Валиев (Киев)

Изложены предпосылки для переориентации акушерско-гинекологической и неонатологической служб на медико-организационные технологии, которые базируются на данных надежных исследований. Приведены тактика и основные препятствия для разработки клинических протоколов.

CONDITION AND PROBLEMS OF DEVELOPMENT OF CLINICAL REPORTS FROM OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND NEONATOLOGY

G.A. Slabky, E.A. Dudina, O.A. Valiev (Kiev)

Preconditions for reorientation obstetric-gynecologic and neonatology services on medical and organizational technologies which are based on the given reliable researches are stated. Tactics and the basic obstacles for development of clinical reports are resulted.

НАУКОВИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

УДК 616.98-082(048)

А.В. ЯКОБЧУК (Житомир)

СКЛАДНОЩІ ТА НЕВДАЧІ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ І ХВОРИХ НА СНІД (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Житомирський інститут медсестринства

Сьогодні не існує ефективного патогенетичного лікування ВІЛ/СНІДу, але вчені багатьох суміжних з медичною галуззю сфер єдині у своєму прагненні знайти шляхи радикального подолання вірусу імунодефіциту людини. Фармакологічними здобутками є комплексне лікування ВІЛ-інфекції та її наслідків. Проте поряд з позитивними результатами рекомендованої терапії зі збільшенням тривалості лікування з'ясувалося, що воно не позбавлене ризику, бо має ряд недоліків, які полягають у складності лікування, його контролі та довготривалих ускладненнях. Деякими з ризиків застосування високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) є побічні ефекти препаратів (дисфункція серцево-судинної, шлунково-кишкової, імунної, центральної нервової систем, ліподистрофія, ураження шкіри та слизових оболонок, алергія, токсичні ефекти, активація бактеріальної флори та негативна взаємодія між ліками, поява резистентності до препаратів),

необхідність суворого дотримання правил їх приймання [2]. При проведенні тривалої протиретровірусної терапії (тим більше, малоефективної) підвищується ймовірність розвитку перехресної резистентності до декількох або цілої групи препаратів. Це вказує на необхідність раннього визначення мутацій стійкості до препаратів у разі неефективності терапії [1]. Також висока ціна на ці лікарські засоби може бути причиною їх недоступності для частини хворих із розвинутих країн і більшості хворих із країн, що розвиваються.

Мета роботи – на підставі огляду наукових джерел, які висвітлюють результати застосування препаратів для ВААРТ, дослідити і узагальнити основні складнощі та невдачі при комплексній терапії ВІЛ-інфікованих пацієнтів і хворих на СНІД, подати рекомендації з найбільш раціонального визначення курсу сучасного ефективного медикаментозного лікування у комплексі з таким важливим елементом, як прихильність до ВААРТ.

У роботі використано історичний та аналітичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення. У статті ми вивчали медичні та соціально-психологічні проблеми застосування ВААРТ у ВІЛ-інфікованих. Основними слабкими місцями тривалого застосування ВААРТ є невдача при підборі ліків і „медикаментозна втома”. Невдалим вважається підбір препарату, якщо він не забезпечує адекватного вірусного пригнічення, яке проявляється збільшенням кількості CD4, або спостерігається клінічна прогресія (крім клінічних симптомів і ознак, що пов'язані з імунним відтворенням). Необхідність зміни режиму слід підтверджувати клінічними та лабораторними даними, а також психологічними та соціально-побутовими обставинами. Насамперед береться до уваги вірусне навантаження, що є головним ризиком будь-якого рівня вірусної відповіді на фоні ВААРТ. Поява рівнів опору РНК ВІЛ між 50 і 500 копій/мл пов'язана з більш високим ризиком опору, ніж рівні, що є нижчими 50 копій/мл [20]. Відповідь низького рівня становить найвищий ризик для імунологічного ушкодження тому, що імунологічні параметри можуть поліпшуватися протягом деякого часу після того, як вірусна відповідь відновлюється [17;15]. З'являється усе більше й більше стійких варіацій, і сприйнятливість до одного або більше препаратів у режимі може спочатку зберігатися [6]. Початкова мета моніторингу для мінімально оптимального вірусного пригнічення – збереження терапевтичних варіантів.

Початковий підхід до випадку невдалого підбору препарату полягає в тому, щоб оцінити прихильність пацієнта до такого лікування і створити хворому якомога комфортніший режим. Якщо проблеми щодо прихильності немає, то причинами невдачі ВААРТ слід вважати несприятливу взаємодію препаратів або інших фармакологічних факторів.

Відстрочене плазменне визначення розрахунків РНК ВІЛ свідчить про адекватність дії препарату, його потенцію, появу опірності вірусного агента, прихильність пацієнта до лікування. Якщо кількість CD4 понад $200 \times 10^6/\text{л}$, то необхідно змінити терапію, оскільки клінічні вигоди є тимчасовими і прогресія хвороби ймовірна [18]. Коли рівень РНК ВІЛ продовжує падати до більш низької межі виявлення після закінчення 16 тижнів терапії, доцільно продовжити контролювати пацієнта без змін у терапії. Якщо до 24 тижня рівень РНК ВІЛ упав до рівнів виявлення, але не нижче, то навіть тоді ще не відомо, чи потрібно взагалі змінювати терапію.

Несприймання хворим певного режиму часто є первинною причиною невдалого підбору препарату, а зміна режиму лікування не може безпосередньо позначитися на ефективному лікуванні.

Збільшена тривалість поточних режимів призводила до довгострокових несприятливих ефектів терапії [21]. Якщо індивідуальний препарат у курсі лікування замінено для зменшення токсичності або для витривалої зручності, повний режим слід розглядати щодо можливості проведення ефективної терапії, залишкового опору ВІЛ і взаємодії комплексу препаратів. Якщо незручність у режимі заважає досягти позитивних результатів, то його спрощення і зміна в терапії може розглядатись з погляду збільшення ймовірності прихильності. Як тільки ухвалено рішення про заміну терапії та вибору нового режиму, потрібно з'ясувати основні причини для обґрунтування заміни й створення доступних варіантів терапії.

Через ризик токсичності тимчасове припинення прийняття всіх ліків, раніше застосованих, є альтернативою індивідуальній заміні препарату, особливо коли неприйнятні препарати не ідентифіковано. Деякі автори припускають, що така стратегія сприятиме успішним результатам лікування [19]. З метою уникнення негативних ефектів розпізнаний препарат варто замінити [21]. У разі підозри гіперчутливості до абакавіру, його слід відмінити і надалі не використовувати, оскільки це може призвести до серйозних токсичних наслідків і смерті. Однак невдалий підбір препарату не завжди пов'язаний з опором лікуванню [12;14].

У пацієнтів, у яких виявляється РНК ВІЛ низького рівня, після декількох місяців потужної терапії і без ідентифікованого опору лікам у їхньому поточному режимі інтенсифікація (доповнення лікування новим препаратом) могла б бути альтернативою повній зміні терапії, тоді як інші причини невдачі лікування виключені. Однак стратегія інтенсифікації може обтяжити складність режиму. Крім того, якщо невдача відбувається через нейсприймання хворим даного режиму, інтенсифікація, ймовірно, підсилить проблему.

У пацієнтів, які мають постійну віремію високого рівня поряд із тривалим застосуванням медикаментів, поява опору (резистентність) є ймовірною. Вирішуючи змінити лікування, бажано замінити всі компоненти режиму. Альтернативний режим важливо підбирати надзвичайно ретельно, бо результати часто невтішні. Медикаментозний режим має бути максимально ефективним, добре переноситися і сприйматися хворим.

Однак немає даних щодо кращої послідовності ліків у межах класу, тому підбираючи альтернативні ліки, слід брати до уваги можливість їх взаємного нівелювання. Ризик перехресного гальмування високий серед групи препаратів нуклеозидних інгібіторів зворотної транс-

криптази (ННІЗТ), і використання нового ННІЗТ не рекомендується як альтернатива невдачі ННІЗТ-початого режиму. Ймовірність і ступінь взаємного нівелювання серед інгібіторів протеази (ІП) зростають із тривалістю вірусної відповіді на фоні дії препарату. Навіть якщо обраний ІП дав позитивні результати, неможливо обґрунтувати оптимальну послідовність ліків для окремих пацієнтів [17;22].

Вірус протягом невдалого лікування не може бути стійким до всіх ліків [6;12;14]. Дослідження резистентності можуть допомогти у підборі ліків: які слід замінити, а які – залишити.

Інше міркування у виборі наступних режимів: потенціал для підвищення фармакологічної дії препарату, оптимальну дозу необхідно визначити для кожного ІП. Поєднувати ефавіренц з деякими ІП треба обережно через потенційні скорочення біологічної придатності (наприклад, саквінавір і ампренавір).

Позитивні результати ВААРТ мають свій зворотній бік: при тривалому прийомі антиретровірусних препаратів розвиваються порушення холестеринового обміну, ліподистрофії, дисфункції судинної системи, підшлункової залози [3].

У Чикаго на форумі "Ретровіруси та віруси опортуністичних інфекцій 2001" наголошувалося на розробці принципово нових підходів до конструювання антиретровірусних препаратів, дія яких спрямовуватиметься на попередження проникнення вірусу в клітину. Поряд із цим увагу дослідників також зосереджено на досягненні або підтриманні вірусного пригнічення, яке визначається присутністю плазменної РНК ВІЛ, на підвищенні безпечності, ефективності та простоти застосування препаратів, що входять до схеми ВААРТ.

Однією з причин невдалого лікування може бути неадекватна експозиція препарату. Таке можливо внаслідок недотримання режиму прийому лікарських засобів, їх неправильного дозування, недостатнього засвоєння ліків чи прискореної їх елімінації. Визначення концентрації препаратів водночас із корекцією доз може суттєво підвищити шанси на успішне лікування.

Лікарі застерігають, що ефективність лікування суттєво залежить від жорсткого дотримання його режиму [10]. Вибору комбінації для терапії передують низка факторів: дані клінічних досліджень, які демонструють: вірусологічні, імунологічні та клінічні переваги кожного з препаратів; кількість таблеток у схемі, частоту приймання і дози, вимоги щодо прийому таблеток з їжею; зручність застосування, профіль токсичності і можливість перехресної взаємодії препаратів; численні побічні ефекти. Хоча деякі з них не мають довготривалих наслідків, проте спричинені

симптоми суттєво погіршують якість життя хворих. Це – нудота, блювота, пронос, центральне ожиріння, збільшення молочних залоз, утворення задньошийної жирової подушки, втрата жиру на периферії і змарніння обличчя (як результат дії більшості ІП та деяких НІЗТ), розлади сну (сонливість, безсоння, важкі сновидіння), неспроможність зосередитися, запаморочення, загострення психічних хвороб, депресія (виникають під впливом ефавіренцу) [4;16], рідкісний, але загрозливий для життя синдром Стівенса-Джонсона (через застосування ННІЗТ) [8], системна реакція гіперчутливості, головний біль (внаслідок абакавіру) [14], лактатацидоз з жировим гепатозом (в результаті НІЗТ) [9], панкреатит, периферійна нейропатія, діарея, пігментація сітківки (під дією диданозину) [11], гепатонекроз (від невірапіну) [13] тощо. Дослідники стверджують, що ці та інші розлади можуть спровокувати виникнення серцево-судинної патології [7].

З огляду на клінічні та імунологічні успіхи при застосуванні ВААРТ, незважаючи на тривалу віремію у пацієнтів із тяжким станом, доцільно продовжувати лікування максимально довго [5;21]. Однак урегулювання, переривання лікування, скорочення дози або заміна одного чи більше препаратів у складному режимі можуть бути необхідними через токсичність. Кількість CD4+ і рівні РНК ВІЛ слід перевіряти після припинення вживання ліків, щоб насправді виявити погіршення їх ефективності.

Значне місце в лікуванні ВІЛ-інфікованих посіла терапія опортуністичних інфекцій. На фоні ВІЛ часто активуються різні бактеріальні інфекції. В конкретних випадках необхідно підбирати антибактерійні препарати залежно від чутливості відповідних мікроорганізмів.

У ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД клінічно частіше за все трапляються герпес-вірусні інфекції – Herpes simplex virus. Виявлено також чітку залежність поширеності герпетичного стоматиту від пори року: найнижчий показник реєструється влітку (до 40%), у вересні він становить до 70%, найвищі значення показника – у жовтні–березні (90–95%), у квітні спостерігається його зниження до 70%.

Слід пам'ятати, що нераціональна терапія, безсистемне і непомірне використання сильнодіючих препаратів вкрай негативно впливають на проліферацію імунокомпетентних клітин. Навіть середньотерапевтичні дози антибіотиків при використанні протягом 70 днів спричиняють пригнічення імуногенезу майже у всі періоди. Після відміни препарату повного відновлення імунної відповіді не спостерігається і через 10–15 днів. Сьогодні близько 90% усіх хвороб, які викликаються лікарськими засобами, займає алергія.

Тривала ВААРТ із застосуванням значних доз протягом доби призводить у багатьох хворих з асимптомним перебігом інфекції до втоми від лікування і, як наслідок, до недотримання лікувального режиму, що може спровокувати резистентність вірусу до препаратів. Водночас зростає частота зумовлених довготривалим застосуванням схем ВААРТ небажаних загрозливих для життя ефектів, таких як порушення ліпідного обміну, характерного для ІП, чи мітохондріальна токсичність, що є типовою для НІЗТ.

З огляду на досвід Київського інституту епідеміології та інфекційних захворювань подаються терапевтичні схеми та відповідні рекомендації у Методичних рекомендаціях з клініки, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу (1996).

Висновки

У сучасних умовах відсутнє патогенетичне лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, і тому проблема ефективної комплексної терапії цього захворювання залишається актуальною на невизначений час.

При наявності позитивних результатів ВААРТ існують недоліки, які ускладнюють клінічний перебіг хвороби і погіршують якість життя хворих.

Безсистемне, нераціональне, тривале і неконтрольоване використання сильнодіючих препаратів, надлишкова інтенсифікація терапії, незручний лікувальний режим і, як наслідок, його недотримання можуть призвести до перехрес-

ної резистентності вірусу до декількох або цілої групи препаратів, глибокої інтоксикації, виникнення різноманітних ускладнень та суміжних захворювань, соціально-психологічних негативних ефектів.

Ефективність застосовуваної будь-якої схеми лікування суттєво залежить від жорсткого дотримання його режиму.

Невдачу лікування визначено як призначення препарату, який не забезпечує адекватного вірусного пригнічення, що проявляється збільшенням кількості CD4 або у перебігу хвороби має місце клінічна прогресія. Однією з причин невдалого лікування може бути неадекватна експозиція препарату.

Необхідність зміни режиму лікування слід підтверджувати дослідженням вірусного навантаження, незалежними оцінками та іншими даними, які забезпечують оптимальні ефекти.

Вибір альтернативних ліків має базуватися на найменшій передбачуваній можливості для взаємного нівелювання.

Якщо досягти успіхів у терапії заважає незручний режим, то його спрощення і зміна в лікуванні може розглядатись з погляду збільшення ймовірності прихильності.

Альтернативний режим слід обирати надзвичайно ретельно й індивідуально, оскільки обґрунтовані рекомендації щодо кращої послідовності ліків у межах класу відсутні.

Список літератури

1. Богословская Е.В., Башкирова Л.Ю., Шипулин Г.А. Развитие лекарственной устойчивости ВИЧ у пациентов, получавших противоретровирусную терапию больше года // Инфекционный контроль. – 2003. – № 1(9), январь–март. – С. 27–28.
2. Пау А. Фармакотерапія ВІЛ-інфікованих пацієнтів: наголос на антиретровірусні препарати // Лікарський вісник. Рік XLVII, ч. 3 (149), літо 2002. – С. 43–53.
3. AIDS threat growing throughout Europe. UN, World Bank and Global Fund call on European Ministers to scale up HIV prevention and treatment programmes // www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr14/en/
4. Carpenter C.C., Fischl M.A., Hammer S.M. et al. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996 // JAMA. – 1996. – Vol. 276. – P. 146–154.
5. Clevenbergh P., Durant J., Halfon P. et al. Persisting long-term benefit of genotype-guided treatment for HIV-infected patients failing HAART. The Viradapt Study: week 48 follow-up // Antivir Ther. – 2000. – Vol. 5. – P. 65–70.
6. Deeks S.G., Hecht F.M., Swanson M. et al. HIV RNA and CD4 cell count response to protease inhibitor therapy in an urban AIDS clinic AIDS. – 1999. – Vol. 13. – F35–F43.
7. Dore G.J., Li Y., McDonald A., Ree H. et al. Impact of highly active antiretroviral therapy on individual AIDS-defining illness incidence and survival in Australia // J Acquir Immune Defic Syndr. – 2002. – Vol. 29. – P. 388–395.
8. Descamps D., Peytavn G., Calvez V. et al. Virologic failure, resistance and plasma drug measurements in induction maintenance therapy trial (ANRS 072, Tnlege) From 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, January 31–February 4, 1999; Chicago, Ill Abstract 493.
9. Duong M., Buisson M., Cottin Y. et al. Coronary heart disease associated with the use of human immunodeficiency virus (HIV)-1 protease inhibitors: report of four cases and review // Clin Cardiol. – 2001. – Vol. 24. – P. 690–694.
10. Filder S.J., Brady M.D., Oxenius A. et al. Immunological and virological effects of short course antiretroviral therapy in primary HIV infection. In: XIV International AIDS conference. Barcelona; 2002. abstr. TuOrB1185.
11. Fischl M.A., Richmond D.D., Hansen N. et al. The safety and efficacy of zidovudine (AZT) in the treatment of subjects with mildly symptomatic human immunodeficiency virus type 1 (HIV) infection: a double-blind placebo-controlled trial // Ann Intern Med. – 1990. – Vol. 12. – P. 727–737.
12. Hammer S.M., Katzenstein D.A., Hughes M.D. et al. Trial comparing nucleoside monotherapy with combination therapy in HIV infected adults with CD4+ cell counts from 200 to 500 per cubic millimeter N Engl // J Med. – 1996. – Vol. 335. – P. 1081–1090.

13. *Haubrich R., Demeter L.* International perspectives on antiretroviral resistance. Clinical utility of resistance testing: retrospective and prospective data supporting use and current recommendations // *J Acquir Immune Defic Syndr.* – 2001. – Vol. 26, Suppl 1. – P. 51–59.
14. *Hewitt R.G.* Abacavir hypersensitivity reaction // *Clin Infect Dis.* – 2002. – Vol. 34. – P. 1137–1142.
15. *Hoffmann C., Kamps B.S.* HIV medicine 2003. – Paris: Flying Publisher; 2003. – P.51–59.
16. *Holder D.J., Condra J.H., Schleif W.A. et al.* Virologic failure during combination therapy with CRXI-VAN and RT inhibitors is often associated with expression of resistance-associated mutations in RT only From 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, January 31-February 4, 1999, Chicago, Ill Abstract 492.
17. *Injecting drug use drives the HIV/AIDS epidemic in Eastern Europe and Central Asia. Over 80% of those infected are under 30.* Press release EURO/19/04. Copenhagen, 29 November 2004 // www.unaids.org/wad2004/report.html.
18. *Kotler D.P., Rosenbaum K., Wang J., Pierson R.N.* Studies of body composition and fat distribution in HIV-infected and control subjects // *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* – 1999. – Vol. 20. – P. 228–237.
19. *Miller M.D., Anton K.E., Mulato A.S. et al.* Human immunodeficiency virus type 1 expressing the lamivudine-associated M184V mutation in reverse transcriptase shows increased susceptibility to adefovir and decreased replication capability *in vitro* // *J Infect Dis.* – 1999. – Vol. 179. – P. 92–100.
20. *Perelson A.S., Neumann A.U., Markowitz M. et al.* HIV-1 dynamics in vivo: virion clearance rate, infected cell life-span, and viral generation time // *Science.* – 1996. – Vol. 271. – P. 1582–1586.
21. *Perelson A.S., Essunger P., Cao Y.* Decay characteristics of HIV 1 infected compartments during combination therapy // *Nature.* – 1997. – Vol. 387. – P. 188–191.
22. *Staszewski S., Keiser P., Montaner J. et al.* Abacavir-lamivudine-zidovudine vs indinavir-lamivudine-zidovudine in antiretroviral-naïve HIV-infected adults: A randomized equivalence trial // *JAMA.* – 2001. – Vol. 285. – P. 1155–1163.

СЛОЖНОСТИ И НЕУДАЧИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И БОЛЬНЫХ СПИДОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.В. Якобчук (Житомир)

На основании обзора научных источников, освещающих клиническое использование препаратов для высокоактивной антиретровирусной терапии, исследованы и обобщены основные сложности и неудачи комплексной терапии ВИЧ-инфицированных и больных СПИДОМ, рекомендации по наиболее рациональному определению курса современного эффективного медикаментозного лечения в комплексе с таким важным в терапии элементом, как приверженность к антиретровирусной терапии. Обоснована необходимость многопрофильного первичного подхода к назначению лечения. Даны рекомендации для оперативного мониторинга клинического течения ВИЧ-инфекции и представлены факторы своевременной идентификации неудачи при применении комплексного лечения с целью результативной коррекции терапии.

COMPLEXITIES AND FAILURES AT COMPLEX TREATMENT HIV-INFECTED AND PATIENTS WITH AIDS (THE REVIEW OF THE LITERATURE)

A.V. Yakobchuk (Zhytomir)

On the basis of the review of the scientific sources covering clinical use of medicines for highly active antiretroviral of therapy, the basic complexities and failures of complex therapy of HIV/AIDS patients, the recommendations by the most rational definition of a rate of modern effective medicamentous treatment in a complex with such important element in therapy as adherence to antiretroviral of therapy are investigated and generalized. Necessity of the versatile primary approach to purpose (assignment) of treatment is proved, recommendations for operative monitoring clinical current of the HIV infection of the specified category of patients are given during treatment and factors of duly identification of failure of therapy with the purpose of its productive correction.

А.В. ВЛАДИМИРСЬКИЙ (Донецьк)

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ, ЯКИХ НАПРАВЛЯЮТЬ НА ТЕЛЕМЕДИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Телемедичне консультування успішно використовується в травматології-ортопедії для забезпечення адекватного рівня спеціалізованої допомоги в точці необхідності. Ряд авторів указує на явні клінічні, організаційні й економічні переваги телемедичної форми обслуговування в ортопедії та травматології порівняно зі звичайними телефонними консультаціями або особистим викликом експерта [6–11]. Базуючись на власному досвіді проведення близько 400 телеконсультацій, можемо стверджувати, що в ряді клінічних ситуацій телемедична взаємодія є цілком рутинною процедурою для формування адекватної лікувальної програми й одержання ліпших анатомо-функціональних результатів у травматології та ортопедії [2;3;5;12].

Мета роботи – вивчити ключові характеристики (антропо-демографічні, нозологічні тощо) пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю, яких направляють на телемедичне консультування; на основі цих характеристик визначити опис “типових пацієнтів” ортопедо-травматологічного профілю, яких направляють на телеконсультування.

Матеріали і методи. У досліджувану групу ввійшло 132 клінічні випадки (73 чоловіки, 59 жінок) віком від 2 днів до 77 років. Віковий розподіл наведено на рис. 1. Найбільша кількість

пацієнтів була у віці 19–50 років (66,0%) – активна, працездатна категорія населення.

На телемедичне консультування направляються пацієнти ортопедо-травматологічного профілю з усілякими ушкодженнями й захворюваннями опорно-рухової системи (ОРС). Ми систематизували дані про діагнози (відповідно до МКХ-10) і поділили пацієнтів на декілька діагностичних груп (табл. 1). Як видно з таблиці 1, найбільшу питому вагу становлять групи “Травми ОРС” – 53,0%, “Уроджені пороки ОРС” – 14,0%, “Ускладнення

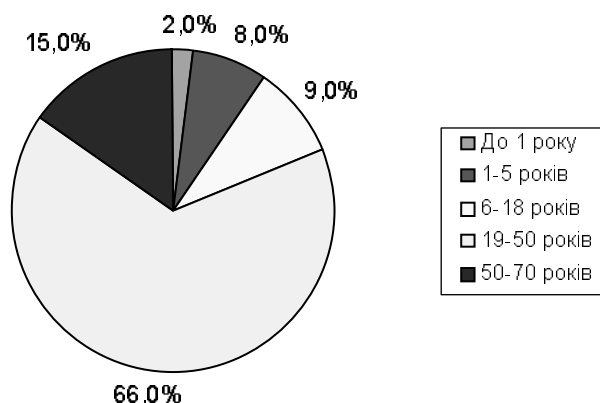


Рис. 1. Віковий розподіл пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю, направлених на телемедичне консультування

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю, направлених на телеконсультування

Діагностична група	Класифікація за МКХ-10		Кількість пацієнтів	
	клас	блок	абс.	%
Травми (гостра, застаріла, на етапі лікування) опорно-рухової системи	XIX	S00-S99	69	53
Уроджені пороки розвитку опорно-рухової системи	XVII	Q65-Q79	18	14
Ускладнення ендопротезування й остеосинтезу	XIX	T80-T88	11	8
Остеоартроз, дегенеративно-дистрофічні захворювання	XIII	M15-M19	7	5
Гнійні ускладнення й захворювання	XIII	M00-M03, M86	6	5
Наслідки й ускладнення травм	XIX	T90-T98	5	4
Кістково-суглобна онкологія	II	C40-C41	5	4
Ревматологічні захворювання	XIII	M30-M36	4	3
Специфічні процеси	I	A18, B48	3	2
Інше	IX, XIII	E55, M87	3	2
Усього			131	100

Вивчали характеристики пацієнтів, які входять у дані групи, і визначали “типового пацієнта”. Використано аналітичний і статистичний (кількісний аналіз) методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. У групу “Травми ОРС” увійшли 69 пацієнтів (50 чоловіків та 19 жінок). З ізольованими ушкодженнями – 30,0% (21), із поєднаними й комбінованими – 34,0% (23), із множинними – 10,0% (7); пацієнти із травмами таза – 26,0% (18). Як видно з гістограм (рис. 2), у всіх групах переважала кількість чоловіків.

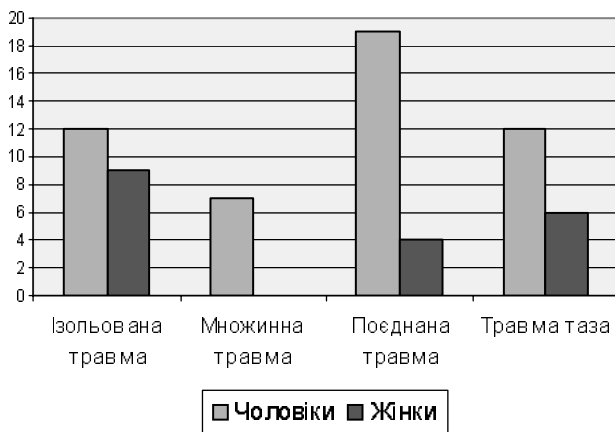


Рис. 2. Співвідношення в різних підгрупах пацієнтів із травмами, направлених на телемедичне консультування (за статтю)

Вік пацієнтів становив від 2 днів до 72 років (у середньому – 35,8+15,6, мода – 35). У групі з ізольованою травмою – від 2 днів до 72 років (середній – 35,6+18,8), із множинною – від 25 до 71 року (середній – 41+16,6), із поєднаною – від 6 до 50 років (середній – 35,5+11,9), із травмою таза – від 4 до 66 років (середній 34,3+16,2). Причому значення моди у всіх групах знаходяться у діапазоні 28–49 років.

На рис. 3 зображено структуру травматизму в зазначеній групі. Здебільшого (48,0%) причиною ушкоджень стали дорожньо-транспортні пригоди. Значну вагу мають побутовий (32,0%) і виробничий (14,0%) види травматизму. Зазначимо, що в структурі побутового травматизму падіння з висоти становили 41,0% (найбільше кататравм було в групах поєднаних ушкоджень і травм таза). Своєю чергою, шахтні травми склали 40,0% виробничого травматизму. У структурі дорожньо-транспортного травматизму залізничні травми дорівнювали 9,0%. Примітно, що в групі з ізольованими ушкодженнями переважав побутовий травматизм – 47,6%. В інших групах – дорожньо-транспортний (множинні, поєднані, травми таза – відповідно 56,5, 61,0, 71,4%). Вісім (11,6%) пацієнтів одержали ушкодження на тлі серйозної загальносоматичної або нервово-пси-

хічної патології, що впливає на травматичну хворобу. Травмовані на тлі алкогольного сп'яніння 10,2% (7) пацієнтів.

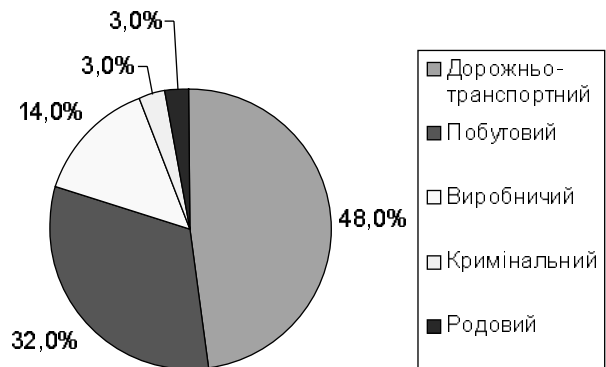


Рис. 3. Структура травматизму в групі пацієнтів, які пройшли телемедичне консультування

Закриті ушкодження становили 53,6%, відкриті – 31,9%, а в 14,5% випадків зафіксовано сполучення відкритих і закритих ушкоджень. На рис. 4 показано співвідношення видів травм у різних групах. Серед відкритих переломів переважали переломи ІА ступеня – 29,2%, ІІБ – 29,2% й ІІІВ – 25,04 (за класифікацією Каплан-Маркової [4]). Однократно зареєстровано травматичне відчленування (у складі множинної залізничної травми).

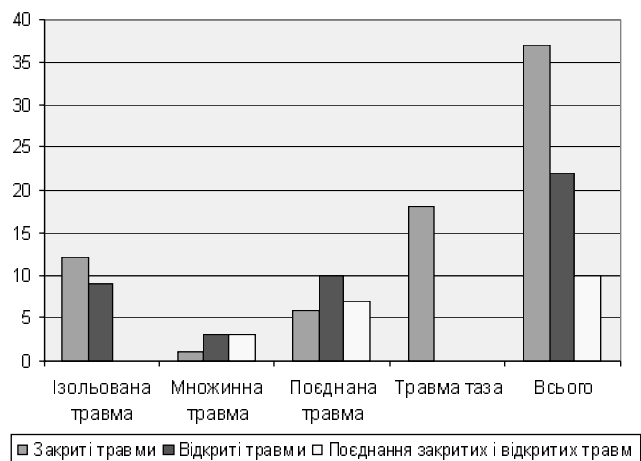


Рис. 4. Співвідношення відкритих і закритих ушкоджень у різних підгрупах пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю, направлених на телемедичне консультування

На рис. 5–6 наведено співвідношення ушкоджень різних анатомічних ділянок і локалізацій. З рис. 5 видно, що найчастіше причинами телеконсультатції стали травми стегна (30,0%) і гомілки (29,0%). Значну питому вагу мають ушкодження

передпліччя й стопи – по 16,0%. З рис. 6 видно, що найчастіше переломи локалізувалися в середній (40,0%) і нижній третині діафізів (22,0%), а також у дистальному метаепіфізі (20,0%). Зазначимо, що 28,9% переломів були внутрішньосуглобними, 91,0% – зі зсувом. На рис. 7 показано співвідношення різних видів переломів. Найчастіше спостерігалися осколкові (43,0%) і косі переломи (32,0%). Підкреслимо, що осколкові та багатоосколкові переломи найчастіше зустрічалися в групі пацієнтів із поєднаними ушкодженнями. Крім переломів, у групі пацієнтів з ізольованою травмою в 38,0% випадків зафіксовано травматичні ушкодження суглобів (вивихи, переломи-вивихи, епіфізеолізи): в 75,0% – закриті, в 25,0% – відкриті. Локалізація: гомілковостопний суглоб – 37,5%, плечовий і ліктьовий суглоби – по 25,0%, п'ясно-фаланговий суглоб – 12,5%. Примітно, що в 62,5% випадків травма супроводжувалася переломами й великими дефектами кісток, які утворюють суглоб, що зумовило важкість та складність травми і стало причиною для телеконсультації.

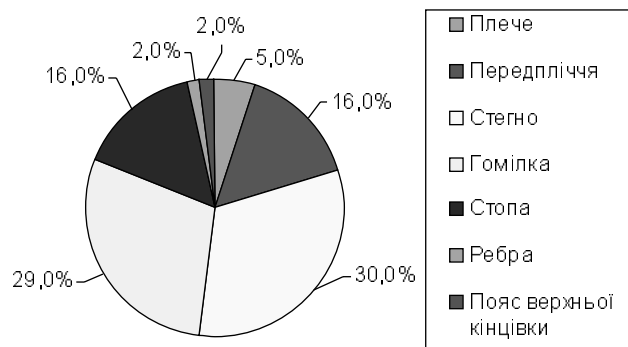


Рис. 5. Співвідношення ушкоджень різних анатомічних сегментів і ділянок

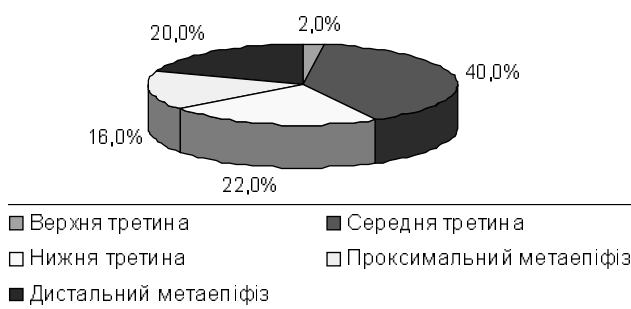


Рис. 6. Співвідношення локалізацій ушкоджень

У зв'язку з тим, що комбінована травма розглядалася тільки при двох телеконсультаціях, відповідні статистичні дані включено у групу із поєднаними ушкодженнями, у якій кістякова травма домінувала в 96,0% (22) випадків. На рис. 8 показано питому вагу різних поєднаних ушкоджень. Найчастіше зустрічалися травми ОПС у спо-

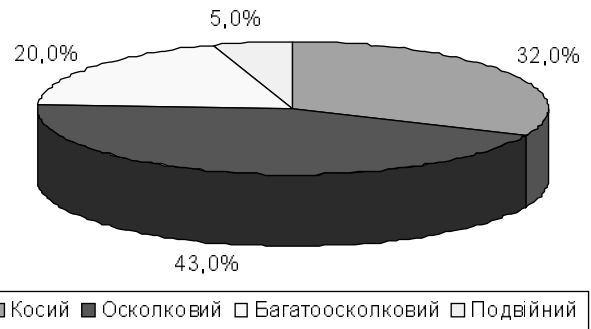


Рис. 7. Питому вагу різних видів переломів у пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю, направлених на телемедичне консультування

лученні із черепно-мозковими ушкодженнями – 56,0%, грудної клітки й живота – 24,0%. У структурі черепно-мозкової травми (ЧМТ) переважала закрыта – струс головного мозку (91,7%). Відкриту ЧМТ із забоем головного мозку, епідуральною гематомою зафіксовано однократно. У структурі торакальної та абдомінальної травми закрыта тупа травма становила 100%. Розрив печінки й гемопневмоторакс зареєстровано однократно. У групі з ушкодженнями таза даний вид закрытих ушкоджень домінував у 100% випадків.

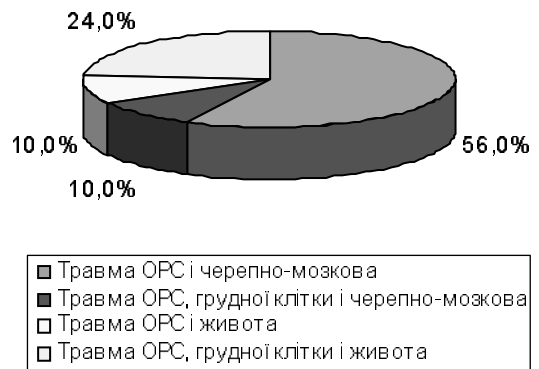


Рис. 8. Питому вагу та співвідношення поєднаних ушкоджень у пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю, направлених на телемедичне консультування

У таблиці 2 показано структуру ушкоджень таза відповідно до класифікації Донецького НДІ травматології та ортопедії [1]. Зазначимо, що травма таза сполучалася із ушкодженням довгих кісток кінцівок у 3 випадках, з ушкодженням органів малого таза – в 1, із черепно-мозковою травмою – в 1, з ушкодженням грудної клітки – в 1 випадку.

“Типовий пацієнт” травматологічного профілю, для визначення, корекції, оцінки лікувальної тактики якого використовується телемедичне консультування, – чоловік віком 35–50 років, що одержав у результаті дорожньо-транспортної пригоди поєднані пошкодження: закрыту ЧМТ (на тлі алкогольного сп'яніння), струс головного мозку, відкриті осколкові переломи нижньої

третини діафіза стегна ІА-ІІІВ ступеня й середньої третини діафіза гомілки ІА-ІІІВ ступеня зі зсувом, забій грудної клітки, тупу травму живота. Іноді реєструється закрите двоколонне ушкодження вертлюжної западини з вивихом стегна. Типо-

вими є в пацієнтів віком 30–45 років отримані в результаті падінь із висоти побутові ушкодження таза й нижніх кінцівок (жінки й чоловіки), отримана на виробництві у вугільній шахті ізольована й поєднана травма (чоловіки).

Таблиця 2. Структура ушкоджень таза, які стали причинами для телеконсультування

Вид ушкоджень	Питома вага	
	абс.	%
Переломи з порушенням цілісності тазового кільця в одному відділі (передньому)	1	6
Переломи з порушенням цілісності тазового кільця в передньому й задньому відділах	1	6
Переломи й ушкодження переднього і заднього відділів тазового кільця у сполученні з ушкодженням вертлюжної западини й вивихом стегна	10	55
Переломи вертлюжної западини, у т.ч.:	6	33
з вивихом	4	22
без вивиху	2	11
Усього	18	100

Клінічний приклад (“типовий пацієнт”)

Чоловік П. (і/х№1556), 49 років. У результаті дорожно-транспортної пригоди (водій) одержав поєднану травму (рис. 9–10): забій грудної клітки, живота, закритий осколковий перелом лівої стегнової кістки в нижній третині зі зсувом, відкритий осколковий перелом обох кісток лівої гомілки в середній третині зі зсувом (ЗВ), закритий перелом основних фаланг ІІ–ІV пальців лівої стопи, різану рану задньої поверхні лівої гомілки, садну обличчя й нижніх кінцівок. Перебував на лікуванні в НДІ травматології та ортопедії ДонНМУ ім. М. Горького. Телеконсультацію проведено 27.04.2001 р. (в І добу після надходження) для уточнення тактики хірургічного лікування в подібних випадках (терміни оперативних втручань, кращий вид оперативного лікуван-

ня (черезкістковий, накістковий остеосинтез)). Експертний висновок зроблено фахівцями з Бельгії (Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie) і Росії (Уральський НДІТО ім. Чакліна, Єкатеринбург). Абонент оцінив релевантність телеконсультації в 20 балів (висока).

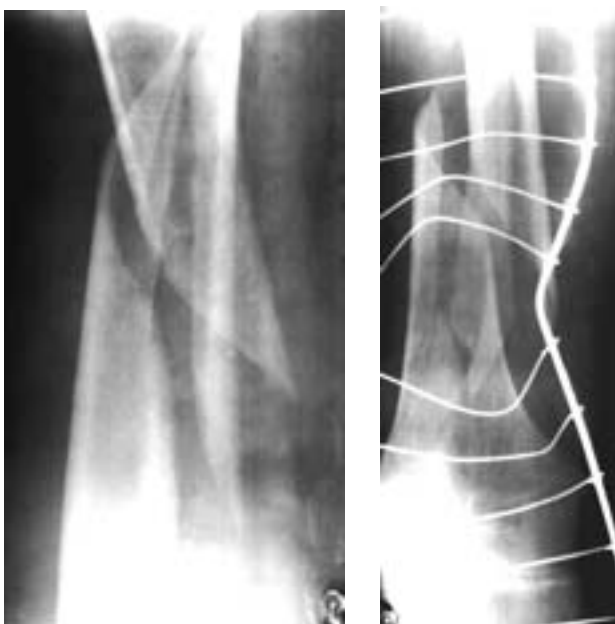


Рис. 9. Фотовідбитки оцифрованих рентгенограм стегна пацієнта П. (і/х№1556)

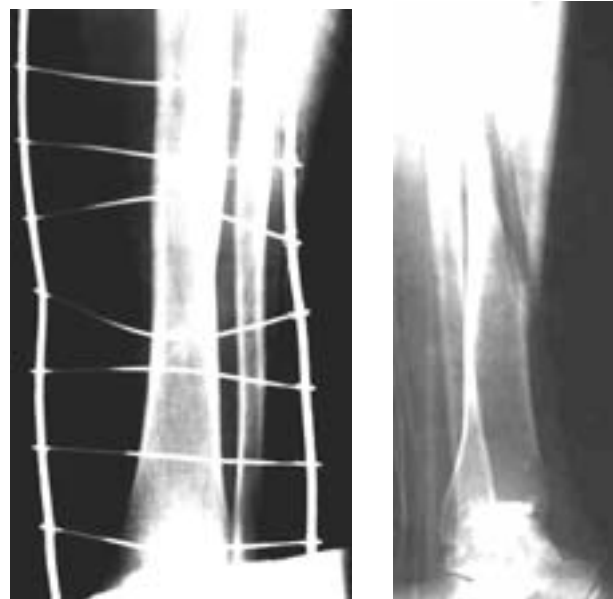


Рис. 10. Фотовідбитки оцифрованих рентгенограм гомілки пацієнта П. (і/х №1556)

У групу “Уроджені вади розвитку ОРС” увійшли 18 пацієнтів (5 чоловіків, 13 жінок) у віці від 10 діб до 49 років. Середній вік становив 14,4+14,7 року (мода – 5, медіана – 7,5).

Питома вага різних нозологій у даній групі:

- уроджена патологія кісток і суглобів (уроджений вивих, деформація, гленоїдна гіпоплазія, клейдо-краніальний дизостоз) – 45,0% (8);
- системна вроджена аномалія ОРС (osteogenesis imperfecta, гіпохондроплазія, артрогрипоз, спондилоепіметафізарна дисплазія) – 33,0% (6);

- аномалії розвитку кистей і стоп – 11,0% (2);
- змішана вроджена патологія (синдром Холта-Орама, синдром Айкарді в сполученні з патологією кульшових суглобів) – 11,0% (2).

“Типовий пацієнт” ортопедичного профілю (уроджена патологія ОРС), для уточнення діагнозу й визначення лікувальної тактики якого використовується телемедичне консультування, – дівчинка у віці 5–7 років з ізольованою (деформація, вивих, а-, гіпоплазія) або системною (недосконалий остеогенез, артрогрипоз, гіпохондроплазія) аномалією розвитку ОРС.

Клінічний приклад (“типовий пацієнт”)

Дівчинка, 3 роки (№ТК 0706-127). Місце проживання: м. Тбілісі, Грузія. Попередній діагноз (рис. 11–12): уроджена аномалія розвитку ОРС, артрогрипоз. Представлено етапні рентгенограми при народженні, у віці 3,5 й 6,5 міс., цифрові клінічні фотографії на момент телеконсультації. Телеконсультація проведена 11.06.2007 р. для

уточнення прогнозу, термінів і виду хірургічного, можливостей консервативного лікування. Асинхронна телеконсультація проведена у співпраці з Грузинським Телемедичним Союзом. Експертний висновок зроблено В.Г. Климовицьким (д-р мед. наук, професор, директор Донецького НДІ травматології та ортопедії, керівник клініки дитячої травматології-ортопедії). Абонент оцінив релевантність телеконсультації в 22 бали (висока).

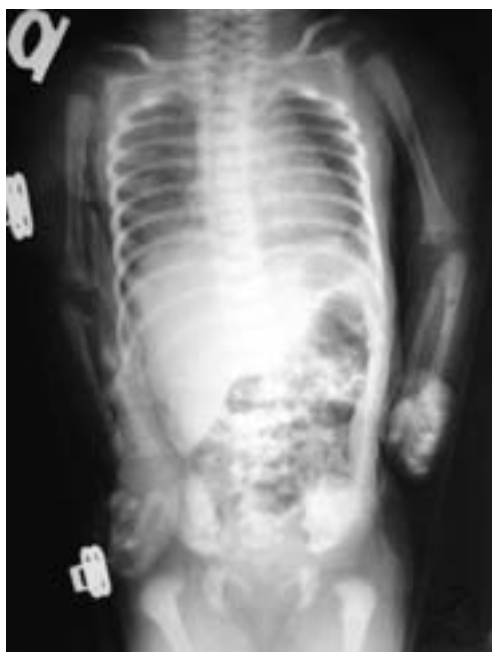


Рис. 11. Фотовідбиток оцифрованої рентгенограми пацієнтки (№ТК 0706-127)



Рис. 12. Цифрова клінічна фотографія пацієнтки (№ТК 0706-127)

У групу “Ускладнення ендопротезування й остеосинтезу” увійшли 11 пацієнтів (5 чоловіків, 6 жінок) у віці 19–72 роки. Середній вік становив $44,8 \pm 16,2$ року (мода – 39, медіана – 40).

Як видно з таблиці 3, найчастішою причиною проведення телеконсультацій у даній групі стала асептична нестабільність ацетабулярного компонента ендопротеза (64,0%). Ускладнення остеосинтезу досить неоднорідні й обговорюються відносно рідко.

Таблиця 3. Види та структура ускладнень, які стали причинами для телемедичного консультування

Вид ускладнення	Питома вага	
	абс.	%
1. Ускладнення ендопротезування, у т.ч.:	7	64
нестабільність (протрузія, вивих) ацетабулярного компонента ендопротеза	4	
післяопераційні перипротезні переломи (на тлі нестабільності ніжки й остеолізу проксимального відділу стегна) типу А2 й В3 (за класифікацією Duncan-Masri)	2	
нестабільність ніжки ендопротезу	1	
2. Ускладнення остеосинтезу, у т.ч.:	3	27
хвбний суглоб лівої гомілки, сторонній предмет	1	
перелом інтрамедулярного стрижня	1	
запалення м'яких тканин навколо стрижня	1	
3. Неспроможний артродез кульшового суглоба	1	9
Усього	11	100

“Типовий пацієнт” ортопедо-травматологічного профілю (ускладнення оперативних втручань), для визначення, корекції та оцінки лікувальної тактики якого використовується телемедичне консультування, – жінка або чоловік, старші 40 років, 6–8 років тому із приводу коксартрозу виконано тотальне ендопротезування, внаслідок неуточненої причини або травми розвивається ускладнення – нестабільність або перипротезний перелом.

Клінічний приклад (“типовий пацієнт”)

Жінка, 64 роки (№ТК 0408-53). Діагноз (рис. 13): стан після двостороннього тотального ендопротезування, нестабільність ацетабулярного компонента ендопротеза ліворуч. Телеконсультацію проведено 11.08.2004 р. з метою уточнення особливостей і деталей хірургічного втручання, вибору методу пластики дефекту вертлюжної западини. Експертний висновок зроб-



Рис. 13. Фотовідбиток оцифрованої рентгенограми пацієнтки (№ТК 0408-53)

лено фахівцями з Росії (Російський НДІТО ім. Р.Вредена, Санкт-Петербург, Московський обласний наукового-дослідний клінічний інститут, Москва, Татарстанський НДІТО, Казань), у т.ч. доктором мед. наук, професором Р.М.Тихіловим, директором Російського НДІТО ім. Р.Р. Вредена. Абонент оцінив релевантність телеконсультації в 23 бали (висока).

Висновки

Таким чином, нами вивчено ключові характеристики та визначено основні типи пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю, яких направляють на телемедичне консультування. На підставі отриманих даних можна зробити такі висновки:

1. Серед ортопедо-травматологічних пацієнтів, направлених на телеконсультації, 55,0% чоловіків, 45,0% жінок, у групі пацієнтів із травмами значно превалюють чоловіки (72,4%). Вік більшості пацієнтів становить 19–50 років (66,0%), при значеннях моди 45 і медіани 35. Тобто можна стверджувати, що пацієнти чоловічої статі у віці 35–50 років найчастіше мають потребу в телемедичному консультуванні при лікуванні ортопедо-травматологічної патології.

2. Основними причинами для проведення телемедичного консультування є травми опорно-рухової системи (частіше – поєднані із черепно-мозковими) – 53% телеконсультацій. Деяко рідше розглядаються питання діагностики й лікування вродженої патології опорно-рухової системи (14,0%) і ускладнень ендопротезування й остеосинтезу (8,0%).

3. Дорожньо-транспортний травматизм є причиною важких, у тому числі поєднаних травм, які потребують залучення до лікувально-діагностичного процесу дистанційних експертів і проведення телеконсиліумів.

4. Визначені “типові пацієнти” ортопедо-травматологічного профілю, яких направляють на телемедичні консультації. У подібних пацієнтів рекомендується використовувати телеконсультації як рутинну процедуру для більш раннього запровадження адекватної лікувально-діагностичної програми й поліпшення результатів лікування.

Список літератури

1. Бабоша В.А., Климовицкий В.Г., Пастернак В.Н. и др. Травма таза (клиника, диагностика, лечение). – Донецк: Донеччина, 2000. – 176 с.
2. Владимирский А.В. Клиническое телеконсультирование: Руководство для врачей. – 2-е изд., доп. – Донецк: ООО “Норд”, 2005. – 107 с.
3. Владимирский А.В. Лікування потерпілих із множинними і сполучними ушкодженнями на догоспітальному і госпітальному етапах з використанням телемедичних систем: Автореф...канд. мед. наук. – Вінниця, 2003. – 20 с.
4. Каплан А.В. Повреждения костей и суставов. – М.: Медицина, 1979. – 568 с.
5. Климовицкий В.Г., Владимирский А.В. Телемедицина в травматологии и ортопедии. – Донецк: Норд-Пресс, 2006. – 139 с.
6. Desktop teleradiology in support of rural orthopedic trauma care / J.G. Reid, J.J. McGowan, M.A. Ricci, G. McFarlane / Proc AMIA Annu Fall Symp. – 1997. – P. 403–407.

7. Kirkpatrick A.W., Brenneman F.D., McCallum A. et al. Prospective evaluation of the potential role of teleradiology in acute interhospital trauma referrals // J Trauma. – 1999. Jun. – Vol. 46(6). – P. 1017–1023.
8. Ricci W.M., Borrelli J. Teleradiology in orthopaedic surgery: impact on clinical decision making for acute fracture management // J Orthop Trauma. – 2002 Jan. – Vol. 16(1). – P. 1–6.
9. Tachakra S., Lynch M., Newson R. et al. A comparison of telemedicine with face-to-face consultations for trauma management // J Telemed Telecare. – 2000. – Vol. 6. Suppl 1. – P. 178–181.
10. Tachakra S., Uko Uche C., Stinson A. Four years' experience of telemedicine support of a minor accident and treatment service // J Telemed Telecare. – 2002. – Vol. 8. Suppl 2. – P. 87–89.
11. Tangtrakulwanich B., Kwunpiroj W., Chongsuvivatwong V. et al. Teleconsultation with digital camera images is useful for fracture care // Clin Orthop Relat Res. – 2006. Aug. – Vol. 449. – P. 308–312.
12. Vladzimirskyy A.V. The Use of Teleconsultations in the Treatment of Patients with Multiple Trauma // European Journal of Trauma. – 2004. – Vol. 30, N6. – P. 394–397.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, НАПРАВЛЯЕМЫХ НА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

А.В. Владзимирский (Донецк)

Изучены ключевые характеристики и определены основные типы пациентов ортопедо-травматологического профиля, направляемых на телемедицинское консультирование. На основе этих характеристик определены «типичные пациенты», у которых рекомендуется использовать телеконсультирование как рутинную процедуру с целью более раннего принятия адекватной лечебно-диагностической программы и улучшения результатов лечения.

CHARACTERISTIC OF THE PATIENTS REFERRED TO TELEMEDICINE CONSULTATIONS IN TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS

A.V. Vladzimirskyy (Donetsk)

Key characteristics are investigated and the basic types of patients of the orthopedo-traumatologic structure directed on telemedical consultation are determined. On their basis «typical patients» are determined. At similar patients it is recommended to use teleconsultation as routine procedure with the purpose of earlier acceptance of the adequate medical - diagnostic program and improvement of outcomes of treatment.

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

УДК 614-058:613(477)

О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ (Київ)

РОЗВИТОК ГІГІЄНІЧНОЇ НАУКИ В УКРАЇНІ ЯК ОСНОВА СТАНОВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Становлення і розвиток соціальної медицини зумовлені комплексом чинників, визначених потребами суспільства. Серед них слід насамперед виділити: необхідність організації і проведення профілактичних, передусім протиепідемічних заходів, потреби військової медицини і медичної освіти; розвиток медичної науки та її

диференціацію з виділенням гігієнічних дисциплін; необхідність створення умов для використання новітніх ефективних методів діагностики і лікування; забезпечення доступною кваліфікованою медичною допомогою всіх, навіть найбільш вразливих прошарків населення.

Мета роботи – показати роль українських гігієністів у розвитку гігієнічної науки та становленні соціальної медицини.

Українські лікарі уже у XVIII – на початку XIX ст. серйозно торкалися питань, що пізніше стали проблемами загальної гігієни, соціальної медицини та організації охорони здоров'я, котрі тоді часто об'єднували поняттям “медичної поліції”. Але насправді початком розвитку наукової гігієни слід вважати XIX ст., коли у зв'язку з розвитком природознавства, зокрема, фізики та хімії, і експериментальної медицини в університетах почали впроваджуватись експериментально фізико-хімічні та мікробіологічні методи дослідження, широко застосовуватися статистичні методи обліку та аналізу результатів.

Спочатку гігієну в Україні, як і у Російській імперії, викладали на кафедрах медичної поліції або лікарєзнавства. Одним з перших професійних гігієністів у Російській імперії був українець Федір Дмитрович Калайдович (1742–1820), який народився в Києві у міщанській родині. Середню освіту він здобув у Чернігівському колегіумі, з 1773 р. навчався в Петербурзькому генеральному сухопутному шпиталі. У 1773–1777 рр. служив військовим лікарем, потім працював у різних містах Росії, одержав звання штаб-лікаря. Під час війни з Наполеоном переїхав до Казані і працював у Казанському університеті на посаді ад'юнкта-професора гігієни. Свої лекції у 1813 р. видав під назвою “Про збереження здоров'я, або Короткі правила гігієни” [5].

За університетським статутом 1835 р. серед десяти кафедр медичного факультету Київського університету св. Володимира було засновано кафедру державного лікарєзнавства, на якій викладали медичну поліцію, судову медицину, гігієну, дієтетику та епізоотичні хвороби.

Першим керівником цієї кафедри у Київському університеті став професор Іван Федорович Леонов (1809–1854), який у 1830 р. закінчив медичний факультет Харківського університету. У 1847 р. ад'юнктом кафедри для читання курсу гігієни був призначений Християн Якович Гюббенет (1822–1873), котрий закінчив медичний факультет Дерптського університету у 1844 р., а у 1860–1869 рр. був головою Товариства київських лікарів. Пізніше гігієну в Києві викладали А.І. Слободзинський, відомий лікар Фрідріх Фрідріхович Мерінг (1822–1887) та інші.

Дозвіл на створення самостійної кафедри гігієни, медичної поліції, медичної географії та статистики при Київському університеті одержано в 1865 р., але за браком коштів її відкрили лише в 1871 р. Слід зазначити, що кафедра гігієни в Київському університеті була однією з перших університетських гігієнічних кафедр в Європі. Так, наприклад, у Німеччині кафедру гігієни у Берлінському університеті засновано лише в 1855 р., у Росії першу кафедру гігієни при Петербурзькій медико-хірургічній академії –

в 1871 р. Офіційно кафедри гігієни в Росії були внесені до списку самостійних кафедр у 1885 р.

Першим керівником кафедри гігієни Київського університету св. Володимира був професор В.А. Субботін, який зробив великий внесок в українську гігієну, зокрема, в розвиток експериментальної гігієни в Україні. Він не лише реорганізував систему викладання курсу гігієни, запровадив обов'язкові лабораторні заняття для студентів, але й поклав початок експериментально-науковому опрацюванню гігієнічних проблем [1;3;6–8].

Віктор Андрійович Субботін (1848–1898) народився у м. Прилуках в родині дрібного урядовця – штатного наглядача місцевого повітового училища. У 1867 р. він закінчив медичний факультет Київського університету, у 1869 р. захистив дисертацію на ступінь доктора медицини на тему “Матеріали для фізіології жирової тканини”. Деякий час працював за кордоном у лабораторіях славетних фізіологів та гігієністів Макса Петтенкофера (Max von Pettenkofer, 1818–1901) та Карла Фойта (Karl Voit, 1831–1908).

У 1871–1872 рр. В.А. Субботін був викладачем, а з 1872 р. – професором кафедри гігієни Київського університету. Під час роботи в Києві він брав активну участь у боротьбі з епідеміями холери і тифу, активно працював у Товаристві київських лікарів, де часто активно читав доповіді на різні гігієнічні теми, брав участь в організації популярних лекцій, організував Російське товариство охорони здоров'я, а також співпрацював з тогочасними медичними часописами.

Наукові праці В.А. Субботіна присвячено різним питанням фізіології, гігієни харчування, комунальної та промислової гігієни, епідеміології та організації медичної справи. На особливу увагу заслуговують його праці про роль алкоголю в організмі вищих тварин. Це була перша спроба докладного кількісного визначення алкоголю, який виводиться з організму дихальними шляхами. Науковий інтерес мали його праці з комунальної гігієни та гігієни харчування. В.А. Субботін був автором підручників з гігієни, які довгі роки користувалися популярністю серед лікарів та студентів.

У 1892 р. кафедру гігієни очолив проф. В.Д. Орлов, який працював переважно над питаннями комунальної гігієни та гігієни харчування. Він, як і В.А. Субботін, брав активну участь у поліпшенні санітарного стану м. Києва, написав посібник для практичних досліджень з гігієни.

Викладання гігієни на медичному факультеті Харківського університету спочатку проводилося на різних кафедрах у вигляді окремих курсів медичної поліції, дієтетики тощо. Так, наприклад, курс дієтетики читали А.Я. Калькау, С.Г. Шумлянський, а курс медичної поліції – Л.О. Ванотті, І.Д. Книгін, А.С. Венедиктов.

Взагалі про викладання гігієни в Харківському університеті вперше згадується після запровадження нового статуту університету в 1837–1838 навчальному році. Курс гігієни з дієтетикою, який був тоді при кафедрі судової медицини, читав проф. Р.Х. Добелов. Після нього цей курс викладав ад'юнкт І.А. Свиридов, а потім – А.В. Лінк. З 1854 р. курс медичної поліції з гігієною та дієтетикою читав ад'юнкт кафедри судової медицини А.С. Пітра, потім – Н.А. Хржонщевський і нарешті – знову А.С. Пітра (до 1872 р.).

У 1872 р. на кафедру гігієни запрошено проф. А.І. Якобія, який був спочатку зарахований екстраординарним професором кафедри загальної терапії та лікарської діагностики, але відразу почав організовувати кафедру гігієни, яку офіційно відкрито 1 лютого 1873 р.

Професор А.І. Якобій був всебічно освіченою людиною і видатним гігієністом. Д.І. Багалій та І.П. Скворцов так оцінювали його діяльність у Харкові: “Проф. Якобій став у Харкові піонером нового, сучасного напрямку як у ділянці викладання гігієни, так і застосування її в життя; замість колишньої особистої і при тому суто теоретичної науки він зробив її суспільною й експериментальною” [4;9].

Аркадій Іванович Якобій (1827–1907) народився в м. Казані, отримав домашню освіту, навесні 1843 р. склав іспит при першій Казанській гімназії і вступив на фізико-математичний факультет Казанського університету, який закінчив у 1847 р. У 1847–1857 рр. він працював на різних посадах у відомстві міністерства юстиції й одночасно вчився у Петербурзькій медико-хірургічній академії.

Деякий час А.І. Якобій студіював медицину за кордоном і в 1860 р. захистив у Вюрцбурзькому університеті дисертацію на ступінь доктора медицини, а другий ступінь доктора медицини отримав у Росії в 1863 р. У 1864 р. А.І. Якобія обрали доцентом кафедри судової медицини Казанського університету. У 1866 р. він став професором цієї кафедри, а потім знову перебував у закордонному відрядженні. У 1872 р., як ми вже зазначали, його обрано професором Харківського університету, де він працював до 1 липня 1885 р.

Деякий час А.І. Якобій знову працював у Казані на посаді професора гігієни, був у наукових відрядженнях та експедиціях, вивчав побут, стан здоров'я медичної обслуги національних меншин Північної Росії та Північного Кавказу.

Професор А.І. Якобій був видатним педагогом і організатором. Він запровадив обов'язкові практичні заняття для студентів, які проводив сам спочатку дві, а потім шість годин на тиждень. Програма цих занять була досить широкою і передбачала дослідження повітря, води, харчо-

вих продуктів тощо. У лабораторії кафедри проводилася велика наукова робота з вивчення води, якості хліба, особливостей клімату тощо.

Зберігся курс гігієни, написаний А.І. Якобієм і виданий літографічним способом, який мав назву “Курс суспільної гігієни”. У цьому підручнику були розділи про історію розвитку санітарних закладів, житло, харчування, водопостачання, вентиляцію, дезинфекцію, шкільну гігієну, голодування, проституцію, клімат, ґрунти тощо.

Наукова діяльність А.І. Якобія була багатогранною. У лабораторії Еміля Дюбуа-Раймонда (Du Bois-Reymond – 1818–1896) він працював над низкою фізіологічних проблем, у лабораторії І.М. Сеченова виконав цікаве “Дослідження фізіологічних явищ смерті тварин при охолодженні”. Опублікував праці “Спектральне дослідження пігментів”, у 1871 р. – “Про зміни крові”, у 1879 р. – “Про чумну ветлянтську епідемію”, які свідчать про широке коло його наукових інтересів. Низку праць А.І. Якобія присвячено вивченню епідемій чуми, дифтерії, сифілісу. Соціально-медичне значення має його робота під назвою “Угасание инородческих племен Севера” (1893), у якій він на підставі докладного вивчення побуту цих національних меншин констатував їх геноцид.

Після А.І. Якобія кафедру гігієни у Харківському університеті отримав не менш відомий гігієніст І.П. Скворцов [2;10].

Іринарх Поліхронійович Скворцов (1847–1921) народився в Самарській губернії у родині священика, у 1871 р. закінчив медичний факультет Казанського університету і залишився при університеті для підготовки до професури. З 1875 р. він був доцентом Казанського, а у 1882–1885 рр. – Варшавського університету. У 1885 р. І.П. Скворцова обрано професором кафедри гігієни Харківського університету, де він працював до 1906 р., а тоді перейшов до Київського університету.

І.П. Скворцов був автором 150 наукових праць з гігієни, санітарії, медицини та природознавства. Найцікавішою з них є “Основи гігієнології і гігієни” (1900), у якій він виклав цілком оригінальну теорію гігієни як науки, щільно пов'язаної із засадничими фізико-технічними та біологічними процесами природи в цілому. У цьому підручнику так само, як у низці інших праць, він дав свою власну так звану динамічну теорію суті життя як цілості людини та середовища. Він визначав гігієнологію як біологію живої тварини, як науку про здоров'я (тобто про “природні умови існування здорового організму”) у протилежність до патології (“науки про існування хворого організму”). Гігієна, на його думку, вивчає життя в штучних умовах, наприклад, побут, зовнішні обставини життя, житло тощо, і дає практичні поради для їх оздоровлення.

Великою заслугою І.П. Скворцова було закладення основ метода культур тканин: він ще у 1885 р. спостерігав за життєдіяльністю клітин крові поза організмом.

Дуже цікавими були його підручники та посібники з гігієни – “Основні питання лікувальної гігієни” (1895); “Військово-польова гігієна” (1904); “Гігієна з включенням анатомії, фізіології та патології людського тіла” (1906) та ін.

І.П. Скворцов брав активну участь у громадській роботі, у поширенні медичних знань серед населення України, був у тісних зв'язках з українськими вченими медиками різних фахів, цікавився історією української медицини, брав активну участь у діяльності медичних товариств.

У Харкові працював відомий гігієніст Володимир Володимирович Фавр (1874–1920). Він народився в Харкові в родині лікаря, в 1892 р. закінчив медичний факультет Харківського університету і залишився при ньому для підготовки до професури, а у 1911 р. очолив кафедру в Харківському жіночому медичному інституті. Його праці присвячені різним питанням гігієни та епідеміології. Він брав активну участь у діяльності Харківського медичного товариства.

Короткий час в Україні працював на початку ХХ ст. видатний російський гігієніст Г.В. Хлопін (1863–1929), який опублікував понад 140 наукових праць з різних ділянок гігієни. Частина з них написана в ХІХ ст. у Харкові.

Взагалі в Україні над проблемами гігієни працювали не лише згадані вище доценти та професори спеціальних курсів чи кафедр гігієни, але також професори інших медичних та природознавчих дисциплін. Серед них славні постаті таких учених, як О.П. Вальтер, Л.К. Горецький, В.Я. Данилевський, І.П. Лазаревич, Л.А. Марковський, О.Ф. Масловський, О.П. Матвеев, Ю.І. Мазон, Ф.Ф. Мерінг, Г.М. Мінх, Є.Й. Мухін, П.П. Пелехин, Ф.Г. Писанський, Ф.І. Політковський, І.В. Троїць-

кий, С.Х. Хотовицький, Н.А. Хржонцевський, П.І. Шатилов, Ф.Г. Яновський та багато інших.

Ще на початку ХІХ ст., а саме в 1806 р., проф. П.М. Шумлянський виголосив у Харківському університеті актову промову на тему “Про фізичні способи життя”, в якій наголошував на значенні особистої гігієни для здоров'я людини. У 1811 р. професор фізики зазначеного університету А. Стойнович зачитав актову промову “Про причини, які роблять повітря непридатним для дихання, і про засоби, які запобігають його цілковитому псуванню”. У 1812 р. професор акушерства Харківського університету І. Каменський присвятив дитячій гігієні свою актову промову “Про фізичне виховання дітей і про вплив його на розумовий і моральний стан їх”. У 1818 р. професор хірургії Л.О. Ванотті виголосив актову промову на тему “Про ймовірну виліковність усіх хвороб”. У цій промові Л.О. Ванотті висловив думку, що розвиток медицини призведе до можливості виліковувати різні хвороби і що цілком невиліковних хвороб дуже мало.

Кафедру гігієни Львівського університету засновано наприкінці ХІХ ст., у 1899 р. Першим професором її став С. Бондзинський. А кафедри гігієни при медичних факультетах та медичних інститутах в інших містах України були організовані лише в ХХ ст.

Висновки

Диференціація медичної науки з виділенням гігієнічних дисциплін стала одним з джерел виникнення соціальної медицини. Саме фахівці в галузі гігієни найчастіше були ініціаторами науково обґрунтованих профілактичних заходів, авторами і пропагандистами соціально-медичних ідей.

Українські гігієністи були одними з перших, хто зробив вагомий внесок у розвиток гігієни як наукової дисципліни і предмета викладання в університетах Росії, сприяли становленню соціальної медицини.

Список літератури

1. Баранник П.И., Бенюмов Р.Я., Макаренко И.М. В.А. Субботин – организатор и руководитель первой кафедры гигиены на Украине // *Материалы к истории гигиены и санитарии на Украине* / Под ред. Д.И. Калужного и А.А. Грандо. – Кн. 2. – К.: Госмедиздат УССР, 1962. – С. 261–277.
2. Бардов В.Г., Гринзовський А.М. Видатний учений, професор Київського університету св. Володимира І.П. Скворцов та його внесок у розвиток гігієни // *Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2000. – № 4. – С. 114–116.
3. Бенюмов Р.Я., Макаренко И.М. Профессор В.А. Субботин // *Гигиена и санитария*. – 1956. – № 5. – С. 38–42.
4. Кошкин М.Л. Выдающийся представитель отечественной гигиенической науки профессор А.И. Якобий // *Материалы к истории гигиены и санитарии на Украине*. – Кн. 2. – К.: Госмедиздат УССР, 1962. – С. 251–260.
5. *Медицина в Україні: видатні лікарі: Біобібліографічний словник*. – Вип. 1. Кінець ХVІІ – перша половина ХІХ ст. / За ред. С.М. Старченка. – К., 1997. – С. 61.
6. Нікберг І. Перший український професор гігієни Віктор Андрійович Субботін // *Арапіт*. – 1996. – № 4. – С. 31–35.
7. Орлов В.Д. Виктор Андреевич Субботин как ученый и профессор // *Оттиск из “Университетских известий Университета св. Владимира”*. – К., 1898. – С. 32–35.
8. Плющ В. Нариси з історії української медичної науки та освіти. – Кн. 2. ХІХ–ХХ ст. – Мюнхен, 1983. – С. 140–141.
9. Плющ В. Нариси з історії української медичної науки та освіти. – Кн. 2. ХІХ–ХХ ст. – Мюнхен, 1983. – С. 143–145.
10. Плющ В. Нариси з історії української медичної науки та освіти. – Кн. 2. ХІХ–ХХ ст. – Мюнхен, 1983. – С. 145–147.

РАЗВИТИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ НАУКИ В УКРАИНЕ КАК ОСНОВА СТАНОВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

О.М. Циборовский (Киев)

Показано, что дифференциация медицинской науки с выделением гигиенических дисциплин способствовала возникновению социальной медицины. Украинские гигиенисты были одними из первых, кто внес весомый вклад в развитие гигиены как научной дисциплины и предмета преподавания, содействовал становлению социальной медицины. Освещена деятельность Ф.Д. Калайдовича, В.А. Субботина, А.И. Якобия, И.П. Скворцова, В.В. Фавра.

DEVELOPMENT OF A HYGIENIC SCIENCE IN UKRAINE AS A BASIS OF BECOMING OF SOCIAL MEDICINE

O.M. Tsiborovsky (Kiev)

It is shown, that the differentiation of a medical science with allocation of hygienic disciplines promoted occurrence of social medicine. The Ukrainian hygienists were one of the first who has brought in the powerful contribution to development of hygiene as scientific discipline and a subject of teaching, promoted becoming of social medicine. F.D.Kalaidovich, V.A.Subbotin, A.I.Jakobiya, I.P.Skvortsova, V.V.Favra's activity is covered.

І.Ю. КОРОЛЬ, В.В. ДЕМ'ЯНЕНКО, С.Ю. ВОЛЧЕНКО, І.І. ПОЛЮХ

ЮРІЙ ВОРОНИЙ: ГРОМАДЯНИН, ХІРУРГ, ВЧЕНИЙ... (до 75-річчя першої в світі трансплантації нирки людині)

Херсонська обласна клінічна лікарня
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського



Навесні минає 75 років від часу проведення першої у світі пересадки нирки людині. В квітні 1933 року цю унікальну хірургічну операцію провів український хірург, вчений і патріот Юрій Юрійович Вороний

Прагнення дістатися витоків української національної культури, намагання усвідомити й переосмислити її історичну спадщину неухиль-

но зростають завдяки потужному входженню України в еру свого відродження. Неоціненими стають приховані дотепер відомості про вагомий вклад у розбудову української держави, національної науки і культури кращих її представників, чия творча діяльність та й саме життя були беззастережно віддані Україні.

Родовід Вороних корінням своїм простягається до українських козаків. А народився майбутній хірург у 1895 році у родовому маєтку в Журавках, що на Полтавщині (нині Чернігівська область) у сім'ї видатного математика, професора, члена-кореспондента Імператорської Академії Наук, що тривалий час викладав математику у Варшаві. То ж не дивно, що малий Юрко, що мешкав деякий час у Варшаві із сім'єю, окрім рідної української, дуже швидко оволодів німецькою, польською та російською мовами. Та й дід майбутнього хірурга, Феодосій Вороний, свого часу закінчив філологічний факультет Київського Університету Святого Володимира, і згодом, у званні професора, викладав у гімназії в Немирові. Потім очолював гімназію в Прилуках, директорував у школі робітничої молоді в Києві, що на Подолі. Саме цей

школі Т.Г. Шевченко подарував 50 примірників свого знаменитого „Кобзаря”.

Тільки-но у 1913 році після закінчення Прилуцької гімназії юнак поступив до Київського університету на медичний факультет, як у липні 1914 навчання довелося припинити: почалася перша світова... Імперія помітно втрачала свої задушливі обійми. І коли восени 1915 року війна докотилася до України й почалася евакуація з Києва вглиб Росії промислових підприємств і закладів науки, культури й освіти, то в українському суспільстві, особливо, серед інтелігенції і молоді, почала зростати національна самосвідомість. То ж не дивно, що Ю.Вороной добровільно вступив у пересувний перев'язний загін військ Центральної Ради. А 16 січня 1918 року Юрій Вороной бере участь у героїчному бою під Крутами, ставши грудьми на захист Києва від більшовицької навали муравйовського „московського загону особливого призначення”. Пізніше, у радянські часи, Ю.Ю.Вороному не раз нагадували про це... Варто підкреслити, що й дружина майбутнього хірурга— Віра Нечаївська брала активну участь у молодіжному національно-патріотичному русі як член Української Ради жіночої громади, головою якої був Михайло Грушевський.

Важко утриматися від подиву: яких людей, які долі звів разом той буремний час! То ж не випадково не зміг стримати свого захоплення героями України поет Павло Тичина, який так написав у ті березневі дні 1918 року:

*На Аскольдовій могилі
Поховали їх —
Тридцять мучнів українців,
Славних молодих...
На Аскольдовій могилі
Український цвіт!—
По кривавій по дорозі
Нам іти у світ.
На кого посміла знятись
Зрадника рука?
Квітне сонце, грає вітер
І Дніпро-ріка...
На кого завзявся Каїн?
Боже, покарай! —
Понад все вони любили
Свій коханий край...*

В 1921 році Вороной закінчує перерване навчання в Київському медичному інституті, а за результатом конкурсу студентських наукових робіт його було залишено в інституті для продовження наукової роботи. Тут в 1924 році в

клініці кафедри факультетської хірургії молодий вчений залучається до експериментальних досліджень під керівництвом професора Є.Г. Черняхівського з пересадки нирки тваринам. Слід зазначити, що саме над вирішенням цієї проблеми Юрій почав працювати ще в студентські роки. Ці дослідження були продовжені ним у 1926 році на кафедрі хірургії Харківського медичного інституту, очолювану на той час професором В.М. Шаповим. Під його керівництвом широким фронтом велися інтенсивні наукові дослідження з різних питань трансплантології, зокрема, з проблеми переливання трупної крові. Позитивні результати цих робіт, оприлюднені В.М. Шаповим і М.Х. Костиковим на III Всеукраїнському з'їзді хірургів у 1928 році, остаточно переконали Ю. Вороного в можливості використання трупних органів людини для трансплантації в умовах клініки. А вже на III Всесоюзному з'їзді фізіологів у 1930 році Ю. Вороной з успіхом демонструє собаку з пересадженою ниркою.

Проте ще раніше, літом 1930 року, в житті талановитого вченого почався новий період життя і праці, пов'язаний з переїздом до Херсону, куди був призначений головним лікарем і завідувачем хірургічним відділенням першої радянської міської лікарні (до 1920 р. - Богадільня). Відтепер весь свій час і енергія були спрямовані на розбудову лікарні. Ремонт приміщень, заготовлення очерету і дров для опалення пічок, заготовлення фуражу для худоби на лікарняній фермі, функціонування льодосховища, утримання садового господарства — необхідно було постійно вирішувати ці та інші питання, що покладалися зазвичай на керівника лікувальної установи. А ще невідкладні завдання і постійна увага справі підготовки медичних кадрів, підвищення ефективності санітарно-просвітницької роботи в лікарні й серед населення. Та попри усі турботи і обмаль часу, Ю. Вороной ніколи не забував про своє покликання хірурга, продовжуючи наполегливо освоювати нові прийоми оперативної техніки, надаючи особливу увагу питанням вдосконалення кругового судинного шва, розробці нових методів експериментальної трансплантології.

У 1933 році лікаря Вороного призначено директором відкритого на той час у Херсоні вечірнього виробничого медичного інституту з підготовки лікарів із числа фельдшерів, що вже мали досвід роботи на селі, для направлення їх на роботу в лікувальні заклади Одеси і Херсона. Одночасно директор інституту Вороной Ю.Ю. за сумісництвом очолює кафедру топографічної анатомії. Наступного 1934 року йому присвоєно звання старшого наукового співробітника Херсонського науково-опірного пункту Всеукраїнського інституту невідкладної хірургії і переливання крові.



Співробітники хірургічного відділення Херсонської клінічної лікарні: завідувач відділенням Ю.Ю. Вороний, зліва від нього операційна сестра М.І.Титенко (фото із сімейного архіву)



Заняття з топографічної анатомії в Херсонському медичному інституті: крайні зліва - Ю.Ю.Вороний, справа - М.І.Титенко (фото із сімейного архіву)

Після здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук у січні 1936 року Ю. Вороний восени того ж року, за результатами конкурсу, приймає кафедру загальної хірургії Харківського стоматологічного інституту. Саме в цей час його обирають секретарем Всесоюзного з'їзду хірургів (1938-1939 рр.), членом Правління товариства хірургів міста Харкова (1936-1941 рр.).

З початком війни хірурга Ю.Ю.Вороного за наказом НКОЗ України в вересні 1941 року звільнено з посади директора інституту та відряжено до Харківського міського відділу охорони здоров'я для надання хірургічної допомоги пораненим і населенню. Невдовзі його залишено на тимчасово окупованій території міста. Під час відомих драматичних харківських подій воєнної пори довелося лікарю Вороному працювати хірургом то в сільській лікарні, то у складі медсанбату 8-ї гвардійської дивізії генерала Суржаківа, то оперувати поранених в умовах рапто-

вого виходу дивізії з бою. Тоді ж, у лютому 1943 р., зазнав гіркоти німецького полону... та наприкінці 1943 року здійснив втечу з полону, а 1 січня 1944 року вийшов у розташування 273 полку Червоної армії біля с. Янушевичі, що на Житомирщині.

Новий імпульс творчій діяльності придало призначення Вороного в 1950 році на посаду завідувача відділом експериментальної хірургії Інституту експериментальної біології і патології імені О.О. Богомольця. Ступінь доктора медицини Юрій Юрійович здобув у 1952 році. У наступні роки, з 1953 по 1961, працював завідувачем відділу кровозамінників Київського інституту переливання крові.

Помер Ю.Ю. Вороний у 1961 році. Поховано знаного хірурга на Байковому кладовищі, недалеко від побратимів, з якими під Крутами пліч-опліч встав на захист свободи й незалежності України.

Повертаючись у пам'яті до подій, пов'язаних з першою пересадкою нирки людині, важко звільнитися від невтішних роздумів про байдужість нашу до власної історії, навіть коли йдеться про пріоритетні для української нації питання. До того ж свідомо, чи несвідомо багато хто з авторів публікацій у науково-популярній і спеціальній літературі внесли чимало плутанини як щодо точної дати і місця проведення операції, так і конкретних обставин та особливостей її виконання. Не торкаючись аналізу допущених помилок і неточностей, зазначимо, що Ю.Ю. Вороний особисто описав названу подію в своїй статті, позначену ним як попереднє повідомлення. В ній йдеться про те, що саме 3 квітня 1933 року о 21 годині була здійснена пересадка нирки від шістдесятирічного чоловіка, взятої через 6 годин після його смерті в результаті несумісної з життям травми голови. Нирка була трансплантована 26-річній заміжній жінці, яка поступила до клініки в напівсвідомому стані з симптомами отруєння сулемою через 4 доби після повного припинення сечовиділення.

Під місцевою анестезією на правому стегні хворої сформовано ложе для донорської нирки. Після екстирпації нирки у трупа її судини були пришиті за способом Кареля до артерії і вени стегна хворої. Пересаджена нирка включилася у кровобіг і почала функціонувати: з'явилися рідкі краплини прозорої сечі.

4 квітня – найближчий післяопераційний період пройшов спокійно, спала. Блювота і судоми припинилися.

5 квітня настало різке погіршення стану хворої, і в 21⁴⁰, більш як через 48 год після пересадки хворя померла.

Згадаймо, що на початку ХХ ст. розвиток світової трансплантології був загальмований невтішними результатами, перш за все через

незнання на той час фундаментальних закономірностей імунобіології, зокрема механізмів трансплантаційного імунітету. В результаті, експериментальні дослідження у сфері трансплантації органів тієї пори фактично не проводилися. Можна уявити душевний стан Юрія Вороного, хірурга і громадянина, який бере на себе всю відповідальність за прийняття самостійного, ризикованого, хоч і науково обґрунтованого рішення: заради спасіння життя хворої людини він стає за операційний стіл і виконує хірургічну операцію пересадки нирки від померлої від випадкової причини людини. Так у хірургічному відділенні Першої радянської міської лікарні в місті Херсоні в понеділок 3 квітня 1933 року о 21 годині вперше в світовій практиці була здійснена хірургічна операція, самим фактом якої була доведена принципова можливість пересадки в клінічних умовах не окремих тканин, а цілого органу живій людині в ім'я рятування її життя. Ще чотири рази в повоєнні сорокові роки хірургу Ю. Вороному довелося виконувати

подібні операції з трансплантації трупної нирки з терміном консервації від 12 до 28 діб. Проведені в Україні унікальні хірургічні операції дали поштовх розвитку світової трансплантології. Вже на початку 50-х років у США і Франції були виконані операції з трансплантації нирок від родичів хворим з тяжкою нирковою недостатністю. На черзі були дослідження з вдосконалення техніки і технології судинного шва, які згодом завершилися створенням принципово нового апарату "Штучна нирка". Пізніше будуть оприлюднені класичні праці з імуногематології Ж.Досе та створення імуносупресорних препаратів М.Борелем... Попереду сходження зірки К. Бернарда з його першою в світі операцією трансплантації серця людини...

На завершення цього матеріалу, з гордістю слід визнати наступне. В тому, що сьогодні в клініках України проводяться планові хірургічні операції з пересадки внутрішніх органів хворим людям є неocenним вклад великого громадянина України, професора хірурга Юрія Юрійовича Вороного.

Список літератури

1. *Мирский М.Б.* Пионер клинической трансплантологии (к 110-летию со дня рождения профессора Ю.Ю.Вороного)/ Клінічна хірургія. 2005. – № 6. – С.60-64.
2. *Мирский М.Б.* Первая пересадка почки в клинике (к 50-летию операции советского хирурга Ю.Ю. Вороного)/ Клиническая медицина. – 1983, № 11. – С.147-149.
3. *Мождраков Г., Попова Н.* Болезни почек/ Медицина и Физкультура. – София., 1980. – С. 786.
4. *Шумаков В.И., Штенгольд Е.Ш., Онищенко Н.А.* Консервация органов/М: Медицина, 1975. – С. 14; С. 226-227.
5. *Вороной Ю.Ю.* Пересадка консервированной трупной крови, как метод биостимуляции при тяжелых нефритах/ Врачебное дело. 1950, № 9. – С. 813-816.
6. *Вороной Ю.Ю.* К вопросу блокады ретикуло-эндотелиального аппарата у человека при некоторых формах отравления сулемой и свободной пересадке целой почки, взятой от трупа, как метод лечения анурии при этом отравлении /Труды Всеукраинского института неотложной хирургии и переливания крови. Днепропетровск, 1934. т.1. – С. 221-233.
7. *Король И.Е., Полюх И.И., Волченко С.Ю.* Страницы жизни Ю.Ю. Вороного – хирурга, выполнившего первую в мире пересадку почки человеку в г. Херсоне. – Херсон, 2005. – 22 с.

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 захищуються;**

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- **рефератів російською та англійською мовами з обов'язковим зазначенням прізвищ та ініціалів авторів цими мовами**, обсягом не більше 1/3–1/2 с.

- Статті набираються на комп'ютері в програмі Word, зберігаються у форматі .rtf і подаються роздруковані з дискетою. Текст реферату слід друкувати шрифтом 12 пунктів з міжрядковим інтервалом – 1,5, додержуючись таких розмірів берегів (полів): верхній і нижній – 20 мм, лівий – 25 мм, правий – 10 мм. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаються на дискеті.

- На першій сторінці зазначаються: **індекс УДК ліворуч**, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

- Список літератури подається зразу ж за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність.

Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. В бібліографічному описі книги потрібно зазначити прізвища та ініціали авторів, її назву (якщо чотири і більше авторів – назву книги, а потім за похилою лінією ініціали і прізвища всіх авторів або, якщо більше чотирьох, трьох авторів і слова “та ін.”), місто, видавництво, рік ви-

дання, 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 (SI), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X,XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

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

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

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

- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та вроздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 12 грн 50 коп. Бажаючим його придбати потрібно звертатися за тел. (0352) 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 (044) 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 9.01.2008. Формат 60x84/8. Папір офсетний.
Друк офсетний. Ум. друк. арк 12,79. Обл.-вид. арк. 12,29. Наклад 300. Зам. № 5