

Український інститут стратегічних досліджень
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

3

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

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

Київ — Тернопіль
“Укрмедкнига”
2008

Свідоцтво про державну реєстрацію серія KB № 374 від 23.03.99

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **Г.О. Слабкий**

Ю.В.Вороненко, О.М.Голяченко (*відповід. редактор*), Л.Я.Ковальчук,
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.Куртиш (*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 стратегічних досліджень
(протокол №69 від 22.05.2008)*

Передплатний індекс – 22867

Здоров'я і суспільство

О.В. Любінець. Динаміка і структура смертності населення України від зовнішніх причин смерті. 5

О. В. Денефіль. Серцево-судинна захворюваність населення м. Тернополя залежно від погодних умов. 11

М. В. Банчук, І. І. Волинкін, Г. В. Курчатова. Деякі аспекти забезпечення населення регіонів України медичними кадрами. 15

Г. О. Слабкий, О. В. Юрченко, Ж. В. Антоненко. Моніторинг поведінки студентської молоді м. Києва щодо ВІЛ-інфікування (повідомлення 2). 20

Стельмахівська В.П. Гігієнічні питання будівництва навчально-виховних закладів та формування здоров'я дітей та підлітків. 26

О.Г. Шекера, П.М. Яблонський. Перспективи збереження та укріплення здоров'я військовослужбовців збройних сил України. 31

Ю.О. Ромаскевич. Особливості антиендотоксिनного імунітету у хворих на травматичну хворобу спинного мозку 38

Організація медичної допомоги

О. К. Толстанов. До питання організації та оцінки діяльності клініко-діагностичних лабораторій центральних районних лікарень Житомирської області. 42

Г. О. Слабкий, І. М. Киричук. Вивчення задоволеності пацієнтів стаціонарних інфекційних відділень медичною допомогою. 47

М. В. Голубчиков, О. С. Коваленко, Л. М. Козак, В. Г. Осташко. Концептуальні підходи до впровадження електронних медичних записів у систему охорони здоров'я України. 51

Г.О. Слабкий, Н.П. Кризина. Первинна медико-санітарна допомога: стан розвитку 55

Медична інформатологія

А.П.Хмара, В.С.Килівник. Інформатологічний підхід до організації санітарно-освітньої роботи в сільському районі. 64

Сімейна медицина

А.О. Голяченко. Організація медичної реабілітації на рівні первинної медико-санітарної допомоги. 68

Health and society

O. V. Ljubinets. Some questions concerning mortality of the population of Ukraine and possible ways of its decrease. 5

O. V. Denefil. Cardio-vascular morbidity of population of Ternopil in the different weather conditions. 11

M. V. Banchuk, I. I. Volynkin, G. V. Kurchatov. Some aspects of provide the medical staff for the population of regions of Ukraine. 15

G. A. Slabkiy, A. V. Jurchenko, Z. V. Antonenko. Monitoring of behavior of student's youth of Kiev is relative HIV-infection (the message 2). 20

V.P.Stelmakhivska. Hygienic problem of the construction of the children's institutions and health of children's and adolescents. 26

O.G. Shekera, P.M. Yablonskiy. Prospect for reservation and strengthening health of military personnel armed forces of Ukraine. 31

Ю.О. Ромаскевич. Особливості антиендотоксिनного імунітету у хворих на травматичну хворобу спинного мозку 38

Organization of medical care provision

O. K. Tolstanov. Organization and estimation of activity of clinical and diagnostic laboratories of the central regional hospitals of Zhitomir region. 42

G. A. Slabky, I. N. Kirichuk. Studying of satisfaction of patients of stationary infectious units by medical aid. 47

M. V. Golubchikov, A. S. Kovalenko, L. M. Kozak, V. G. Ostashko. Conceptual approaches of application of electronic medical records in health care system of Ukraine. 51

Г.О. Слабкий, Н.П. Кризина. Первинна медико-санітарна допомога: стан розвитку 55

Medical informatology

A.P. Khmara, V.S. Kylivnik. Informatiological approach in organizing sanitari educational work in rural area. 64

Family medicine

A. Golyachenko. Organization of medical rehabilitation on the level primary help medical attendance. 68

- О.М. Голяченко, Н.Я. Панчишин.* Сімейна медицина на селі. 69 *A.M. Holyachenko, N.Ya. Panchyshyn.* Family medicine on the village.
- Е.С. Короленко, З.Р. Махамова, Т.М. Шишова.* Аналіз роботи сімейної медицини в м.Сімферополі (на прикладі філії сімейної медицини 3 міського поліклінічного об'єднання). 71 *E.S. Korolenko, Z.R. Makhamova, T.N. Shishova.* Analysis of family medicine service in Simferopol (after the example of the family medicine branch of the 3rd municipal polyclinic association).
- А.І. Побережний, Н.О.Лісовська, О.Н. Литвинова.* Роль сімейного лікаря в наданні швидкої медичної допомоги сільському населенню. 73 *Poberezhnuy A., Lysovska N, Lytvynova O.* Role of family doctor in providing by first medical aid for rural population.
- В.Л. Смірнова, Н.Є. Федчишин.* Сімейна медицина в умовах міста. 78 *Smirnova V.L, Fedchyshyn N.Ye* Family medicine in the city.
- А.Г.Шульгай, Л.М.Романюк.* Розвиток сімейної медицини на Тернопільщині. 80 *Shulgai A., Romanyuk L.* Development of family medicine in Ternopol region.
- Т.К. Кульчицька, О.Ф. Гаврилюк.* Програмно-цільовий підхід у вирішенні питань з охорони здоров'я, зокрема сімейної медицини. 82 *T.K. Kulchitska, O.F.Gavrilyuk.* Programmatic-having a special purpose approach in the decision of questions from a health protection, in particular family medicine.
- Т.К. Кульчицька, О.В. Олексієнко.* Соціально значущі та соціально небезпечні хвороби у дітей і підлітків. 83 *T.K. Kulchitska, O.V. Oleksienko.* Socially meaningful and socially dangerous diseases at children and teenagers.
- В.І.Кривенко, І.В.Непрядка, С.П.Пахомова, О.П.Федорова, В.Г.Єремєєв.* Проблема актуальності викладання основ біоетики на етапі післядипломної освіти. 84 *V.I.Krivenko, I.V.Nepryadkina. S.P.Pakhomova, O.P.Fedorova, V.G.Eremeev.* A problem of actuality of teaching the bases of bioethics is on the stage of post-graduate education.
- О.М. Гіріна, Н.А. Скаржевська.* Застосування адаптолу в комплексній терапії пацієнтів високого кардіоваскулярного ризику: ефективність та безпека. 85 *O.M. Girina, N.A. Skarzhevskya.* Application of adaptol is in complex therapy at patients with high kardiovascular risk and vegetative disfunction: efficiency and safety.
- О.М. Гіріна, Н.А. Скаржевська.* Вплив адаптолу на варіабельність серцевого ритму у хворих з високим кардіоваскулярним ризиком та вегетативною дисфункцією. 86 *O.M. Girina, N.A. Skarzhevskya.* Influencing of adaptol on variableness of cardiac rhythm at patients with a high kardiovascular risk and vegetative disfunction.
- В.М.Рудіченко.* Розлади рухливості стравоходу як методичний розділ семінарського заняття по тематиці «дисфагія» при підготовці лікарів загальної практики-сімейної медицини. 87 *V.M.Rudichenko.* Disorders of mobility of esophagus as methodical section of seminar employment on a subject «disfagia» at preparation of doctors of general family medicine.
- Історія медицини**
- О.М. Ціборовський.* Боротьба з наслідками голоду 1921-1923 років (огляд літератури). 88 *O.M. Tsiborovskiy.* Struggle against the consequences of famine of 1921-1923 (review of literature).
- Ювілеї**
- Слабкий Геннадій Олексійович (до 55-річчя від дня народження)* 95 *Slabkiy Gennadiy Oleksiyovich (to 55-years from a birthday)*
- Матвєєва Ганна Петрівна (до 80-річчя від дня народження)* 96 *Matveeva Anna Petrivna (to 80-years from a birthday)*
- History of Medicine**
- Lubiles**

О. В. ЛЮБІНЕЦЬ (Львів)

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ЩОДО СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ
ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЇЇ ЗНИЖЕННЯ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Протягом 90-х років ХХ та на початку ХХІ ст. в Україні домінують негативні тенденції, серед яких найбільш деструктивним виявилось безпрецедентне зростання смертності. Неблагополуччя щодо смертності посилює депопуляцію і поглиблює демографічну кризу в нашій країні [1–3; 10; 14]. У численних наукових працях дано характеристику причин смертності населення та її структури, а також відображена статеві-вікова характеристика померлого населення [4; 7; 8; 11; 12]. Питання демографічного розвитку країни широко висвітлювалися у медичній літературі, у тому числі і в наших попередніх роботах [5; 9; 13; 14], тому в даній статті ми детально зупинимося на окремих актуальних для України проблемах.

Мета роботи – проаналізувати можливі шляхи зниження смертності населення України.

Матеріали і методи: історико-інформаційний, контент-аналізу, системного підходу.

Результати досліджень та їх обговорення
Проблеми малюкової смертності

Рівень смертності дітей першого року життя залишається стратегічним показником, що характеризує рівень соціально-економічного розвитку та організації медичної допомоги в державі, використовується для порівняння з іншими країнами; цей показник віднесено до переліку моніторингових показників Кабінету Міністрів України, що використовується для оцінки рівня соціально-економічного розвитку регіонів.

Показник малюкової смертності, який з 1985 р. по 1995 р. невпинно зростав, протягом останніх років набув тенденції до зниження: у 1997 р. він становив 14,0 на 1 тис. народжених живими, а у 2006 р. – 9,8. Протягом 2002–2006 рр. показник малюкових втрат суттєво не змінювався і становив 10,3–9,6. У 2007 р. в Україні запроваджені критерії ВООЗ щодо визначення перинатального періоду, живонародженості, мертвонародженості та порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених. За орієнтовно-розрахунковими даними перехід на нові критерії перинатального періоду спричинює зростання малюкової смертності – на 20–25%. В Україні у 2007 р. по-

рівняно з 2006 р. рівень малюкової смертності збільшився на 12,8% і становив 11,25 на 1 тис. народжених живими.

Водночас в країнах, які можна порівняти з Україною за рівнем розвитку, показники малюкової смертності значно нижчі – так, у Чехії – 3,75 на 1 тис. народжених живими, Словенії – 3,98. У Литві – 7,89, Латвії – 9,38, Білорусі – 6,9, країнах ЄС – 6,64. Вищим, ніж в Україні, цей показник залишається у ННД – 14,19. При цьому більшість з цих країн перейшли на рекомендоване ВООЗ визначення перинатального періоду з 22 тижнів вагітності, що впливає на зростання зареєстрованої кількості випадків смерті немовлят.

Наразі доведено, що рівень смертності дітей є чутливим показником нерівності та бідності. За даними ВООЗ та ЮНІСЕФ, діти у країнах з низьким і середнім рівнем достатку мають ризик смерті до досягнення віку 5-ти років у 10 разів вищий, ніж діти, які проживають в економічно розвинених країнах. Це підтверджується і результатами порівняльного аналізу показників смертності дітей віком до 5-ти років залежно від валового національного доходу на душу населення у 2003 р., які зазначені у Доповіді “Про становище дітей в світі, 2005 рік”. Згідно цих даних, найнижчі рівні смертності дітей віком до 5-ти років (3,0 на 1000 народжених живими) мають країни з високим рівнем валового національного доходу на душу населення: Сінгапур (21230 дол. США) та Швеція (28840 дол. США), які займають найвище, 192 місце, в рейтинговій таблиці країн світу за рівнем смертності зазначеної вікової категорії дітей; 183 рейтингове місце з показником смертності 4,0 на 1000 народжених живими займають Норвегія (43350 дол. США), Словенія (11830 дол. США), Іспанія (16990 дол. США), Чеська Республіка (6740 дол. США), Данія (33750), Ісландія (30810 дол. США), Італія (21560 дол. США); 157 місце з показником 8,0 на 1000 народжених живими посідають Сполучені Штати Америки при валовому національному доході на душу населення 37610 дол. США. Україна в цій таблиці займає 120 рейтингове місце з показником смертності 20,0 на 1000 народжених живими (970 дол. США), Росія – 115 (2610 дол. США), Білорусь – 130 (1590 дол. США), Казахстан – 59 (1780 дол. США).

На формування високих показників рівня малюкової смертності впливає також те, що:

- смертність дітей із сільської місцевості вища за таку серед дітей – мешканців міст – у 2005 р. на 18,1%: 11,1‰ та 9,4‰, у 2007 р. – на 11,1%: 10,5‰ та 9,3‰, що, вірогідно, зумовлено меншою доступністю сільським мешканцям висококваліфікованих медичних послуг під час вагітності, пологів та дітям раннього віку;

- залишається несприятливим співвідношення між неонатальною (0–28 днів життя) та постнеонатальною (від 28 днів до 1 року) смертністю – 60,0% та 40,0% відповідно; в країнах з низьким рівнем малюкової смертності це співвідношення становить 80% та 20%;

- не дивлячись на зниження, залишається високим рівень малюкової смертності внаслідок природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій, зокрема від природжених вад розвитку серця;

- зростає рівень смертності від екзогенних причин, зокрема від зовнішніх причин – з 6,2 на 10 тис. народжених живими у 2001 р. до 7,8 у 2006 р., що свідчить про соціальне неблагополуччя.

До позитивних моментів формування смертності немовлят можна віднести суттєве зниження її в постнеонатальному періоді від хвороб органів дихання.

Основними причинами малюкових втрат залишаються ті захворювання, які тісно пов'язані зі станом здоров'я матері, що залежить від соціально-економічних факторів (неадекватне харчування, наявність стресів тощо), а також від зовнішніх причин.

Багатофакторна природа процесу формування показників малюкової смертності в Україні визначає різні напрями впливу. Як відомо, багато проблем здоров'я, у тому числі жінок і дітей, лежать поза можливостями медицини – це соціально-економічне становище населення, побутові умови життя, зокрема якість харчування, несприятлива екологічна ситуація. Без вирішення цих питань неможливо досягнути поліпшення здоров'я матерів і дітей та зниження малюкової смертності.

Для зменшення малюкових втрат необхідно:

- створити на території областей міжрайонні перинатальні центри, що створить умови для матеріально-технічного і кадрового забезпечення необхідного рівня акушерської та неонатальної допомоги;

- забезпечити можливість рівного доступу сільського і міського населення до висококваліфікованої медичної допомоги;

- постійно поліпшувати якість медичної допомоги жінкам і дітям, впроваджувати систему перинатального аудиту;

- продовжувати розробку і впровадження медико-організаційних технологій, що ґрунтуються на засадах доказової медицини.

Можливі шляхи зниження рівня смертності від захворювань системи кровообігу

Захворювання системи кровообігу займають перше місце в структурі смертності дорослого населення. Шляхи зниження рівня смертності від захворювань системи кровообігу:

- первинна профілактика, тобто виявлення та зменшення поширеності факторів ризику серцево-судинних захворювань, що піддаються впливу (тютюнокуріння, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, гіподинамія, надлишкова маса тіла, порушення толерантності до глюкози, зловживання алкоголем);

- розвиток невідкладної медичної допомоги (спеціалізовані кардіологічні бригади швидкої допомоги, блоки та палати кардіореанімації та інтенсивної терапії, невідкладної кардіохірургії);
- забезпечення доступності невідкладної кардіологічної допомоги на селі;

- вторинна профілактика, тобто довготривале амбулаторне спеціалізоване лікування з метою попередження ускладнень та подовження життя і планове стаціонарне лікування (переважно кардіохірургічне).

Не дивлячись на те, що прогрес кардіології важко уявити без розвитку новітніх технологій надання високоспеціалізованої кардіологічної допомоги та відповідно оснащених сучасних кардіологічних клінік, найбільш перспективна та економічно виправдана стратегія зменшення захворюваності і смертності від серцево-судинних хвороб пов'язана з переорієнтацією як лікарів, так і хворих на пріоритет саме амбулаторної допомоги, удосконалення вторинної профілактики, що передбачає:

- створення системи виявлення хвороб на ранніх стадіях;

- недопущення або зсув у більш пізні вікові групи небезпечних ускладнень;

- формування у пацієнтів усвідомлення необхідності тривалого (часто довічного лікування);

- забезпечення закладів охорони здоров'я обладнанням для своєчасної діагностики, лікування та надання інтенсивної допомоги;

- впровадження сучасних профілактично-лікувальних технологій і стандартів та забезпечення можливості їх реалізації на практиці.

Пріоритетними напрямками політики щодо зниження захворюваності і смертності від серцево-судинних захворювань серед населення працездатного віку є:

- розвиток ефективних, масових та відносно недорогих технологій первинної профілактики, до яких насамперед належать національні та регіональні освітньо-профілактичні програми

з використанням засобів масової інформації, розраховані на широкі верстви населення;

- підвищення якості спеціалізованої кардіологічної допомоги шляхом підсилення амбулаторної ланки кардіологічної служби та реструктуризації стаціонарної допомоги.

Одним із шляхів запобігання зростанню втрат, обумовлених серцево-судинною патологією, є стимулювання виробництва в Україні ефективних та недорогих кардіологічних препаратів (передусім для довготривалої корекції підвищеного тиску та високого рівня холестерину в крові) із забезпеченням державного контролю за їх якістю та відповідністю оригінальним аналогам.

Заходи зі зниження передчасної смертності від серцево-судинних хвороб передбачають створення широкої коаліції різних підрозділів систем охорони здоров'я та міжсекторальну співпрацю у цілому, оскільки неможливо досягти зниження впливу більшості факторів ризику тільки силами медичної галузі.

Пріоритети медичної допомоги визначаються впливом тієї чи іншої патології на медико-соціальне навантаження в суспільстві. Саме тому в Україні, як і в багатьох розвинених країнах світу, хвороби системи кровообігу (ХСК) визнані пріоритетними. Вони формують структуру смертності населення, первинної інвалідності та втрат, зумовлених тимчасовою непрацездатністю. Крім того, передчасна смертність при ХСК значною мірою впливає на такий показник, як загальна тривалість життя населення.

Проблеми зниження рівня смертності населення від злоякісних новоутворень

У сучасних умовах надзвичайно важливою є проблема новоутворень у зв'язку із зростанням кількості захворювань, у тому числі злоякісних, високими показниками смертності, інвалідизації, а також постарінням населення, що потребує не тільки медичної, але й соціальної допомоги.

Найбільші втрати суспільства у зв'язку з онкологічними хворобами обумовлені передчасною смертністю населення, втратою працездатності і пов'язаного з ними зменшення обсягів валового внутрішнього продукту. Це також втрати від оплати лікарняних листів з тимчасової непрацездатності та кошти на утримання інвалідів. Вплив злоякісних новоутворень на сім'ю багатоплановий – це зниження доходу, розпад сім'ї, сирітство, удівство, втрати престижу, достатку. Водночас витрати, спрямовані на зниження захворюваності, інвалідизації, смертності від цих хвороб, дозволяють попередити більш значні втрати ВВП, виплат на пенсійне забезпечення тощо. Актуальність цієї проблеми підтверджується тим, що серед захворілих зростає частка дітей і осіб працездатного віку.

Для покращення медичної та соціальної допомоги онкологічним хворим необхідно:

- вдосконалення законодавства України щодо відповідальності роботодавців за здоров'я своїх працівників та щодо системи клінічних досліджень нових вітчизняних та імпортованих хіміопрепаратів супроводу відповідно до міжнародних вимог;

- інтеграція онкологічної служби України в світове (Європейське) онкологічне товариство шляхом підтримки міжнародних принципів протиракрової боротьби, задекларованих у Паризькій хартії 2000 року;

- створення системи постійного моніторингу за забрудненням навколишнього середовища канцерогенними речовинами, його впливом на рівень онкологічної захворюваності та розробкою первинної профілактики онкологічних захворювань;

- залучення засобів масової інформації, навчальних закладів та громадських організацій до інформування населення щодо питань профілактики, раннього виявлення та ефективного лікування онкологічних захворювань;

- створення нормативної бази для забезпечення стандартів медичної та соціальної допомоги онкологічним хворим;

- створення постійно діючої комісії з провідних фахівців галузі зі стандартизації методів діагностики та лікування злоякісних новоутворень;

- вдосконалення державної системи реєстрації раку;

- створення нормативного переліку необхідного матеріально-технічного забезпечення лікувально-профілактичних закладів радіологічним, рентгенологічним, ендоскопічним обладнанням та апаратами ультразвукової діагностики та поступове забезпечення у відповідності з ним онкологічних закладів усіх регіонів України;

- покращення раннього виявлення злоякісних пухлин на всіх рівнях надання медичної допомоги населенню;
- створення системи реабілітації хворих на злоякісні новоутворення (забезпечення медичної, соціальної, психологічної та санаторно-курортної реабілітації онкологічних хворих шляхом часткового перепрофілювання існуючих ліжок та розробки нормативно-правових актів, що змінюють порядок її надання);

- вдосконалення системи психологічної підтримки онкологічних хворих та членів їхніх родин, у тому числі із залученням волонтерів;

- вдосконалення підготовки медичних працівників з питань онкології, у тому числі в закладах первинної лікувально-профілактичної допомоги;

- продовження створення госпісів в регіонах України для паліативного лікування невиліковних хворих, передбачивши можливість пе-

репрофілізації під них закладів системи соціального забезпечення та охорони здоров'я; розробка стандартів паліативної допомоги; створення відповідної нормативно-правової бази;

- зміна системи викладання питань онкології в медичних навчальних закладах усіх рівнів акредитації відповідно до рекомендацій ЄС;

- розвиток міжнародного співробітництва з пріоритетних аспектів протиракової боротьби, розширення співпраці в галузі онкології з міжнародними онкологічними науково-практичними установами.

Зменшення дорожньо-транспортного травматизму та обумовленої ним смертності

Створення безпеки на дорогах і автошляхах вимагає послідовних зусиль впродовж тривалого часу і передбачає розробку і впровадження комплексних програм дорожньої безпеки, що включають створення безпечної транспортної інфраструктури, покращення роботи автоінспекції та виховання відповідальної поведінки усіх учасників дорожнього руху. На даний момент найбільш гострими проблемами є: недотримання учасниками дорожнього руху правил безпеки, недовіра системи покарань за їх порушення, низька ефективність екстреної медичної допомоги постраждалим у ДТП. У зв'язку з цим пропонується:

- встановити кримінальну відповідальність за керування транспортними засобами у нетверезому стані, навіть якщо при цьому не було скоєно ДТП;

- збільшити штраф за перевищення швидкості;

- зобов'язати працівників дорожньо-постової служби вимагати від водіїв і пасажирів транспортних засобів користуватися ременями безпеки;

- працівникам МВС регулярно проводити профілактичну роботу в школах і вищих навчальних закладах, акцентуючи увагу на наслідках порушень правил дорожнього руху в даному місті, селищі чи селі;

- забезпечити надання своєчасної та адекватної медичної допомоги постраждалим у ДТП;

- модернізувати оснащення установ, які надають екстрену медичну допомогу постраждалим у ДТП.

Для зниження смертності від нещасних випадків, травм та отруєнь необхідно продовжувати виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" щодо покращення надання медичної допомоги при травмах, створення лікарень швидкої допомоги в усіх обласних центрах (натепер їх лише шість), розширення мережі пунктів невідкладної допомоги на селі.

Формування суспільної та індивідуальної налаштованості

на пріоритет здорового способу життя

Основними напрямками формування соціальної та особистої мотивації до збереження та зміцнення здоров'я є:

- сприяння розвитку масових фізичної культури та спорту; розширення доступу молоді до спортивних і оздоровчих закладів; виділення коштів для будівництва об'єктів оздоровлення та спорту (басейнів та інших спортивно-оздоровчих закладів);

- розробка та застосування певних законодавчих та фінансових механізмів стимулювання діяльності, спрямованої на покращення доступу до спортивних та оздоровчих закладів, наприклад пільг при оподаткуванні суб'єктів підприємницької діяльності; доцільним є включення вимог щодо будівництва спортивних майданчиків при наданні на конкурсній основі земельних ділянок під житлове будівництво;

- підвищення якості та ефективності санітарно-гігієнічної освіти населення, активної пропаганди здорового способу життя шляхом перетворення санітарної освіти в державну систему безперервного медико-гігієнічного навчання і виховання через заклади загальної та професійної освіти, засоби масової інформації, установи охорони здоров'я, фізичної культури та інші соціальні інститути;

- підвищення активності громадських організацій та посилення їх можливостей діяти на користь охорони громадського здоров'я.

Необхідне широке залучення усіх прошарків суспільства до справи пропаганди здорового способу життя з метою створення суспільного середовища, сприятливого для вибору життєзберігаючої поведінки та мінімізації основних факторів ризику, формування (особливо у середовищі молоді) іміджу сучасної людини, невід'ємним атрибутом якої є турбота про власне здоров'я як запорука професійного успіху та сімейного благополуччя.

Скорочення втрат, пов'язаних зі зловживанням алкоголем та курінням

Вартість проблем, пов'язаних з курінням та зловживанням алкоголем:

- питома вага куріння у смертності населення України становить 13% (майже 100 тис. осіб щорічно);

- питома вага куріння від загального тягаря хвороб в Україні – 13% (оцінка ВООЗ, 2005 р.);

- питома вага зловживання алкоголем від загального тягаря хвороб в Україні – 12% (оцінка ВООЗ, 2005 р.);

- щорічно в країні реєструється більше 40 тис. смертельних випадків від алкоголю, з них 8 тис. – отруєння.

Стратегії боротьби з курінням та зловживанням алкоголем мають включати:

- переорієнтацію закладів охорони здоров'я на зміцнення індивідуального здоров'я грома-

дзян, здоров'я певних (вікових, статевих, професійних) груп населення та населення у цілому, активну первинну профілактику хронічних неінфекційних захворювань, запобігання шкідливим для здоров'я поведінковим звичкам та надання допомоги у їх подоланні;

- впровадження на рівні первинної медико-санітарної допомоги заходів з діагностики, консультування, профілактики та лікування тютюнової залежності та зловживання алкоголем;
- підготовка медичних працівників закладів охорони здоров'я усіх форм власності з метою надання особам, які бажають позбутися залежності від вживання тютюнових виробів, відповідної лікувально-профілактичної допомоги;
- розробка та запровадження у повсякденну практику роботи стандартів якості надання допомоги за профілактичними технологіями, зокрема технології надання допомоги пацієнтам в закладах охорони здоров'я щодо відмови від куріння та зменшення споживання алкоголю;
- створення національної системи моніторингу та епідеміологічного нагляду за споживанням тютюну та алкогольних напоїв;
- запровадження системи соціально-економічного стимулювання медичних працівників в залежності від обсягу використаних профілактичних технологій тощо.

Необхідно підвищити престиж профілактичної роботи. Ідеї профілактичної медицини мають стати домінуючими у професійній філософії усіх фахівців галузі. Усвідомлена профілактика має зайняти провідне місце в діяльності медичного персоналу. Для досягнення цієї мети повинні бути переглянуті функції та розширено обсяг профілактичної діяльності лікарів та середніх медичних працівників. Для впровадження профілактичних технологій у практику доцільно їх поєднувати з різноманітними активними стратегіями: запровадження стандарту надання медичної допомоги за профілактичними технологіями, внесення відповідних корективів у навчальні програми підготовки кадрів, оцінка такої роботи, її обов'язковий облік та звітування тощо. Тільки у такому разі престиж профілактики буде зростати. Необхідно запровадити систему соціально-економічного стимулювання медичних працівників в залежності від обсягу використаних профілактичних технологій.

Щодо напрямків реформування системи охорони здоров'я з метою максимального впливу на зниження смертності населення України

На наш погляд, реформування системи охорони здоров'я в Україні у найближчій перспективі має здійснюватися у контексті наступних основних напрямків:

- перегляд і зміна фінансово-організаційних засад функціонування галузі, що передбачає:

перехід на контрактну модель публічних державних закупівель медичних послуг при збереженні бюджетного фінансування галузі, чітке визначення базового стандарту загальнодоступної безкоштовної медичної допомоги, надання бюджетним закладам охорони здоров'я статусу державних (комунальних) некомерційних підприємств;

- розвиток профілактичної медицини, спрямованої на попередження та раннє виявлення захворювань (у т.ч. удосконалення системи профілактичних медичних оглядів); реформування первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, пріоритетний розвиток сільської медицини;
- структурна перебудова системи надання медичної допомоги на користь первинної ланки, раціоналізація стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги, розвиток стаціонарозамінних технологій;
- запровадження міжнародних стандартів діяльності лікувально-профілактичних закладів; створення єдиного медичного простору та розвиток приватного сектору охорони здоров'я;
- продовження розробки і реалізації національних програм в галузі охорони здоров'я, у тому числі щодо запобігання поширенню соціально детермінованих захворювань;
- поліпшення підготовки медичних кадрів та умов оплати їх праці, соціальний захист медичних працівників;
- впровадження дієвого механізму контролю за виробництвом, імпортом та реалізацією фармацевтичної продукції, а також контролю якості лікарських засобів при їх ввезенні на територію України, пошук шляхів зменшення цін на лікарські препарати, підвищення конкурентоспроможності вітчизняної фармацевтичної продукції;
- забезпечення участі недержавних, благодійних, комерційних організацій та громадськості у реформуванні й розвитку системи охорони здоров'я;
- розвиток і впровадження високих медичних технологій і надання населенню висококваліфікованої медичної допомоги, що дозволяє зменшити смертність від багатьох важких захворювань.

Висновки

Беручи до уваги сучасний стан та тенденції смертності населення країни, тільки міжсекторальний підхід з визначенням проблеми смертності населення є однією з найбільш актуальних проблем держави. Враховуючи, що процес зменшення смертності та покращення здоров'я населення є одним з найбільш інертних, вплинути на ситуацію в Україні можна шляхом:

1. Подолання бідності.
2. Реформування оплати праці у всіх сферах з метою забезпечення гідного рівня оплати та

створення умов життя, сприятливих для збереження здоров'я.

3. Збереження та охорони навколишнього природного середовища, сприятливого і безпечного для життєдіяльності і відтворення населення.

4. Збільшення державних інвестицій у здоров'я, а також розвиток і заохочення приватного капіталу до такого інвестування.

5. Техніко-технологічна реабілітація виробництва, створення безпечних умов та ефективної охорони праці.

6. Скорочення втрат, пов'язаних із тютюнокурінням та зловживанням алкоголем.

7. Формування здорового способу життя і рівності у досягненні здоров'я, залучення людей до активної співпраці у досягненні здоров'я.

8. Підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я населення та посилення профілактичної спрямованості у діяльності системи охорони здоров'я.

9. Зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин та ефективна на державному рівні протидія епідемії ВІЛ/СНІДу і туберкульозу.

10. Зменшення дії зовнішніх причин, що призводять до смертності, у тому числі дорожньо-транспортного травматизму та самогубства.

Список літератури

1. Албена Арнаудова. 10 вопросов о здравоохранении в странах – новых соседях ЕС / Албена Арнаудова. – ВОЗ, 2006. – 292 с.
2. *Європейська база даних "Здоров'я для всіх"*. – Копенгаген: ЄРБ ВООЗ, червень 2006 р. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/hfad>. – Заголовок з екрану.
3. *Населення України. 2005. Демографічний щорічник*. – К. : Держкомстат України, 2006. – 400 с.
4. Погорелова Э. И. Система мероприятий по повышению достоверности статистики смертности населения / Э. И. Погорелова // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2006. – № 2. – С. 45–49.
5. Пономаренко В. М. Закономірності формування коефіцієнтів смертності населення України / В. М. Пономаренко, Л. А. Чепелевська // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2005. – № 1. – С. 15–20.
6. *Предотвратимая смертность в России и пути снижения* / [под ред. Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой]. – М. : ЦНИИОИЗ, 2006. – 312 с.
7. *Прогнозні оцінки смертності населення України* / [Л. А. Чепелевська, Г. І. Баторшина, О. В. Любінець, О. О. Нежинська] // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1.
8. *Рак в Україні 2004–2005 рр. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби* / [З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Є. Л. Горох, О. В. Сумкіна] // Бюл. нац. канцер-реєстру України. – 2006. – № 7. – С. 97 с.
9. *Регіональні особливості смертності населення України* / [Л. А. Чепелевська, Г. І. Баторшина, О. В. Любінець, О. О. Нежинська] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2007. – № 1.
10. *Современные тенденции рождаемости и смертности детей в Украине* / [Л. А. Чепелевская, Е. А. Дудина, Е. П. Рудницкий, А. И. Баторшина] // Совр. педиатрия. – 2004. – № 1 (2). – С. 27–31.
11. *Сучасні тенденції смертності населення в регіонах України* / [В. М. Пономаренко, В. Л. Весельський, Л. А. Чепелевська, Г. І. Баторшина] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 2. – С. 10–15.
12. *Чепелевська Л. А. Демографічна ситуація в сільській місцевості* / Л. А. Чепелевська, Г. І. Баторшина // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 4. – С. 14–18.
13. *Чепелевська Л. А. Динаміка і структура смертності населення України від зовнішніх причин смерті* / Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2008. – № 2. – С. 5–8.
14. *Чепелевська Л. А. Медико-демографічна ситуація в Україні і в країнах СНГ : порівняльний аналіз* / Л. А. Чепелевська, Г. І. Баторшина // Матер. наук.-практ. конф. ["Демографічний розвиток України та пріоритетні завдання демографічної політики"], (Київ, 20–21 жовт. 2005 р.). – К., 2005. – С. 35–39.
15. *Чепелевська Л. А. Сучасні та прогнозні тенденції захворюваності на туберкульоз і смертності від нього населення України* / Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 10–12.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОТНОСИТЕЛЬНО СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ СНИЖЕНИЯ

О. В. Любинец (Львов)

Проанализированы показатели смертности населения Украины, предложены пути ее снижения.

SOME QUESTIONS CONCERNING MORTALITY OF THE POPULATION OF UKRAINE AND POSSIBLE WAYS OF ITS DECREASE

O. V. Ljubinets (Lvov)

Parameters of mortality of the population of Ukraine are analyzed, ways of its decrease are offered.

УДК 613.16-06:616.12/14(477.84)

О. В. ДЕНЕФІЛЬ (Тернопіль)

СЕРЦЕВО-СУДИННА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ М. ТЕРНОПОЛЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОГОДНИХ УМОВ

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) займають перше місце серед причин загальної захворюваності і смертності в світі і друге серед захворюваності і смертності людей працездатного віку [5;7;8;10]. У літературі є дані, що артеріальний тиск має ендогенний сезонний ритм (з підйомом в осінньо-зимовий період і зниженням у весняно-літній), а кількість викликів швидкої допомоги з приводу гіпертонічних кризів залежить від типу погоди [2]. При тривалих і повторних змінах природи у метеочутливих людей розвиваються реакції адаптаційно-метеотропного синдрому. Вони реєструються напередодні виникнення метеонестабільності та зберігаються ще впродовж 2–5 днів після встановлення початкового класу погоди [1]. Організм хворих людей стає чутливим навіть до найменших змін фізичного середовища [3;6;9]. Найоптимальніші умови створюються під час антициклону, а в період циклону погіршується загальний стан, зростає число хворих з гострими порушеннями серцево-судинної системи. Особливо негативним є період переходу від антициклону до циклону. Це пов'язано з тим, що вже за добу до появи циклону і в період переходу антициклону в циклон виникають нерегулярні електромагнітні імпульси, які призводять до розбалансування регуляторних функцій підкоркових центрів і кори мозку. На 3–4 день від початку циклону порушуються функції автономної нервової системи, зсідання крові та системи кровообігу [4].

Мета роботи – провести аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця (інфаркт міо-

карда, стенокардія, гіпертонічні кризи) залежно від погодних умов серед пацієнтів м. Тернополя, які перебували на лікуванні у спеціалізованих відділеннях.

Матеріали і методи. Зроблено вибірку хворих з гострим інфарктом міокарда, вперше виниклими і дестабілізованими стенокардіями, неускладненими гіпертонічними кризами, які перебували на лікуванні в спеціалізованих кардіологічних відділеннях обласної і міської лікарень м. Тернополя з грудня 2003 р. по січень 2008 р. Проведено їх статистичний аналіз за t-критерієм Стюдента та проаналізовано вплив типу медико-метеорологічної ситуації на розвиток даних захворювань.

Результати досліджень та їх обговорення. Для аналізу відібрано 2050 історій хвороб (637 з гострим інфарктом міокарда, 848 із стенокардією, 565 із гіпертонічним кризом). Встановлено статеву реактивність захворюваності на гострий інфаркт міокарда і дестабілізовану стенокардію. Так, хворих чоловіків з інфарктом міокарда виявилось 73,63%, а жінок – 26,37% ($p < 0,001$), зі стенокардією 67,33% і 32,67% відповідно ($p < 0,001$). Частота хворих, які поступили на стаціонарне лікування з приводу гіпертонічного кризу, склала 47,79% і 52,21% відповідно ($p < 0,001$).

За медико-метеорологічної ситуації I типу інфаркт міокарда був у 154 випадків захворювань серед чоловіків і 69 жінок, II типу – 294 і 91 відповідно, III типу – 21 і 8. Розподіл хворих за віком представлено у таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл хворих на інфаркт міокарда за віком та статтю залежно від типу погоди

Тип погоди Вік, роки Стать	I тип погоди		II тип погоди		III тип погоди	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
90–99	-	-	-	2	-	-
80–89	6	7	7	9	1	1
70–79	38	27	48	32	6	3
60–69	37	20	96	34	3	1
50–59	50	13	98	11	10	2
40–49	21	2	38	3	1	1
30–39	2	-	6	-	-	-
20–29	-	-	1	-	-	-
Всього	154	69	294	91	21	8

Як видно з таблиці 1, найбільша захворюваність на інфаркт міокарда спостерігається серед чоловіків працездатного віку (50–59 років) за всіх типів погоди. Серед жінок захворювання частіше виникає у більш пізньому віці – 60–79 років.

Оскільки в літературі є дані про сезонність розвитку ССЗ [3], було проаналізовано частоту випадків інфаркту міокарда за місяцями року (табл. 2).

Отже, інфаркт міокарда трапляється за I типу погоди найчастіше навесні: серед чоловіків – 40,65%, жінок – 36,23%. За II типу погоди хворо-

ба виникає найчастіше взимку: серед чоловіків у 33,33%, жінок – 29,67% випадків, за III типу – взимку: серед 38,10% чоловіків і 62,50% жінок. Таким чином, пора року значно не впливає на статеву реактивність виникнення інфаркту міокарда за I та II типів погоди, однак за III типу погоди узимку підвищується частота захворюваності серед жінок

За медико-метеорологічної ситуації I типу стенокардія була у 219 випадків захворювань серед чоловіків і 92 – жінок, II типу – 323 і 161 відповідно, III типу – 29 і 24 (табл. 3).

Таблиця 2. Розподіл хворих на інфаркт міокарда за місяцями року і типами погоди

Тип погоди Місяць Стать	I тип погоди		II тип погоди		III тип погоди	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Січень	3	2	34	8	7	4
Лютий	3	2	34	7	-	1
Березень	22	6	20	1	4	-
Квітень	28	9	17	7	3	1
Травень	13	10	21	12	1	1
Червень	8	5	15	9	-	-
Липень	10	6	35	7	1	-
Серпень	14	5	28	7	2	-
Вересень	11	7	15	6	-	1
Жовтень	14	8	19	11	-	-
Листопад	9	2	26	4	2	-
Грудень	19	7	30	12	1	-
Всього	154	69	294	91	21	8

Таблиця 3. Розподіл хворих на стенокардію за віком і статтю залежно від типу погоди

Тип погоди Вік, роки Стать	I тип погоди		II тип погоди		III тип погоди	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
80–89	5	7	6	6	2	-
70–79	45	37	63	63	7	9
60–69	62	29	93	46	5	12
50–59	73	14	95	36	9	3
40–49	31	5	57	10	5	-
30–39	3	-	5	-	1	-
20–29	-	-	3	-	-	-
18–19	-	-	1	-	-	-
Всього	219	92	323	161	29	24

Як видно з таблиці 3, найбільша захворюваність спостерігається також серед чоловіків працездатного віку (50–69 років) за всіх типів погоди. Серед жінок стенокардія частіше виникає у віці 60–79 років. Як інфаркт міокарда, так і стенокардія, у жінок трапляється після 40 років, а у чоловіків – уже з 18 років.

Було проаналізовано частоту випадків захворювання на стенокардію за місяцями року (табл. 4).

Отже, стенокардія трапляється за I типу погоди найчастіше восени – 35,62% серед чоловіків та

30,43% серед жінок. За II типу погоди хвороба найчастіше взимку серед чоловіків – 33,75%, восени у жінок – 40,37% випадків, за III типу взимку – навесні серед чоловіків – 31,03-34,48% і навесні серед жінок – 45,83%. З отриманих даних видно, що влітку захворюваність найменша за всіх типів погоди. Жінки найчастіше хворіють восени і навесні, чоловіки – взимку і навесні. Отже, виявлено статеву реактивність виникнення стенокардії.

За медико-метеорологічної ситуації I типу гіпертонічні кризи були у 90 чоловіків і 85 жінок,

II типу у 160 і 194 відповідно, III типу – 20 і 16 (табл.5). Розподіл хворих за віком представлено у таблиці 5.

Таким чином, найчастіше гіпертонічні кризи, незалежно від типу погоди, спостерігаються серед чоловіків працездатного віку (50–59 років). Серед жінок гіпертонічні кризи частіше бувають у молодшому віці – 40–59 років.

Аналіз частоти випадків гіпертонічних кризів по місяцях подано в таблиці 6.

Таблиця 4. Розподіл хворих на стенокардію за місяцями року і типами погоди

Тип погоди Місяць Стать	I тип погоди		II тип погоди		III тип погоди	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Січень	8	3	29	7	5	4
Лютий	7	4	43	16	5	1
Березень	30	14	21	7	4	6
Квітень	23	13	31	13	3	3
Травень	16	1	24	8	2	2
Червень	8	9	19	9	2	-
Липень	15	5	24	14	1	1
Серпень	16	8	23	9	1	3
Вересень	23	13	15	18	-	-
Жовтень	31	6	27	20	-	-
Листопад	24	9	30	27	6	3
Грудень	18	7	37	13	-	1
Всього	219	92	323	161	29	24

Таблиця 5. Розподіл хворих з гіпертонічними кризами за віком і статтю залежно від типу погоди

Тип погоди Вік Стать	I тип погоди		II тип погоди		III тип погоди	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
80–89	-	-	-	1	1	-
70–79	2	6	2	16	1	1
60–69	16	13	19	30	2	3
50–59	41	33	85	68	7	7
40–49	23	29	40	74	6	4
30–39	7	4	10	5	2	1
20–29	1	-	2	-	-	-
17–19	-	-	2	-	1	-
Всього	90	85	160	194	20	16

Таблиця 6. Розподіл хворих з гіпертонічними кризами за місяцями року і типами погоди

Тип погоди Місяць Стать	I тип погоди		II тип погоди		III тип погоди	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Січень	3	1	11	19	4	2
Лютий	2	4	19	24	3	4
Березень	15	20	6	8	4	2
Квітень	5	13	9	13	3	-
Травень	6	6	14	13	1	3
Червень	5	8	11	13	1	1
Липень	4	3	19	15	-	-
Серпень	11	10	15	21	2	1
Вересень	13	5	10	15	-	1
Жовтень	11	4	16	20	-	-
Листопад	4	7	12	13	2	2
Грудень	11	4	18	20	-	-
Всього	90	85	160	194	20	16

Список літератури

1. Боровенський В.П., Міхлін М. Аналіз закономірностей поєднання гіпертонічних кризів з міжнародною участю "Інформаційна медицина в охороні здоров'я та практична медицина". – 2006. – С. 26–27.
2. Досвід використання сучасних технологій у Житомирському центрі / В.Д. Парій, Т.В. Сорочук, Ю.В. Бенедичук // Охорона здоров'я. – 2003. – №1. – С. 23–26.
3. Мінцер О.П. Методологія та аналіз результатів клінічних досліджень / О.П. Мінцер. – 2003. – №2. – С. 47–49.
4. Пономаренко В.М. Концептуальні основи клінічної медицини.

Отже, гіпертонічні кризи за I типу погоди найчастіше трапляються серед чоловіків восени (31,11%), жінок – навесні (45,88%). За II типу погоди хвороба буває найчастіше взимку: серед чоловіків у 30,00%, жінок – 32,99% випадків, за III типу – серед чоловіків навесні (40,00%), жінок – узимку-навесні (31,25–37,50%).

За даними обласної метеостанції, найчастіше у м. Тернополь буває медико-метеорологічна ситуація II типу (біля 60–70% усіх днів протягом року), а частота випадків інфаркту міокарда серед чоловіків склала 62,69%, серед жінок – 54,17%. Частота випадків поступлення хворих із стенокардією складає за II типу погоди 56,57% і 58,12% відповідно, із гіпертонічним кризом – 59,26% і 65,76%. III тип погоди реєструється у 1,57–3,92% днів на рік. Захворюваність на досліджувані стани становить 4,48% і 4,76%, 5,08% і 8,66%, 7,41% і 5,42% відповідно. Отже, при медико-метеорологічній ситуації III типу найчастіше бувають загострення ССЗ при відносно незначній кількості таких днів протягом року.

Таким чином, відмічено вищий рівень захворюваності серцево-судинної системи серед чоловіків, особливо працездатного віку; виявлено сезонну, статеву та погодну залежність ССЗ.

Отримані дані доцільно враховувати при проведенні профілактичних заходів щодо даних захворювань.

Висновки

1. Виявлено вищий рівень серцево-судинної захворюваності (гострий інфаркт міокарда, дестабілізація або вперше виникла стенокардія, неускладнений гіпертонічний криз) серед чоловіків, особливо працездатного віку 50–69 років.

2. Встановлено, що у жінок гострий інфаркт міокарда, дестабілізація або вперше виникла стенокардія спостерігаються у більш пізньому віці (у 60–79 років), а гіпертонічні кризи – більш ранньому віці (40–59 років), ніж у чоловіків.

3. Відмічено сезонну та погодну залежність серцево-судинної захворюваності на гострий інфаркт міокарда (зимово-весняний період). Дестабілізація стенокардії найчастіше спостерігається в осінньо-зимовий період. Виявлено статеву реактивність її виникнення: жінки найчастіше хворіють восени і навесні, чоловіки – взимку і навесні. За I типу погоди гіпертонічні кризи серед чоловіків найчастіше трапляються восени, серед жінок – навесні; за II типу – найчастіше взимку, незалежно від статі, за III типу – серед чоловіків навесні, жінок – узимку і навесні.

Список літератури

1. Ватанська І. Ю. Клініко-патогенетична характеристика та медикаментозна корекція метеопатичних реакцій у хворих на хронічний обструктивний бронхіт, сполучений з ішемічною хворобою серця : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук. / І. Ю. Ватанська. – Ялта, 2000. – 18 с.
2. Милейковский М. Ю. Влияние метеорологических факторов на риск развития сосудистых событий: возможности профилактики / М. Ю. Милейковский // Практична ангіологія. – 2007. – № 4 (09). – С. 72–74.
3. Стратифікація ризику і профілактика раптової серцевої смерті: метод. реком. / [Бобров В. О., Жарінов О. Й., Сичов О. С. та ін.]. – К. : Укрмедпатентінформ, 2003. – 40 с.
4. Тетерина Т. П. Свет, глаз, мозг. Принципы цветолечения / Т. П. Тетерина. – Калуга : Изд-во Н. Бочкаревой, 2000. – Кн. 1. – 208 с.
5. Якість життя в медичних дослідженнях (огляд літератури) / [Лехан В. М., Іпатов А. В., Гук А. П., Зюков О. Л.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2004. – № 1. – С. 57–62.
6. Brady S. S. Chronic stress influences ambulatory blood pressure in adolescents / S. S. Brady, K. A. Matthews // Ann. Behav. Med. – 2006. – Vol. 31 (1). – P. 80–88.
7. Hall J. E. Hypertension and cardiovascular disease in women / [Hall J. E., Granger J. P., Reckelhoff J. F., Sandberg K.] // Hypertension. – 2008. – Vol. 51 (4). – P. 951.
8. Kannel W. B. Status of the epidemiology of atrial fibrillation / W. B. Kannel, E. I. Benjamin // Med. Clin. North Am. – 2008. – Vol. 92 (1). – P. 17–40.
9. Mental stress-induced myocardial ischemia and cardiac events / [W. Jiang, M. Babyak, D. S. Krantz et al.] // JAMA. – 1996. – Vol. 275. – P. 1651–1656.
10. Mozaffarian D. Beyond established and novel risk factors: lifestyle risk factors for cardiovascular disease / D. Mozaffarian, P. W. Wilson, W. B. Kannel // Circulation. – 2008. – Vol. 117 (23). – P. 3031–8.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ Г. ТЕРНОПОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОГОДНЫХ УСЛОВИЙ

О. В. Денефиль (Тернополь)

Представлены результаты анализа влияния медико-метеорологических факторов на частоту сердечно-сосудистых заболеваний (острый инфаркт миокарда, впервые возникшая и дестабилизированная стенокардия, гипертонические кризы) среди населения г. Тернополя. Выявлено половые, возрастные, сезонные различия заболеваемости при разных типах медико-метеорологической ситуации.

**CARDIO-VASCULAR MORBIDITY OF POPULATION OF TERNOPIL
IN THE DIFFERENT WEATHER CONDITIONS**

O. V. Denefil (Ternopil)

In this study was investigated the cardio-vascular diseases (acute infarct of myocardium, primary and destabilization of angina pectoris, hypertension strokes) among the citizens of Ternopil in the different types of weather. It is revealed sexual, age, seasonal distinctions of morbidity at different types of a medical and meteorological situation.

УДК 614.2:353.007.1

М. В. БАНЧУК, І. І. ВОЛИНКІН, Г. В. КУРЧАТОВ (Київ)

**ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ РЕГІОНІВ
УКРАЇНИ МЕДИЧНИМИ КАДРАМИ**

Міністерство охорони здоров'я України
ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Трудові ресурси охорони здоров'я залишаються головною, найбільш вагомою частиною ресурсів, які у кінцевому підсумку забезпечують результативність та ефективність діяльності всієї системи охорони здоров'я, її окремих структур та об'єктів [5;6;10]. Тому визначення потреби в медичних кадрах займає одне з провідних місць в обґрунтуванні стратегії розвитку медичної галузі.

Зниження темпів формування трудових ресурсів в країні пов'язується дослідниками зі станом здоров'я населення, у т.ч. з поширеністю захворювань, яке є підґрунтям для прийняття управлінських рішень [10].

Основною ресурсною складовою галузі є трудовий потенціал та його ефективне використання, що визначає його центральне місце в розробці програм розвитку галузі. Прогнозування потреби в медичних кадрах займає провідне місце у науковому обґрунтуванні розвитку кадрового потенціалу. Особливо це стосується визначення додаткової потреби, яка є базою проведення розрахунків перспективних обсягів підготовки медичних працівників [3].

Як показує досвід роботи з прогнозування складових кадрового потенціалу галузі [1], а також результати науково-дослідних робіт, проведених в Українському інституті громадського здоров'я (далі – Інститут), найбільш складною та ме-

тодично не визначеною проблемою у цій сфері є структура фахівців «вузьких» спеціальностей.

Гіпотеза суттєвого зв'язку регіональної складової потреби у медичних кадрах з поширеністю захворювань населення визначає можливість розробки інструментарію корегування отриманих показників потреби окремих регіонів у чисельності медичних кадрів. Надання медичної допомоги населенню, як функція діяльності фахівців медичного профілю, повинна пов'язувати поширеність захворювань з чисельністю останніх. Отже, перспективні розрахунки регіональної потреби у посадах медичних працівників висувають вимоги щодо методичного забезпечення прогнозування характеристик стану здоров'я населення, які мають однакові методологічні посилення. Це дозволяє суттєво уточнити прогнозні показники потреби у посадах з наступним визначенням потреби у обсягах їх підготовки. Такі методи розроблені в Інституті [1].

Метою роботи є обґрунтування необхідності розробки методологічних та методичних підходів до розрахунків потреби у медичних кадрах окремих спеціальностей та обсягів їх підготовки.

Матеріали і методи – статистичний, системного підходу, кореляційний та індексний аналіз з використанням методів аналогій.

Результати досліджень та їх обговорення. Практично усі аспекти потреби в лікарях і середніх медичних працівниках пов'язані з характеристиками чисельності та структури насе-

лення, які дозволяють отримати її кількісну оцінку. Такий підхід базується на тому факті, що біологічні чинники, зокрема стать і вік людини, є вагомими показниками, які визначають стан здоров'я. Вони належать до таких показників, які можна подати в цифровому вигляді та застосувати у кількісних розрахунках. Біологічні чинники (стать, вік, спадковість тощо) визначають стан здоров'я населення на 19–20% [7].

Досить суттєвий вплив на стан здоров'я населення і, таким чином, на потребу у забезпеченні населення медичними кадрами мають також наступні чинники:

- спосіб життя, в т.ч. куріння, зловживання алкоголем, шкідливі умови праці тощо, на 51–52% формує рівень здоров'я;
- вплив навколишнього середовища (забруднення повітря, води, ґрунтів, радіація, електромагнітні поля тощо) визначає 20–21% стану здоров'я;
- медичні чинники (щеплення, профілактичні обстеження, якість лікування тощо) на 8–9% впливають на здоров'я.

Але не всі вказані чинники мають цифрову оцінку, їх важко врахувати і в схемах кількісних

розрахунків потреби в медичних кадрах, або їх застосування веде до значного ускладнення моделей, що, в свою чергу, знижує надійність останніх. На регіональному рівні дещо знижується надійність результатів, тому що біологічні чинники недостатньо, на наш погляд, враховують відмінності у регіональних особливостях. З метою уточнення цих особливостей можливе використання показників поширеності захворювань населення [2].

Показники поширеності захворювань населення є найбільш важливими в характеристиці здоров'я населення. Вони більше реагують на зміни зовнішнього середовища, сезонно-кліматичних умов, діяльності системи охорони здоров'я та є також основними при визначенні потреби в різних видах лікувально-профілактичної допомоги і виявляють деякі загальні закономірності не тільки з іншими показниками здоров'я населення, але й з показниками організації медичної допомоги, ресурсного забезпечення охорони здоров'я тощо [10].

Залежність чисельності медичних працівників від рівнів захворюваності населення показано у таблиці 1 [3;5]

Таблиця 1. Питомі показники, які характеризують регіональні особливості поширеності захворювань усього населення та забезпеченості його медичними кадрами у 2007 р.

Регіони	Чисельність медичних працівників на 10000 населення			ПЗ	Індекси співвідношення питомих показників по регіонах до показника по рядку "Україна, всього"			
	Усі	ЛС*	СМП		Усі	ЛС	СМП	ПЗ
1	2	3	4	5	6	7	8	9
АР Крим	45,53	28,0	90,76	138325,7	1,076	1,049	0,967	0,774
Вінницька	45,53	27,1	100,14	216542,9	1,076	1,015	1,067	1,211
Волинська	36,2	24,9	104,58	187029,0	0,855	0,933	1,115	1,046
Дніпропетровська	42,53	27,5	88,0	199172,0	1,005	1,030	0,938	1,114
Донецька	41,05	26,1	90,02	172814,1	0,970	0,978	0,959	0,967
Житомирська	34,7	24,0	105,24	160910,7	0,820	0,899	1,122	0,900
Закарпатська	37,18	25,0	88,39	166304,2	0,878	0,936	0,942	0,930
Запорізька	42,61	28,1	92,33	143924,9	1,007	1,052	0,984	0,805
Івано-Франківська	48,61	29,3	103,31	183084,0	1,148	1,097	1,101	1,024
Київська	36,08	23,6	89,02	197549,8	0,852	0,884	0,949	1,105
Кіровоградська	32,19	21,9	99,37	161768,1	0,760	0,820	1,059	0,905
Луганська	38,31	25,4	92,38	150292,1	0,905	0,951	0,985	0,841
Львівська	49,4	29,6	99,93	167620,8	1,167	1,109	1,065	0,938
Миколаївська	31,65	21,4	80,23	153738,9	0,748	0,801	0,855	0,860
Одеська	42,87	26,0	85,56	178955,5	1,013	0,974	0,912	1,001
Полтавська	43,72	24,7	97,17	178021,2	1,033	0,925	1,036	0,996
Рівненська	36,87	25,1	111,04	172849,8	0,871	0,940	1,183	0,967
Сумська	34,59	23,4	102,04	152385,4	0,817	0,876	1,087	0,852

Продовження табл. 1.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Тернопільська	47,94	29,9	106,39	172798,8	1,133	1,120	1,134	0,967
Харківська	47,81	27,5	86,36	197194,3	1,129	1,030	0,920	1,103
Херсонська	32,13	21,5	90,42	165150,5	0,759	0,805	0,964	0,924
Хмельницька	36,03	25,4	96,81	170457,3	0,851	0,951	1,032	0,953
Черкаська	35,26	23,3	99,94	206253,1	0,833	0,873	1,065	1,154
Чернівецька	54,78	31,1	98,16	173941,5	1,294	1,165	1,046	0,973
Чернігівська	35,23	23,7	108,2	190050,7	0,832	0,888	1,153	1,063
м. Київ	60,46	36,0	84,96	233974,3	1,428	1,348	0,905	1,309
м. Севастополь	46,63	31,0	86,83	184946,3	1,031	1,161	0,925	1,035
Всього по Україні	42,33	26,7	93,83	178773,4	1,000	1,000	1,000	1,000

Примітка. *ЛС – лікарі, які займаються лікувальною справою; СМП – середні медичні працівники; ПЗ – поширеність захворювань на 100 тис. населення

Співвідношення індексів поширеності хвороб населення у регіонах України та їх забезпеченості медичними кадрами мають суперечливий характер.

Варіація питомих показників поширеності захворювань у регіонах навколо середньої в Україні (стовпчик 8 у табл. 1) не пов'язана жорстко з варіацією показників забезпечення населення медичними кадрами (стовпчики 5,6,7 табл. 1).

Логічним виглядає таке співвідношення у Донецькій, Закарпатській, Луганській, Миколаївській та Херсонській областях, де індекси відхилень поширеності захворювань та забезпеченості населення медичними кадрами від середнього по країні мають односпрямований характер і є меншими за одиницю, і у Вінницькій та Івано-Франківській областях, де співвідношення показників з індексами є більшим за одиницю. Однак у більшості регіонів таке співвідношення між переліченими показниками не спостерігається. Виявлені зворотні співвідношення індексів забезпеченості медичними працівниками та захворюваності населення (АР Крим, Волинська, Запорізька, Київська, Полтавська, Херсонська, Черкаська та Чернігівська області) свідчать про недостатню обґрунтованість планування розвитку кадрового потенціалу окремих регіонів.

Як наслідок, навантаження на одного лікаря між деякими регіонами значно різняться, про що свідчить різниця у показниках поширеності захворювань у розрахунку на 1 лікаря: у АР Крим зафіксовано 304,7 випадку захворювань на 1 фіз. особу лікаря, а у Дніпропетровській області – 471,7 (перевищення показника у 1,55 разу), аналогічно у показниках захворювань, встановлених вперше в житті, у розрахунку на 1 практикуючого лікаря відповідно – від 194,3 випадку до 297,9 (перевищення – у 1,53 разу).

Планування обсягів підготовки медичних кадрів безпосередньо пов'язане з визначенням потреби їх за окремими спеціальностями. На першій погляд, структура потреби у медичних працівниках окремих спеціальностей повинна відповідати структурі поширеності захворювань населення, яке ними обслуговується.

Дослідження щодо наявності зв'язку показників поширеності захворювань населення з показниками чисельності обслуговуючого медичного персоналу показало досить високу їх взаємозалежність. Кінцеві показники, які характеризують таке становище, представлені у таблиці 2. У розрахунках показників кореляційного аналізу використані дані за період 2003–2007 рр. по 27 регіонах України (абсолютні дані та в розрахунку на 10000 населення):

- поширеність захворювань;
- чисельність лікарів закладів охорони здоров'я системи МОЗ України;
- чисельність практикуючих лікарів закладів охорони здоров'я системи МОЗ України.

Аналіз автокореляційних складових у масиві даних виконано за допомогою штучного введення у кореляційне відношення фактору часу. Усі абсолютні показники в масиві даних "без підсумку по Україні" не мають вказаних ознак, про що свідчать несуттєві коефіцієнти кореляції: поширеність хвороб від часу має коефіцієнт кореляції 0,08144, чисельність усіх лікарів – відповідно 0,01118, чисельність практикуючих лікарів – 0,0769.

Наступним кроком у підході до розрахунків потреби у підготовці медичних кадрів є визначення зв'язку між структурами поширеності захворювань за класами хвороб МКХ-10 з структурою лікарів-спеціалістів. Для оцінки відповідності таких показників нами запропоновано наступні сполучення (табл. 3).

Таблиця 2. Результати розрахунків коефіцієнтів кореляції чисельності лікарів та поширеності захворювань населення

Результативна ознака	Факторіальна ознака	Коефіцієнт кореляції
Чисельність лікарів (з підсумком по Україні)	Поширеність захворювань – абсолютні дані (з підсумком по Україні)	0,9985
Чисельність лікарів за регіонами (без підсумку по Україні)	Поширеність захворювань – абсолютні дані за регіонами (без підсумку по Україні)	0,90744
Чисельність лікарів системи МОЗ (з підсумком по Україні) на 10000	Поширеність захворювань на 100000 (з підсумком по Україні)	-0,01276
Чисельність практикуючих лікарів (з підсумком по Україні)	Поширеність захворювань – абсолютні дані (з підсумком по Україні)	0,91546
Чисельність практикуючих лікарів (без підсумку по Україні)	Поширеність захворювань – абсолютні дані (без підсумку по Україні)	0,89959
Чисельність практикуючих лікарів на 10000 населення (з підсумком по Україні)	Поширеність захворювань на 100000 (з підсумком по Україні)	0,27197
Чисельність лікарів системи МОЗ (без підсумку по Україні) на 10000	Поширеність захворювань на 100000 (без підсумку по Україні)	-0,03023
Чисельність практикуючих лікарів на 10000 населення (без підсумку по Україні)	Поширеність захворювань на 100000 (без підсумку по Україні)	0,26857

Таблиця 3. Відповідність груп лікарів-спеціалістів (за переважачим характером діяльності) класам хвороб населення

Класи хвороб за МКХ-10	Відповідні лікарі-спеціалісти
I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	Інфекціоністи, епідеміологи, дезінфекціоністи, паразитологи, бактеріологи і вірусологи, імунологи, фтизіатри
II. Новоутворення	Онкологи, онкологи-хірурги, онкологи-гінекологи, онкологи-отоларингологи, радіологи
III. Хвороби крові і кровотворних органів	Гематологи, трансфузіологи
IV. Хвороби ендокринної системи та порушення обміну речовин	Ендокринологи
V. Розлади психіки та поведінки	Психіатри, психотерапевти, наркологи
VI. Хвороби нервової системи і органів чуття*	–
VII. Хвороби нервової системи	Невропатологи, нейрохірурги
VIII. Хвороби ока та його придаткового апарату	Офтальмологи
IX. Хвороби вуха та соскоподібного відростка	Отоларингологи
X. Хвороби системи кровообігу	Ревматологи, серцево-судинні хірурги, кардіологи
XI. Хвороби органів дихання	Пульмонологи, алергологи, торакальні хірурги
XII. Хвороби органів травлення	Гастроентерологи, дієтологи, ендоскопісти, проктологи, стоматологи
XIII. Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	Дерматовенерологи
XIV. Хвороби кістково-м'язової системи	Ортопеди-травматологи
XV. Хвороби сечостатевої системи	Урологи, нефрологи, сексопатологи
XVI. Ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду	Акушери-гінекологи, педіатри, педіатри-неонатологи
XVII. Травми, отруєння тощо	Токсикологи

Примітка. Згідно з МКХ-10, з 1999 р. з класу хвороб нервової системи і органів чуття вилучені і виділені в окремі класи хвороби ока та його придаткового апарату і хвороби вуха та соскоподібного відростка.

Проведений кореляційний аналіз показників структур (за питомою вагою кожного в сукупності за поширеністю захворювань та чисельності лікарів-фахівців) довів залежність між цими структурами. Базою розрахунків слугували структурні показники питомої ваги поширеності захворювань за класами МКХ-10 за 1994–2005 рр. по 27 регіонах України та показники питомої ваги лікарів-фахівців. Коефіцієнт кореляції між структурою лікарів та структурою захворювань залежно від масштабів обліку розташовується у межах 0,688–0,684. Перевірка на автокореляційність показників зафіксувала її відсутність, як за питомою вагою захворювань (коефіцієнт кореляції – 0,0238), так і за питомою вагою лікарів за спеціальностями (коефіцієнт кореляції – 0,0017).

Висновки

1. Індексний аналіз зв'язків між показниками поширеності захворювань і чисельністю медичних працівників довів суперечливий їх характер у більшості регіонів, що має свідчити про недоліки у плануванні розвитку кадрового потенціалу в окремих регіонах.
2. Вірогідний зв'язок між поширеністю захворювань та чисельністю лікарів у абсолютних вимірах досить суттєвий.
3. Показники поширеності захворювань населення можна використовувати в прогностичних розрахунках потреби у лікарях з метою уточнення чисельності останніх за окремими регіонами.
4. Використання показників структури поширеності захворювань для визначення потреби у підготовці фахівців потребує додаткової експертизи та доопрацювання методичних підходів.

Список літератури

1. Айстраханов Д. Д. Методики розрахунку прогностичних характеристик стану здоров'я населення України / Д. Д. Айстраханов // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 2. – С. 111–115.
2. Гайдаєв Ю. О. Наукові засади кадрової політики в охороні здоров'я України: Потреба регіонів у медичних кадрах / Ю. О. Гайдаєв, М. В. Банчук, Г. О. Слабкий; за ред. Ю. О. Гайдаєва. – К., 2007. – 128 с.
3. Загальні методологічні аспекти прогнозування потреби в медичних кадрах на середньострокову перспективу / [Банчук М. В., Фещенко І. І., Пономаренко В. М., Волинкін І. І.] // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 2. – С. 107–110.
4. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2006–2007 роки. – К. : Центр медстатистики МОЗ України, 2008. – С. 67.
5. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2006–2007 роки. – К. : Центр медстатистики МОЗ України, 2008. – С. 328.
6. Пономаренко В. М. Забезпечення населення України медичними кадрами / В. М. Пономаренко, Г. М. Москалець // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 4. – С. 77–84.
7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : [підр. для вищих навчальних закладів] / за ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – С. 98.
8. Стан здоров'я населення України та результати діяльності галузі охорони здоров'я. 2003 р. – К., 2007. – С. 199–212.
9. Шиган Е. Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях / Е. Н. Шиган. – М. : Медицина, 1986. – 208 с.
10. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2007 рік. – К., 2008. – С. 56–66.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНОВ УКРАИНЫ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ

М. В. Банчук, И. И. Волинкин, Г. В. Курчатова (Киев)

В работе рассматриваются методологические подходы к уточнению расчетов потребности регионов в медицинских работниках с учетом распространенности заболеваний населения. Исследуется возможность применения таких показателей с помощью методов корреляционного и индексного анализов, а также возможность использования корреляционных связей между классами заболеваний и соответствующими врачами-специалистами, которые заняты лечением таких заболеваний, для определения потребности в подготовке специалистов медицинского профиля.

SOME ASPECTS OF PROVIDE THE MEDICAL STAFF FOR THE POPULATION OF REGIONS OF UKRAINE

М. В. Банчук, І. І. Волинкін, Г. В. Курчатова (Київ)

In work methodological approaches to specification of calculations of need of regions in medical workers are considered in view of prevalence of diseases of the population. The opportunity of application of such parameters with the help of methods of correlation and index analyses, and also an opportunity of use of correlation between classes of diseases and corresponding doctors – experts who are occupied with treatment of such diseases, for definition of need for preparation of experts of a medical structure is investigated.

УДК 616.9:001.8:371.839(477-25)

Г. О. СЛАБКІЙ, О. В. ЮРЧЕНКО, Ж. В. АНТОНЕНКО (Київ)

МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ м. КИЄВА ЩОДО ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ (повідомлення 2)

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Відповідно до програми дослідження, наступним кроком було вивчення поінформованості студентів щодо місць обстеження на ВІЛ (табл. 1). За результатами опитування, 60,4% (718 студентів) знають про можливе місце обстеження на ВІЛ. По закладах правильні відповіді респондентів розподілилися наступним чином: Національний медичний університет – 57%, Академія

ринкових відносин – 56,8%, Національний університет "Кієво-Могилянська академія" – 73,5%, Академія житлово-комунального господарства – 50%, Національний авіаційний університет – 64%, Університет економіки та права "Крок" – 66,6%, Університет державної податкової служби – 51,2%, Національний технічний університет "Київський політехнічний інститут" – 62,7%.

Таблиця 1. Знання студентами місця обстеження на ВІЛ

Варіант відповіді	Національний медичний університет		Академія ринкових відносин		Національний університет "Кієво-Могилянська академія"		Академія житлово-комунального господарства		Національний авіаційний університет		Університет економіки та права "Крок"		Університет державної податкової служби		Національний університет "Київський політехнічний інститут"		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Так	20	11,7	5	5,3	29	22	8	6,8	18	14,4	8	5,2	14	8,3	22	9,7	124	10,4
Ні	150	88,3	90	94,7	103	78	110	93,2	107	85,6	145	94,8	154	91,7	206	90,3	1065	89,6

Далі вивчалось питання рівня обстеження студентами на ВІЛ (табл. 2). За даними опитування, 124 особи (10,4%) усіх респондентів проходили тестування на ВІЛ. По вузах питома вага студентів, які проходили тестування на ВІЛ, складала: Національний медичний університет – 11,7%, Академія ринкових відносин – 5,3%, Кієво-Могилянська академія – 22,0%, Академія житлово-комунального господарства – 6,8%, Національний авіаційний університет – 14,4%, Університет економіки та права "Крок" – 5,2%, Університет державної податкової служби – 8,3%, Київський політехнічний інститут – 9,7%.

Наступним кроком було встановлення причин, через які молодь зверталася до медичних закладів з метою тестування на ВІЛ (табл. 3). Основними причинами звернень до лікувально-проф-

ілактичних закладів є: бажання упевнитись у своєму здоров'ї (35,8% відповідей), після незахищеного статевого акту (17%), відчуття страху перед СНІДом (12,6%); серед інших причин вагітність (1,2%), прохання партнера та порада лікаря (по 3,8%), погіршення стану здоров'я (0,6%).

Серед тих студентів, які пройшли тестування на ВІЛ, тільки 68,5% отримали вичерпну для себе інформацію щодо ВІЛ/СНІДу. По вузах питома вага студентів, які отримали вичерпну інформацію щодо ВІЛ, складала: Національний медичний університет – 65,0%, Академія ринкових відносин – 100%, Кієво-Могилянська академія – 96,9%, Академія житлово-комунального господарства – 87,5%, Національний авіаційний університет – 55,5%, Університет економіки та права «Крок» – 75,0%, Університет державної податкової служби – 35,7%, Київський політехнічний інститут – 50,0%.

Таблиця 2. Рівень проходження студентами тестування на ВІЛ

Варіант відповіді	Національний медичний університет		Академія ринкових відносин		Національний університет "Києво-Могилянська академія"		Академія житлово-комунального господарства		Національний авіаційний університет		Університет економіки та права "Крок"		Університет державної податкової служби		Національний університет "Київський політехнічний інститут"		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Так	20	11,7	5	5,3	29	22	8	6,8	18	14,4	8	5,2	14	8,3	22	9,7	124	10,4
Ні	150	88,3	90	94,7	103	78	110	93,2	107	85,6	145	94,8	154	91,7	206	90,3	1065	89,6

Таблиця 3. Причини звернення до медичних закладів з метою тестування на ВІЛ

Причина обстеження	Національний медичний університет		Академія ринкових відносин		Національний університет "Києво-Могилянська академія"		Академія житлово-комунального господарства		Національний авіаційний університет		Університет економіки та права "Крок"		Університет державної податкової служби		Національний університет "Київський політехнічний інститут"		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Погіршився стан здоров'я	-	-	1	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,6
Порадив лікар	2	7,4	-	-	2	5,1	-	-	-	-	-	-	1	7,7	1	3,3	6	3,8
У зв'язку із вагітністю	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	15,4	-	-	2	1,2
Попросив сексуальний партнер	1	3,7	1	11,7	2	5,1	-	-	-	-	1	11,1	-	-	1	3,3	6	3,8
Був незахищений секс	2	7,4	3	33,3	7	18	1	11,1	4	17,4	1	11,1	2	15,4	7	23,3	27	17
Вживав наркотики	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Відчуття страху перед СНІДом	5	18,5	1	11,1	4	10,2	1	11,1	3	13,1	-	-	1	7,7	5	16,7	20	12,6
Упевнитись у своєму здоров'ї	9	33,3	2	22,2	18	46,2	2	22,2	11	47,8	5	55,6	5	38,4	5	16,7	57	35,8
Інші	8	29,7	1	11,1	6	15,4	5	55,5	5	21,7	2	22,2	2	15,4	11	36,7	40	25,2

У таблиці 4 наведено зміст консультації лікаря з питань ВІЛ/СНІДу. Це загальна інформація про захворювання – 21,4%, шляхи її профілактики – 19,3%, засоби профілактики – 17,5%,

сутність тестування на ВІЛ – 17,1%, тлумачення результатів тестування – 15,7%, адреси інших ВІЛ-сервісних установ – 8,9%.

Таблиця 4. Розділи інформації, отриманої під час консультування

Розділи консультації	Національний медичний університет		Академія ринкових відносин		Національний університет "Києво-Могиланська академія"		Академія житлово-комунального господарства		Національний авіаційний університет		Університет економіки та права "Крок"		Університет державної податкової служби		Національний університет "Київський політехнічний інститут"		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сутність тестування на ВІЛ	9	18	2	14,3	18	18,2	2	6,25	6	15,4	4	23,6	2	12,5	5	17,2	48	17,1
Загальна інформація про ВІЛ	10	20	3	21,4	19	19,2	3	18,75	8	20,5	5	29,4	5	31,3	7	24,2	60	21,4
Засоби профілактики	9	18	2	14,3	16	16,1	4	25	8	20,5	3	17,6	1	6,2	6	20,7	49	17,5
Тлумачення результату	7	14	2	14,3	18	18,2	3	18,75	6	15,4	1	5,9	3	18,8	4	13,8	44	15,7
Шляхи інфікування ВІЛ	10	20	2	14,3	19	19,2	3	18,75	8	20,5	3	17,6	4	25	5	17,2	54	19,3
Адреси інших закладів	5	10	3	21,4	9	9,1	1	6,25	3	7,7	1	5,9	1	6,2	2	6,9	25	8,9

Нами також вивчався досвід статевих стосунків студентської молоді. Так, 82,8% опитаних мають гетеросексуальні стосунки, 1,9% – бісексуальні, 0,7% – гомосексуальні. Без відповіді дане питання залишили 14,6% опитаних студентів. При цьому 98,9% респондентів в шлюбі не перебувають, 0,8% одружені та 0,4% живуть в громадському шлюбі. Має постійного статевого партнера 51,0% (606 осіб) опитаних, 49,0% (583 особи) його не мають. Із числа тих, хто має постійного сексуального партнера, 35,0% (212 осіб) впевнені, що знають про його ВІЛ-статус, решта 65,0% (394 особи) не знають про ВІЛ-статус свого партнера.

Наступна група питань стосувалася виявлення знань респондентами шляхів ВІЛ-інфікування (табл. 5–12). Так, 84,3% студентів вважають, що можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним і не інфікованим партнером, 7,0% в цьому не впевнені і 8,7% опитаних відповіли, що вони не знають відповіді на поставлене питання (табл.5). Найбільша питома вага вірних відповідей була дана студентами Києво-Могиланської академії (93,2%), а найменша – Академії ринкових відносин (74,7%). Найбільша питома вага невірних

відповідей була надана студентами Національного медичного університету (12,3%), а найменша – студентами Києво-Могиланської академії (1,5%).

Позитивним моментом є те, що 94,5% респондентів впевнені, що використання презервативів під час сексуальних контактів дозволяє знизити ризик передачі ВІЛ.

Для нас важливими були відповіді на питання "Чи може зовнішньо здорова людина може бути ВІЛ-інфікованою?" (табл. 6). Правильно відповіли 82,2% респондентів, 8,2% опитаних дали невірні відповіді, а 9,6% відповіли, що не знають. Таким чином, значна частина студентів не поінформована з даного питання, а значить, може вибрати невірну поведінку щодо ВІЛ-інфікування. Найбільша питома вага вірних відповідей була дана студентами Києво-Могиланської академії (95,4%), а найменша – Університету економіки та права "Крок" (17,6%). Найбільша питома вага невірних відповідей була надана студентами університету економіки та права "Крок" (45,8%), а найменша – студентами Академії житлово-комунального господарства (0,8%).

Прикро, але 13,4% респондентів, у т.ч. 14,7% студентів медичного університету, вважають, що можна заразитися ВІЛ через укуси комах (табл. 7).

Таблиця 5. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним і не інфікованим партнером?

Варіант відповіді	Національний медичний університет		Академія ринкових відносин		Національний університет "Києво-Могиланська академія"		Академія житлово-комунального господарства		Національний авіаційний університет		Університет економіки та права "Крок"		Університет державної податкової служби		Національний університет "Київський політехнічний інститут"		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Так	138	81,2	71	74,7	123	93,2	100	84,7	109	87,2	121	79,1	140	83,3	201	88,1	1003	84,3
Ні	21	12,3	11	11,6	2	1,5	5	4,3	8	6,4	17	11,1	7	4,2	12	5,3	83	7
Не знаю	11	6,5	13	13,7	7	5,3	13	11	8	6,4	15	9,8	21	12,5	15	6,6	103	8,7

Таблиця 6. Чи може зовнішньо здорова людина бути ВІЛ-інфікованою?

Варіант відповіді	Національний медичний університет		Академія ринкових відносин		Національний університет "Києво-Могиланська академія"		Академія житлово-комунального господарства		Національний авіаційний університет		Університет економіки та права "Крок"		Університет податкової служби		Національний університет "Київський політехнічний інститут"		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Так	160	94	79	83,2	126	95,4	110	93,3	112	89,6	27	17,6	151	89,9	210	92,1	975	82,2
Ні	5	3	6	6,3	3	2,3	1	0,8	3	2,4	70	45,8	3	1,8	7	3,1	98	8,2
Не знаю	5	3	10	10,5	3	2,3	7	5,9	10	8	56	36,6	14	8,3	11	4,8	116	9,6

На знають відповіді на поставлене питання 16,9% респондентів. Найбільша питома вага вірних відповідей була дана студентами Києво-Могиланської академії (84,8%), а найменша – Університету економіки та права "Крок" (45,7%).

Найбільша питома вага невірних відповідей була надана студентами Університету економіки та права "Крок" (20,3%), а найменша – студентами Києво-Могиланської академії та Академії житлово-комунального господарства (по 7,6%).

Таблиця 7. Чи можна заразитися ВІЛ через укуси комарів?

Варіант відповіді	Національний медичний університет		Академія ринкових відносин		Національний університет "Києво-Могиланська академія"		Академія житлово-комунального господарства		Національний авіаційний університет		Університет економіки та права "Крок"		Університет державної податкової служби		Національний університет "Київський політехнічний інститут"		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Так	25	14,7	14	14,7	10	7,6	9	7,6	22	17,6	31	20,3	26	15,5	22	9,6	159	13,4
Ні	132	77,7	57	60	112	84,8	84	71,2	75	60	70	45,7	120	71,4	179	78,6	829	69,7
Не знаю	13	7,6	24	25,3	10	7,6	25	21,2	28	22,4	52	34	22	13,1	27	11,8	201	16,9

В ході дослідження також вивчався рівень знань студентами щодо вертикальної трансмісії ВІЛ. Було встановлено, що 89,6% респондентів знають про можливість передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності та тільки 56,6%, що ВІЛ передається від інфікованої матері до дитини під час годування груддю (табл. 11–12).

Таблиця 11. Чи передається ВІЛ від матері до дитини під час вагітності?

Варіант відповіді	Національний медичний університет		Академія ринкових відносин		Національний університет "Києво-Могилянська академія"		Академія житлово-комунального господарства		Національний авіаційний університет		Університет економіки та права "Крок"		Університет державної податкової служби		Національний університет "Київський політехнічний інститут"		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Так	153	90	83	87,4	118	89,4	104	88,2	113	90,4	138	90,2	156	92,8	200	87,8	1065	89,6
Ні	10	5,9	2	2,1	8	6,1	3	2,5	4	3,2	7	4,6	4	2,4	14	6,1	52	4,4
Не знаю	7	4,1	10	10,5	6	4,5	11	9,3	8	6,4	8	5,2	8	4,8	14	6,1	72	6

Таблиця 12. Чи передається ВІЛ від інфікованої матері до дитини під час годування груддю?

Варіант відповіді	Національний медичний університет		Академія ринкових відносин		Національний університет "Києво-Могилянська академія"		Академія житлово-комунального господарства		Національний авіаційний університет		Університет економіки та права "Крок"		Університет державної податкової служби		Національний університет "Київський політехнічний інститут"		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Так	101	59,4	50	52,6	80	60,6	60	50,8	64	51,2	77	50,3	98	58,3	143	62,7	673	56,6
Ні	28	16,5	8	8,5	21	15,9	20	17	27	21,6	23	15	20	11,9	39	17,1	186	15,6
Не знаю	41	24,1	37	38,9	31	23,5	38	32,2	34	27,2	53	34,7	50	29,8	46	20,2	330	27,8
Всього	170		95		132		118		125		153		168		228		1189	

Встановивши рівень знань студентів щодо шляхів ВІЛ-інфікування, ми визначали самооцінку студентами свого рівня знань з проблеми ВІЛ (табл.13). Як високий оцінили свій рівень знань 12,2% респондентів, як достатній – 75,5%, як низький – 2,3%. Співставлення даних самооцінки та результатів анкетування вказує на значно завищений студентами рівень своїх знань з проблеми.

Таблиця 13. Самооцінка студентами свого рівня знань щодо ВІЛ/СНІДу

Варіант відповіді	Національний медичний університет		Академія ринкових відносин		Національний університет "Києво-Могилянська академія"		Академія житлово-комунального господарства		Національний авіаційний університет		Університет економіки та права "Крок"		Університет державної податкової служби		Національний університет "Київський політехнічний інститут"		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	25	14,7	4	4,2	25	19	11	9,3	16	12,8	12	7,8	16	9,5	36	15,8	145	12,2
Достатній	137	80,6	80	84,2	98	74,2	87	73,7	86	68,8	116	75,8	127	75,6	167	73,2	898	75,5
Низький	8	4,7	11	11,6	9	6,8	20	17	23	18,4	25	16,4	25	14,9	25	11	146	12,3

Таким чином, отримані нами дані вказують на недостатній рівень знань сучасної молоді щодо питань ВІЛ/СНІДу та мають стати підґрунтям до

розробки моделі профілактичної роботи серед студентської молоді м. Києва.

**МОНИТОРИНГ ПОВЕДЕННЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ Г. КИЕВА
ОТНОСИТЕЛЬНО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ
(сообщение 2)**

Г. А. Слабкий, А. В. Юрченко, Ж. В. Антоненко (Київ)

Второе сообщение о мониторинге поведения студенческой молодежи г. Киева относительно ВИЧ-инфицирования, в котором отражены мотивация тестирования на ВИЧ молодых людей, а также уровень их знаний относительно путей передачи инфекции.

**MONITORING OF BEHAVIOR OF STUDENT'S YOUTH OF KIEV
IS RELATIVE HIV-INFECTION
(the message 2)**

G. A. Slabkiy, A. V. Jurchenko, Z. V. Antonenko (Kiev)

The second message on monitoring behavior of student's youth of Kiev is relative HIV-infection in which are reflected motivation of testing for a HIV of young people, and also a level of their knowledge concerning ways of transfer of an infection.

УДК 613.95

В.П. СТЕЛЬМАХІВСЬКА (м. Київ)

**ГІГІЄНИЧНІ ПИТАННЯ БУДІВНИЦТВА НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНИХ
ЗАКЛАДІВ ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ**

Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова

Вступ. В навчально-виховних закладах діти проводять значну частину часу (від 5-6 до 8-10 годин за добу). При цьому необхідно також враховувати, що у школі більшу частину цього часу діти сидять за партою чи столом, тобто знаходяться у вимушеній позі, а основний вид їх діяльності – це напружена розумова діяльність. Насьогодні однією з негативних тенденцій у стані здоров'я дітей залишається зменшення кількості дітей, віднесених до I групи здоров'я за час навчання у школі, збільшення хронічної патології за цей же час [15].

Серед чинників ризику, які впливають на ріст і розвиток дітей та підлітків, стан їх здоров'я, працездатність, одним із найважливіших залишаються умови життєдіяльності [15].

Основа для забезпечення сприятливих умов життєдіяльності дітей та підлітків закладається ще на етапі проектування та будівництва на-

вчально-виховних закладів. Особливу важливість цього етапу підкреслює і те, що в навчально-виховних закладах навчаються всі діти і не одного, а багатьох поколінь. Зокрема, у середніх навчально-виховних закладах навчаються всі діти від 6(7) до 18 років.

Гігієнічні вимоги до будівництва закладів для дітей та підлітків базуються на диференційованих у віковому аспекті даних про фізіологічні зміни в організмі дітей в результаті взаємодії із середовищем, а також особливостях організації навчально-виховного процесу залежно від типу навчально-виховного закладу. Тому вони змінюються залежно від рівня наукових знань про функціональні можливості дітей та підлітків, змін в організації навчально-виховного процесу. Враховуються також зміни у принципах містобудування та розвитку будівельної галузі.

Вивчення гігієнічних аспектів будівництва закладів для дітей та підлітків з врахуванням змін, які відбуваються в організації навчально-виховної діяльності, соціально-економічному

розвитку - один із важливих напрямків гігієнічних досліджень.

Матеріали та методи дослідження

Нами проведений аналіз матеріалів гігієнічних досліджень з проблеми будівництва навчально-виховних закладів для дітей та підлітків з врахуванням змін системи виховання і навчання дітей та підлітків.

Результати та їх обговорення

Вивчення питань, пов'язаних із будівництвом і благоустроєм закладів для дітей тривалий час залишається одним із основних напрямків гігієнічних досліджень. З другої половини XIX - початку XX століття вивчення умов навчання дітей проводились земськими лікарями, педіатрами, гігієністами.

Особливої актуальності набуває це питання у післяреволюційний період, коли запроваджується обов'язкова початкова освіта і в зв'язку з цим починає зростати будівництво шкіл. Проте ведеться це будівництво у стислі строки і з урахуванням економічних можливостей країни того часу. Певні зміни відбулися після опублікування постанови про будівництво шкіл у 1935 році, відповідно до якої запроваджувалося будівництво шкіл за типовими проектами з обов'язковою участю санітарного лікаря. У цей час зростає роль попереджувального санітарного нагляду і відповідно гігієнічного обґрунтування вимог до проектування та будівництва закладів для дітей. Узагальнення досвіду з попереджувального санітарного нагляду поряд з експериментальними дослідженнями стає основою для розробки нових підходів до вирішення окремих гігієнічних питань при будівництві таких закладів. В Україні, зокрема, така робота проводилась Екелем С.М. [20].

У перші повоєнні роки проводиться відбудова навчально-виховних закладів для дітей та підлітків. А вже з початку 50-х перед школою ставляться нові завдання. Ведеться також нове будівництво, вдосконалюються існуючі проекти та розробляються нові. Пропонуються і нові нормативи за участі гігієністів. З 50-років в гігієнічних дослідженнях з цієї проблеми більше використовуються фізіологічні методи вивчення впливу чинників зовнішнього середовища на організм дітей.

Особливо зростають темпи будівництва закладів для дітей та підлітків після прийняття ряду документів щодо розвитку системи народної освіти та розвитку дитячих дошкільних закладів у 1958, 1960 рр. і створення загальноосвітніх шкіл та дошкільних закладів нового типу. Розширюються і гігієнічні дослідження з цієї проблеми, які координуються Інститутом гігієни дітей та підлітків. При проведенні наукових досліджень актуальність їх в основному була зумовлена як

новими теоретичними даними про функціональні можливості дітей та підлітків, так і змінами, які відбувались у навчально-виховному процесі, у підходах до вирішення питань містобудування.

Дослідження з проблеми проектування та будівництва закладів для дітей та підлітків велись у таких основних напрямках:

- нормування чинників зовнішнього середовища та гігієнічна оцінка і наукове обґрунтування засобів забезпечення їх нормативних значень в будівлях шкіл та дитячих дошкільних закладів;
- оцінка розташування закладів для дітей та підлітків в містах і сільській місцевості, їх планувальної структури та обладнання.

Серед робіт, які проводились за першим напрямком, в Україні звертають увагу дослідження, проведені у 50-ті роки Попович А.Г., Бичай Л.Я. з оцінки вентиляції та запиленості шкільних приміщень [17].

У 60-70 роки значна частина робіт була проведена з вивчення природної освітленості, мікроклімату, інсоляції приміщень в залежності від функціонального призначення та їх зв'язку із орієнтацією даних приміщень для дітей різного віку з врахуванням кліматичного аспекту (Глуценко А.Г., Баранова М.М. та ін.). Зокрема, Глуценко А.Г. були виконані дослідження з метою гігієнічного обґрунтування вибору орієнтації класних приміщень в умовах середньої кліматичної полоси України (м. Києва) [6]. Актуальність робіт з вивчення природної освітленості приміщень пояснювалась також і тим, що в цей час набуває поширення стрічкове застосування будівель.

Барановою М.М. розроблені рекомендації з оптимальної тривалості інсоляції та орієнтації основних приміщень для дітей раннього віку в умовах середньої кліматичної полоси України [1].

У 80-і роки проводилось вивчення впливу електромагнітних випромінювань на організм, що росте [12], та запропоновано запобіжні заходи як при виборі земельної ділянки, так і при проектуванні та будівництві закладів для дітей та підлітків з метою зниження рівня електромагнітних полів надвисоких частот до нормативних величин на відкритих майданчиках та в приміщеннях.

Значна кількість робіт щодо другого напрямку гігієнічних досліджень також проводилась в Україні, в тому числі з урахуванням її кліматичних умов.

З 50-х років в школах України розпочато здійснення політехнічного навчання учнів. В зв'язку з цим Крижанівською В.В., Вайнруб О.М. проводяться дослідження з вивчення умов зовнішнього середовища в майстернях шкіл та ремісничих училищ м. Києва, які використовуються для проведення занять з трудового навчання. Проведені дослідження, а також аналіз типових

проектів шкільних будівель за попередні роки та експертиза нових на той час проектів, вивчення існуючого обладнання майстерень дозволила розробити гігієнічні вимоги до будівництва та обладнання шкільних майстерень. Для проведення занять з трудового виховання та навчання у школах, збудованих до введення політехнізації і в яких відсутні умови для проведення таких занять, рекомендовано добудова майстерень до школи або будівництво окремої будівлі для майстерень з підсобними приміщеннями для 2-3 близько розташованих шкіл на території однієї з них [11].

У повоєнні роки перед народною освітою постала також проблема переходу до загальної обов'язкової семирічної (восьмирічної) освіти. В зв'язку з цим виникла необхідність збільшення учнівських місць і будівництва шкіл з врахуванням нових вимог до школи.

Зміни відбуваються і у вирішенні основних питань містобудування. При забудівлі укрупнених житлових масивів виникає проблема, пов'язана із місткістю шкіл. В мікрорайонах із значною кількістю населення школи на 960 місць не можуть забезпечити достатню кількість учнівських місць. З врахуванням досвіду 30-х років, коли були перші спроби будівництва шкіл великої місткості, розробляються проекти укрупнених шкіл. Перед гігієністами постає проблема гігієнічної оцінки таких шкіл.

З 60-х років набуває також поширення експериментальне проектування та будівництво. Завдяки співробітництву архітекторів та гігієністів при цьому вирішувались питання доцільності окремих планувальних рішень, оцінки нових типів закладів для дітей та підлітків. Така робота проводилась, зокрема, Київським НДІ загальної і комунальної гігієни, Київським медичним інститутом у співпраці із Київським зональним науково-дослідним інститутом експериментального проектування при гігієнічній оцінці шкіл великої місткості, шкільних містечок [7, 13].

Зміни відбувались і у проектуванні та будівництві дитячих дошкільних закладів. Будувались нові типи дитячих закладів – об'єднані дитячі ясла-садки, збільшувалась їх місткість. Гігієністами проводяться наукові дослідження з гігієнічної оцінки та нормування розмірів та складу приміщень цих закладів, визначення їх взаємозв'язку [10, 18].

Велике значення у гігієнічних дослідженнях з проблеми проектування та будівництва закладів для дітей та підлітків приділялось можливості дотримання режимних моментів, зокрема перебування на свіжому повітрі [3, 14].

У 70-х роках в Україні розпочалась забудова експериментально-показових сіл, а також ре-

конструкція населених місць. В зв'язку з цим виникла проблема розташування шкіл у цих селах. Рудківська Л.Ф. (Київський НДІ загальної і комунальної гігієни), даючи гігієнічну оцінку розташуванню шкіл у таких селах встановила, що недоцільно розташовувати шкільні будинки поблизу адміністративно-господарських і культурно-побутових споруд, а також біля автомагістралей, оскільки при цьому на території шкіл утворюються рівні шуму до 65-80 дБА, що негативно впливає на працездатність дітей, зменшуючи рухливість коркових процесів в головному мозку. Рекомендовано було школи будувати на значній відстані від джерел шуму [19].

Розробляються питання планування будівель для дітей та підлітків з урахуванням кліматичних умов України. Гігієністами (Вайнруб О.М. та ін.) разом з архітекторами проведено комплексні дослідження з вивчення впливу природно-кліматичних особливостей південних районів України на умови зовнішнього середовища в будівлі школи та терморегуляцію школярів. Показано, що кліматичні особливості південних районів III природно-кліматичної зони вимагають диференційовано підходити до нормування мікроклімату шкільних приміщень, їх архітектурно-планувальної організації та розташування в структурі будівлі. Було розроблено рекомендації щодо кількості поверхів шкільної будівлі, вентиляції класних приміщень, підвищення сонцезахисної, пілезахисної та шумозахисної ролі озеленення ділянки. Рекомендовано також використовувати позитивні властивості південних районів в зальних напіввідкритих приміщеннях з режимом широкої природної аерації, на відкритих площадках з використанням звичайного та спеціального спортивного одягу [4].

Виконувалась робота з обґрунтування планувальних рішень будинків спеціальних шкіл. Так, Вайнруб О.М., Волощук О.С. при вивченні планування, обладнання, природного та штучного освітлення класів у школах-інтернатах для дітей, хворих на сколіоз було встановлено, що вони не враховують специфіки навчання таких дітей та не забезпечують умов для здійснення повноцінного навчально-виховного процесу. З врахуванням особливостей організації навчально-виховного процесу у таких школах було обґрунтовано вимоги до розмірів класних приміщень, їх штучного та природного освітлення, розташування меблів [5].

У 1984-85 роках проведено дослідження з метою гігієнічної оцінки проектування і будівництва сільських загальноосвітніх шкіл в Українській РСР, які були частиною комплексної програми, що виконувалась під керівництвом Інституту гігієни дітей та підлітків (Єременко Г.М.

та ін., 1987). Дослідження проводились на базі сільських загальноосвітніх шкіл (початкових, восьмирічних, десятирічних) у Київській, Херсонській, Полтавській та Львівській областях. Виявлено проблеми, які необхідно було вирішувати при проектуванні та будівництві загальноосвітніх шкіл у сільській місцевості в зв'язку з реалізацією реформи школи та соціально-економічною ситуацією, яка склалась на той час. Це перш за все, відсутність бази для організації навчання дітей 6-річного віку, а також мала наповнюваність класів у сільських школах. Робота в цьому напрямку проводилась уже в попередні роки. Український науково-дослідний і проектний інститут цивільного сільського будівництва розробив та погодив з Держбудом УРСР "Номенклатуру типів будівель загальноосвітніх шкіл із зменшеною наповнюваністю класів з підготовчими класами для сільського будівництва"(1982). При співробітництві з гігієністами та органами народної освіти була розпочата вперше в країні розробка нормативних документів для проектування сільських шкіл зі зменшеною наповнюваністю класів. Гігієністами виконувалась робота з обґрунтування оптимальної кількості місць у школах і класах, оптимального набору навчальних і допоміжних приміщень та їх оптимальних планувальних рішень, визначення допустимого радіусу обслуговування учнів у сільській місцевості [9].

Поряд із збільшенням місткості шкіл виникали нові вимоги до архітектурно-планувальних рішень в зв'язку з введенням кабінетної системи навчання, організацією шкіл та груп продовженого дня, навчанням дітей з 6-річного віку, використанням технічних засобів навчання, а потім комп'ютеризацією школи. Дослідження з гігієнічної оцінки цих рішень також проводяться в Україні [9, 16].

Виконувались також дослідження з вивчення впливу архітектурно-планувальних рішень дитячих дошкільних закладів з врахуванням їх удосконалення на здоров'я та працездатність дітей дошкільного віку у кліматичних умовах України. Такі дослідження, зокрема, виконувались на кафедрі гігієни дітей та підлітків Національного медичного університету [2].

Насьогодні триває процес реформування освіти. Проведені ще на початку реформування загальноосвітньої школи (2001-2002 рр.) дослідження показали, що матеріально-технічна база навчально-виховних закладів в значній частині випадків не відповідає гігієнічним вимогам. В той же час зміни, які відбуваються в навчально-виховному процесі, зміни у стані здоров'я дітей та підлітків, вимагають створення оптимальних умов для навчання і виховання, збереження та зміцнення їх здоров'я в різних типах закладів [15]. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є проведення гігієнічних досліджень з проблем проектування та будівництва закладів для дітей та підлітків з урахуванням сучасних науково-методичних підходів.

Висновок

Вивчення гігієнічних аспектів проблеми проектування та будівництва закладів для дітей та підлітків є одним із основних напрямків наукових досліджень з гігієни дітей та підлітків. Гігієнічні дослідження з цієї проблеми тісно пов'язані з розвитком системи освіти.

Насьогодні з врахуванням змін, які відбуваються у навчально-виховному процесі, розвитку науки та суспільства, особливого значення набувають питання оптимізації умов життєдіяльності дітей та підлітків, їх наукове обґрунтування та вирішення на сучасному науково-методичному рівні.

Список літератури

1. Баранова М.М. Вплив різних режимів інсоляції групових приміщень на поширеність і тяжкість захворювання на рахіт у дітей ясельного віку// Педіатрія, акушерство, гінекологія.- 1978.- №5.-С.26-28.
2. Берзін В.І., Литвинова Ю.О., Івахно О.П. та ін. Вплив умов виховання та навчання у дитячих дошкільних закладах на здоров'я дітей// I Всеукраїнська науково-практична конференція "Здоров'я і освіта". - Львів, 1993.- Ч.І.- С.32-37.
3. Вайнруб Е.М., Трифонов В.Н. Зальные помещения широкой аэрации в школах и их профилактическая роль// Охрана здоровья детей и подростков. - К.:Здоров'я, 1970.- Вып.1.- С.14-1.
4. Вайнруб Е.М., Волощук А.С., Трифонов В.Н. . Основные гигиенические вопросы в проектировании и строительстве школ южных районов III природно-климатической зоны// Гигиена населенных мест. - 1970.- Вып.9.- С.167-170.
5. Вайнруб Е.М., Волощук А.С. К вопросу о планировке и благоустройстве классных комнат в школах-интернатах для детей, больных сколиозом // Гигиена населенных мест.- 1975.- Вып.14.- С.36-39.
6. Глуценко А.Г., Слепушкина И.И. Гигиеническая оценка светового режима в школах экспериментального строительства// Гигиенические вопросы строительства школ и дошкольных учреждений. - М: "Медицина", 1965.- С. 195- 201.
7. Глуценко А.Г., Слепушкина И.И., Добрянский В.В. Состояние здоровья и работоспособность учащихся младших классов, обучающихся в школьном городке //Гигиена и санитария. - 1986.- №5-С.19-21.

8. *Еременко Г.Н., Рубашкевич А.Л., Кравченко В.В.* и др. Гигиеническая оценка проектирования и строительства сельских общеобразовательных школ в Украинской ССР в зависимости от их вместимости // Гигиена населенных мест. - 1987. - Вып.26. - С.91-93.
9. *Еременко Г.Н., Польша Н.С.* Гигиенические особенности проектирования и строительства сельских школ // Окружающая среда и профилактика заболеваний детей и подростков в учебно-воспитательных учреждениях: Сб. науч. тр. - М., 1991. - С. 91-103.
10. *Король И.Г., Познанский С.С.* К вопросу о проектировании объединенных дошкольных учреждений // Материалы научной конференции по проблеме охраны здоровья детей и подростков. - К., 1961. - С.38-39.
11. *Крыжановская В.В., Вайнруб Е.М.* Гигиенические требования к строительству и оборудованию школьных мастерских // Тез. докл. второй республиканской научной конференции по вопросам гигиены детей и подростков. - М., 1956. - С. 10- 11.
12. *Никитина Н.Г., Иванов Д.С., Польша Н.С.* и др. Гигиеническая регламентация электромагнитных излучений в условиях населенных мест на основе оценки реальной нагрузки // Тезисы докладов XI съезда гигиенистов Украинской ССР. - К., 1986. - С. 22.
13. *Пащенко В.В., Черпинский Н.В.* Оптимизация условий внешней среды в экспериментальных школьных зданиях большой вместимости // Охрана здоровья детей и подростков. - К.: Здоров'я, 1970. - Вып.1. - С.11-13.
14. *Познанский С.С., Каракис И.Ю., Черпинский Н.В.* Основные вопросы проектирования и эксплуатации экспериментальной школы с режимом широкой аэрации и двигательной активности учащихся // Гигиенические вопросы строительства школ и дошкольных учреждений. - М.: Медицина, 1965. - С.46-58.
15. *Польша Н.С., Сисоенко Н.В., Еременко Г.М.* та ін. Гігієнічні проблеми збереження здоров'я дітей в умовах реформування освіти // Гігієнічна наука та практика на рубежі століть: Матер. XIV з'їзду гігієністів України. - Дніпропетровськ: "АРТ-ПРЕС", 2004. - С. 198- 200.
16. *Польша Н.С., Заика Л.И., Никишина А.В., Зиркина З.И.* Гигиеническая оценка условий микроклимата и шума в кабинетах компьютерной техники школ г. Киева // Актуальні проблеми охорони здоров'я дітей шкільного віку і підлітків : Матер. наук.-практ. конф.- Харків, 1997. - С.219 -221.
17. *Попович А.Г., Бичай Л.Я.* Воздушный режим в школе и мероприятия по его улучшению // Врачебное дело. - 1951. - № 5.
18. *Рыженко Г.М.* Некоторые гигиенические вопросы нового строительства дошкольных детских учреждений // Гигиена населенных мест. - 1969. - Вып.8. - С.195- 198.
19. *Рудківська Л.Ф.* Гігієнічна оцінка розташування шкіл в експериментально-показових селах // Гигиена населенных мест. - 1972. - Вып.11. - С.23-24.
20. *Экель С.М.* Санитарно-техническая характеристика школьных новостроек в 1935/36 г. в крупных городах Украины // Гиг. и сан. - 1938. - №3. - С.31-38.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СТРОИТЕЛЬСТВА УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Стельмаховская В.П. (Киев)

В статье проанализированы исследования при изучении гигиенических аспектов проблемы строительства учебно-воспитательных учреждений для детей дошкольного и школьного возраста .

HYGIENIC PROBLEM OF THE CONSTRUCTION OF THE CHILDREN'S INSTITUTIONS AND HEALTH OF CHILDREN'S AND ADOLESCENTS

Stelmakhivska V.P. (Kyiv)

In the article are analysed hygienic studies of the problem construction of the institutions for preschool children, town and rural schoolchildren.

УДК 356.33 (477)

О.Г. ШЕКЕРА, П.М. ЯБЛОНСЬКИЙ (Київ)

ПЕРСПЕКТИВИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА УКРІПЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Національна академія оборони України

Вступ. Одне з головних завдань сучасної військової медицини полягає у всебічному забезпеченні людського чинника у військовій справі – найважливішого елемента воєнної потужності держави, роль якого у забезпеченості боєздатності військ на теперішній час значно зросла. Цей факт слугує доказом того, що здоров'я і фахове довголіття військового спеціаліста набувають стратегічного значення.

Вирішення всіх складних питань, які впливають на стан здоров'я призовників, організацію медичного огляду та якість комплектування збройних сил повинно стати предметом постійної уваги і турботи держави і суспільства, пріоритетним напрямом соціальної політики.

Матеріали і методи. Вивчено стан здоров'я, рівень захворюваності та звернень за медичною допомогою військовослужбовців Збройних сил України як з офіційних статистичних джерел, так і самостійних досліджень. В роботі використано наступні методи: системного підходу, структурно-логічного аналізу, семантичної оцінки наукових документів, а також метод математичного моделювання. Матеріали дослідження піддані статистичній обробці.

Результати дослідження та їхнє обговорення. Результати дослідження обґрунтовано засвідчили, що важливе місце в складовій бойової готовності займають елементи, які пов'язані з людським фактором, тобто з фізичним і психологічним здоров'ям військовослужбовців.

На сьогодні основним завданням медичної служби Збройних сил України є збереження необхідного рівня професійного здоров'я військовослужбовців як визначального фактора боєготовності та боєздатності військових формувань збройних сил, з цією метою запропоновані системні заходи профілактичної медицини, які органічно ввійдуть в сучасну систему медичного забезпечення Збройних сил України (рис. 1).

Профілактичний зміст системи медичного забезпечення Збройних сил України розглядається як система державних заходів щодо формування здорового способу життя та забезпечення сприятливого довкілля, запровадження

профілактичних технологій у лікувально-профілактичних закладах та діяльність санітарно-епідеміологічної служби.

В збройних силах країн Європи в питаннях ефективності реформ і, відповідно, підвищення рівня здоров'я, великого значення надається стратегії активної участі людини в укріпленні свого здоров'я. Функціональний ланцюжок ланок охорони здоров'я: "укріплення здоров'я – профілактика захворювань – діагностика – лікування – реабілітація" розглядається як цілісна система, в якій ослаблення однієї ланки підсилює напругу в інших, а кінцевим результатом є здоров'я і тривалість життя людини. Акцент на першу ланку системи сприяє активній участі військовослужбовця у побудові і охороні особистого здоров'я.

Важливе значення в профілактичній складовій відіграє диспансерний нагляд за всіма військовослужбовцями Збройних сил України, він здійснюється в формі регулярного проведення періодичних профілактичних медичних обстежень, основною метою яких є виявлення початкових захворювань або тих, які протікають приховано з наступним проведенням лікувально-оздоровчих заходів.

Відомо, що проведення масових профілактичних оглядів у масштабах Збройних сил України вимагає великих матеріальних витрат, тому обґрунтоване визначення періодичності таких оглядів займає важливе місце в розробці методики їх проведення. З одного боку, якщо профілактичні огляди відбуваються рідко, то це призводить до виявлення захворювань у пізній стадії, з іншого боку, коли профілактичні огляди відбуваються необґрунтовано дуже часто, то створюється додаткове навантаження на роботу військово-медичних установ, а військовослужбовці, які потребують медичного огляду, відволікаються від виконання своїх військових обов'язків.

Наукова обґрунтованість визначення періоду профілактичних оглядів дозволяє не тільки знизити захворюваність та тривалість лікування деяких захворювань, але і уникнути нерациональних витрат на проведення дуже частих або рідких профілактичних оглядів. На сьогодні однією з основних форм обов'язкового медичного контролю за станом здоров'я практично здорового

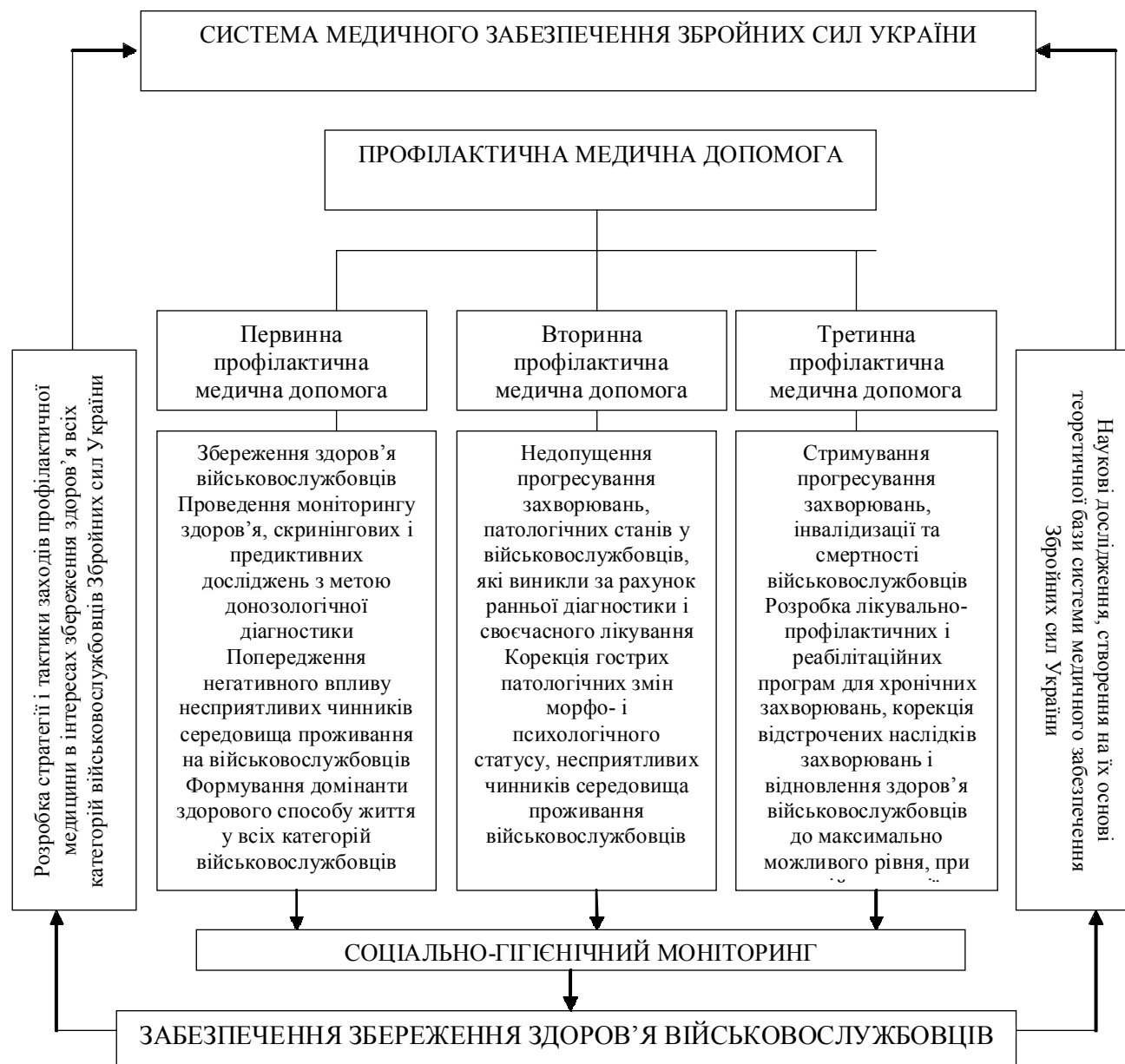


Рис. 1. Система профілактичної медичної допомоги військовослужбовцям Збройних сил України

військового контингенту є комплексні профілактичні огляди, які проводяться 1-2 рази на рік.

Додатково до наявних клінічних, експериментальних та економічних методів визначення періоду повторних профілактичних оглядів у даній статті пропонується статистичний підхід до вирішення поставленого завдання.

Виходячи із загального міркування вважаємо, що оптимальний період профілактичних оглядів залежить від великої кількості чинників, серед яких в першу чергу необхідно відмітити рівень захворюваності, якість постановки діагнозу, середній термін одужання, тривалість прихованого періоду захворювання, імовірність своєчасного звернення хворого за медичною допомогою та ін. Вирішення такого завдання можливе на базі формалізованого представ-

лення організації медичного обстеження військовослужбовців. У цьому випадку оптимальний період профілактичного огляду буде відповідати деякому заданому критерію оптимальності. В якості критерію оптимальності – вибрано критерій здоров'я або працездатності військовослужбовця.

Стан працездатності – провідний медико-соціально-гігієнічний критерій, який лежить в основі соціально-гігієнічної та економічної суті диспансерного методу роботи лікувально-профілактичних установ.

Критерій працездатності представляється як коефіцієнт працездатності ($K_{\text{прац}}$):

$$K_{\text{прац}} = \frac{T_{\text{прац}}}{T_{\text{п}} + T_{\text{нп}}} \quad (1)$$

де, $T_{\text{прац}}$ – коефіцієнт працездатності;

T_p – середня тривалість працездатності;

$T_{\text{нп}}$ – середня тривалість непрацездатності.

Величина T_p і $T_{\text{нп}}$ залежить від великої кількості різних випадкових чинників, тому коефіцієнт працездатності за своєю природою є імовірним. $K_{\text{прац}}$ змінюється в межах від 0 до 1 ($0 < K_{\text{прац}} < 1$). Коефіцієнт працездатності представляє собою імовірність перебування військовослужбовця в різні моменти часу в працездатному стані. Вихідними даними для визначення коефіцієнта працездатності військовослужбовця ($K_{\text{прац}}$) визначені наступні статистичні відомості:

- 1) відомості про рівень захворюваності вивчає мого контингенту (λ_0);
- 2) середній час обстеження одного пацієнта при проведенні профілактичного огляду (t);
- 3) середній час обстеження одного пацієнта при його зверненні у лікувально-профілактичну установу за медичною допомогою (t^*n);
- 4) середній час відновлення працездатності хворого (tb);

5) якість постановки діагнозу лікарями в поліклініці (d) та в стаціонарі (d^*);

6) інтенсивність прояву нерозпізнаних випадків хвороби ($\lambda_{\text{пр}}$);

7) інтенсивність хибного або невірної виклику (λ);

8) імовірність своєчасного звернення захворюлого військовослужбовця за медичною допомогою (ρ).

В статті розглянуто, як в кількісному виразі впливають різні рівні захворюваності, імовірність звернень за медичною допомогою та якість діагностики на період профілактичних оглядів і коефіцієнт працездатності військовослужбовця.

Вплив рівня захворюваності на працездатність військовослужбовців. Результати розрахунків представлені на рис. 2 – по осі ординат розміщені значення коефіцієнта працездатності військовослужбовців ($K_{\text{прац}}$), а по осі абсцис – періоди проведення профілактичних оглядів (T) в місяцях. Залежність $K_{\text{прац}} = f(T)$ побудована при різних рівнях захворюваності (λ_0).

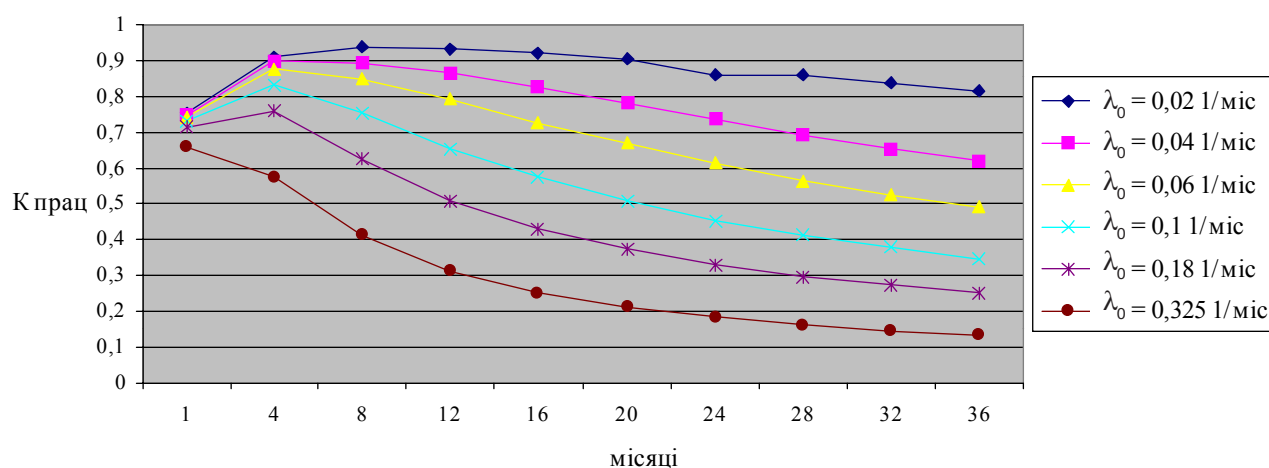


Рис. 2. Залежність коефіцієнта працездатності ($K_{\text{прац}}$) від періоду проведення профілактичних оглядів (T) при різних рівнях захворювання (λ_0).

Необхідно відмітити, що сімейство наведених кривих побудовано за наступними фіксованими значеннями: імовірність звернення захворюлого за медичною допомогою (c) – 0,7; імовірність правильної діагностики в стаціонарі (d^*) – 0,85; імовірність правильної діагностики в поліклініці (d) – 0,7; середній час обслуговування пацієнта, включаючи очікування в черзі при зверненні за медичною допомогою (t^*n) – 4 години; середні витрати часу на обстеження під час профілактичного огляду (t) – 3 години; середній час видужування (tb) – 10 днів; інтенсивність необґрунтованих звернень та своєчасно виявленої хвороби приймалась рівною одному хибному зверненню або прояву хвороби на 10 випадків звернень.

Для визначення періоду профілактичного огляду і коефіцієнта працездатності використовувались різні рівні захворюваності від 245 ‰ до 3950 ‰. Виходячи з цих рівнів визначалась середня інтенсивність захворюваності протягом місяця для одного військовослужбовця (λ_0), яка представляла групу з тією чи іншою інтенсивністю захворюваності. Цей показник визначався за формулою:

$$\lambda_0 = \frac{\text{кількість випадків захворювань}}{1000 \times 12 \text{ місяців}} \text{ 1/міс}$$

Сімейство графіків побудовано для трьох характерних рівнів захворюваності: невисокого ($\lambda_0 = 0,02$, $\lambda_0 = 0,04$, $\lambda_0 = 0,06$), середнього ($\lambda_0 = 0,1$,

$\lambda_0 = 0,18$) і високого $\lambda_0 = 0,325$). На рис. 2 викладено наступне – при низькому рівні захворюваності може бути досягнуто порівняльно високі значення працездатності. Так, при $\lambda_0 = 0,02$ 1/міс проведення профілактичних оглядів через 36 місяців гарантує значення $K_{прац} \geq 0,81$. Це означає, при вказаному рівні захворюваності і періоді профілактичного огляду, рівного 36 місяців, імовірність перебування військовослужбовця у здоровому стані складає приблизно 0,81, тобто з 100 оглянутих 81 військовослужбовець буде здоровим.

Таблиця 1. Залежність $K_{прац}$ від рівня захворюваності і періодів профілактичних оглядів

Інтенсивність захворюваності	Період проведення профілактичних оглядів (Т) в місяць									
	1	4	8	12	16	20	24	28	32	36
$\lambda_0 = 0,02$ 1/міс	0,753	0,913	0,937	0,933	0,921	0,903	0,882	0,860	0,837	0,813
$\lambda_0 = 0,04$ 1/міс	0,747	0,897	0,898	0,866	0,825	0,781	0,735	0,694	0,655	0,619
$\lambda_0 = 0,06$ 1/міс	0,743	0,877	0,851	0,792	0,728	0,668	0,614	0,567	0,526	0,491
$\lambda_0 = 0,1$ 1/міс	0,732	0,832	0,752	0,656	0,574	0,508	0,455	0,413	0,378	0,349
$\lambda_0 = 0,18$ 1/міс	0,715	0,758	0,623	0,511	0,431	0,373	0,331	0,297	0,271	0,249
$\lambda_0 = 0,325$ 1/міс	0,662	0,577	0,411	0,313	0,254	0,213	0,185	0,164	0,147	0,133

Проведення профілактичних оглядів з періодами, які менші оптимальних, призводять до зменшення коефіцієнтів працездатності. Так для кривої з $\lambda_0 = 0,02$ 1/міс оптимальний період профілактичних оглядів становить 10 місяців. При такому рівні захворюваності і при фіксованих значеннях інших статистичних показників часто проводили профілактичні огляди нераціонально, так як це призводить до зниження коефіцієнтів працездатності за рахунок втрати службового часу на огляди. Це відбувається за рахунок гіпердіагностики окремих захворювань, коли обстеження призначаються з приводу скарг хворих, які мали місце в минулому, а імовірність правильної діагностики дорівнює 0,7. Відхилення періоду проведення профілактичних оглядів у бік збільшення від оптимального також призводить до зниження працездатності. Для значень $\lambda_0 = 0,1$, $\lambda_0 = 0,18$ оптимальний період значно скорочується і складає 4 місяці і 3 місяці відповідно. Оптимальні періоди проведення профілактичних оглядів при цих рівнях захворюваності є вельми критичними, тобто при відхиленні від них має місце суттєве зниження працездатності військовослужбовця.

Для високих рівнів захворюваності ($\lambda_0 = 0,325$) залежність $K_{прац} = f(T)$ є різко вираженою. Оптимальний період складає приблизно 1,5 місяця. При відхиленні Топт працездатність суттєво знижується. Коли при цьому рівні захворюваності проводили профілактичні огляди через 12 місяців, то коефіцієнт працездатності буде дорівнювати 0,31. При зменшенні періоду проведення профілактичних оглядів до 1,5 місяця коефіцієнт пра-

важливо відмітити, що при низькому рівні захворюваності є оптимальний період проведення профілактичних оглядів, при якому $K_{прац}$ є максимальним. При цьому оптимальний період не є критичним, так як при відхиленні від оптимального періоду значення $K_{прац}$ змінюється порівняно мало.

Конкретні значення коефіцієнта працездатності ($K_{прац}$) для різних рівнів захворюваності (λ_0) і різних періодів профілактичних оглядів (Т) наведені в табл. 1.

цездатності підвищується вдвоє і становиться рівним приблизно 0,66. Необхідно відмітити, що при такому рівні захворюваності та інших значеннях показників медичного забезпечення, які були взяті для розрахунків, більш високий рівень працездатності практично недосяжний.

Вплив своєчасного звернення військовослужбовців за медичною допомогою. Поряд з вищезазначеним зроблена теоретична спроба визначити, як буде впливати на працездатність військовослужбовців різний ступінь імовірності своєчасного звернення за медичною допомогою. Для визначення кількісної оцінки впливу звернень за медичною допомогою на працездатність була досліджена залежність коефіцієнта працездатності ($K_{прац}$) від імовірності своєчасного звернення за медичною допомогою (ρ) при різних рівнях захворюваності та при умові незмінності інших параметрів моделі: середньому часі обстеження одного військовослужбовця при його зверненні за медичною допомогою ($t^*n = 4$ год.); середньому часі обстеження військовослужбовця під час профілактичного огляду ($t = 3$ год.); середньому часі видужання ($t_b = 10$ днів); інтенсивності необґрунтованих звернень, які дорівнювали одному хибному зверненню на 10 випадків звернень ($\lambda = 1/10 \lambda_0$); інтенсивності проявів нерозпізнаних випадків хвороб, тобто кількості випадків захворювань, які не встановлені медичними працівниками протягом року ($\lambda_{пр} = 1/10 \lambda_0$); якості встановлення діагнозу лікарями військової лікувально-профілактичної установи (в поліклініці $d = 0,7$ і в стаціонарі $d^* = 0,85$).

Досліджувався вплив на $K_{\text{прац}}=f(T)$ різних значень імовірності своєчасного звернення за медичною допомогою від $c = 0,1$ до $\rho = 0,9$ з кроком $0,1$ наведені в табл. 2, 3 для двох фіксованих інтервалів проведення профілактичних оглядів $T = 12$ міс. і $T = 24$ міс. Залежність $K_{\text{прац}} = f(T)$ від різних значень c визначалась при зміні інтенсивності захворюваності в межах від $\lambda_0 = 0,02$ 1/міс до $\lambda_0 = 0,2$ 1/міс. Доведено, що при високій частоті звернення за медичною допомогою ($\rho = 0,9$) і низькій захворюваності військовослужбовців ($\lambda_0 = 0,02$ 1/міс) оптимальний період проведення профілактичних оглядів складає приблизно 15 місяців, при цьому коефіцієнт працездатності може досягнути $0,97$. За результатами дослідження випливає, що при вказаних умовах часто проводити профілактичні огляди недоцільно по причині зниження $K_{\text{прац}}$ із-за надмірних витрат часу на проведення оглядів, а також за рахунок витрат часу

на додаткове обстеження при гіпердіагностиці. Необхідно відмітити, що при зменшенні імовірності своєчасного звернення за медичною допомогою має місце зміщення оптимального періоду профілактичних оглядів в розглянутій зоні до більш частіших інтервалів оглядів, при цьому сам $K_{\text{прац}}$ знижується. Так, при періоді профілактичних оглядів $T = 12$ міс., $\lambda_0 = 0,02$ 1/міс і визначених раніше змінних (λ , лпр, d, d*, t, t*n, tb) при $\rho = 0,7$ $K_{\text{прац}}$ складає $0,965$, а при $\rho = 0,5$ $K_{\text{прац}} = 0,928$.

Проведений аналіз показує суттєвий вплив своєчасного звернення за медичною допомогою на працездатність військовослужбовців.

Вплив якості діагностики на працездатність. Одним з важливих показників рівня розвитку військово-медичної служби є якість лікарської діагностики як в амбулаторно-поліклінічних, так і в стаціонарних умовах. Впровадження в практику військової медицини сучасних

Таблиця 2. Залежність $K_{\text{прац}}$ від рівня захворюваності при різній імовірності звернень за медичною допомогою (період проведення профілактичних оглядів ($T = 12$ міс))

Інтенсивність захворюваності	Імовірність звернень								
	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9
$\lambda_0 = 0,02$ 1/міс	0,876	0,89	0,904	0,919	0,934	0,946	0,966	0,982	0,999
$\lambda_0 = 0,04$ 1/міс	0,755	0,774	0,793	0,814	0,835	0,858	0,882	0,907	0,934
$\lambda_0 = 0,06$ 1/міс	0,661	0,679	0,7	0,723	0,746	0,771	0,798	0,827	0,858
$\lambda_0 = 0,08$ 1/міс	0,583	0,603	0,623	0,645	0,669	0,694	0,722	0,752	0,785
$\lambda_0 = 0,1$ 1/міс	0,521	0,539	0,559	0,581	0,604	0,629	0,656	0,686	0,719
$\lambda_0 = 0,12$ 1/міс	0,468	0,486	0,505	0,526	0,548	0,572	0,599	0,629	0,661
$\lambda_0 = 0,14$ 1/міс	0,424	0,441	0,459	0,479	0,501	0,525	0,551	0,579	0,612
$\lambda_0 = 0,16$ 1/міс	0,388	0,404	0,421	0,441	0,461	0,484	0,509	0,537	0,569
$\lambda_0 = 0,18$ 1/міс	0,356	0,371	0,388	0,406	0,426	0,449	0,473	0,501	0,532
$\lambda_0 = 0,2$ 1/міс	0,328	0,342	0,359	0,377	0,396	0,418	0,442	0,469	0,499

Таблиця 3 Залежність $K_{\text{прац}}$ від рівня захворюваності при різній імовірності звернень за медичною допомогою (період проведення профілактичних оглядів ($T = 24$ міс))

Інтенсивність захворюваності	Імовірність звернень								
	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9
$\lambda_0 = 0,02$ 1/міс	0,786	0,806	0,877	0,849	0,873	0,898	0,924	0,952	0,982
$\lambda_0 = 0,04$ 1/міс	0,599	0,619	0,641	0,663	0,690	0,718	0,748	0,731	0,816
$\lambda_0 = 0,06$ 1/міс	0,478	0,497	0,517	0,539	0,563	0,589	0,618	0,649	0,684
$\lambda_0 = 0,08$ 1/міс	0,395	0,412	0,431	0,451	0,473	0,497	0,524	0,554	0,588
$\lambda_0 = 0,1$ 1/міс	0,334	0,351	0,367	0,385	0,406	0,429	0,455	0,484	0,518
$\lambda_0 = 0,12$ 1/міс	0,289	0,303	0,319	0,336	0,355	0,378	0,403	0,431	0,464
$\lambda_0 = 0,14$ 1/міс	0,253	0,256	0,281	0,297	0,316	0,337	0,361	0,389	0,421
$\lambda_0 = 0,16$ 1/міс	0,224	0,237	0,251	0,266	0,284	0,304	0,327	0,355	0,386
$\lambda_0 = 0,18$ 1/міс	0,201	0,214	0,227	0,241	0,258	0,277	0,299	0,326	0,357
$\lambda_0 = 0,2$ 1/міс	0,183	0,194	0,206	0,221	0,236	0,255	0,276	0,302	0,332

методів профілактики, діагностики, лікування та інших досягнень медичної науки позитивно вплинуло на якість медичної допомоги військовослужбовцям. Цей показник необхідно врахувати при організації стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги, при підготовці та підвищенні кваліфікації медичних кадрів, а також для удосконалення усієї лікувально-профілактичної допомоги військовослужбовцям.

Для кількісної оцінки впливу імовірності правильної постановки діагнозу на працездатність військовослужбовців при різних рівнях захворюваності досліджена залежність. При цьому, необхідні для розрахунків, статистичні показники, були взяті як незмінні та рівні: імовірність звернень хворого за медичною допомогою (ρ) – 0,7; середній час обстеження пацієнта при зверненні за медичною допомогою $t^*n = 4$ години; середній час обстеження пацієнта під час профілактичного огляду $t = 3$ години; середній час видужання – 10 днів; інтенсивність необґрунтованих звернень була прийнята рівною одному "хибному" зверненню на 10 випадків звернень, інтенсивність проявів своєчасного невиявленої хвороби також приймалась рівною одного прояву на 10 звернень, імовірність правильної постановки діагнозу в стаціонарі $d^* = 0,85$.

Нами встановлена залежність коефіцієнта працездатності від періоду проведення профілактичних оглядів (Т) при змінюваних значеннях імовірності правильної постановки діагнозу d^* при низькому рівні захворюваності ($\lambda_0 = 0,02$ 1/міс). Доведено, що для заданих умов є оптимальний період проведення профілактичних оглядів. Суттєву роль щодо змін оптимального періоду при заданих умовах відіграє імовірність правильної постановки діагнозу (d). В умовах наведеного прикладу оптимальний період складає приблизно 16 місяців для $d = 0,9$. При зменшенні d оптимальний період суттєво зменшується. При значенні

$d = 0,6$ оптимальний період складає 10 міс. необхідно відмітити, що для наведеного прикладу підвищення якості постановки діагнозу на 0,1 в середньому призводить до підвищення працездатності на 4-6 %. Це досягається за рахунок своєчасного виявлення прихованих форм захворювань, своєчасного направлення на лікування і як результат – більш швидке і повне видужання.

Встановлена аналогічна залежність при рівні захворюваності $\lambda_0 = 0,1$ 1/міс. Доведено, що підвищення захворюваності в 5 разів призведе до значного зменшення $K_{прац}$ і скороченню оптимальних строків проведення профілактичних оглядів. Так, в умовах наведеного прикладу, при оптимальному періоді проведення оглядів 5 місяців коефіцієнт працездатності дорівнює 0,88 навіть при високому рівні якості діагностики, який дорівнює 0,9. При розглянутому рівні захворюваності $\lambda_0 = 0,1$ 1/міс підвищення якості діагностики призведе до підвищення працездатності від 2 до 5%. Так, як і в наступному прикладі, зниження якості діагностики призведе до зменшення періоду профілактичних оглядів.

Наведена залежність коефіцієнта працездатності від періоду проведення профілактичних оглядів якості діагностики при більш високому рівні захворюваності ($\lambda_0 = 0,2$ 1/міс) свідчить про те, що в цьому випадку оптимальний період профілактичних оглядів складає 3 місяці при найвищій якості діагностики 0,9. При цьому $K_{прац}$ помітно зменшується і не перевищує значення 0,8. Зниження якості діагностики, як і в попередніх прикладах викликає зменшення коефіцієнта працездатності та призводить до скорочення періоду профілактичних оглядів.

В табл. 4, 5 наведена матриця значень коефіцієнта працездатності при різних значеннях рівня захворюваності та імовірності правильної постановки діагнозу для періоду профілактичних оглядів, рівному 12 місяців і 24 місяця.

Таблиця 4. Залежність $K_{прац}$ від рівня захворюваності при різній якості діагностики (період проведення профілактичних оглядів (Т=12 міс))

Інтенсивність захворюваності	Якість діагностики								
	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9
$\lambda_0 = 0,02$ 1/міс	0,857	0,874	0,892	0,911	0,928	0,947	0,966	0,985	0,999
$\lambda_0 = 0,04$ 1/міс	0,717	0,742	0,768	0,794	0,822	0,851	0,881	0,913	0,946
$\lambda_0 = 0,06$ 1/міс	0,609	0,636	0,665	0,696	0,727	0,761	0,798	0,837	0,879
$\lambda_0 = 0,08$ 1/міс	0,528	0,553	0,582	0,613	0,646	0,683	0,722	0,765	0,813
$\lambda_0 = 0,1$ 1/міс	0,461	0,487	0,515	0,546	0,579	0,616	0,656	0,701	0,751
$\lambda_0 = 0,12$ 1/міс	0,409	0,434	0,461	0,491	0,523	0,561	0,599	0,646	0,696
$\lambda_0 = 0,14$ 1/міс	0,368	0,392	0,417	0,446	0,476	0,511	0,551	0,596	0,647
$\lambda_0 = 0,16$ 1/міс	0,334	0,356	0,382	0,407	0,437	0,471	0,509	0,553	0,604
$\lambda_0 = 0,18$ 1/міс	0,306	0,328	0,349	0,375	0,404	0,436	0,473	0,516	0,565
$\lambda_0 = 0,2$ 1/міс	0,282	0,301	0,323	0,347	0,375	0,406	0,442	0,483	0,532

Таблиця 5. Залежність $K_{\text{прац}}$ від рівня захворюваності при різній якості діагностики (період проведення профілактичних оглядів ($T=24$ міс))

Інтенсивність захворюваності	Якість діагностики								
	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9
$\lambda_0 = 0,02$ 1/міс	0,731	0,761	0,793	0,824	0,857	0,890	0,924	0,959	0,995
$\lambda_0 = 0,04$ 1/міс	0,525	0,554	0,591	0,626	0,664	0,704	0,748	0,794	0,844
$\lambda_0 = 0,06$ 1/міс	0,405	0,433	0,464	0,498	0,534	0,574	0,618	0,685	0,718
$\lambda_0 = 0,08$ 1/міс	0,328	0,354	0,382	0,412	0,445	0,482	0,594	0,571	0,623
$\lambda_0 = 0,1$ 1/міс	0,276	0,299	0,324	0,351	0,362	0,416	0,456	0,499	0,551
$\lambda_0 = 0,12$ 1/міс	0,239	0,259	0,282	0,307	0,334	0,366	0,403	0,444	0,492
$\lambda_0 = 0,14$ 1/міс	0,212	0,228	0,249	0,272	0,298	0,327	0,361	0,411	0,447
$\lambda_0 = 0,16$ 1/міс	0,186	0,205	0,223	0,245	0,268	0,295	0,327	0,365	0,409
$\lambda_0 = 0,18$ 1/міс	0,171	0,185	0,203	0,222	0,244	0,271	0,299	0,335	0,377
$\lambda_0 = 0,2$ 1/міс	0,155	0,169	0,185	0,203	0,224	0,248	0,276	0,309	0,369

Така матриця дозволяє дати кількісну оцінку впливу якості постановки діагнозу на коефіцієнт працездатності для різних рівнів захворюваності при незмінних і сталих (λ , $\lambda_{\text{пр}}$, ρ , t , t^*n , t_b), абсолютні величини яких перераховані на початку статті.

При наявності такої матриці для відомих значень рівня захворюваності λ_0 і якості діагностики d коефіцієнт працездатності визначається при перетинанні відповідних значень цих величин. Наприклад, при $\lambda_0 = 0,02$ 1/міс і $d = 0,7$ коефіцієнт працездатності ($K_{\text{прац}}$) буде дорівнювати 0,965 при $t = 12$ міс і 0,924 – при $t = 24$ міс.

Висновки.

В результаті проведеного дослідження можна зробити наступні висновки.

1. Період проведення профілактичних оглядів суттєво зростає для нижнього рівня захворюваності і високого рівня звернень і значно скорочується для високого рівня захворюваності і низьких рівнів звернень.

2. При значних рівнях захворюваності високі значення коефіцієнта працездатності принципо-

во є недосяжними при різних рівнях звернень, якості поставлення діагнозу та інших показниках функціонування системи медичного обслуговування військовослужбовців.

3. Встановлено, що для різних рівнів захворюваності підвищення імовірності своєчасних звернень за медичною допомогою з 0,7 до 0,9 призводить до підвищення працездатності на 5-8 %.

4. Доведено, що при низькому рівні захворюваності та високих значеннях якості діагностики оптимальний період достатньо великий. При збільшенні рівня захворюваності, не дивлячись на достатньо високий рівень якості діагностики, коефіцієнт працездатності знижується, а оптимальний період профілактичних оглядів значно скорочується.

5. Встановлено, що для різних рівнів захворюваності підвищення імовірності правильної постановки діагнозу на 0,1 призводить до підвищення коефіцієнта працездатності військовослужбовців в середньому від 1 до 5 %.

Список літератури

1. Москаленко В.Ф., Шекера О.Г. Медико-демографічні аспекти комплектування Збройних сил України (Монографія). – К.: ЕКМО, 2007. – 184 с.
2. Москаленко В.Ф. Сучасні підходи до формування оптимальної моделі охорони здоров'я // Східноєвропейський журнал. – 2008. – № 1 (1). – С. 11-17.
3. Содействие укреплению здоровья в глобальном мире. Доклад Секретариата / Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Док. А60/18. – ВОЗ, 2007 г. – 6 с.
4. Шекера О.Г. Призовний контингент як складова трудового потенціалу нації. Можливі шляхи оцінки і прогнозу: Зб. "Проблеми військової охорони здоров'я" (Теоретичний і науково-практичний збірник ГВМУ ГШ ЗС України та УВМА). – К.: 2002. – № 10. – С. 56-59.
5. Шекера О.Г. Державна політика щодо досліджень здоров'я підлітків і молоді у світлі медико-демографічної ситуації в Україні // Управління сучасним містом. – 2003. – № 4-6 (10). – С. 40-48.
6. Яблонский П.М., Яблонский Л.Ф. Математическая модель медицинского обслуживания населения для определения периодичности диспансерных осмотров: Сб. института кибернетики Академии наук УССР, "Кибернетика и использование биологии в медицине". – К.: 1977 – С. 10-13.

СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ – СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА РУКОВОДСТВА ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ*О.Г. Шекера, П.М. Яблонский (Киев)*

В статье представлены результаты исследований системы профилактической медицины в Вооруженных силах Украины и изложены направления ее усовершенствования.

PROSPECT FOR RESERVATION AND STRENGTHENING HEALTH OF MILITARY PERSONNEL ARMED FORCES OF UKRAINE*O.G. Shekera, P.M. Yablonskiy (Kiev)*

In article are given results of research system of preventive medicine in Armed forces of Ukraine and orientation of its improvement.

УДК616.248-053.2/.6:612.017:612.039.574.5

*Ю.О. РОМАСКЕВИЧ (Сімферополь)***ОСОБЛИВОСТИ АНТИЕНДОТОКСИНОВОГО ИМУНИТЕТУ У ХВОРИХ НА ТРАВМАТИЧНУ ХВОРОБУ СПИННОГО МОЗКУ***Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського*

Проблема реабілітації хворих на травматичну хворобу спинного мозку (ТХСМ) представляє достатньо велику складність, це пов'язане з вираженими системними змінами у зазначеного контингенту хворих, які залежать від рівня травматичного пошкодження спинного мозку, а отже, і кола системних, органних та тканинних порушень, що виникають внаслідок отриманої травми та прогресують в наступні періоди хвороби. Різноманітність подібних порушень багато в чому залежить також від віку пацієнта, початкового стану хворих. Поза всяким сумнівом, темпи прогресування хвороби, зростання важкості стану хвороби, залежать також і від ступеню залучення в патологічний процес компонентів імунної системи. В наших попередніх дослідженнях були відмічені зміни з боку клітинного ланцюга імунітету, цитокінового каскаду. Тим не менш, наявність великої кількості рефлекторних зв'язків спинного мозку з різними відділами черевної порожнини передбачає і більш глибокі зміни з боку гуморального імунітету.

Протягом останніх років, отримані нові дані про важливу роль ендотоксину (ЕТ) грам негативних бактерій в патогенезі захворювань інфекційної та неінфекційної природи. Ми розглядаємо вплив ЕТ як одну з можливих внутрішніх причин, які формують патогенетичні механізми прогресування ТХСМ. Ендотоксин представляє собою молекулу ліпополісахариду (ЛПС) і складається з полісахаридного О-ланцюга, який визначає серологічну специфічність, центральної частини полісахаридного кора та ліпиду А [2]. Ендотоксин володіє надзвичайно широким спектром біологічно активних властивостей [6]. На сьогоднішній день рецептори до ЕТ ідентифіковані у тромбоцитів, макрофагів, гранулоцитів, В-лімфоцитів. В нормі ЕТ грам негативних бактерій, зокрема, кишкової палички, потрапляє до портального кровотоку, при самооновленні її пулу. Фізіологічний ендотоксиновий стимул є необхідним для формування імунологічної реактивності в цілому. Разом з тим, надлишкове потраплення кишкового ЕТ в загальний кровообіг при недостатності ЕТ- зв'язувальних та елімінуючих систем обумовлює розвиток феномену ендоток-

синової агресії, патогенетичне значення якої на цей час достеменно доведено при різноманітній патології у дітей та дорослих [11, 12]. При ТХСМ складаються сприятливі умови для реалізації цього феномену, особливо у тих хворих, у яких має місце травматичне пошкодження шийного та грудного відділів спинного мозку. Це дисбіотичні порушення на слизових оболонках респіраторного та шлунково-кишкового трактів, супутня патологія органів травлення, прийом антибіотиків, стрес, алергія, зниження імунологічної реактивності, яскравим проявом якої є поява пролежнів у хворих, трофічні порушення та інші фактори [3, 7]. В процесі еволюції склалися клітинні та гуморальні системи захисту від ендотоксину. Потужним гуморальним антиендотоксिनним фактором є антиендотоксिनний антитіло [1], рівень яких, вочевидь, детермінована генетично. В організмі існує базовий рівень анти-ендотоксिनних антитіл, які виробляються у відповідь на фізіологічну ендотоксинемію та перешкоджають ЕТ- залежній активації ефекторних клітин і, таким чином, утворенню протизапальних цитокинів та викиду біологічно активних речовин. За думкою Маянського Д.М. (1991) ЕТ відносять до дуже потужних флогогенних факторів, які крім потенціювання запалення *in situ*, приводять до формування системних розладів, пов'язаних з неадекватним посиленням специфічних імунних реакцій. До цього часу відсутні дані про стан системи анти-

ендотоксिनних антитіл при ТХСМ. Метою нашого дослідження з'явилось вивчення стану антиендотоксिनних антитіл класів А, М, G (відповідно анти-ЛПС-IgA, анти-ЛПС-IgM, анти-ЛПС-IgG) та рівня загальних імуноглобулінів А, М, G, Е у хворих на ТХСМ.

Матеріали та методи

Під спостереженням знаходились 52 хворих з ТХСМ у віці 24-52 років. У 26 з них мало місце пошкодження шийного відділу хребта, у інших 26 – пошкодження грудного відділу хребта. Контрольну групу склали 30 здорових чоловіків аналогічного віку. Хворі були обстежені за загальноприйнятими методиками і отримували стандартний санаторно-курортний комплекс лікування в санаторії ім. М.М. Бурденка (м. Сакі).

Рівень антитіл до ЛПС кишкової палички *Escherichia coli* K 30 класів А, М, G (відповідно анти-ЛПС-IgA, анти-ЛПС-IgM, анти-ЛПС-IgG) визначали за методикою твердофазного імуноферментного аналізу [9], результати виражали в одиницях оптичної щільності при довжині хвилі 492 нм. Паралельно вивчали загальний стан гуморального ланцюга імунітету: рівень загальних імуноглобулінів визначали мікротурбодиметричним методом [4], результати виражали в мг/мл; загальний імуноглобулін Е визначали методом імуноферментного аналізу. Показники оцінювали при на початку лікування та виписці хворих. Статистичну обробку проводили за допомогою пакета аналізу Excel 97.

Таблиця 1. Характеристика груп обстежених хворих з травматичною хворобою спинного мозку

Клінічні прояви	Група хворих з пошкодженням шийного відділу хребта, n=26 (%)	Група хворих з пошкодженням грудного відділу хребта, n=26 (%)
Гнійно-запальовальні захворювання	58,4	22,9
Пролежні	28	12
Захворювання органів травлення	86	79
Захворювання ЛОР-органів	72	54
Алергічні прояви	17	23
ГРВІ більше 2-3 разів на рік	63	42
Антибіотикотерапія більше 2-3 разів на рік	40	27

Результати та їх обговорення

В основній групі та групі порівняння виявлені достеменно низькі значення рівня анти-ЛПС-IgM ($p < 0,05$), тенденція до зниження рівня анти-ЛПС-IgG і підвищення анти-ЛПС-IgA у порівнянні з групою здорових (таблиця 2).

В основній групі хворих відмічений більш низький рівень анти-ЛПС-IgM, ніж в групі порівняння. Достеменно зниження рівня анти-ЛПС-IgM може бути пов'язане з його підвище-

ним витрачанням на нейтралізацію ЕТ кишкової палички, який потрапляє в системний кровообіг у більшій мірі у хворих з ураженням шийного відділу хребта. За думкою ряду авторів, саме анти-ЛПС-IgM володіють максимальним запобіжним ефектом по відношенню до ЛПС грам негативних бактерій, які, після подолання імунного бар'єру кишечника, потрапляють в системний кровообіг. Зниження рівня антиендотоксिनних антитіл класу М може сприяти розвитку систем-

Таблиця 2. Рівень анти-ЛПС антитіл у хворих на ТХСМ в процесі санаторно-курортного лікування (M ±r)

Групи	Анти-ЛПС-IgA		Анти-ЛПС-IgM		Анти-ЛПС-IgG	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Шийний відділ	0,180± 0,063	0,189± 0,071	0,214±0,028*	0,189± 0,031	0,120± 0,028	0,118± 0,024
Грудний відділ	0,189± 0,012	0,162±0,015	0,236± 0,013*	0,292± 0,043	0,109± 0,008	0,112± 0,011
Контрольна група	0,135±0,012		0,329± 0,044		0,125±0,020	

Примітка: * p<0,05 у порівнянні з контролем

ної запальної реакції і є несприятливою прогностичною ознакою. Збільшення рівня антиендотоксिनних антитіл класу А пов'язано з підвищенням надходженням ендотоксину кишкової палички та стимуляцією лімфатичного апарату кишечника. Не достеменно підвищення їх рівня, вочевидь, обумовлено надходженням антитіл на нейтралізацію ендотоксину за рахунок утворення імунних комплексів та їх подальшого видалення.

Як видно з таблиці 2, в динаміці рівень антиендотоксिनних антитіл класу М в групі хворих з пошкодженням шийного відділу хребта ще більше знизився, що можна пояснити впливом стресу на бар'єрні функції слизових оболонок, оскільки переривання іннервації на цьому рівні викликає відповідну генералізовану реакцію з боку всіх внутрішніх органів та систем. В групі хворих з пошкодженням грудного

відділу хребта намітилась тенденція до підвищення рівня IgM, хоч він і залишався нижчим, ніж в контрольній групі. Потрібно відмітити, що в теперішній час ми не можемо із впевненістю стверджувати, чи є достеменно низький рівень антиендотоксिनних антитіл класу М наслідком підвищеного їх споживання, або це обумовлено генетично. В динаміці, підвищений рівень антитіл класу А в групі хворих з пошкодженням шийного відділу не змінився, а в групі з пошкодженням грудного відділу - дещо знизився. Рівень антиендотоксिनних антитіл класу G в обох групах не змінився. На ступінь вираження порушень антиендотоксिनного імунітету впливав не тільки рівень ураження спинного мозку, але й тривалість хвороби.

Рівень загальних імуноглобулінів класів А, М, G в обстежених групах був суттєво змінений (таблиця 3).

Таблиця 3. Динаміка показників гуморального імунітету у хворих ТХСМ в процесі санаторно-курортного лікування (M ±r)

Групи хворих	Загальний IgA мг/мл		Загальний IgM мг/мл		Загальний IgG мг/мл	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
З ураженням шийного відділу	1,93±0,11	1,89± 0,12	1,88± 0,17	1,59± 0,21	5,8± 0,44	5,8± 0,53
З ураженням грудного відділу	1,30±0,10	1,41± 0,15	1,49± 0,14	1,28± 0,12	7,02± 0,62	7,29± 0,51
контрольна	0,89± 0,12 (0,6 - 1,6)		1,68± 0,12 (1,0 - 4,7)		9,09±0,59 (6,0 - 16,4)	

При цьому в групі хворих з пошкодженням шийного відділу спинного мозку рівень загального IgM був достеменно вищим (P<0,01) показника контрольної групи та чим у хворих з пошкодженням грудного відділу. Рівень IgA – був вищим, а IgG - нижчим, ніж у контрольній групі та групі з ураженням грудного відділу.

Динаміка змін показників загальних імуноглобулінів при закінченні періоду санаторно-курортного лікування оцінювалась як позитивна та характеризувалась значним покращенням всіх показників гуморального імунітету, які все ж не досягали показників контрольної групи.

Висновки

Змінення гуморального імунітету у хворих на травматичну хворобу спинного мозку супроводжуються значними та стійкими порушеннями вмісту основних класів імуноглобулінів, які залежали від ступеню та рівня пошкодження речовини спинного мозку.

Хворі ТХСМ мають глибокі порушення антиендотоксिनного імунітету, які проявляються, достеменно знизенням антиендотоксिनних антитіл класу М (анти-ЛПС-IgM), що мають максимальну ендотоксин-нейтралізуючу активність. Ці порушення залежали від рівня пошкодження спинного мозку та тривалості хвороби.

Список літератури

1. Аполлонин А.В., Яковлев М.Ю., Рудик А.А., Лиходед В.Г. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. -1990.-№11.-С. 100-105.
2. Варбанец Л.Д. // Мікробіологічний журнал. - 1994. - Т.56. - №3. -С. 76-97.
3. Гавриш Т.В. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. - 2001. - №6. - С. 74-77.
4. Гордиенко Ан.И., Белоглазов В.А., Гордиенко Ал.И. // Імунологія та алергологія. - 2000. -№1. - С. 12-15.
5. Лейнова С.Л. Информационный бюллетень: Биологические эффекты малых доз радиации. - 2000. - №2. - С. 15-17.
6. Лиходед В.Г., Ющук Н.Д., Яковлев М.Ю. // Архив патологии. -1996.-Т.58.-№2.-С.8-13.
7. Мозалевський А.Ф., Радченко І.О., Люяна Т.О., Власенко Н.В., Бартенев С.Г. // Перинатологія та педіатрія. - 2000. - №4. - С.32-34.
8. Мозалевский А.Ф., Цветкова Е.В., Сапа И.Ю. Научно-практические аспекты сохранения здоровья людей, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС. Минск. - 1991. - С. 89-90.
9. Прохоров Д.В., Белоглазов В.А., Припуло О.А., Гордиенко А.И. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. -2002. -№3.- Т.6.- С. 22-24.
10. Тарлецкая Р.Н. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2003. - №4. - С. 22-28.
11. Яковлев М.Ю. Автореф. дисс.... доктора мед. наук. - М., 1993. -55с.
12. Yakovlev M.Yu. // J. of Endotoxin Research. - 2000. - Vol. 16, №2. -P. 118.

ОСОБЕННОСТИ АНТИЭНДОТОКСИНОВОГО ИММУНИТЕТУ У БОЛЬНЫХ НА ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СПИННОГО МОЗГА

Ю.О. Ромаскевич (Симферополь)

Обследование 52 больных на травматическое заболевание спинного мозга, которое включало определение анти-ЛПС-IgA, анти-ЛПС-IgM, анти-ЛПС-IgG и общих IgA, IgM, IgG и IgE, показало, что у пациентов с травматическим заболеванием спинного мозга имеют место существенные расстройства состояния антиэндотоксिनного иммунитета, степень которых зависит от локализации повреждения спинного мозга.

FEATURES OF ANTIENDOTOXIC IMMUNITY IN PATIENTS WITH THE TRAUMATIC ILLNESS OF SPINAL CORD

Yu.O.Romaskevich (Simferopol)

The examination of 52 patients with traumatic disease of the spinal cord including identification of anti-LPS-IgA, anti-LPS-IgM, anti-LPS-IgG and total IgA, IgM, IgG and IgE has shown that pronounced disturbances of the antiendotoxigenic immunity take place in the patients with traumatic disease of spinal cord and the degree of their expression depends on the localization of the spinal cord injury.

ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ОЦІНКИ ДІЯЛЬНОСТІ КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНИХ ЛАБОРАТОРІЙ ЦЕНТРАЛЬНИХ РАЙОННИХ ЛІКАРЕНЬ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації

Лабораторні діагностичні підрозділи є важливою складовою кожного сучасного лікувально-профілактичного закладу. Від рівня організації їх роботи значною мірою залежать якість та ефективність медичної допомоги населенню. Актуальність проблеми зростає у зв'язку з постійним розширенням діапазону лабораторних діагностичних методів, впровадженням нових методик, технологій, що призводить до необхідності їх оцінки з точки зору організації лабораторної допомоги та ефективності застосування у клінічній практиці [5].

Діяльність клініко-діагностичних лабораторій регламентується наказом МОЗ України від 08.02.1993 р. №34 "Про розрахункову норму часу на лабораторні дослідження" [3].

Організації лабораторної служби присвячена невелика кількість робіт. Серед них необхідно виділили роботу О. А. Рикова [4], яка присвячена організації лабораторного процесу у лікарні; В. Е. Скробалю та В. М. Скробалю [6], що висвітлює застосування комп'ютерної техніки в організації контролю якості лабораторних досліджень.

З проблем управління процесом якості лабораторного аналізу знаходимо ряд робіт у зарубіжній медичній літературі [2;7].

Стан сучасної лабораторної медицини (і в Україні зокрема) характеризується поступовим

підвищенням вимог до якості виконання досліджень. Нормативні документи системи управління якістю медичних лабораторних досліджень повинні бути чітко сформульованими та містити: вимоги до персоналу лабораторії, вимоги до технічного устаткування та матеріальних засобів, умови та порядок взаємодії лабораторії з клінічним персоналом [1]. Однак нам не вдалося знайти наукових робіт, присвячених організації лабораторної справи в Україні в умовах реформування галузі охорони здоров'я. Це зумовило актуальність наукового дослідження, результати якого висвітлено в даній статті.

Мета роботи – вивчити стан ресурсного забезпечення клініко-діагностичних лабораторій центральних районних лікарень (ЦРЛ) Житомирської області та основні показники їх діяльності.

Матеріали і методи: інформаційно-аналітичний, системного підходу, статистичний (статистична форма №20 за 2006 р. усіх ЦРЛ області), медико-соціологічне дослідження за спеціально розробленою анкетною, яким було охоплено 407 лікарів області.

Результати досліджень та їх обговорення. Першим кроком дослідження було вивчення рівня кадрового забезпечення клініко-діагностичних лабораторій ЦРЛ (табл. 1).

Таблиця 1. Кадрове забезпечення клініко-діагностичних лабораторій центральних районних лікарень

ЦРЛ+ЦРП	Лікарі-лаборанти			Лаборанти з середньою освітою		
	за штатним розписом	фізичних осіб	укомплектованість (%)	за штатним розписом	фізичних осіб	укомплектованість (%)
1	2	3	4	5	6	7
Андрушівський	1	1	100	10,75	11	102
Баранівський	1	1	100	8	8	100
Бердичівський	0,25	0	0	14	16	114
Брусилівський	1	0	0	10	7	70
Володар-Волинський	1,5	0	0	19	15	79
Ємільчинський	3	2	67	8,5	9	106
Житомирський	2	2	100	30,75	26	85
Коростенський	2	1	50	17	14	82
Коростишівський	0,5	0	0	18,5	19	103
Лугинський	1	0	0	12,25	10	82

Продовження табл. 1

1	2	3	4	5	6	7
Любарський	1,25	1	80	9	9	100
Малинський	1	1	100	18,5	16	86
Народицький	1	1	100	2	1	50
Новоград-Волинський	7,5	6	80	56,8	52	92
Овруцький	3	3	100	28,25	30	106
Олевський	2	1	50	28	28	100
Попільнянський	1,5	1	67	11,5	12	104
Радомишльський	1	0	0	17	16	94
Романівський	2	1	50	10	11	110
Ружинський	1,25	1	80	10,5	6	57
Червоноармійський	1	0	0	8,25	9	109
Черняхівський	1	0	0	12,25	12	97,96
Чуднівський	2	1	50	10	7	70

Отримані дані вказують на низький рівень забезпеченості ЦРЛ лікарями-лаборантами, навіть не всі лабораторії згідно штатних розписів забезпечені повною посадою лікаря-лаборанта – це Бердичівська, Коростишівська, та Черняхівська ЦРЛ. Причому у 8 (34,8%) лікарнях штатні посади лікарів не укомплектовані, у 9 (39,1%) – укомплектовані не повністю. Посади лаборантів із середньою освітою, відповідно до штатних

розписів лікарень, введені у всіх ЦРЛ, але у 12 (52,2%) ЦРЛ укомплектовані не повністю.

Далі вивчалось питання забезпечення клініко-діагностичних лабораторій ЦРЛ сучасним обладнанням, яке дозволить проводити діагностичні дослідження з використанням сучасних технологій та забезпечить виконання відповідних галузевих нормативів (табл. 2).

Таблиця 2. Оснащення клінічних лабораторій ЦРЛ сучасним лабораторним устаткуванням (2006 р.)

ЦРЛ	Мікроскоп бінокулярний	Автоматичний та неавтоматичний лічильник формених елементів крові	Калориметр фотоелектричний	Спектрофотометр	Флюорометр	Аналізатор іонного складу	pH-метр	Аналітичні ваги	Апарат для електрофорезу	Біохімічні аналізатори	Гемоглобінометр	Аналізатор кислотно-лужного складу
Андрушівський	1	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Баранівська	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Бердичівська	3	-	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Володар-Волинська	4	-	3	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Брусилівська	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Смільчинська	3	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Романівська	1	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Коростенська	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Житомирська	3	-	6	1	-	-	1	-	-	-	-	-
Лугінська	1	-	5	1	-	-	1	-	-	-	-	-
Коростишівська	1	-	5	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Малинська	3	-	7	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Народницька	3	-	5	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Новоград-Волинська	13	-	16	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Овруцька	7	-	8	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Олевська	3	-	3	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Любарська	3	-	4	1	-	-	-	-	1	-	-	-
Попільнянська	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ружинська	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Радомишльська	-	-	5	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Червоноармійська	2	-	3	2	-	-	1	-	-	-	-	-
Черняхівська	2	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Чуднівська	2	-	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-

Одержані дані показали, що більшість лабораторій ЦРЛ не оснащені відповідно до табелів оснащення сучасних лабораторій.

За нашими даними, що більшість лабораторних аналізів (від 32,6% в Чуднівській до 53,4% у Володар-Волинській ЦРЛ) становлять загальноклінічні та гематологічні (від 24,6% у Новоград-Волинській до 49,3% у Червоноармійській ЦРЛ) дослідження (табл. 3). Питома вага біохімічних досліджень складає від 4,0% в Лугінській ЦРЛ до 23,3% у Чуднівській ЦРЛ. Слід зазначити, що відсоток імунологічних досліджень складає до 10%, мікробіологічних – в середньому до 1%; цитологічні дослідження у 13 (56,5%) лабораторій ЦРЛ взагалі не проводять.

Аналіз структури окремих видів аналізів показав, що основними видами біохімічних досліджень є дослідження на ферменти та зсідуючої та протизсідуючої системи; більшість лабораторій ЦРЛ проводить дослідження водно-сольового

обміну. Дослідження гормонів проводиться тільки в одній лабораторії і то у мінімальній кількості (табл. 4). Бактеріальні дослідження біологічного матеріалу на туберкульоз проводиться в усіх лабораторіях тільки методом бактеріоскопії, метод посівів не використовується. Генетичні дослідження в лабораторіях ЦРЛ зовсім не проводяться.

Наступним кроком нашого дослідження було вивчення існуючої методики та індикаторів, за якими оцінюється робота клініко-діагностичних лабораторій.

Робота клініко-діагностичних лабораторій оцінюється за аналізом річного звіту. Звіт про діяльність клініко-діагностичної лабораторії відображається у таблицях 4120–4122 підрозділу «Діяльність лабораторії» (ф. №20). У таблиці 4121 (графи 1–9) вказується загальна кількість проведених аналізів, у тому числі хворим на амбулаторному прийомі та хворим удома.

Таблиця 3. Число проведених аналізів (2006 р.)

ЦРЛ	Усього	Загально-клінічні (без гематологічних)		Гематологічні		Цитологічні		Біохімічні		Мікробіологічні		Імунологічні	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Андрушівська	253227	98616	38,9	95560	37,7	238	0,09	34512	13,6	1875	0,7	22426	8,9
Баранівська	305294	132389	43,4	113400	37,1	–	–	33671	11,0	1521	0,5	24313	8,0
Бердичівська	274087	133936	48,9	83658	30,5	–	–	41255	15,1	2370	0,9	12868	4,7
Володар-Волинська	270971	144700	53,4	84105	27,0	–	–	33094	12,2	1240	0,5	15932	5,9
Брусилівська	134432	53902	40,1	56286	41,9	–	–	16037	11,9	950	0,7	3957	2,9
Смільчинська	245550	101964	41,5	95721	39,0	–	–	26821	10,9	504	0,2	20540	8,4
Романівська	243254	116725	48,0	101700	41,8	870	0,36	10957	4,5	440	0,2	12562	5,2
Коростенська	129981	52124	40,1	55218	42,5	–	–	11270	8,7	394	0,3	10975	8,4
Житомирська	402707	161200	40,0	130200	32,3	450	0,11	68300	17,0	29357	7,3	13900	3,5
Лугінська	149961	69813	46,6	57468	38,3	–	–	5994	4,0	6622	4,4	10064	2,5
Коростишівська	520340	216616	41,6	172145	33,1	1155	0,22	83447	16,0	3775	0,7	43202	8,3
Малинська	518548	218393	42,1	181557	35,0	26	0,01	54242	10,5	36603	7,1	27727	5,3
Народницька	1104000	41600	37,7	48700	44,1	–	–	12700	11,5	300	0,3	7100	6,4
Новоград-Волинська	1017901	403487	39,6	250121	24,6	2110	0,21	194974	19,2	76126	7,5	91083	8,9
Овруцька	722982	314818	43,5	249343	34,5	1210	0,17	103154	14,3	21483	3,0	32974	4,6
Олевська	343642	142500	41,5	114285	33,3	102	0,03	58974	17,2	9880	2,9	17901	5,2
Любарська	281118	116962	41,6	87769	31,2	–	–	46185	16,4	2324	0,8	27878	9,9
Попільнянська	278263	127215	45,7	83312	33,5	149	0,05	36501	13,1	1110	0,4	19976	7,2
Ружинська	293811	148495	50,5	95203	32,4	–	–	28872	9,8	904	0,3	20337	6,9
Радомишльська	289876	90445	31,2	119494	41,2	–	–	54688	18,9	1667	0,6	23582	8,1
Червоноармійська	170061	54697	32,2	83867	49,3	–	–	11715	6,9	981	0,6	18801	11,1
Черняхівська	380493	193514	50,9	146606	38,5	–	–	24354	6,4	2723	0,7	13296	3,5
Чуднівська	289920	94520	32,6	103672	35,8	803	0,28	67585	23,3	803	0,3	22537	7,8

Підставою для заповнення таблиці є затверджений наказом МОЗ від 04.01.2001 р. №1 «Журнал обліку кількості виконаних аналізів у лабораторії» (ф. №262/о), де за відповідними графами підраховується загальна кількість проведених за рік досліджень кожного виду – загальноклінічних, гематологічних, цитологічних,

біохімічних, мікробіологічних, імунологічних, генетичних, токсикологічних. Накопичені в обліковій формі №262/о дані щоквартально підсумовуються відділом статистики закладу для заповнення таблиць розділу «Діяльність лабораторії» Звіту лікувально-профілактичного закладу (ф. №20).

Таблиця 4. Структура проведених окремих видів аналізів (2006 р.)

ЦРЛ	Біохімічні аналізи				Бактеріальні дослідження матеріалу на туберкульоз		Генетичні
	На гормони	На ферменти	Показники зсіданоючої та протизсіданоючої системи	Водно-сольового обміну	Бактеріоскопія	Посів	
Андрушівська	-	25724	7524	213	1875	-	-
Баранівська	-	7435	172	-	1521	-	-
Бердичівська	-	15372	6518	112	2370	-	-
Володар-Волинська	-	3632	13779	-	1240	-	-
Брусилівська	-	3492	831	-	950	-	-
Ємільчинська	-	2307	7217	98	504	-	-
Романівська	-	1680	2160	125	440	-	-
Коростенська	-	3523	2238	463	394	-	-
Житомирська	-	8300	20845	-	2595	-	-
Лугінська	-	1139	197	-	621	-	-
Коростишівська	-	20306	7150	382	3775	-	-
Малинська	8,0	17591	9062	96	1125	-	-
Народницька	-	2200	800	-	300	-	-
Новоград-Волинська	-	27378	20463	2799	3319	-	-
Овруцька	-	22997	24174	-	2716	-	-
Олевська	-	9660	23460	473	830	-	-
Любарська	-	11863	5245	176	2324	-	-
Попільнянська	-	7695	9693	1036	1110	-	-
Ружинська	-	6752	5765	103	904	-	-
Радомишльська	-	8031	520	-	1667	-	-
Червоноармійська	-	2060	1451	-	981	-	-
Черняхівська	-	2361	1913	353	2723	-	-
Чуднівська	-	7702	7530	800	803	-	-

Наводимо технологію розрахунку основних показників діяльності клініко-діагностичних лабораторій.

Основні показники роботи

Обсяг діяльності в динаміці:

1. Кількість проведених досліджень (у %):

$$\frac{\text{Загальна кількість досліджень, проведених у звітному році} \times 100}{\text{Загальна кількість досліджень, проведених у попередньому році}}$$

2. Структура виконаних аналізів (у %), зокрема питома вага окремих видів, наприклад:

$$\frac{\text{Кількість клінічних аналізів крові} \times 100}{\text{Загальна кількість загальноклінічних аналізів}}$$

Якщо облік діяльності лабораторії ведеться окремо по поліклініці та стаціонару, то так само необхідно представити структуру аналізів.

Ступінь використання лабораторії для амбулаторних хворих (у %):

$$\frac{\text{Кількість лабораторних досліджень, проведених амбулаторним хворим} \times 100}{\text{Загальна кількість лабораторних досліджень, проведених усім хворим (поліклініка+стаціонар)}}$$

Загальна кількість лабораторних досліджень, проведених усім хворим (поліклініка+стаціонар)

Аналогічно підраховується питома вага аналізів, виконаних хворим вдома.

Частота лабораторних досліджень амбулаторних хворих (у %):

$$\frac{\text{Кількість лабораторних досліджень, проведених амбулаторним хворим} \times 100}{\text{Загальна кількість відвідувань лікаря (амбулаторно+удома)}}$$

Кількість лабораторних досліджень на одного мешканця:

$$\frac{\text{Кількість лабораторних досліджень}}{\text{Середня чисельність мешканців у районі діяльності закладу}}$$

Охоплення стаціонарних хворих лабораторними дослідженнями. Середня кількість лабораторних досліджень на одного вибулого зі стаціонару:

$$\frac{\text{Кількість лабораторних досліджень, проведених у стаціонарі}}{\text{Кількість вибулих (виписано+померло) зі стаціонару}}$$

Середнє навантаження лікаря-лаборанта:

$$\frac{\text{Кількість проведених лабораторних аналізів за рік}}{\text{Середня кількість зайнятих посад лікарів} \times \text{кількість робочих днів за рік}}$$

Дані проведеного нами серед лікарів області медико-соціологічного дослідження вказують, що існуюча методика та індикатори оцінки діяльності лабораторій не сприяють підвищенню якості та ефективності лабораторної діагностики – 91,2% відповідей, 72,4% респондентів вважають, що це призводить до необґрунтованих обстежень, а 86,9% – до неефективного використання ресурсів лабораторної служби.

Висновки

Проведене комплексне дослідження з вивчення діяльності клініко-діагностичних лабораторій ЦРЛ Житомирської області показало не-

достатню забезпеченість медичними кадрами та сучасним лабораторним обладнанням. Структура та обсяги лабораторних діагностичних обстежень не можуть забезпечити потреби практичних лікарів. Індикатори оцінки діяльності лабораторій не сприяють підвищенню її ефективності.

Подальші дослідження будуть спрямовані на вивчення ресурсного забезпечення клініко-діагностичних лабораторій центральних міських і обласних лікарень, показників їх роботи та розробки моделі розвитку лабораторної діагностичної служби області.

Список літератури

1. Вінарська Н. В. Принципи стандартизації в клінічній лабораторній медицині / Н. В. Вінарська // Управління закладом охорони здоров'я, 2007. – № 1. – С. 89–93.
2. Михайлов Ю. Е. К вопросу об экономической целесообразности внедрения информационно-компьютерных технологий в КДЛ / Ю. Е. Михайлов, Е. А. Беринева // Лаб. діагностика. – 2001. – № 11. – С. 45.
3. Про розрахункову норму часу на лабораторне дослідження : наказ МОЗ України від 08.02.1993 р. № 34. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Заголовок з екрану.
4. Риков О. А. Лабораторний процес і забезпечення якості клінічної лабораторної діагностики / О. А. Риков // Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – № 2. – С. 70–74.
5. Сироцинська В. М. Статистичний облік і аналіз діяльності діагностичних відділень лікувально-профілактичного закладу / В. М. Сироцинська, Н. М. Орлова // Управління закладом охорони здоров'я. – 2008. – № 1. – С. 59–76.
6. Скробаль В. Е. Контроль якості лабораторних досліджень із використанням комп'ютера / В. Е. Скробаль, В. М. Скробаль // Лаб. діагностика. – 2004. – № 2. – С. 44–46.
7. ISO 15189 : 2003, Medical laboratories – Particular requirements for quality and competence.

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ И ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

О. К. Толстанов (Житомир)

Освещено состояние ресурсного обеспечения клинико-диагностических лабораторий центральных районных больниц Житомирской области и основные показатели их деятельности.

ORGANIZATION AND ESTIMATION OF ACTIVITY OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC LABORATORIES OF THE CENTRAL REGIONAL HOSPITALS OF ZHITOMIR REGION

О. К. Tolstanov (Zhitomir)

The condition of resource provides of clinical and diagnostic laboratories of the central regional hospitals of Zhitomir region and the basic parameters of their activity are covered.

УДК 616-082.004.12:614.253.8:616.9

Г. О. СЛАБКІЙ, І. М. КИРИЧУК (Київ, Житомир)

ВИВЧЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ СТАЦІОНАРНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ВІДДІЛЕНЬ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
Житомирська обласна СЕС

Дані наукової літератури свідчать про підвищення рівня захворюваності населення на інфекційні хвороби [2;5], що, відповідно, призводить до збільшення госпіталізації хворих на інфекційні та паразитарні хвороби [4].

В умовах реформування системи охорони здоров'я одним з пріоритетів є підвищення якості надання медичної допомоги [1;3], що зумовлює актуальність даного наукового дослідження.

Мета роботи – вивчити рівень задоволеності пацієнтів інфекційних відділень якістю медичної допомоги.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на базі інфекційних відділень центральних районних лікарень Житомирської області. Нами була розроблена спеціальна анкета для пацієнтів, яка заповнювалася ними безпосередньо за участю дослідників або під час виписки із стаціонару.

Медико-соціологічним дослідженням було охоплено 420 осіб – 176 (41,9±2,41%) чоловіків та 244 (58,1±2,41%) жінки. Розподіл респондентів за рівнем освіти та статтю наведено у таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл респондентів за рівнем освіти та статтю

Освіта	абс.	%	Стать	абс.	%
Вища освіта	57	13,6±1,69	чоловіки	26	45,6±6,60
			жінки	31	54,4±6,60
Незакінчена вища	53	12,6±1,64	чоловіки	23	43,4±6,80
			жінки	30	56,6±6,80
Неповна середня	58	13,8±1,69	чоловіки	26	44,8±6,53
			жінки	32	55,2±6,53
Середня загальна	119	28,3±2,19	чоловіки	52	43,7±4,55
			жінки	67	56,3±4,55
Середня спеціальна	133	31,7±2,28	чоловіки	49	36,8±4,19
			жінки	84	63,2±4,19

Як видно з таблиці 1, найбільша кількість опитаних мала середню спеціальну освіту – 133 (31,7±2,28%) особи, а найменша – незакінчену вищу – 53 (12,6±1,64%). Жінки мали найбільшу питому вагу як серед осіб з вищою освітою (54,4±6,60%), так і серед респондентів із середньою освітою (63,2±4,19%).

Розподіл респондентів за родом діяльності наведено у таблиці 2.

Серед респондентів найбільшу питому вагу становили робітники – 25,6±2,14% (108 осіб) та тимчасово непрацюючі – 16,0±1,79% (67 осіб), а найменшу – домогосподарки 10,2±1,46% (43 особи) та респонденти, що були віднесені до категорії “інших” – 4,5±0,69% (19 осіб).

Результати досліджень та їх обговорення. Переважна більшість пацієнтів були госпіталізовані ургентно – 71,9±2,19% (302 особи), а

28,1±2,19% (118 осіб) – у плановому порядку. На момент проведення соціологічного дослідження 47,4±2,44% (199 осіб) перебували в стаціонарі до 3-х днів, з них 40,2±3,47% (80 осіб) чоловіків та 59,8±3,47% (119 осіб) жінок; 45,7±2,43% (192 особи) – до двох тижнів, з них 42,7±3,57% (82 особи) чоловіків та 57,3±3,57% (110 осіб) жінок; 6,9±1,24% (29 осіб) – до одного місяця, з них 48,3±9,28% (14 осіб) чоловіків та 51,7±9,28% (15 осіб) жінок.

З правилами перебування в стаціонарі були ознайомлені 98,3±0,68% (413 осіб) пацієнтів, не ознайомлені – 1,7±0,68% (7 осіб).

Відповіді щодо задоволеності респондентами технічним станом споруди, в якій знаходиться стаціонар, наведено у таблиці 3

Як видно з таблиці 3, тільки 43,3±2,39% респондентів задоволені технічним станом споруд, у яких знаходяться стаціонарні відділення, із них 44,5±3,69% чоловіків і 55,5±3,69% жінок.

Таблиця 2. Розподіл респондентів за родом діяльності та статтю

Рід діяльності	абс.	%	Стать	абс.	%
Робітники	108	25,6±2,14	чоловіки	64	59,3±4,73
			жінки	44	40,7±4,73
Тимчасово не працюють	67	16,0±1,79	чоловіки	25	37,3±5,90
			жінки	42	62,7±5,90
Службовці	65	15,5±1,79	чоловіки	26	40,0±6,08
			жінки	39	60,0±6,08
Пенсіонери	61	14,5±1,69	чоловіки	24	39,3±6,24
			жінки	37	60,7±6,24
Учні, студенти	52	12,4±1,59	чоловіки	23	44,2±6,88
			жінки	29	55,8±6,88
Домогосподарки	43	10,2±1,46	чоловіки	0	0
			жінки	43	100,0±0
Інші	19	4,5±0,69	чоловіки	13	68,4±10,70
			жінки	6	31,6±10,70

Таблиця 3. Задоволеність респондентів технічним станом стаціонару

Відповіді	абс.	%	Стать	абс.	%
Задоволені	182	43,3±2,39	чоловіки	81	44,5±3,69
			жінки	101	55,5±3,69
Не задоволені	37	8,8±1,40	чоловіки	12	32,4±7,67
			жінки	25	67,6±7,67
Частково задоволені	160	38,1±2,37	чоловіки	61	38,1±3,84
			жінки	99	61,9±3,84
Не визначилися	41	9,8±1,46	чоловіки	22	53,7±7,78
			жінки	19	46,3±7,78

Санітарний стан інфекційних відділень задовольняє 66,4±2,31% пацієнтів (43,0±2,96% чоловіків і 57,0±2,96% жінок). Серед основних причин незадоволення відсутність гарячої води

(66,0±6,54%) та умов для особистої гігієни (60,4±6,73%), незадовільна якість постільної білизни (35,8±6,59%), непостійне холодне водопостачання (34,0±6,50%) (табл. 4)

Таблиця 4. Причини незадоволення санітарним станом

Причини	абс.	%	Стать	абс.	%
Відсутність гарячої води	35	66,0±6,51	чоловіки	13	37,1±8,16
			жінки	22	62,9±8,16
Відсутність умов для особистої гігієни	32	60,4±6,73	чоловіки	10	31,3±8,18
			жінки	22	68,7±8,18
Незадовільна якість постільної білизни	19	35,8±6,59	чоловіки	6	31,6±10,7
			жінки	13	68,4±10,7
Непостійне холодне водопостачання	18	34,0±6,50	чоловіки	7	38,9±11,5
			жінки	11	61,1±11,5
Незадовільне освітлення	10	18,7±5,39	чоловіки	3	30,0±14,5
			жінки	7	70,0±14,5
Відсутність холодильника	5	9,4±3,93	чоловіки	4	80,0±17,9
			жінки	1	20,0±17,9
Незадовільне опалення	4	7,6±3,50	чоловіки	2	50,0±25,0
			жінки	2	50,0±25,0
Незадовільна робота ліфтів	1	1,9±1,92	чоловіки	-	-
			жінки	1	-

Одним з питань анкети була задоволеність пацієнтів харчуванням в інфекційному стаціонарі (рис. 1).

Наступним кроком стало вивчення думки пацієнтів щодо рівня безпечності отриманої ме-

дичної допомоги та отримання інформації щодо суті втручання (табл. 5).

Як видно з даних таблиці 5, тільки для 50,5±2,44% опитаних є доступними необхідні діагностичні обстеження, при цьому тільки

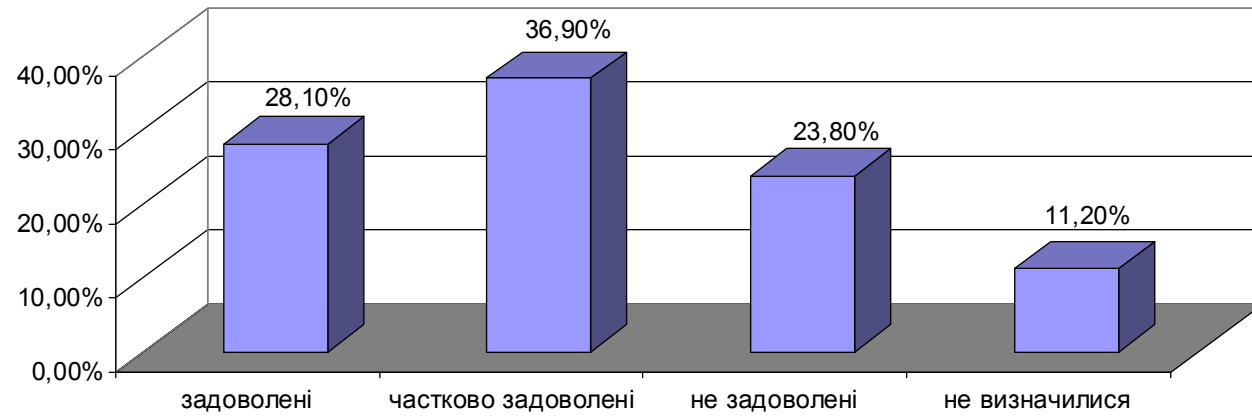


Рис. 1. Задоволеність пацієнтів харчуванням (%)

Таблиця 5. Характеристика респондентами безпечності та доступності медичних втручань

Варіанти відповідей	абс.	%	Стать	абс.	%
1	2	3	4	5	6
<i>Чи дали Ви згоду на медичне втручання?</i>					
Так	390	92,9±1,24	чоловіки	164	42,1±2,5
			жінки	226	57,9±2,5
Ні	30	7,1±1,24	чоловіки	12	40,0±8,94
			жінки	18	60,0±8,94
<i>Чи ознайомили Вас з метою і сутністю втручання?</i>					
Так	384	91,4±1,4	чоловіки	158	41,1±2,51
			жінки	226	58,9±2,51
Ні	36	8,6±1,4	чоловіки	18	50,0±8,33
			жінки	18	50,0±8,33
<i>Чи безпечні маніпуляції, що проводяться в стаціонарі?</i>					
Так	213	50,7±2,44	чоловіки	83	39,0±3,34
			жінки	130	61,0±3,34
Ні	17	4,0±0,96	чоловіки	9	52,9±12,1
			жінки	8	47,1±12,1
В основному так	155	36,9±2,36	чоловіки	75	48,4±4,01
			жінки	80	51,6±4,01
В основному ні	6	1,4±0,49	чоловіки	1	16,7±15,3
			жінки	5	83,3±15,3
Важко сказати	29	6,9±1,24	чоловіки	8	27,6±8,34
			жінки	21	72,4±8,34
<i>Чи доступні Вам дослідження, що можуть бути здійсненні в лікарні?</i>					
Так		±	чоловіки		±
			жінки		±
Ні		±	чоловіки		±
			жінки		±
Важко сказати		±	чоловіки		±
			жінки		±
<i>Забезпеченість ліками і медичними засобами</i>					
Повністю	66	15,7±1,79	чоловіки	26	39,4±6,01
			жінки	40	60,6±6,01
Частково	97	23,1±2,05	чоловіки	40	41,2±4,99
			жінки	57	58,8±4,99
Тільки для ургентної допомоги	76	18,1±1,87	чоловіки	30	39,5±5,59
			жінки	46	60,5±5,59
Повністю купую ліки за власні кошти	181	43,1±2,42	чоловіки	80	44,2±3,69
			жінки	101	55,8±3,69

Продовження табл. 5

1	2.	3	4ь	5.	6
<i>Чи доступні Вам ціни на ліки?</i>					
Так	188	44,8±2,43	чоловіки	86	45,7±3,63
			жінки	102	54,3±3,63
Ні	232	55,2±2,43	чоловіки	90	38,8±3,20
			жінки	142	61,2±3,20
<i>Чи можете Ви цілодобово одержувати допомогу лікаря-інфекціоніста?</i>					
Так	249	59,3±2,4	чоловіки	104	41,9±3,13
			жінки	145	58,2±3,13
Ні	121	28,8±2,21	чоловіки	50	41,3±4,47
			жінки	71	58,7±4,47
Важко сказати	50	11,9±1,59	чоловіки	22	44,0±7,02
			жінки	28	56,0±7,02
<i>Чи доводилося Вам для обстеження покидати відділення?</i>					
Так	210	50,0±2,44	чоловіки	85	40,2±3,38
			жінки	125	59,5±3,38
Ні	210	50,0±2,44	чоловіки	91	43,3±3,42
			жінки	119	56,7±3,42

59,3±2,4% пацієнтів стаціонарних відділень можуть одержувати цілодобово медичну допомогу лікаря-інфекціоніста та 94,3±1,16% – медичної сестри. Повністю купували ліки за власні кошти 43,1±2,42% пацієнтів стаціонарних відділень.

Як з'ясувалося під час дослідження, крім придбання ліків пацієнти інфекційних відділень оплачували також інші медичні послуги (рис. 2).

Таким чином, значна частка пацієнтів стаціонарних інфекційних відділень оплачує за влас-

ний кошт певні види медичних послуг (до 25,5±2,11%).

Як встановлено в ході дослідження, цілком задоволені медичною допомогою, що надається в стаціонарі, 52,4±2,44% опитаних та певною мірою задоволені 38,1±2,3%, свій стан здоров'я оцінюють без змін 1,2±0,49% опитаних. Водночас вибрати лікарню повторно в разі потреби готові 80,0±1,95% респондентів.

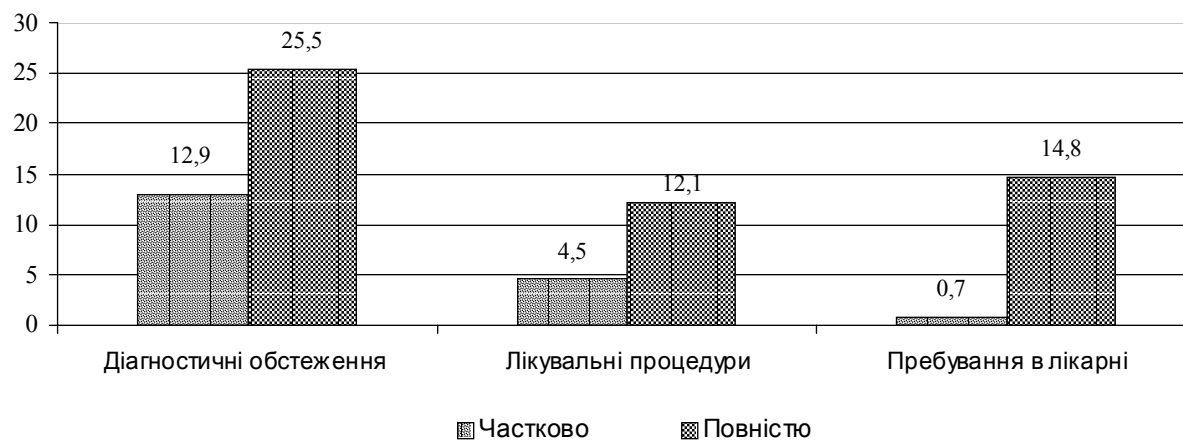


Рис. 2. Оплата пацієнтами медичних послуг (%)

Висновки

В ході дослідження встановлено низький рівень задоволеності пацієнтів технічним станом споруд (43,3±2,39%), санітарним станом відділень (66,4±2,31%), умовами для проведення особистої гігієни (60,4±6,73%). Тільки 59,3±2,40% респондентів можуть цілодобово отримувати медичну допомогу лікаря, а 94,3±1,16% – медичної сестри.

Безпечними медичні втручання вважає 50,7±2,44%, задоволені харчуванням в стаціонарі 28,1±2,19% респондентів.

До 25,5±2,3% пацієнтів оплачувало різні медичні послуги, а 43,1±2,42% купували ліки за власні кошти.

Отримані дані вказують на необхідність змін в організації стаціонарної допомоги хворим на інфекційні хвороби.

Подальші дослідження будуть спрямовані на вивчення та обґрунтування механізмів підвищення рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги у стаціонарних інфекційних відділеннях.

Список літератури

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2007 рік. – К., 2008. – 282 с.
2. *Захворюваність* населення країни на деякі інфекційні хвороби (ситуаційний аналіз) / [Слабкий Г. О., Пономаренко С. Д., Шатило В. Й. та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 38–41.
3. Стан захворюваності населення України на інфекційні хвороби // Укр. мед. газета. – 2006. – № 2. – С. 4.
4. Досвід виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки / [за ред. Ю. В. Поляченка, В. М. Пономаренка]. – К., 2006. – 240 с.
5. *Лехан В. М.* Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: спільний звіт / В. М. Лехан, В. М. Рудий. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 159 с.

ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Г. А. Слабкий, И. Н. Киричук (Киев, Житомир)

Приведены данные социологического исследования удовлетворенности пациентов стационарных инфекционных отделений медицинской помощью.

STUDYING OF SATISFACTION OF PATIENTS OF STATIONARY INFECTIOUS UNITS BY MEDICAL AID

G. A. Slabky, I. N. Kirichuk (Kiev, Zhitomir)

The data of sociological research of satisfaction of patients of stationary infectious units have been resulted by medical aid.

УДК 614.2:004.4.001.1

М. В. ГОЛУБЧИКОВ, О. С. КОВАЛЕНКО, Л. М. КОЗАК, В. Г. ОСТАШКО (Київ)

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННИХ МЕДИЧНИХ ЗАПИСІВ У СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Центр медичної статистики МОЗ України
Міжнародний науково-навчальний центр інформаційних технологій та систем НАН України
Державний клінічний науково-методичний центр телемедицини МОЗ України

Реформування системи охорони здоров'я України вимагає перебудови усіх ланок цієї галузі. Разом з новими формами надання медичної допомоги виникають і нові бізнес-процеси, які раніше не були притаманні медичним закладам. На перший план виходить проблема підвищення якості надання медичної допомоги та суворий облік наданих медичних послуг. А це, в свою чергу, зумовлює необхідність постійно

отримувати інформацію про рух пацієнта, як у самому лікувально-профілактичному закладі (ЛПЗ), так і поза його межами. Таким чином, застосування інформаційних систем з реєстрацією даних про пацієнта є вкрай необхідним для клінічної медицини.

Щоб реалізувати можливість постійного збирання інформації, необхідно спроектувати інформаційну систему, яка об'єднувала б різні

технологічні процеси, що мають місце у медичному закладі, створюючи єдиний інформаційний простір на рівні установи. Це дуже важливо для ЛПЗ, де існують кілька технологічних процесів, які підтримують функціонування основного – лікувально-діагностичного.

Слід зазначити, що в Україні досі немає єдиного підходу до створення інформаційної системи медичного закладу, яка б підтримувала одночасно всі технологічні процеси. Це зумовлено не лише обмеженим фінансуванням медичної галузі, але й тим, що замовники інформаційних систем ще не розуміють необхідності створення комплексних систем підтримки їх діяльності.

Сьогодні у ЛПЗ для підтримки основного технологічного процесу – надання медичної допомоги пацієнтам існують кілька інших, що є невід'ємною частиною функціонування закладу. До них можна віднести бухгалтерський облік і планово-економічну діяльність, адміністрування та матеріально-технічне забезпечення (включаючи забезпечення ліками та медичними засобами), статистичний облік та звітність. Як відомо, усі ці процеси пов'язані між собою інформаційними потоками, які мають певну спрямованість та періодичність, а також джерела їх формування. Розглядаючи кожний з них, можна зробити висновок, що вони мають свої особливості з точки зору формування інформації. У цій статті ми зупинимось на інформаційній підтримці надання медичної допомоги.

Мета роботи – довести необхідність впровадження сучасних інформаційних технологій у систему документообігу ЛПЗ.

Результати досліджень та їх обговорення. Основний технологічний процес медичного закладу пов'язаний з роботою лікаря і пацієнта. "Продукцією" є медичні послуги, що надаються пацієнтові. Робота лікаря при наданні медичних послуг регламентується принципами пропедевтики та відображується в облікових медичних документах, якими для первинної ланки є Картка амбулаторного хворого (Ф.25/о), а для стаціонарних лікувальних закладів – Картка стаціонарного хворого (Ф.003/о). Але фіксування руху пацієнта починається ще з реєстратури чи приймального відділення медичного закладу, де фіксується його поява та вносяться ідентифікаційні дані. Тобто саме тут починається формування та рух інформації про пацієнта, якому надається медична допомога. Якщо проаналізувати перелік облікових форм на робочому місці лікаря, то можна зафіксувати більш як 20 форм, з якими він повинен працювати.

Те ж саме стосується інших технологічних процесів. Наприклад, у амбулаторно-поліклінічному медичному закладі з 600 відвідуваннями на зміну щоденно заповнюється більш як

500 документів, які стосуються різних аспектів діяльності закладу.

Таким чином, перед розробниками медичних інформаційних систем постає проблема, по-перше, оптимізації документообігу, по друге, створення такої інформаційної системи, яка б могла об'єднати усі інформаційні потоки у єдиному інформаційному просторі.

Зараз в Україні розробники медичних інформаційних систем все частіше починають запроваджувати спеціальні технології проектування інформаційних продуктів на основі моделювання бізнес-процесів. Як зазначає російський дослідник цих процесів Г. Верніков, саме поняття "моделювання бізнес-процесів" прийшло з появою на ринку складних програмних продуктів, які призначені для комплексної автоматизації управління підприємством. Подібні системи завжди передбачають проведення глибокого передпроектного дослідження діяльності підприємства. Для розв'язання подібних задач моделювання складних систем існують спеціальні методології та стандарти. До таких стандартів належать методології родини IDEF. За їх допомогою можна ефективно відобразити і проаналізувати моделі діяльності широкого спектра складних систем у різних розрізах. При цьому обсяги обстеження процесів у системі визначається самим розробником, що прискорює його роботу. Сьогодні до сімейства IDEF можна віднести наступні стандарти:

- IDEF0 – методологія функціонального моделювання. За допомогою наочної графічної мови IDEF0 бізнес-процеси можна описати у вигляді низки взаємопов'язаних функцій (функціональні блоки – у термінах IDEF0). Як правило, моделювання засобами IDEF0 є першим етапом вивчення будь-якої системи.

- IDEF1 – методологія моделювання внутрішніх інформаційних потоків системи, що дозволяє відображати та аналізувати їх структуру і взаємозв'язки.

- IDEF1X (IDEF1 Extended) – методологія побудови реляційних структур. IDEF1X належить до типу методологій "сутність-взаємозв'язок" (ER – Entity-Relationship) і використовується для моделювання реляційних баз даних.

- IDEF2 – методологія динамічного моделювання розвитку систем. Це дуже складна методологія і зараз існують кілька алгоритмів, за допомогою яких статичні діаграми IDEF0 перетворюються у динамічні моделі, які побудовані на базі "розфарбованих мереж Петрі" (CPN – Color Petri Nets).

- IDEF3 – методологія документування процесів, що мають місце в системі, наприклад, при дослідженні технологічних процесів на підприємствах. За допомогою IDEF3 описуються сце-

нарий і послідовність операцій для кожного процесу. IDEF3 має прямий взаємозв'язок з методологією IDEF0 – кожна функція (функціональний блок) представляється у вигляді окремого процесу засобами IDEF3.

- IDEF4 – методологія побудови об'єктно-орієнтованих систем. Засоби IDEF4 дозволяють відображати структуру об'єктів і закладені принципи їх взаємодії.

- IDEF5 – методологія онтологічного дослідження складних систем. За допомогою методології IDEF5 онтологія системи може бути описана за допомогою визначеного словника термінів і правил, базуючись на яких можна отримувати необхідні дані про функціонування системи і робити висновки з їх оптимізації [2;3].

Сучасні математичні та інформаційні методи теж дозволяють ставити і вирішувати задачу проектування документообігу, що відповідає загальному критерію оптимальності.

Наукова організація управління вимагає знаходження відповідності між структурами і функціями системи і математичними моделями, що використовуються. Тільки узгодження інформаційних потоків може забезпечити оптимальний режим функціонування системи. Керівні параметри моделей повинні бути коректно віднесені до реальних показників, що характеризують роботу системи. Використовуючи процесний підхід до управління, можна детально описати всі інформаційні потоки у медичному закладі, що визначає і можливі сценарії їх розвитку. При цьому отримують модель, яка значною мірою відповідає реальній системі. Дослідження моделі базується на обґрунтуванні усіх зв'язків елементів даної структури та обґрунтуванні її параметрів. Результатами моделювання інформаційних процесів є:

- оптимізація документообігу;
- ліквідація труднощів у технологічному процесі;
- ліквідація зайвих етапів, дублювання процесів тощо.

Тепер зупинимось на особливостях самих медичних інформаційних систем. Як відомо, типова інформаційна система виконує низку функцій, які складаються з:

1. Введення документів (з паперових носіїв або в електронному вигляді).
2. Зберігання цих документів.
3. Пошук по запитах.
4. Редагування користувачем.
5. Формування вихідних документів (на паперових носіях або в електронному вигляді).

Зазвичай ці функції реалізуються наступними способами:

1. Введення документів спеціалізованими засобами (сканування та розпізнавання паперових документів, введення з магнітних носіїв тощо) з наступним експортом у будь-який загаль-

ний формат (наприклад, DBF тощо). Далі – імпорт файлів з даного формату у внутрішнє середовище системи управління базами даних (СУБД).

2. Зберігання та пошук здійснюється засобами СУБД (частіше реляційної).

3. Редагування здійснюються спеціалізованими для даної системи засобами, пов'язаними з конкретною СУБД.

4. Вихідні документи створюються в два етапи: виконання запиту до бази даних і заповнення на основі отриманих даних вихідних форм.

Життєвий цикл документа в інформаційній системі має кілька етапів: формування, транспорт, обробка та аналіз, трансформація, зберігання.

В системі існує кілька типів документів. У процесі життєвого циклу документ формується, перетворюється з одного типу в інший, стає основою для створення нових документів, а потім надходить до сховища або утилізується.

Таким чином, у медичній інформаційній системі всі маніпуляції з будь-яким документом (медичний, фінансовий тощо) повинні бути уніфіковані та виконуватися за оптимальними алгоритмами. Звідси випливає основна задача такої інформаційної системи – управління документообігом. Під управлінням електронним документообігом узагалі розуміють організацію руху документів між підрозділами підприємства, групами користувачів чи користувачами. При цьому під рухом документів треба розуміти не їх фізичне переміщення (вони ж залишаються на сервері), а передачу прав на їх використання конкретному користувачеві з контролем за їх виконанням. Головне призначення систем електронного документообігу – це організація зберігання електронних документів, а також роботи з ними (їх пошук як за атрибутами, так і за змістом). У системах електронного документообігу також повинні бути реалізовані санкціоновані доступи до документів, контролюватися зроблені в них зміни, усі їх версії та підверсії.

Системи управління документами можна умовно розділити на 2 категорії. До першої категорії належать програмні засоби (які розроблені були раніше), що спочатку були орієнтовані на спеціалізоване використання та не мали інтеграції з іншими інформаційними системами. Такі системи часто зустрічаються у медичних закладах, і, як правило, були розроблені локальними програмістами. Ці програмні засоби призначені для вирішення конкретних фінансових задач, управління персоналом, окремих функцій, пов'язаних з діяльністю лікаря. Слід зазначити, що застосування більшості таких засобів у медичних закладах суттєво обмежене. Наприклад, для кожного з додатків у такій системі необхідно підтримувати свою базу даних. Витрати на підтримку інфраструктури таких сис-

тем дуже великі і не виправдані. До другої категорії входять спеціалізовані PDM-системи, які призначені для управління технологічною інформацією і мають засоби інтеграції з іншими програмними системами. PDM-системи працюють і з електронними образами складних об'єктів (наприклад, медичні зображення тощо) [1].

Значне місце у роботі лікаря займає праця з документами. Впровадження електронного документообігу передбачає заміну технології роботи з документами, тобто заміну ручної праці на автоматизовані процедури.

Медична інформаційна система, що впроваджується у медичний заклад, у будь-якому випадку змінить існуючу (що склалася у закладі) технологію роботи. Природний шлях – перепроектування технології роботи працівників медичного закладу з паперовими документами з урахуванням можливостей сучасних інформаційних технологій.

Таким чином, інформаційне забезпечення повинне надавати можливість інтегрованої обробки усіх видів інформації, що циркулює у медичній установі, включаючи ті документи, що генеруються електронним чи паперовим документообігом. У цьому контексті база даних документів стає елементом централізованої бази даних установи і формується як централізований електронний архів документів (що включає медичні записи, копії паперових документів – направлень на консультацію тощо). Система управління базою даних документів повинна забезпечувати:

- централізовану реєстрацію всіх документів, що мають обіг в установі;

- зберігання документів в електронному вигляді у різних форматах;

- ведення централізованого каталогу документів, що стосуються бізнес-процесів, із забезпеченням їх пошуку (за ключовими атрибутами чи з використанням повнотекстового пошуку);

- зберігання повної історії роботи з усіма документами (включаючи і медичні записи) тощо;

- надійну систему захисту документів, що регламентують доступ працівників до документів різного призначення;

- можливість підтримки архівів документів для усіх видів зовнішніх пристроїв, включаючи медичну апаратуру;

Прикладне програмне забезпечення повинно включати наступні ключові компоненти:

- систему управління зберіганням документів – програмне забезпечення, що реалізує функції управління єдиним фондом медичних документів закладу і окремо інших документів;

- систему управління документообігом – програмне забезпечення, що реалізує адміністрування документообігу, управління маршрутизацією та рухом документів, координацію документопотоків, контроль за переміщенням документів та своєчасною їх обробкою.

Висновки

Застосовуючи наведені технології проектування медичних інформаційних систем для лікувально-профілактичних закладів, можна удосконалити процес їх розробки та підвищити ефективність використання, а головне, оптимізувати основний технологічний процес з надання медичної допомоги і підвищити якість та ефективність роботи медичного закладу.

Список літератури

1. Глинских А. Системы электронного документооборота / А. Глинских // Компьютер-Информ. – 2001. – № 3.
2. Громов А. Корпоративная система электронного документооборота. Технологии и решения / А. Громов, М. Каменнова, А. Старыгин. – Режим доступа : http://rcupi.e-burg.su/cnit/rcnit/inf_techn/auto_doc/el_doc.html. – Заглавие с экрана.
3. Електронні публікації компанії "Мета технологія" (Росія, Москва). – Режим доступу : <http://www.vest.msk.ru>. – Заголовок з екрану.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ВНЕДРЕНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАПИСЕЙ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

М. В. Голубчиков, А. С. Коваленко, Л. М. Козак, В. Г. Осташко (Киев)

Освещена проблема информатизации системы здравоохранения Украины. Обсуждаются вопросы проектирования медицинских информационных систем для лечебно-профилактических учреждений на основе современных методов и средств проектирования информатизации системы. Основное внимание уделено вопросам информационной поддержки медицинской деятельности.

CONCEPTUAL APPROACHES OF APPLICATION OF ELECTRONIC MEDICAL RECORDS IN HEALTH CARE SYSTEM OF UKRAINE

M. V. Golubchikov, A. S. Kovalenko, L. M. Kozak, V. G. Ostashko (Kiev)

The article is devoted the problem of informatization of the health care system of Ukraine. The questions of designing of the medical informatijn systems come into question for medical establishments on the basic of modern methods and facilities IS designing. The main attention is spared the questions of informative support of medical activity.

УДК 614.88

Г.О. СЛАБКИЙ, Н.П. КРИЗИНА (Київ)

ПЕРВИННА МЕДИКО-САНІТАРНА ДОПОМОГА: СТАН РОЗВИТКУ

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України,

Здоров'я населення в цілому і кожної людини зокрема як члена суспільства має визначальне значення для існування й розвитку держави, що визнано Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН (UNG 34/58, 1979) і Програмою ВООЗ.

Головна увага в реформуванні систем охорони здоров'я приділяється раціоналізації медичної допомоги, децентралізації управління та підвищенню відповідальності закладів охорони здоров'я за рентабельність медичних послуг, пріоритетному розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини, реструктуризації лікарняного сектору, запровадженню чіткого контролю витрат громадян на медичну допомогу, включаючи витрати на страхування і окремі медичні послуги, перерозподілу витрат між роботодавцем і працівником, зміні місця й характеру надання медичної допомоги, орієнтації на внутрішній ринок і керовану конкуренцію [1, 7, 8, 9, 10, 13].

Стратегічний курс України на інтеграцію в європейський союз знайшов відображення в зверненні Президента України до Верховної Ради «Європейський вибір», Указі Президента № 965/2004 «Про загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу», «Концептуальних засадах стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки». Розроблена та затверджена Указом Президента України «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України» (2000), на основі якої сформована міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр., які за своїми принципами та підходами відповідають нормам міжнародного права на розвиток національної системи охорони здоров'я [3, 10, 12].

6 грудня 2005 р. Президентом України В.А. Ющенком видано Указ №1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», а на його виконання розроблено, затверджений КМУ 13.06.2007 Національний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, Постановою №815, яким визначається первинна медико-санітарна допомога, як перспектив-

ний та першочерговий напрямок розвитку системи охорони здоров'я України [1, 11].

У Постанові КМ України від 16 січня 2008 р. № 14 «Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України «Український прорив: для людей, а не політиків» де Уряд зобов'язується провести:

- структурну реорганізацію системи медичного забезпечення з першочерговим розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної (сімейної) лікарської практики;
- розвивати сільську медицину шляхом запровадження програми «Сільський лікар», яка передбачатиме створення/відновлення сільських амбулаторій і фельдшерсько-акушерських пунктів та їх оснащення медичною технікою;
- створити нормативно-правову базу з питань діяльності інституту сімейного лікаря із забезпеченням протягом п'яти років обслуговування кожної родини сімейним лікарем [11].

Мета роботи: Вивчити стан розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні.

Методи, що використані під час виконання роботи: системного підходу, статистичний.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є одним з найефективніших механізмів підвищення результативності роботи закладів охорони здоров'я, справедливого розвитку і раціонального використання ними коштів.

Розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини (ЗП/СМ) у більшості країн Європейського регіону сприяло впровадженню нової філософії охорони здоров'я. Адже система медичного обслуговування ЗП/СМ потребує найменших ресурсів. в той час, як забезпечує найбільший вплив на стан здоров'я населення, в основі якої доступність, безперервність, комплексність та орієнтація на пацієнта, а не хворобу мають пріоритет. Заклади первинної медико-санітарної допомоги надають до 90% загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики/сімейної медицини (сімейна медицина) в розвинутих країнах становить до 30–50% кількості усіх лікарів, які працюють в системі охорони здоров'я [4, 6, 7, 9, 13].

Покращення доступності і якості медичної допомоги пов'язується з пріоритетним розвитком сектору ПМСД, удосконаленням профілактичних засад в охороні здоров'я, інтеграцією медичних і соціальних служб, міжсекторальне співробітництвом, запровадженням "керованої" медичної допомоги тощо [4, 5, 6, 14, 15].

Результати та їх обговорення.

З кожним роком у вітчизняній охороні здоров'я збільшується кількість закладів ПМСД, що надають медичну допомогу прикріпленому населенню на засадах сімейної медицини, покращується їх кадрове забезпечення, ресурсна база. Аналіз діяльності медичного персоналу закладів сімейної медицини, здійснений у рамках моніторингу за розвитком сімейної медицини, засвідчив медичну, соціальну та економічну ефективність такої реорганізації роботи первинного сектору [4, 5, 6, 7].

На шляху створення в Україні дієвого інституту сімейної медицини ще залишається багато невирішених проблем організаційного, управлінського фінансового та нормативно-правового характеру.

Досвід діяльності в Україні перших закладів загальної практики-сімейної медицини показав, що перехід до широкомасштабного її запровадження у вітчизняну охорону здоров'я в сучасних соціально-економічних умовах є тривалим та складним процесом, потребує перебудови її інфраструктури, правового забезпечення та відповідного наукового супроводу.

Протягом 2003–2007 рр. здійснюються заходи щодо впорядкування мережі та ліжкового фонду лікарень з розвитком сімейної медицини, збільшенням кількості амбулаторно-поліклінічних закладів (АПЗ) та стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги.

Мережа АПЗ збільшилась за рахунок самостійних поліклінік і амбулаторій на 259 закладів (9,6%), при цьому кількість лікарняних закладів зменшилась на 159 (9,4%). Лікарні скорочено та упорядковано за рахунок їх трансформації у амбулаторії.

Велика увага приділяється розвитку ЗП/СМ в сільській місцевості, за зазначений період було створено 362 нових заклади і їх кількість складала 3405 закладів та підрозділів ЗП/СМ (+11,2%). В містах було створено 58 нових закладів, і їх кількість становить 561 заклади та підрозділи ЗП/СМ (+11,5%).

У сільській місцевості функціонує: 549 амбулаторій ПМСД на базі фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП), 155 сільських лікарських амбулаторій (СЛА) з дільницями ЗП/СМ та 1893 СЛА з амбулаторіями ЗП/СМ; 337 дільничні лікарні (ДЛ) з дільницями ЗП/СМ та 28 ДЛ з відділеннями ЗП/СМ; на базі 78 ДЛ функціону-

ють амбулаторії ЗП/СМ; 74 районних лікарень (РЛ) з дільницями ЗП/СМ та 9 РЛ з відділеннями ЗП/СМ; 194 поліклінік центральних районних лікарень (ЦРЛ) з дільницями ЗП/СМ; 70 ЦРЛ з відділеннями ЗП/СМ та 18 ЦРЛ з амбулаторіями ЗП/СМ. У містах функціонує: 68 самостійних поліклінік з дільницями ЗП/СМ, 52 самостійних поліклінік з відділеннями ЗП/СМ, 31 самостійних поліклінік з амбулаторіями ЗП/СМ, 50 самостійних поліклінік з відокремленими амбулаторіями ЗП/СМ, 179 поліклінік з дільницями ЗП/СМ у складі лікарень, 81 поліклінік з відділеннями ЗП/СМ у складі лікарень, 59 амбулаторій ЗП/СМ на території обслуговування поліклінік у складі лікарень, 23 лікарень з відокремленими амбулаторіями ЗП/СМ, 28 закладів ЗП/СМ недержавної форми власності. Табл. 1.

Хочемо наголосити, що тільки 32,55% населення охоплено обслуговуванням сімейними лікарями. Табл. 2. при цьому найбільша питома вага населення, що обслуговується сімейними лікарями зареєстрована в Закарпатській (72,52%), Тернопільській (70,52%) та Житомирській (64,78%) областях, а найменша в м. Києві (5,92%), Дніпропетровській (11,27%), Луганській (11,54%) областях. При цьому в сільській місцевості сімейними лікарями обслуговується 69,25% населення. Все сільське населення сімейними лікарями обслуговується в Харківській та Тернопільській областях та 95,58% населення у Закарпатській області. В Луганській області сімейними лікарями в сільській місцевості обслуговується тільки 36,08% населення, в Львівській – 39,05% та в Дніпропетровській – 41,2%.

Статистичні дані вказують, що на одну посаду сімейного лікаря в середньому прикріплено 1663,93 населення. Найбільша кількість населення сімейним лікарем обслуговується в Київській (2285,26), Рівненській (1947,54) та Херсонській (1837,65), а найменша в Івано-Франківській (1406,89), Миколаївській (1424,59) та Запорізькій (1475,16) областях. Табл.3.

В міській місцевості, при нормативі обслуговування 1500 осіб, навантаження на сімейного лікаря коливається від 1332,42 в Івано-Франківській області до 1080,97 в Вінницької області. Найбільші порушення допускають головні лікарі наступних областей: Запорізької (2006,00), Вінницької (1080,97), Волинської (1897,86).

В сільській місцевості, при нормативі 1200 осіб, сімейними лікарями обслуговується населення в кількості від 1332,34 (Запорізька обл.) 2390,63 (Київська обл.). Найбільший рівень порушення нормативу відмічено в Херсонській (2203,60), Львівській (2051,40), Рівненській (1966,81), Сумській (1958), Волинській (1919,93) областях.

Таблиця 1. Кількість існуючих закладів первинної медико-санітарної допомоги загальної практики/сімейної медицини станом на 1.01.2008 р.

№ з/п	АДМІНІСТРАТИВНІ ТЕРИТОРІЇ	СІЛЬСЬКА МІСЦЕВІСТЬ												МІСЬКІ ПОСЕЛЕННЯ													
		Всього	Амбулаторія ЗПСМ (ФАП)	СІА з дільничними ЗПСМ	Амбулаторія ЗПСМ (СІА)	ДП з дільничними ЗПСМ	ДП з дільничними ЗПСМ	ДП з дільничними ЗПСМ	Амбулаторія ЗПСМ (ДП)	ПІ з дільничними ЗПСМ	ПІ з дільничними ЗПСМ	Амбулаторія ЗПСМ (РП)	Дільничні ЗПСМ у складі поліклініки ЦРЛ	Відділення ЗПСМ у складі поліклініки ЦРЛ	Амбулаторія ЗПСМ (ЦРЛ)	Всього по сільській місцевості	Поліклініки з дільничними ЗПСМ (самостійна)	Поліклініки з відділеннями ЗПСМ (самостійна)	Амбулаторія ЗПСМ на території (у складі самостійної поліклініки)	Амбулаторія ЗПСМ в складі (відокремлена)	Поліклініки з дільничними ЗПСМ (у складі лікарні)	Поліклініки з відділеннями ЗПСМ (у складі лікарні)	Амбулаторія ЗПСМ на території (у складі лікарні)	Амбулаторія ЗПСМ у складі лікаря			
1.	АР Крим	160	13	17	85	4	3	0	3	2	0	5	3	0	135	3	2	2	0	0	6	3	0	0	0	0	0
2.	Вінницька обл..	246	17	0	145	41	4	0	7	1	0	13	11	0	239	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	Волинська обл..	84	1	1	59	5	0	0	1	0	0	4	0	0	71	1	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
4.	Дніпропетровська обл.	140	5	7	73	14	0	0	0	0	0	7	1	0	107	5	0	0	0	0	21	2	5	0	0	0	0
5.	Донецька обл..	166	14	3	58	5	0	7	0	0	0	1	3	0	91	6	1	0	0	12	34	19	0	0	0	0	0
6.	Житомирська обл..	219	9	3	130	17	0	1	1	0	0	17	2	1	181	1	1	0	0	4	12	6	11	0	0	0	0
7.	Закарпатська обл..	267	69	0	163	15	0	2	2	0	1	1	1	0	255	0	1	0	0	0	7	4	0	0	0	0	0
8.	Запорізька обл..	89	21	2	41	0	1	0	0	1	0	2	2	6	76	2	1	4	0	0	2	2	2	0	0	0	0
9.	Івано-Франківська обл..	124	4	0	112	0	0	0	2	0	0	2	0	0	120	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
10.	Київська обл..	204	45	12	84	28	0	7	2	0	0	5	0	1	184	10	0	0	0	7	1	0	0	1	0	0	0
11.	Кіровоградська обл..	111	7	0	52	15	0	10	1	0	0	18	0	0	103	1	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0
12.	Луганська обл..	81	6	0	27	3	0	1	1	0	0	3	3	0	44	3	0	0	0	1	22	4	0	0	0	0	0
13.	Львівська обл..	194	23	8	89	3	0	0	9	0	0	11	1	0	144	1	15	2	1	14	6	5	0	0	0	0	0
14.	Миколаївська обл..	123	2	22	47	10	0	2	0	0	0	13	1	7	104	4	0	9	0	0	0	0	0	6	0	0	0
15.	Одеська обл..	154	19	6	92	14	0	1	2	0	0	2	1	0	137	5	3	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0
16.	Полтавська обл..	224	25	2	100	16	0	16	3	0	0	18	5	2	187	0	2	2	0	0	6	4	14	0	0	0	0
17.	Рівненська обл..	87	6	8	50	3	0	2	5	0	0	5	6	0	85	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18.	Сумська обл..	129	12	6	69	19	0	2	1	0	0	0	0	0	109	1	0	0	0	0	10	8	0	0	0	0	0
19.	Тернопільська обл..	188	33	0	108	10	1	1	9	3	0	10	7	0	182	1	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0
20.	Харківська обл..	328	137	4	79	23	15	24	0	0	0	9	16	0	307	4	6	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0
21.	Херсонська обл..	92	14	7	39	16	0	0	0	0	0	2	2	0	80	0	0	0	0	0	4	5	3	0	0	0	0
22.	Хмельницька обл..	153	32	3	58	15	1	2	8	0	0	15	1	1	136	3	2	3	0	7	0	0	1	0	0	0	0
23.	Черкаська обл..	110	6	8	43	18	3	0	2	0	0	11	1	0	92	3	1	2	0	0	7	5	0	0	0	0	0
24.	Чернівецька обл..	136	29	28	39	22	0	0	1	0	0	5	3	0	127	3	1	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0
25.	Чернігівська обл..	127	0	8	51	21	0	0	14	0	0	15	0	0	109	0	0	0	0	0	6	2	10	0	0	0	0
26.	м. Київ	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	4	7	0	3	0	0	0	0	0	0	0
27.	м. Севастополь	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	1	0	0	0	0
Всього по Україні		3966	549	155	1893	337	28	78	74	9	0	194	70	18	3405	68	52	31	40	179	81	59	2	0	0	0	0

Таблиця 2. Питома вага охоплення населення, якому надається ПМСД на засадах ЗП/СМ

№ з/п	Адміністративні території	Населення	Прикріплено населення до закладів ЗП/СМ	%
1.	АР Крим	1962300	615595	31,37
2.	Вінницька обл.	1665100	782235	46,98
3.	Волинська обл.	1033700	473924	45,85
4.	Дніпропетровська обл.	3395100	382593	11,27
5.	Донецька обл.	4526000	622294	13,75
6.	Житомирська обл.	1306200	846182	64,78
7.	Закарпатська обл.	1239800	899070	72,52
8.	Запорізька обл.	1832100	288762	15,76
9.	Івано-Франківська обл.	1379900	487839	35,35
10.	Київська обл.	1731500	574744	33,19
11.	Кіровоградська обл.	1033300	377205	36,50
12.	Луганська обл.	2350700	271248	11,54
13.	Львівська обл.	2541400	871863	34,31
14.	Миколаївська обл.	1202800	365051	30,35
15.	Одеська обл.	2383700	603775	25,33
16.	Полтавська обл.	1517100	967377	63,76
17.	Рівненська обл.	1150900	340819	29,61
18.	Сумська обл.	1194600	474382	39,71
19.	Тернопільська обл.	1095400	772511	70,52
20.	Харківська обл.	2780300	1463614	52,64
21.	Херсонська обл.	1106100	346355	31,31
22.	Хмельницька обл.	1347100	453530	33,67
23.	Черкаська обл.	1311900	545805	41,60
24.	Чернівецька обл.	901500	445418	49,41
25.	Чернігівська обл.	1127400	490340	43,49
26.	м. Київ	2698900	159652	5,92
27.	м. Севастополь	377500	115146	30,50
ВСЬОГО ПО УКРАЇНІ		46192300	15037329	32,55

Таблиця 3. Чисельність прикріпленого населення на 1 штатну посаду лікарів ЗП/СМ

№ з/п	Адміністративні території	Чисельність прикріпленого населення	Число штатних посад лікарів ЗП/СМ	Навантаження на 1 лікаря ЗП/СМ
1	2	3	4	5
1.	АР Крим	615595	394,25	1561,43
2.	Вінницька обл.	782235	490,25	1595,58
3.	Волинська обл.	473924	248,25	1909,06
4.	Дніпропетровська обл.	382593	229	1670,71
5.	Донецька обл.	622294	395,25	1574,43
6.	Житомирська обл.	846182	524,75	1612,54
7.	Закарпатська обл.	899070	543,5	1654,22
8.	Запорізька обл.	288762	195,75	1475,16
9.	Івано-Франківська обл.	487839	346,75	1406,89
10.	Київська обл.	574744	251,5	2285,26
11.	Кіровоградська обл.	377205	217,5	1734,28
12.	Луганська обл.	271248	167	1624,24
13.	Львівська обл.	871863	531,5	1640,38
14.	Миколаївська обл.	365051	256,25	1424,59
15.	Одеська обл.	603775	357	1691,25
16.	Полтавська обл.	967377	538	1798,10
17.	Рівненська обл.	340819	175	1947,54
18.	Сумська обл.	474382	260,25	1822,79
19.	Тернопільська обл.	772511	468,25	1649,78
20.	Харківська обл.	1463614	982,75	1489,30

Продовження табл. 3

№ з/п	Адміністративні території	Чисельність прикріпленого населення	Число штатних посад лікарів ЗП/СМ	Навантаження на 1 лікаря ЗП/СМ
1	2	3	4	5
21	Херсонська обл.	346355	178,75	1937,65
22	Хмельницька обл.	453530	286	1585,77
23	Черкаська обл.	545805	301,25	1811,80
24	Чернівецька обл.	445418	263,5	1690,39
25	Чернігівська обл.	490340	271,5	1806,04
26	м. Київ	159652	95	1680,55
27	м. Севастополь	115146	68,5	1680,96
ВСЬОГО ПО УКРАЇНІ		15037329	9037,25	1663,93

В закладах охорони здоров'я України введено 9037,25 посад сімейних лікарів, що становить 1,96 на 10 тис. населення. На введених посадах працює 7369 сімейних лікарів, що забезпечує укомплектованість штатів фізичними особами 81,54%. Найвищі рівні укомплектованості зареєстровані в Львівській (96,9%),

Київській (90,26%), Чернігівській (87,29%), а найменші – в Кіровоградській (68,05), Івано-Франківській (68,93%) та Донецькій (73,12%) областях. Табл. 4.

Штатні посади лікарів загальної практики-сімейних лікарів становлять – 3,5% від загальної кількості лікарів усіх спеціальностей.

Таблиця 4. Забезпеченість населення сімейними лікарями

№ з/п	Адміністративні території	Штатні посади (абс.)	На 10 тис. населення	Фізичні особи (абс.)	На 10 тис. населення	Укомплектованість %
1.	АР Крим	394,25	2,01	330	1,68	83,70
2.	Вінницька обл.	490,25	2,94	409	2,46	83,43
3.	Волинська обл.	248,25	2,40	186	1,80	74,92
4.	Дніпропетровська обл.	229	0,67	184	0,54	80,35
5.	Донецька обл.	395,25	0,87	289	0,64	73,12
6.	Житомирська обл.	524,75	4,02	429	3,28	81,75
7.	Закарпатська обл.	543,5	4,38	467	3,77	85,92
8.	Запорізька обл.	195,75	1,07	152	0,83	77,65
9.	Івано-Франківська обл.	346,75	2,51	239	1,73	68,93
10.	Київська обл.	251,5	1,45	227	1,31	90,26
11.	Кіровоградська обл.	217,5	2,10	148	1,43	68,05
12.	Луганська обл.	167	0,71	136	0,58	81,44
13.	Львівська обл.	531,5	2,09	515	2,03	96,90
14.	Миколаївська обл.	256,25	2,13	208	1,73	81,17
15.	Одеська обл.	357	1,50	279	1,17	78,15
16.	Полтавська обл.	538	3,55	469	3,09	87,17
17.	Рівненська обл.	175	1,52	141	1,23	80,57
18.	Сумська обл.	260,25	2,18	209	1,75	80,31
19.	Тернопільська обл.	468,25	4,27	387	3,53	82,65
20.	Харківська обл.	982,75	3,53	753	2,71	76,62
21.	Херсонська обл.	178,75	1,62	131	1,18	73,29
22.	Хмельницька обл.	286	2,12	249	1,85	87,06
23.	Черкаська обл.	301,25	2,30	238	1,81	79,00
24.	Чернівецька обл.	263,5	2,92	225	2,50	85,39
25.	Чернігівська обл.	271,5	2,41	237	2,10	87,29
26.	м. Київ	95	0,35	78	0,29	82,11
27.	м. Севастополь	68,5	1,81	54	1,43	78,83
ВСЬОГО ПО УКРАЇНІ		9037,25	1,96	7369	1,60	81,54

Кількість штатних посад сімейних медичних сестер становить 11778,75, а фізичних осіб 10800, що складає рівень укомплектованості штатних посад 91,71%. Табл. 5. При цьому хочеться звернути увагу організаторів охорони

здоров'я м. Києва (65,98%), Київської області (74,26%) та Чернівецької (76,90%) областей на низький рівень укомплектованості штатних посад медичних сестер сімейної медицини/загальної практики.

Таблиця 5. Забезпеченість населення сімейними медсестрами

№ з/п	Адміністративні території	Штатні посади (абс.)	На 10 тис. населення	Фізичні особи (абс.)	На 10 тис. населення	Укомплектованість %
1.	АР Крим	388,5	1,98	347	1,77	89,32
2.	Вінницька обл.	789,25	4,74	669	4,02	84,76
3.	Волинська обл.	234	2,26	241	2,33	102,99
4.	Дніпропетровська обл.	273,5	0,81	233	0,69	85,19
5.	Донецька обл.	602,75	1,33	504	1,11	83,62
6.	Житомирська обл.	578,25	4,43	554	4,24	95,81
7.	Закарпатська обл.	726,5	5,86	772	6,23	106,26
8.	Запорізька обл.	309,5	1,69	291	1,59	94,02
9.	Івано-Франківська обл.	455,75	3,30	487	3,53	106,86
10.	Київська обл.	390,5	2,26	290	1,67	74,26
11.	Кіровоградська обл.	260	2,52	228	2,21	87,69
12.	Луганська обл.	256,5	1,09	238	1,01	92,79
13.	Львівська обл.	641,75	2,53	597	2,35	93,03
14.	Миколаївська обл.	481,75	4,01	434	3,61	90,09
15.	Одеська обл.	533,25	2,24	449	1,88	84,20
16.	Полтавська обл.	587,25	3,87	550	3,63	93,66
17.	Рівненська обл.	226	1,96	222	1,93	98,23
18.	Сумська обл.	355,25	2,97	341	2,85	95,99
19.	Тернопільська обл.	497	4,5 4	495	4,52	99,60
20.	Харківська обл.	1682,5	6,05	1566	5,63	93,08
21.	Херсонська обл.	169,75	1,53	151	1,37	88,95
22.	Хмельницька обл.	285	2,12	289	2,15	101,40
23.	Черкаська обл.	275	2,10	220	1,68	80,00
24.	Чернівецька обл.	420	4,66	323	3,58	76,90
25.	Чернігівська обл.	219,75	1,95	212	1,88	96,47
26.	м. Київ	97	0,36	64	0,24	65,98
27.	м. Севастополь	40,5	1,07	33	0,87	81,48
ВСЬОГО ПО УКРАЇНІ		11776,75	2,55	10800	2,34	91,71

Важливим показником ресурсного забезпечення сімейної медицини/загальної практики є співвідношення штатних посад медичних сестер ЗП/СМ до лікарів ЗП/СМ. Табл. 6. Нормативно це співвідношення має становити 2 до 1. Від забезпечення закладів ПМСД медичними сестрами в певній мірі залежить якість надання ме-

дичної допомоги. В цілому по Україні дане співвідношення становить 1:1,3. Але в 6 адміністративних територіях на одну посаду сімейного лікаря в штатних розписах закладів охорони здоров'я введено менше однієї посади медичної сестри. Це: м. Севастополь, АР Крим, Волинська, Херсонська, Черкаська, Чернігівська області.

Таблиця 6. Співвідношення штатних посад медичних сестер ЗП/СМ до лікарів ЗП/СМ

№ з/п	Адміністративні території	Штатні посади лікарів ЗП/СМ (абс.)	Штатні посади медсестер (абс.)	Співвідношення медичних сестер ЗП/СМ до лікарів ЗП/СМ (норматив 1:2)
1	2	3	4	5
1.	АР Крим	394,25	388,5	1 : 0,99
2.	Вінницька обл.	490,25	789,25	1 : 1,61
3.	Волинська обл.	248,25	234	1 : 0,94
4.	Дніпропетровська обл.	229	273,5	1 : 1,19
5.	Донецька обл.	395,25	602,75	1 : 1,52
6.	Житомирська обл.	524,75	578,25	1 : 1,10
7.	Закарпатська обл.	543,5	726,5	1 : 1,34
8.	Запорізька обл.	195,75	309,5	1 : 1,58
9.	Івано-Франківська обл.	346,75	455,75	1 : 1,31
10.	Київська обл.	251,5	390,5	1 : 1,55

Продовження табл. 6

1	2	3	4	5
11	Кіровоградська обл.	217,5	260	1 : 1,20
12	Луганська обл.	167	256,5	1 : 1,54
13	Львівська обл.	531,5	641,75	1 : 1,21
14	Миколаївська обл.	256,25	481,75	1 : 1,88
15	Одеська обл.	357	533,25	1 : 1,49
16	Полтавська обл.	538	587,25	1 : 1,09
17	Рівненська обл.	175	226	1 : 1,29
18	Сумська обл.	260,25	355,25	1 : 1,37
19	Тернопільська обл.	468,25	497	1 : 1,06
20	Харківська обл.	982,75	1682,5	1 : 1,71
21	Херсонська обл.	178,75	169,75	1 : 0,95
22	Хмельницька обл.	286	285	1 : 1,00
23	Черкаська обл.	301,25	275	1 : 0,91
24	Чернівецька обл.	263,5	420	1 : 1,59
25	Чернігівська обл.	271,5	219,75	1 : 0,81
26	м. Київ	95	97	1 : 1,02
27	м. Севастополь	68,5	40,5	1 : 0,59
ВСЬОГО ПО УКРАЇНІ		9037,25	11776,75	1 : 1,30

В табл. 7 наведена кількість відвідувань сімейних лікарів різними категоріями населення в розрізі регіонів. Наведені дані корелюють з даними забезпеченням населення сімейними лікарями.

Таблиця 7. Кількість відвідувань до лікарів ЗП/СМ

№ з/п	Адміністративні території	Дорослі			Діти до 17 років		
		всього	сільська місцевість	міські поселення	всього	сільська місцевість	міські поселення
1.	АР Крим	736013	532357	203656	329942	229914	100028
2.	Вінницька обл.	1218821	1123927	94894	399113	354465	44648
3.	Волинська обл.	794891	344077	450814	152558	105006	47552
4.	Дніпропетровська обл.	493313	306280	187033	120771	104484	16287
5.	Донецька обл.	938740	341581	597159	203738	105358	98380
6.	Житомирська обл.	1847918	799565	1048353	226372	149049	77323
7.	Закарпатська обл.	933840	760721	173119	590477	499431	91046
8.	Запорізька обл.	451109	328436	122673	113081	113081	0
9.	Івано-Франківська обл.	580069	526341	53728	335930	313080	22850
10.	Київська обл.	585865	526056	59809	165802	158047	7755
11.	Кіровоградська обл.	535619	416808	118811	108734	94251	14483
12.	Луганська обл.	437068	177319	259749	49258	31951	17307
13.	Львівська обл.	1373850	361001	1012849	511904	145138	366766
14.	Миколаївська обл.	665716	492462	173254	212384	186082	26302
15.	Одеська обл.	861467	501847	359620	181542	173323	8219
16.	Полтавська обл.	1605013	844327	760686	182040	147446	34594
17.	Рівненська обл.	364745	338001	26744	108553	100057	8496
18.	Сумська обл.	751843	263208	488635	127477	57029	70448
19.	Тернопільська обл.	1400302	1100790	299512	330021	322963	7058
20.	Харківська обл.	2612961	2056625	556336	707658	574734	132924
21.	Херсонська обл.	417776	221452	196324	125317	73073	52244
22.	Хмельницька обл.	797776	553836	243940	98732	80926	17806
23.	Черкаська обл.	1035193	426491	608702	109006	94024	14982
24.	Чернівецька обл.	593818	467592	126226	256093	208395	47698
25.	Чернігівська обл.	800786	494799	305987	101001	62363	38638
26.	м. Київ	338685	0	338685	32957	0	32957
27.	м. Севастополь	232266	0	232266	41173	0	41173
ВСЬОГО ПО УКРАЇНІ		23405463	14305899	9099564	5921634	4483670	1437964

Враховуючи, що основною функцією сімейного лікаря є профілактика захворювань в табл. 8 наведені дані про профілактичні прийоми сімейних лікарів. В цілому по Україні їх питома вага

склала 53,1%. Хочеться звернути увагу головних лікарів лікувально-профілактичних закладів на створення сприятливих умов для профілактичної діяльності сімейних лікарів.

Таблиця 8. Кількість відвідувань до лікарів ЗП/СМ (з профілактичною метою)

№ з/п	Адміністративні території	Всього	Сільська місцевість	Міські поселення
1.	АР Крим	598283	505564	92719
2.	Вінницька обл.	898754	837165	61589
3.	Волинська обл.	438983	193744	245239
4.	Дніпропетровська обл.	215693	162593	53100
5.	Донецька обл.	522240	230285	291955
6.	Житомирська обл.	502047	313213	188834
7.	Закарпатська обл.	758133	641713	116420
8.	Запорізька обл.	248382	213420	34962
9.	Івано-Франківська обл.	396286	366709	29577
10.	Київська обл.	229475	198647	30828
11.	Кіровоградська обл.	231953	192036	39917
12.	Луганська обл.	154475	76948	77527
13.	Львівська обл.	1023125	217453	805672
14.	Миколаївська обл.	628648	532620	96028
15.	Одеська обл.	324973	278775	46198
16.	Полтавська обл.	798451	422167	376284
17.	Рівненська обл.	188774	176726	12048
18.	Сумська обл.	346924	145766	201158
19.	Тернопільська обл.	604848	557091	47757
20.	Харківська обл.	1827851	1424980	402871
21.	Херсонська обл.	179191	107596	71595
22.	Хмельницька обл.	282552	226365	56187
23.	Черкаська обл.	216781	110583	106198
24.	Чернівецька обл.	462706	351123	111583
25.	Чернігівська обл.	206607	152183	54424
26.	м. Київ	98329	0	98329
27.	м. Севастополь	51073	0	51073
ВСЬОГО ПО УКРАЇНІ		12435537	8635465	3800072

При вивченні питання результативності лікування пацієнтів сімейними лікарями ми виявили, що до вузьких спеціалістів направляється на лікування 10,5% хворих, які звернулися за допомогою до сімейного лікаря. До лікарень вто-

ринного та третинного рівнів сімейними лікарями госпіталізовано 4,7% хворих. Тобто спостерігається позитивна динаміка показників звернення до сімейних лікарів. Отримані дані наведені в табл.9.

Таблиця 9. Результати лікування пацієнтів сімейними лікарями

№ з/п	Адміністративні території	Закінчили лікування у сімейного лікаря	Направлено до «вузьких» спеціалістів	Госпіталізовано до лікарень вторинного та третинного рівнів
1	2	3	4	5
1.	АР Крим	480222	77565	21210
2.	Вінницька обл.	875809	72748	39177
3.	Волинська обл.	576582	54888	28243
4.	Дніпропетровська обл.	187993	50258	19421
5.	Донецька обл.	632587	66342	30575
6.	Житомирська обл.	1317087	83109	49924
7.	Закарпатська обл.	728253	174612	78647
8.	Запорізька обл.	295341	20958	11450
9.	Івано-Франківська обл.	343117	47606	28288

Продовження табл. 9

1	2	3	4	5
1.	Київська обл.	902770	46045	29477
2.	Кіровоградська обл.	333902	32076	17946
3.	Луганська обл.	186964	29701	10649
4.	Львівська обл.	678888	92572	20269
5.	Миколаївська обл.	243608	27269	17956
6.	Одеська обл.	474488	91593	25769
7.	Полтавська обл.	1145636	88441	28407
8.	Рівненська обл.	315450	39571	21262
9.	Сумська обл.	591236	26410	16751
10.	Тернопільська обл.	562638	83193	43726
11.	Харківська обл.	936576	158266	74331
12.	Херсонська обл.	336226	46252	19295
13.	Хмельницька обл.	323825	39299	18816
14.	Черкаська обл.	382802	38692	21617
15.	Чернівецька обл.	598975	38592	16238
16.	Чернігівська обл.	1528470	41667	32667
17.	м. Київ	281644	37236	2012
18.	м. Севастополь	94648	13369	3618
ВСЬОГО ПО УКРАЇНІ		15355737	1618330	727741

Ми можемо говорити про поступовий розвиток сімейної медицини в Україні. Ще є багато пароблем, які потребують вирішення, зокрема питання фінансового, матеріально-технічного, технологічного та інформаційного забезпечення сімейної медицини, оцінки якості медичної допомоги за допомогою відповідних стандартів, оплати праці сімейних лікарів і медичних сестер, створення незалежних лікарських практик та співпраці сімейних лікарів з іншими спеціалістами лікувально-профілактичних закладів вторинного та третинного рівнів.

Висновки:

Реформування системи ПМСД на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини

забезпечить поліпшення стану здоров'я населення на основі удосконалення системи медичної допомоги, наближення її до кожної сім'ї, підвищення рівня доступності, якості та ефективності при раціональному використанні ресурсів галузі.

Державна політика має бути орієнтована на розвиток нових організаційних форм медичної допомоги населенню, затвердження і підтримки на державному та регіональному рівнях комплексних цільових програм, що охоплюють все коло проблем переходу до сімейної медицини.

Державою має бути прийнято Закон "Про державну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги", яка розроблена МОЗ України та пройшла громадське обговорення.

Список літератури

1. *Постанова* Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. №989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» //www.moz.gov.ua.
2. *Постанова* Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. № 14 «Про затвердження міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2010 роки.
3. *Кучеренко*. В чем суть реструктуризации //Главврач.– 2004. – № 11. – С. 6-7.
4. *Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Галієнко Л.І.* Розвиток сімейної медицини в Україні: стан, здобутки, перспективи (дані дворічного моніторингу впровадження сімейної медицини у систему охорони здоров'я України) // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 40-44.
5. *Черниховський Д.* Формирование новой модели здравоохранения //Врач. – 1993. – № 9. – С. 2-3.
6. *Карашаев М.М., Бокчубаев Э.Т., Абилов Б.А.* Децентрализация в деятельности лечебно-профилактических учреждений как важное звено управления качеством оказания медицинской помощи населению в Кыргызской Республике //Экон. здравоохранения. – 2004. – № 5. – С.7-8.
7. *В.М. Пономаренко, О.М. Ціборовський, Л.І. Галієнко* Розвиток сімейної медицини в Україні: стан, здобутки, перспективи (дані дворічного моніторингу впровадження сімейної медицини у систему охорони здоров'я України) // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2004.– № 3.– С. 53-58.
8. *Вороненко Ю.В.* Сімейна медицина в Україні: об'єктивні та суб'єктивні чинники затримки впровадження //Журн. АМН України. – 2005. – Том 11, № 1. – С. 24-35.
9. *Карашаев М.М., Бокчубаев Э.Т., Абилов Б.А.* Децентрализация в деятельности лечебно-профилактических учреждений как важное звено управления качеством оказания медицинской помощи населению в Кыргызской Республике //Экон. здравоохранения. – 2004. – № 5. – С.7-8.

10. *Послання* Президента України до Верховної Ради України «Європейський вибір: концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002 – 2011 роки» / Кучма Л. Д. – К.; Інформ. – Видавн. Центр Держкомстату України, 2002. – 74 с.
11. *Постанова* КМ України від 16 січня 2008 р. № 14 «Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України «Український прорив: для людей, а не політиків».
12. *Про* програму Європейської інтеграції України: Указ Президента України від 14. 09. 2000 р. №1072 //Офіц. вісн. України – 2000. – № 32.- С. 2.
13. *Крячкова Л.В.* Стационарзаменяющие формы медицинской помощи как пример замещения в организационных структурах здравоохранения (литературный обзор) //Главный врач.-Днепропетровск, 2002. -№ 8. - С. 41-54.
14. *Tabbush V., Swenson G.* Changing paradigms in medical payment //Arch Intern. Med. – 1996. – Vol. 156, № 2. – P. 357-360.
15. *Chris Ham.* Health care Reform: learning from international experience. – Buckingham. Philadelphia: Open Univ. Press, 1997. – 147 p.

ПЕРВИЧНА МЕДИКО-САНИТАРНА ПОМОЦЬ: СОСТАНІЕ РОЗВИТТЯ

Слабкий Г.А., Кризіна Н.П. (Київ)

Приведены данные ситуационного анализа о состоянии развития семейной медицины в Украине.

PRIMARY MEDICAL AND SANITARY HELP: DEVELOPMENT STATUS

Slabkiy G.A., Krizina N.P. (Kiev)

Information of situational analysis about development of family medicine status in Ukraine is resulted.

МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІОЛОГІЯ

УДК 614.88:002

А.П.ХМАРА, В.С.КИЛІВНИК (Немирів)

ІНФОРМАЦІОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ОРГАНІЗАЦІЇ САНИТАРНО-ОСВІТНЬОЇ РОБОТИ В СІЛЬСЬКОМУ РАЙОНІ

Немирівська районна СЕС Вінницької області

Вступ. В багатьох древньоруських медичних рукописах є рекомендації з профілактики цілої низки захворювань, дотримання дієти, особистої гігієни. В монастирських «обіходниках» приводились поради гігієнічного та лікувального спрямування (відвідування лазні, загартовування, лікування травами тощо). Перша в світі вчений-медик Євпраксія, внучка Володимира Мономаха, приділяла багато уваги основам загальної гігієни, гігієни жінки та дитини, гігієни харчування, гігієни шлюбу. З прийняттям хрис-

тианства, поширенням письменності було систематизовано досвід народної медицини («зелейники», «лечебники», «вертограды»). У часи гетьманства в Україні ці «лечебники» виконували основну санітарно-просвітницьку роль. 26 грудня 1886 року при Товаристві київських лікарів вперше було організовано народні медичні лекції, які читались в залах міської думи і купецьких зборів, спеціально для цієї мети збудованій на кошти меценатів «Народній аудиторії» тощо. Велику популярність серед населення мала санітарно-просвітницька література, яка видавалась по всій Україні. У 1889 р. на III з'їзді

Товариства російських лікарів було підкреслено видатну роль Комісії народних медичних читань при Товаристві київських лікарів: “Такие повсеместные еженедельные чтения – есть единственный разумный, практичный и дешевый способ поднять наш очень низкий уровень народной охраны здоровья, уменьшить беспощадную нашу смертность и, таким образом, сберечь, укрепить и умножить рабочее и умственные силы нашей отчизны и дать ей ту степень благосостояния, силы и славы, которая ей безусловно должна принадлежать” [1]. На наш погляд, актуальність наведених оцінок і прогнозів не втратили своєї гостроти і для нашого сьогодення.

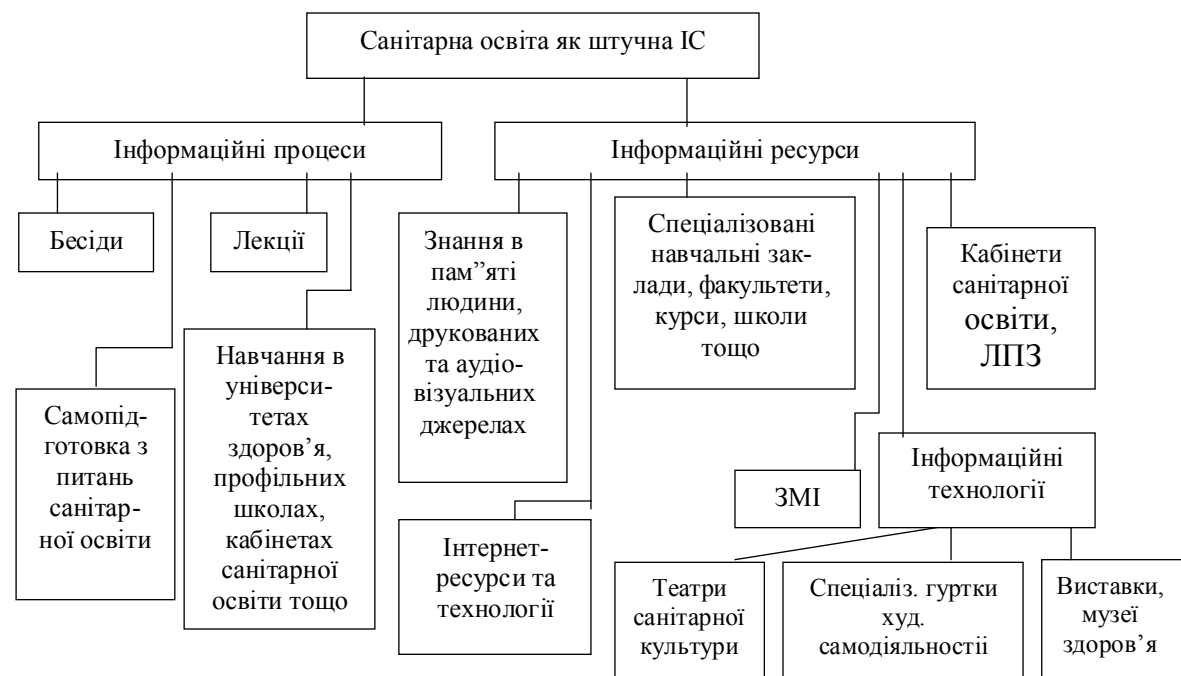
На початку ХХ століття значно зросла кількість видань санітарно-просвітницького спрямування, згодом суттєво розширилась їх тематика, були створені в обласних центрах будинки санітарної освіти, а ще згодом – кабінети санітарної освіти в районах (нині при райСЕС). У світі є приклади фундаментального підходу до цієї справи. Так, наприклад, в Нідерландах (м. Лейден) діє музей у вигляді сидячої людини, в якому можна мандрувати біля внутрішніх органів або крізь них з допомогою ескалаторів, рухливих платформ. Відвідувачі бачать у збільшеному вигляді м’язи, легені, очі, вуха, мозок тощо. На спеціальних моніторах демонструються різноманітні функції, наприклад, постачання кисню за допомогою легенів та крові, травлення, розмноження тощо. В сусідньому приміщенні можливо отримати додаткову інформацію, а саме: про раціональне харчування, провести різноманітні тести, відвідати тематичну виставку тощо. Безсумнівно, напрацьовані в Україні форми і методи та об’єми санітарно-освітньої роботи заслуговують позитивної оцінки, але чи досягнута мета, чи адекватні наші зусилля в напрямку профілактики інфекційних і неінфекційних захворювань, нейтралізації впливу наслідків Чорнобильської катастрофи, які деформують якість і скорочують тривалість життя, а, отже, несуть пряму загрозу збереженню генофонду української нації? І чи справа це тільки медичної спільноти? Далі ми розглянемо аспекти, які в більшості залежні від неї.

Мета. Визначити пріоритети та розробити структурні моделі управління санітарно-освітньою роботою в сільському районі з позицій медичної інформаціології.

Матеріали і методи. Вивчено і узгальнено досвід організації санітарно-освітньої роботи в Україні і Немирівському районі Вінницької області – зокрема. Обґрунтована необхідність вивчення епідеміологічної ситуації в регіоні для відповідного планування санітарно-освітньої роботи.

Досліджена динаміка демографічних показників району як метод оцінки результатів проведених санітарно-освітніх заходів.

Результати дослідження та їх обговорення. З точки зору медичної інформаціології сама санітарна освіта відноситься до інформаційних технологій, а конкретніше – до інформаційно-інтелектуальних технологій штучних інформаційних систем. Але, як і будь-якій інформаційній системі, їй притаманні наявність власних інформаційних процесів та інформаційних ресурсів (діагр.1). Далі в тексті прийняті такі скорочення: ІС – інформаційна система, ІП – інформаційний процес, ІР – інформаційний ресурс, СО – санітарна освіта, ІТ – інформаційна технологія.

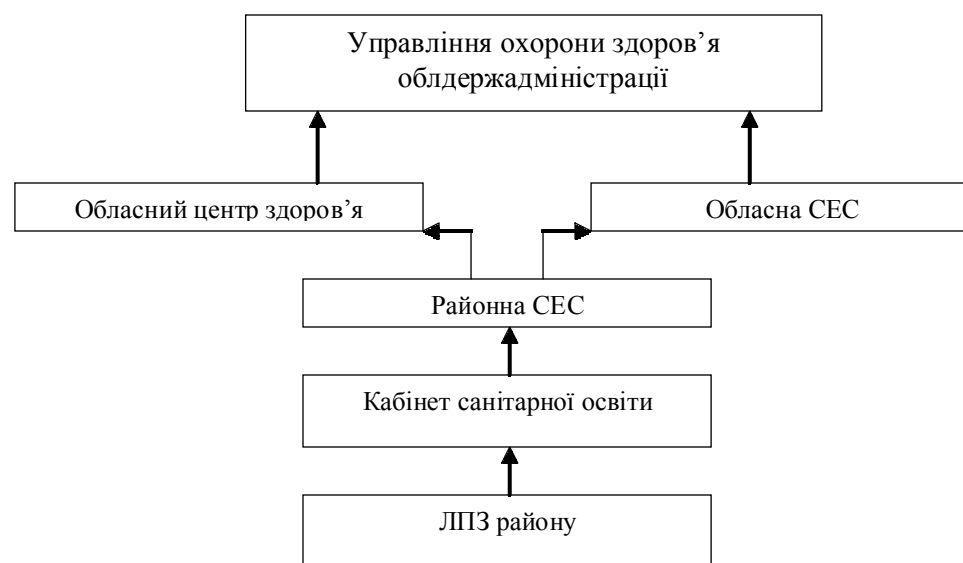


Діаграма 1. Структурна модель санітарної освіти населення

Як видно на діагр.1, приведена модель санітарної освіти населення в певній мірі є потенційною, тому що реально відбуваються тільки процеси, а використання ресурсів є обмеженими, що гальмує популяризацію медичних знань, а значить і зменшує ефективність профілактичних заходів. Безсумнівно, що ключовою фігурою, яка забезпечує ефективне використання інформаційних ресурсів і функціонування процесів є фахово підготовлені медичні працівники. В Немирівському районі, окрім бесід, лекцій, навчання в профільних школах (майбутньої матері, діабетичного хворого, пульмошколи, школи опіко-

вого хворого, університеті здоров'я тощо), широко використовуються ЗМІ, в тому числі радіо, багатотиражні газети (наприклад, "Медичний меридіан" в „Клінічному санаторії "Авангард"), проводяться виставки здоров'я, особливістю яких є попереднє знайомство групи лікарів-лекторів з аудиторією слухачів, проведення опитування, вимірювання артеріального тиску, зважування, надання консультацій, санітарно-освітньої літератури, а потім проводиться лекція чи бесіда з усією аудиторією слухачів.

На діаграмі 2 приведена структурна модель управління санітарною освітою в сільському районі.



Діаграма 2. Структурна модель управління санітарною освітою в сільському районі.

Як видно на діаграмі 2, організаційно – методичним центром в сільському районі є кабінет санітарної освіти в складі райСЕС, який підзвітний облСЕС з питань роботи по профілактиці інфекційних захворювань, санітарії та гігієни та обласному центру здоров'я з питань роботи по профілактиці всіх захворювань та травматизму.

Основні показники санітарно –освітньої роботи за останні 3 років мають позитивну динаміку: збільшилась кількість щорічних радіопередач з 128 до 206, публікацій в пресі з 48 до 81, лекцій з 2857 до 3417, бесід, проведених лікарями і середніми медичними працівниками з 38761 до 45564, конференцій та семінарів з 4 до 6, вечорів запитань і відповідей з 55 до 76, випущених санбюлетнів з 886 до 1444, виставок здоров'я з 8 до 24; проведено заходів за участю телебачення - 9.

Основні процеси і ресурси санітарної освіти були спрямовані на пропаганду здорового способу життя (21,4%), профілактику інфекційних захворювань (39,9%), соматичних захворювань

(24,0%), травматизму(5,2%), отруень (6,6%), новоутворень (2,9%), на навчання медперсоналу ЛПЗ технологіям СО. Звичайно, структура профілактичних заходів чутлива до коливань епідеміологічної ситуації в районі. Актуальною залишається СО з питань, що стосуються запобігання наркоманії, СНІДу, туберкульозу, охорони довкілля, радіаційної гігієни (в районі 19 радіаційно забруднених сіл), СО в жіночій та дитячій консультаціях, дошкільних та шкільних учбових закладах, технікумах, інших організованих колективах.

Ефективність СО в значній мірі залежить від рівня загальної та санітарної культури населення, акцентуації пріоритетів здоров'я в загальній шкалі національних цінностей, турботи держави та інших роботодавців про здоров'я здорових.

Як же виглядають результати СО в районі в світлі динаміки демографічних показників за ті ж останні 3 роки? (див. табл..1)

Як видно з табл. 1, демографічні показники характеризуються низькою народжуваністю, зро-

Таблиця 1. Динаміка демографічних показників Немирівського району за 2005-2007 р.р.

Показники на 1000 населення	2005 р.	2006 р.	2007 р.
Народжуваність	7,4	8,8	8,9
Дитяча смертність	7,6	12,6	12,3
Загальна смертність	22,2	21,6	20,4
Природний приріст населення	-14,7	-12,7	-11,5

станням дитячої та загальної смертності населення, від'ємним приростом населення. Наявний рівень дитячої смертності обумовлений смертністю дітей першого року життя.

Як відомо, в структурі чинників, від яких залежить здоров'я, питома вага здравооохорони складає лише 10% в структурі факторів ризику[3], а від стану екології та кліматичних умов здоров'я залежить на 20%, від генетичних факторів - на 20%, від способу життя - на 50%.

Таким чином, навіть якби здоров'я населення залежало на всі 100% тільки від якості СО, то демографічні показники могли б максимально поліпшитись на тих же 10%. Але СО може і повинна за певних соціально – економічних умов і рівня ресурсного забезпечення суттєво впли-

нути на всі, без виключення, вищезгадані фактори ризику.

Висновки:

1. СО в сільському районі є потужним, доступним та відносно дешевим інформаційним ресурсом профілактики захворювань.

2. Тотальний наступ провідників СО на весь спектр потенційних ризиків для здоров'я людини в перспективі покращить якість життя та демографічну ситуацію на селі.

3. Інформаціологічний підхід при організації і управлінні СО дозволяє оптимізувати процеси і удосконалювати ресурсне забезпечення, якого вона нагально потребує.

4. Демографічні показники є індикаторами ефективності СО.

Список літератури

1. Гарнець А. Санітарна освіта в Україні//Газета „Медичний ярмарок”, 1995, травень.
2. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения// Под ред. Ю.П.Лисицина.-М.:Медицина, 1987.- Т.2.- 464с.
3. Юзвизин И.И. Основы информациологии.- М.: «Информациология» : «Высшая школа», 2000.- 517с.

ИНФОРМАЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОХОД К ОРГАНИЗАЦИИ САНИТАРНО – ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В СЕЛЬСКОМ РАЙОНЕ.

А.П.Хмара, В.С.Килівник(Немирив)

Использован информациологический поход к организации санитарно – просветительной работы в сельском районе. Обоснована актуальность эпидемиологических исследований для планирования и оценки результатов санитарно – просветительной работы.

INFORMATIOLOGICAL APPROACH IN ORGANIZING SANITARI EDUCATIONAL WORK IN RURAL AREA.

А.Р. Khmara, V.S. Kylivnik (Nemyriv)

Informatiological approach in organizing sanitari educational work in rural area has been used. The topicality of epidemiological research for planning and evaluating of sanitary – educational work results has been substantiated.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Вступ. В Україні прийнято низку нормативно-правових документів, які сприяють розвитку первинної медико-санітарної допомоги [1,2]. Після вступу в дію цих документів розвиток лікарських амбулаторій загальної практики / сімейної медицини набув суттєвих темпів. Однак цілий ряд питань потребують наукового обґрунтування. Серед них і місце, яке повинна зайняти медична реабілітація в практичній діяльності сімейних амбулаторій [3,4].

Мета. Дослідити проблеми організації медичної реабілітації, які мають бути вирішені на рівні первинної медико-санітарної допомоги.

Матеріали і методи. Проаналізовано організацію медичної реабілітації на рівні 35 сімейних амбулаторій в трьох областях України – Тернопільській, Хмельницькій, Вінницькій.

Результати дослідження та їх обговорення. Як і в інших розділах медичного обслуговування населення, лікар загальної практики має відігравати вирішальну роль щодо організації і проведення відновлювального лікування своїх пацієнтів.

На підставі вивчення стану медичної реабілітації на визначених експериментальних територіях та впровадження пропозицій, що розроблялись в процесі дослідження нами була розроблена функціонально-організаційна модель надання медичної реабілітації на первинному рівні.

На цьому рівні можуть бути втілені усі основні засади медичної реабілітації. Разом з тим слід підкреслити, що такі засади, як ранній початок реабілітаційних заходів та їхня наступність вирішального мірою залежать саме від лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

Важливо, щоб сімейна лікарська амбулаторія володіла необхідними діагностичними засобами для встановлення індивідуальної програми реабілітації. В експериментальних сімейних лікарських амбулаторіях, де нами проводились дослідження, були створені різноманітні організаційні форми для масового застосування реабілітаційних засобів. Це передусім фізіотерапевтичний кабінет, обладнаний п'ятьма-шістьма фізіотерапевтичними апаратами: для УВЧ-терапії, електрофорезу, електролікування, ультра-

фіолетового опромінення, світлолікування, магнітотерапії тощо.

Високу ефективність виявила організація в складі сімейних амбулаторій денних стаціонарів. Перебуваючи протягом 4-5 годин в умовах, наближених до стаціонарних, хворі мали можливість отримати повний комплекс реабілітаційно-відновлювального лікування.

Що стосується стаціонарів вдома, то наш досвід показав, що його слід застосовувати лише в індивідуальних випадках, зумовлених станом здоров'я пацієнта.

Наше дослідження показало, що комплексна програма реабілітації повинна віддавати безумовний пріоритет немедикаментозним і фізкультурно-оздоровчим заходам реабілітації, порівняно з медикаментозними.

Фізичні та інші немедикаментозні засоби мають низку переваг перед медикаментами під час лікування тривалих хронічних захворювань: вони не призводять до звикання, не дають негативних побічних ефектів, є більш фізіологічними, сприяють підвищенню природних захисних сил організму, забезпечують у цих хворих стійкішу і тривалішу ремісію.

В експериментальних лікарських амбулаторіях нами був розширений комплекс немедикаментозних засобів в умовах сімейних лікарських амбулаторій. Зокрема, масово застосовувалась бальнеотерапія (ванни з відварами і екстрактами лікувальних рослин, розчинами різних солей), голкорексфлексотерапія. Згідно наших рекомендацій, сімейні лікарі, як обов'язкові, включали в індивідуальну програму реабілітації рекомендації щодо здорового способу життя, дієтичного харчування, застосовували арсенал психотерапевтичних заходів.

Виходячи з наведеного вище, нами були розроблені рекомендації щодо включення в програму підготовки і перепідготовки сімейних лікарів відповідних розділів.

Висновок.

В умовах лікарської амбулаторії загальної практики / сімейної медицини мають бути втілені усі основні засади медичної реабілітації. При цьому такі засади, як ранній початок реабілітаційних заходів та їхня наступність, вирішального мірою залежать саме від лікаря загальної

практики – сімейного лікаря. Медична реабілітація на первинному рівні може бути розширена за рахунок бальнеотерапії, голкорексфлексотерапії, психотерапії.

Список літератури

1. *Постанова* Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989 „Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” // Офіційний вісник України. – 2000. – № 25. – С. 10-56.
2. *Постанова* Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. № 14 Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки [Електроний ресурс]. – Режим доступу : www.zada.gov.ua.
3. *Салтман Р. Б.* Реформи системи здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигерайс; [пер. с англ.]. – М. : от им. ЕРБ ВОЗ Гэотар Медицина, 2001. – 112 с.
4. *Starfield B.* Primary care as a part of US health service reform / B. Starfield, L. Simpson // LAMA. – 1993. – Vol. 269, № 24. – P. 3136-3139.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.

А.А. Голяченко (Тернополь)

Проанализирован опыт работы 35 семейных врачебных амбулаторий в 3 областях Украины. На уровне первичной медико-санитарной помощи можно внедрить все принципы организации медицинской реабилитации.

ORGANIZATION OF MEDICAL REHABILITATION ON THE LEVEL PRIMARY HELP MEDICAL ATTENDANCE

A. Golyachenko (Ternopil)

We made analysis experience work 35 family medical ambulance in 3 region of Ukraine. On the level primary help medical attendance one can inculcate all principles organization of medical rehabilitation.

УДК 614.254.3(1-22)

О.М.ГОЛЯЧЕНКО, Н.Я.ПАНЧИШИН (Тернопіль)

СІМЕЙНА МЕДИЦИНА НА СЕЛІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Вступ. Сімейна медицина на селі розвивається випереджаючими темпами. Це обумовлено тим, що організаційний перехід від дільничного лікаря до сімейного на селі не має низки перепон, як у місті. На селі часто-густо в лікарській амбулаторії працює один лікар, який і до формального об'єднання терапевтичної і педіатричної допомоги обслуговував і дорослих, і дітей. У місті ж розподіл на терапевтичні і педіатричні дільниці більш суттєвий, існують організаційні

бар'єри, які вельми складно долаються. По суті єдиною проблемою у трансформації сільського дільничного лікаря у сімейного було його навчання за програмою «сімейна медицина».

Мета дослідження полягала в аналізі роботи сімейної лікарської амбулаторії на селі.

Матеріал і методи. Зроблено монографічне описання роботи Березовицької сільської сімейної лікарської амбулаторії Тернопільської області. Чисельність населення на дільниці склала 2110 осіб. Аналіз роботи проведено за 2007 р.

Результати дослідження та їх обговорення. Із 2110 мешканців сімейної амбулаторії 24 дити-

ни – до 1 року, 274 складають діти у віці до 14 років і 325 – до 18 років. Усіх їх, а також дорослих обслуговує сімейний лікар Волік Лілія Богданівна, що має 25 років лікарського стажу і другу кваліфікаційну категорію. Тричі проходила підвищення кваліфікації із сімейної медицини.

На своєму озброєнні сімейний лікар має апарат для вимірювання кров'яного тиску та електрокардіограф. Амбулаторія має телефонний зв'язок і холодильник. Є усі необхідні вакцини для щеплення дітей та набір медикаментів для надання невідкладної допомоги. Фінансової і організаційної самостійності амбулаторія не має. Працює з 9 до 17 години, окрім суботи та неділі. У вечірні та нічні часи, а також у вихідні дні надається швидка медична допомога відділенням

швидкої медичної допомоги ЦРЛ. Трапляються у цей період консультації по телефону.

Про характер загальної захворюваності, який реєструється амбулаторією, свідчать таблиці 1 і 2. Захворюваність дітей у 2007 р. склала 1357,7 ‰, з яких половину (47,6 %) становлять хвороби органів дихання і 13,2 % - хвороби органів травлення. Захворюваність дорослого люду склала 949,3 ‰, з них 39,5 % - хвороби органів дихання і 32,9 % - хвороби системи кровообігу. Загалом патологія, що виявляється сімейним лікарем і отримує на цьому рівні допомогу орієнтовно складає 50 % усього обсягу роботи. Допомоги з приводу очних і хірургічних хвороб, хвороб ЛОР-органів тощо фактично не надається.

Таблиця 1. Загальна захворюваність дитячого населення (0 – 14 р.) Березовицької сімейної лікарської дільниці в 2007 р.

Хвороби	Абсолютне число	%	На 1000 осіб
Ендокринної системи, порушення обміну речовин	29	7,8	105,8
в т.ч. цукровий діабет	1	0,3	3,6
Нервової системи	8	2,2	29,2
Органів дихання	177	47,6	645,9
в т.ч. хвороби мигдаликів	41	11,0	149,6
гострий бронхіт	31	8,3	113,1
Органів травлення	49	13,2	178,8
в т.ч. холецистит	39	10,5	142,3
Шкіри та підшкірної клітковини	33	8,9	120,4
Кістково-м'язової системи	40	10,8	146,0
Сечостатевої системи	7	1,9	25,5
Вроджені аномалії	13	3,5	47,4
Інші	16	4,3	58,4
Всього	372	100,0	1357,7

Таблиця 2. Загальна захворюваність дорослого населення Березовицької сільської сімейної лікарської дільниці в 2007 р.

Хвороби	Абсолютне число	%	На 1000 осіб
Ендокринної системи, порушення обміну речовин	75	4,3	40,8
в т.ч. цукровий діабет	46	2,6	25,1
Нервової системи	25	1,4	13,6
Системи кровообігу	573	32,9	312,1
в т.ч. гіпертонічна хвороба	125	7,2	68,1
ішемічна хвороба серця	192	11,0	104,6
цереброваскулярні хвороби	62	3,6	33,8
Органів дихання	688	39,5	374,7
в т.ч. хронічний бронхіт	41	2,4	22,3
Органів травлення	168	9,6	91,5
в т.ч. виразковий хвороба	43	2,5	23,4
Кістково-м'язової системи	92	5,3	50,1
Сечостатевої системи	41	2,4	22,3
Інші	81	4,6	44,1
Всього	1743	100,0	949,3

Висновок:

Єдиною ознакою, що характеризує діяльність дослідженої дільниці як сімейної є те, що лікар

обслуговує усе населення. В усьому іншому його функції не відрізняються від функцій лікаря дільничного.

Література

1. Гойда Н.Г., Матюха Л.Ф., Олійник М.В. Європейська освітня концепція загальної практики / сімейної медицини // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 4. – С. 85-89.
2. Набухотний Т.К. Права лікар-пацієнт в системі відкритого суспільства. – К., 2001. – 250 с.
3. Становлення сімейної медицини в Україні: Матеріали науково-практичної конференції. – Тернопіль, 2006. – 84 с.
4. The Euroact Education of General Practice /Family Medicine. – Leaven, 2005. – 46 p.

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА НА СЕЛЕ.

А.М.Голяченко, Н.Я.Панчишин(Тернополь).

Приводится описание работы Березовицкой семейной сельской врачебной амбулатории Тернопольской области. По своему характеру она мало чем отличается от работы амбулатории участковой.

FAMILY MEDICINE ON THE VILLAGE.

А.М.Holyachenko, N.Ya.Panchyshyn (Ternopil)

Description of work in Berезovica of family rural medical out-patient's clinic in Ternopil region was brought. It differs a little by the character from work of out-patient's district clinic.

УДК:614.25:616-084(477.75)

Е.С. КОРОЛЕНКО, З.Р. МАХКАМОВА, Т.М. ШИШОВА (Сімферополь)

АНАЛІЗ РОБОТИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В М.СІМФЕРОПОЛІ (НА ПРИКЛАДІ ФІЛІЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ З МІСЬКОГО ПОЛІКЛІНІЧНОГО ОБ'ЄДНАННЯ).

Кримський державний медичний університет ім. С.І.Георгієвського

У міжнародній декларації охорони здоров'я, програмі ВОЗ «Здоров'я-21» проголошується, що «поліпшення здоров'я і благополуччя людей – кінцева мета соціального і економічного розвитку». Проте сьогодні в Україні визначається криза за всіма показниками здоров'я. Це пов'язано, не тільки з соціально-економічними факторами, але і кризою самої системи охорони здоров'я, як фінансовою, так і ідейною. [1,3]

Найбільш прийнятною в сучасних умовах формою ПМСД є сімейна медицина (СМ). Метою програми «Сімейна медицина» є зміцнення здоров'я населення України, поліпшення демографічної ситуації, підвищення якості і ефективності медичних послуг, доступність кваліфікованої медико-санітарної допомоги кожній сім'ї. Встановлено, що більше половина всіх пацієнтів в різних країнах світу починають і закінчують лікування на

рівні лікаря загальної практики. У різних країнах світу серед всіх лікарів кількість лікарів загальної практики (сімейних лікарів) складає від 54% у Франції до 15% в Іспанії. У США з 653 тис. лікарів 39,2% доводиться на сімейних, а всі інші є лікарями-фахівцями; на одного лікаря загальної практики доводиться від 850 (Австралія) і 975 (Іспанія) жителів до 2430 (Швеція).

Кількість робочих годин лікаря загальної практики (сімейного лікаря) за тиждень коливається від 25 у Франції до 57 годин в Японії.[2]

Про необхідність впровадження сімейної медицини в нашій країні говорилось ще в 1997г., коли Уряд прийняв Концепцію реформування системи охорони здоров'я України, а 20 червня 2000 р. Кабінет Міністрів України видав Наказ № 989, який передбачає комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини у вітчизняну охорону здоров'я.

Нами проведено аналіз роботи сімейної медицини в Криму на досвіді роботи філії сімейної

медицини 3-го міського поліклінічного об'єднання м. Сімферополя.

Робота по впровадженню сімейної медицини в АР Крим проводиться відповідно до Указу Президента України від 06.12.2005 р. №1694/2005 «Про невідкладні заходи реформування системи охорони здоров'я населення», Постановою Кабінету Міністрів України від 24.06.2000 р. № 989 «Про комплексні заходи по впровадженню сімейної медицини в систему охорони здоров'я», Наказом МОЗ України від 11.09.2000 р. № 215 «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини», Постанови Верховної Ради АРК від 22.12.2004 р. № 1154-4/04 «Про затвердження Програми розвитку сімейної медицини в АРК на період 2004-2010 років».

У 2004 році Крим був на останньому місці по впровадженню сімейної медицини, а в 2007 році зайняв одне з перших місць в Україні. На 01.01.08г. в АРК в 160 установах розгорнено 322 дільниць загальної практики – сімейної медицини, в яких працюють 330 лікарів і 347 помічників сімейного лікаря. Показник забезпеченості сімейними лікарями складає 1,7 на 10000 населення.

У містах Криму відкрито 30 установ сімейного типу, в яких працює 91 лікар, забезпеченість сімейними лікарями наближена до загальноукраїнського показника. За сімейними лікарями закріплено 615535 чоловік, що складає 1,3% від загальної кількості населення Криму.[4]

У Сімферополі функціонує на сьогоднішній день 5 відділень СМ. Філія сімейної медицини 3 міського поліклінічного об'єднання є найбільшою, має 3 відділення, де працюють 22 сімейних лікарів і стільки ж медсестер. Обслуговує 31568 чоловік або 7630 сімей. Філія працює за типом самостійної поліклініки, де є своя клінічна лабораторія, кабінет функціональної діагностики, кабінет щеплень, денний стаціонар і інші підрозділи.

Провівши аналіз роботи філії за 3 роки (2004-2007 рр.), відмічено, що вся діяльність будувалася на наступних принципах:

1. Орієнтація на сім'ю. Один лікар обслуговує як доросле, так і дитяче населення. На одного сімейного лікаря доводиться 1435 чоловік. Це дає можливість забезпечити безперервну медичну допомогу від народження людини впродовж всього його життя і проводити роботу, направлену в першу чергу на профілактику, як в рамках сім'ї, так і окремих її членів. Так, за досл-

іджуваний період через поліклініку пройшло в середньому 73353 пацієнти в рік, з них 59,2% звернулися з приводу захворювань, викликів додому склало 35%. Тісна робота з сім'єю дозволила знизити рівень загальної захворюваності з 2419,0 до 2245,3 на 1000 населення.

2. Забезпечення якості спеціалізованої медичної допомоги в межах компетенції лікаря загальної практики.

З числа хворих 27,4% були направлені до вузьких фахівців і 73,6% з них закінчили своє лікування у сімейного лікаря, тоді як в поліклініці ситуація навпаки – 60% хворих прямують до вузьких фахівців і лише 40% закінчують своє лікування у дільничного лікаря.

3. Орієнтація в першу чергу на профілактичні заходи серед населення. З профілактичною метою в поліклініку зверталось 40,2% населення. Особлива увага з числа тих, що звернулися, була приділена ранньої діагностиці та первинному виявленню артеріальної гіпертонії, стенокардії, цукрового діабету, онкології, захворювань щитовидної залози.

Важливий напрямом поліклініки – охорона материнства і дитинства. Обхват вагітних жінок складає 94,3%, відпрацьований зв'язок з Центром охорони материнства і дитинства. Важливим розділом своєї роботи сімейний лікар вважає профілактику перинатальної патології і грудного вигодовування. Таким чином, показник грудного вигодовування за досліджуваний період збільшився на 3,5% – до 3-х місяців, до 6 місяців на 4,6%, до одного року на 13,8%, ведеться пропаганда грудного вигодовування старше року. Крім того, у дітей першого року життя зменшився показник захворюваності перинатальної патології на 23,5%, на 50% патологію ЦНС і на 60% дізбактеріозом. Випадків малюкової смертності не спостерігалось впродовж трьох останніх років.

Побудована таким чином робота сприяла зменшенню кількості необґрунтованих викликів швидкої допомоги на 33%, а до хронічних хворих на 6,1%, рівень госпіталізації на 30%, направлень до вузьких фахівців 32%. Рання діагностика захворювань склала 12,2%.

Виходячи з вище викладеного, можна зробити висновок, що реорганізація ЗПСП на принципах загальної лікарської практики – сімейної медицини сприяє поліпшенню якості медичного обслуговування сімей, а також медичній, соціальній і економічній ефективності суспільства в цілому.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Москаленко В.Ф., Галієнко Л.І. Пріоритетний розвиток ПМСД-стратегія, перевірена життям. (до 30-річчя від проведення Міжнародної конференції з первинної медико-санітарної допомоги в м. Алма-Ати, 1978 р.) // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я - 2008 - №1 - С. 34-36
2. Полий І.Г. Мировой опыт семейной медицины: настоящее и будущее. //Провізор - 2001.- № 21. - С.32-34.
3. Рінда Ф.П. Погляд на сімейного лікаря з позиції профілактики. // Україна. Здоров'я нації - 2007г.- №2. - с.73-77.
4. Матеріали итоговой коллегии Министерства здравоохранения Автономной Республики Крым за 2007 год.

АНАЛИЗ РАБОТЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В Г.СИМФЕРОПОЛЕ (НА ПРИМЕРЕ ФИЛИАЛА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ З ГОРОДСКОГО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ).

Е.С. Короленко, З.Р. Махамова, Т.Н. Шишова (Симферополь)

Опыт работы филиала семейной медицины 3 городского поликлинического объединения показал, что реорганизация ПМСП на принципах общей врачебной практики – семейной медицины, способствует улучшению качества оказания медицинской помощи в современных условиях Украины.

ANALYSIS OF FAMILY MEDICINE SERVICE IN SIMFEROPOL (AFTER THE EXAMPLE OF THE FAMILY MEDICINE BRANCH OF THE 3RD MUNICIPAL POLYCLINIC ASSOCIATION).

E.S. Korolenko, Z.R. Makhamova, T.N. Shishova (Simferopol)

The evaluation of work of the Family Medicine Branch of the 3rd municipal polyclinic association showed that reorganization of the Primary Medico-Social Help on basis of general medical practice leads to improvement of medical aid quality at the modern conditions in Ukraine.

УДК 614.254.3(1-22)

А.І. ПОБЕРЕЖНИЙ, Н.О. ЛІСОВСЬКА, О.Н. ЛИТВИНОВА (Тернопіль)

РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В НАДАННІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Одним з найважливіших напрямів сучасного розвитку систем охорони здоров'я у більшості країн світу є реорганізація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Саме з поступовим переходом до такої форми функціонування первинної ланки – найбільш раціональної з медичних, соціальних та економічних позицій – пов'язує стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я подальший розвиток охорони здоров'я [4]. В Україні також відбувається процес реформування і створення національної системи охорони здоров'я, яка узгоджується з європейською стратегією "Здоров'я для всіх на 21 століття" [2,5]. Одним з основних завдань цього процесу є створення первинної медико-санітарної допомоги, яка б зосередила до 90 % усього обсягу медичної допомоги [1,3].

Мета роботи – вивчити можливості надання швидкої медичної допомоги сільському населенню сімейними лікарями.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося в Білогірському та Ізяславському районах Хмельницької області.

Результати дослідження та їх обговорення. Вивчаючи роль сімейного лікаря в наданні швидкої медичної допомоги сільському населенню, ми отримали такі результати (табл. 1, рис 1). Як видно із табл. 1, більше третини усіх викликів швидкої медичної допомоги можуть бути забезпечені сімейним лікарем. При цьому різниця між районами є несуттєвою ($p > 0,05$). При порівнянні чоловіків і жінок спостерігається невелика перевага у жінок, яка в Ізяславському районі є статистично достовірною або значимою ($p < 0,01$).

Вікові особливості ролі сімейного лікаря в наданні швидкої медичної допомоги представлені в табл. 2.

Якщо в цілому коливання показників були незначними, то у віковому розрізі вони збільшувались, особливо в Білогірському районі. Найменша частка осіб, що могли отримати допомогу у сімейного лікаря, відмічена у осіб 15-19 р. ($14,7 \pm 2,4\%$), а найбільша – в середньому віці (40-59 р.) – $44,4 \pm 1,3\%$. Різниця між показниками, за невеликим винятком, статистично значима ($p < 0,001$).

В Ізяславському районі коливання між показниками несуттєві і вкладались в діапазоні між $35,6 \pm 0,9\%$ у віці 40-59 р. до $41,7 \pm 0,7\%$ в похилому віці (ця єдина різниця статистично значима, $p < 0,001$).

Таблиця 1. Частка пацієнтів, які могли б отримати швидку медичну допомогу у сімейного лікаря (згідно з експертними оцінками, %)

Район	Стать	Допомога могла бути надана		Разом
		Сімейним лікарем	Вузьким (іншим)	
Білогірський	Чоловіки	36,3±0,9	63,7±0,9	100,0
	Жінки	38,0±0,9	62,0±0,9	100,0
	Обидві статі	37,2±0,7	62,8±0,7	100,0
Ізяславський	Чоловіки	37,3±0,7	62,7±0,7	100,0
	Жінки	40,5±0,6	59,5±0,6	100,0
	Обидві статі	38,9±0,5	61,1±0,5	100,0

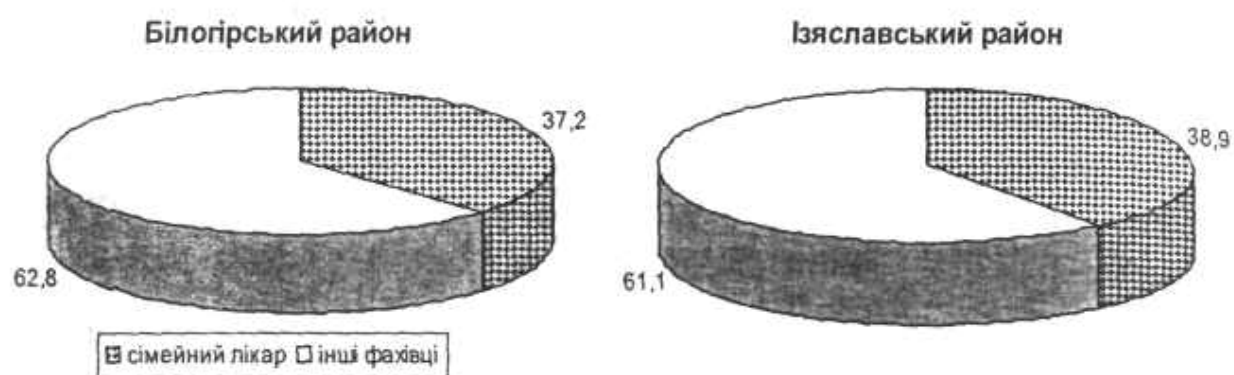


Рис. 1. Надання швидкої медичної допомоги за принципом: сімейний лікар/інші фахівці (%)

Таблиця 2. Вікові особливості ролі сімейного лікаря в наданні швидкої медичної допомоги, %

Вік	Білогірський район			Ізяславський район		
	Чоловіки	Жінки	Обидві статі	Чоловіки	Жінки	Обидві статі
0-14 р.	33,8±1,7	30,0±1,6	32,3±1,3	36,7±1,7	46,2±1,7	41,0±1,4
15-19 р.	14,3±2,4	15,4±2,5	14,7±2,0	25,0±3,0	40,0±3,4	35,7±2,8
20-39 р.	19,2±1,4	21,0±1,4	20,3±1,2	36,8±1,1	38,1±1,1	37,5±0,9
40-59 р.	39,5±1,3	50,5±1,3	44,4±1,0	33,6±0,9	38,1±0,9	35,6±0,8
60 р. і старші	45,3±1,1	42,1±1,1	43,3±0,8	42,0±0,7	41,6±0,7	41,7±0,6
Разом	36,3±0,9	38,0±0,9	37,2±0,7	37,3±0,7	40,5±0,6	38,9±0,5

Таблиця 3. Розподіл пацієнтів, які можуть отримати швидку медичну допомогу у сімейного лікаря за місцем проживання

Стать	Місце проживання	0-14 р.	15-19 р.	20-39 р.	40-59 р.	60 р. і старші	Разом
Чоловіки	Районний центр	47,9±0,8	23,1±0,7	20,7±0,7	32,1±0,8	46,5±0,8	39,6±0,8
	Пунктові села	13,6±0,5	4,8±0,3	23,5±0,6	52,9±0,7	54,1±0,7	38,5±0,7
	Непунктові села	5,1±0,3	1,2±0,1	10,6±0,4	44,4±0,6	20,0±0,5	18,6±0,5
Жінки	Районний центр	40,9±0,8	16,7±0,6	23,1±0,7	49,3±0,8	47,7±0,8	42,9±0,8
	Пунктові села	25,0±0,6	6,2±0,3	21,9±0,6	59,1±0,7	37,1±0,7	34,0±0,6
	Непунктові села	12,5±0,4	3,4±0,2	10,0±0,4	20,4±0,5	16,1±0,4	14,8±0,4
Обидві статі	Районний центр	45,7±0,6	20,1±0,5	21,9±0,5	40,0±0,3	47,2±0,6	40,2±0,6
	Пунктові села	19,0±0,4	5,5±0,2	22,1±0,4	55,4±0,5	43,4±0,5	36,0±0,5
	Непунктові села	8,3±0,2	2,3±0,1	10,3±0,3	31,6±0,4	17,6±0,3	16,3±0,3

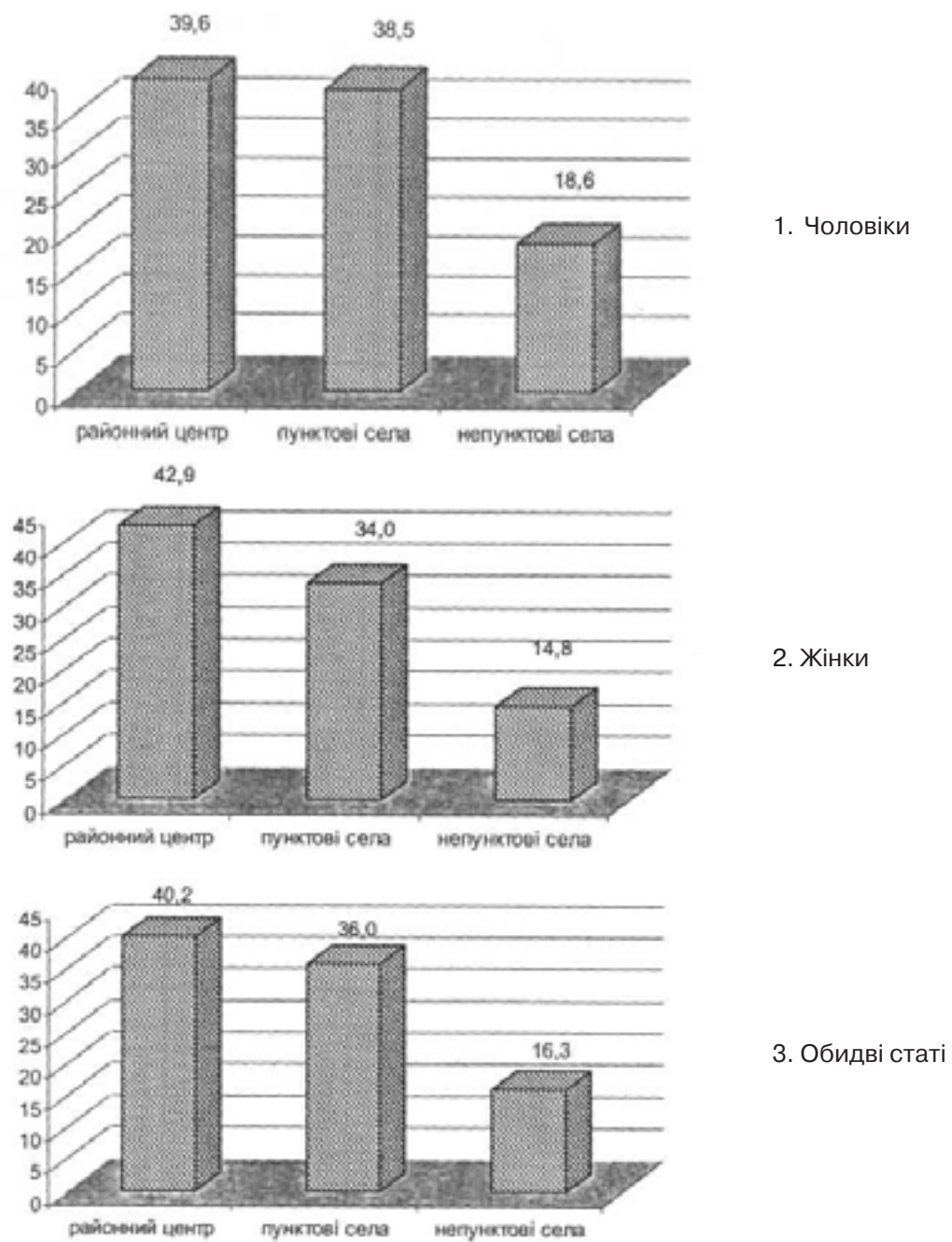


Рис. 2. Частка допомоги, яку може надати сімейний лікар залежно від місця проживання пацієнта (%)

Вище було доведено, що найбільше впливала на доступність швидкої медичної допомоги відстань до пацієнта. В табл. 3 і на рис. 2 показана роль сімейного лікаря в наданні швидкої медичної допомоги залежно від місця проживання пацієнта.

Отже, найвища частка роботи швидкої медичної допомоги може бути передана сімейному лікарю в районних центрах, в пунктових селах вона знижується на 11,7% порівняно із районним центром, а в непунктових селах це зниження складає 2,5 рази порівняно із районним центром і 2,2 рази порівняно із пунктовими селами.

Із тих викликів з непунктових сіл, які тепер забезпечує служба швидкої медичної допомоги, сімейному лікарю можна передати лише одного з 50 пацієнтів у віці 15-19 років, одного з 12 — в дитячому віці, одного з 10 — в молодому віці, одного з 6 — у похилому віці і тільки в середньому віці — майже кожного третього пацієнта. Це свідчить про те, що із непунктових сіл виклики поступають здебільшого в крайніх або необхідних випадках. Швидка допомога тут надається сільським фельдшером або зовсім не надається.

Таблиця 4. Розподіл пацієнтів, які можуть отримати швидку медичну допомогу у сімейного лікаря, згідно хвороб (%)

Хвороби	Чоловіки	Жінки	Обидві статі
Хвороби системи кровообігу	60,8±1,4	51,0±1,0	56,0±0,8
в т.ч. гіпертонічна криза	54,4±1,4	53,0±1,0	53,4±0,8
Хвороби органів дихання	44,4±1,4	48,1±1,4	45,3±1,0
Хвороби органів травлення	17,5±2,3	23,8±2,1	20,7±1,5
Хвороби кістково-м'язової системи	29,0±7,6	23,1±3,8	26,7±3,5
Хвороби сечостатевої системи	28,1±2,4	42,4±2,1	39,9±1,6
Нещасні випадки, отруєння і травми	14,8±1,4	10,4±1,8	13,2±1,1
Інші	45,2±1,9	29,3±1,7	37,9±1,3
Разом	36,3±0,9	38,0±0,9	37,2±0,7

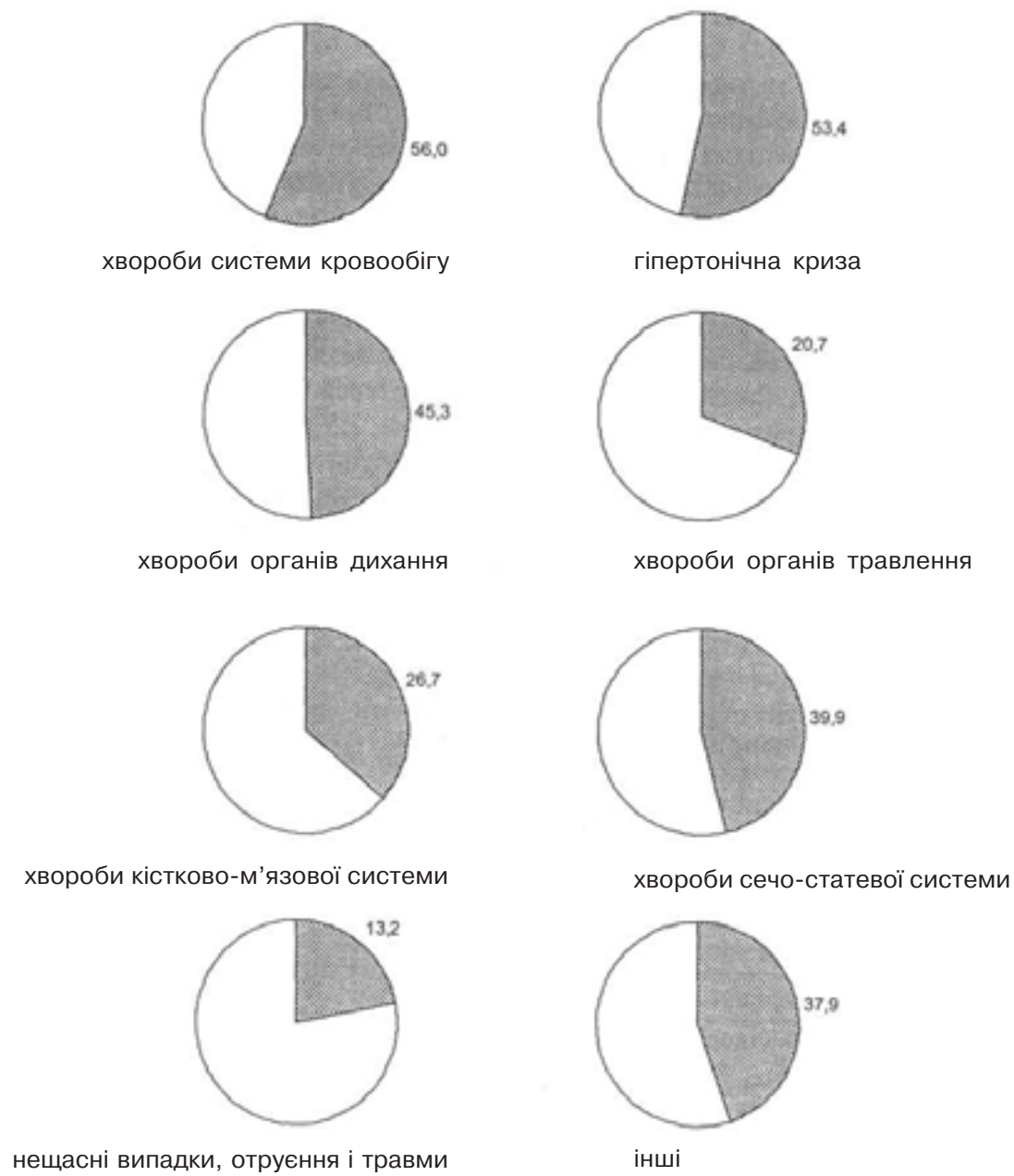


Рис. 3. Частка швидкої медичної допомоги, яку може надати сімейний лікар (%)

В табл. 4 і рис. 3 представлена частка швидкої медичної допомоги, яку може надати сімейний лікар при різних захворюваннях.

Як бачимо із табл. 4 і рис. 3, найбільшу частку швидкої медичної допомоги сімейний лікар може надати пацієнтам із хворобами системи кровообігу, передусім — із гіпертонічною кризою. Якщо подивитись у віковому розрізі, то сімейний лікар здатен зняти гіпертонічну кризу у $80,6 \pm 1,6\%$ пацієнтів у віці 20-39, у $61,8 \pm 2,0\%$ — у віці 40-59 р. і у $49,6 \pm 2,0\%$ — у віці 60 р. і старші.

В інших випадках допомога сімейного лікаря становить менше 50% викликів і є найменшою у пацієнтів з нещасними випадками, отруєннями і травмами, при цьому вона коливається від $4,5 \pm 1,7\%$ у віці 20-39 р. до $24,2 \pm 3,5\%$ у дитячому віці.

При інших захворюваннях діапазон допомоги сімейного лікаря такий: хвороби органів дихан-

ня — $36,5 \pm 2,4\%$ (до 14 р.) — $61,9 \pm 2,4\%$ (40-59 р.); хвороби органів травлення — $6,9 \pm 2,5\%$ (40-59 р.) — $44,4 \pm 4,1\%$ (60 р. і старші).

На підставі викладеного можна зробити висновки, що більше третини усіх викликів швидкої медичної допомоги здатен забезпечити сімейний лікар, при цьому ця частка збільшується із зростанням віку пацієнтів. В районних центрах частка роботи швидкої медичної допомоги, яка може бути передана сімейному лікарю, складає 40%, в пунктових селах 36%, а в непунктових — 16,3%. Із непунктових сіл виклики здебільшого поступають в крайніх випадках. Сімейний лікар здатен надати найбільшу частку швидкої медичної допомоги пацієнтам із хворобами системи кровообігу більше, ніж в 50% випадків і найменшу — з нещасними випадками, отруєннями і травмами (на рівні 13—14%).

Список літератури

1. *Вибрані матеріали I з'їзду сімейних лікарів України.* — Київ — Львів, 2001. — 154 с.
2. *Вороненко Ю.В., Лещук Н.М.* Інформація та наукове забезпечення охорони здоров'я/ Оцінка виконання міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002—2011 роки. — К., 2006. — С. 107-110.
3. *Грузьова Т.С.* Сучасні особливості та тенденції стану здоров'я сільського населення // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2002. — М 1. — С.21-27.
4. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г.* (Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия, №97): ЕРБ, ВОЗ. — 156 с.
5. *Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М., Грузьова Т.С.* Система скорочення нерівності в охороні здоров'я населення та її прогнозна ефективність // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2004. — №2. — С. 5-11.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

А.И. Побережний, Н.А. Лисовская, О.Н. Литвинова (Тернополь)

Рассмотрены роль и место семейного врача в оказании скорой медицинской помощи сельскому населению в зависимости от возраста пациентов, патологии и расстояния от населённых пунктов.

ROLE OF FAMILY DOCTOR IN PROVIDING BY FIRST MEDICAL AID FOR RURAL POPULATION

Poberezhnuy A., Lysovska N, Lytvynova O. (Ternopil)

A role and place of family doctor is considered in giving quick medical help a rural population depending on age of patients, pathology and distance of settlements.

УДК 614.254.3(1-21)

В.Л. СМІРНОВА, Н.Є. ФЕДЧИШИН (Тернопіль)

СІМЕЙНА МЕДИЦИНА В УМОВАХ МІСТА

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

Вступ. На Тернополі процес впровадження інституту сімейної медицини триває вже давно. Ще з 1995 року для лікарів вузького профілю — педіатрів, терапевтів, рентгенологів на базі Тернопільської медичної академії імені І.Горбачевського організовано шестимісячні курси сімейної медицини. Пройшовши підготовку, вони стають лікарями загальної практики / сімейної медицини.

Мета дослідження полягала в аналізі роботи сімейних лікарських дільниць у місті Тернополі.

Матеріал і методи. Зроблено монографічне описання роботи міської сімейної лікарської дільниці на базі Тернопільської міської лікарні № 2. Чисельність населення на дільниці склала 2294 особи. Аналіз роботи проведено за 2007 р.

Результати дослідження та їх обговорення. Лікар загальної практики на міській лікарській дільниці на базі Тернопільської міської лікарні № 2 обслуговує 2294 особи. Статеві-вікова структура дитячого та дорослого населення міської сімейної лікарської дільниці представлена в таблицях № 1 і № 2.

Сімейний лікар працює з 9 до 17 години, окрім суботи та неділі. У вечірні та нічні часи, а також у вихідні дні надається швидка медична допомога міським відділенням швидкої медичної допомоги. Лікарська сімейна дільниця забезпечена телефонним зв'язком. Для своєї діяльності сімейний лікар використовує апарат для вимірювання кров'яного тиску та електрокардіограф. Є усі необхідні вакцини для щеплення дітей та набір медикаментів для надання невідкладної допомоги.

Про характер загальної захворюваності, який реєструється, свідчать таблиці 3 і 4. Захворюваність дітей у 2007 р. склала 1451,0 ‰, з яких половину (48,3 %) становлять хвороби органів дихання і 13,3 % - хвороби органів травлення. Захворюваність дорослого населення склала 1213,7 ‰, з них 41,3 % - хвороби системи кровообігу і 28,4 % - хвороби органів дихання. Загалом патологія, що виявляється сімейним лікарем і отримує на цьому рівні допомогу орієнтовно складає більше 60 % усього обсягу роботи. Допомоги з приводу очних і хірургічних хвороб, хвороб ЛОР-органів тощо фактично не надається.

Таблиця 1. Статеві-вікова структура дитячого населення Тернопільської міської сімейної лікарської дільниці в 2007 р.

Вікові групи	Хлопці		Дівчата	
	Абсолютне число	%	Абсолютне число	%
До 1 року	17	5,3	11	2,9
1-14	140	44,2	169	45,4
15-18	160	50,5	192	51,7
Разом	317	100	372	100

Таблиця 2. Статеві-вікова структура дорослого населення міської сімейної лікарської дільниці в 2007 р.

Вікові групи	Чоловіки		Жінки	
	Абсолютне число	%	Абсолютне число	%
18-29	93	12,8	125	14,3
30-39	180	24,7	205	23,4
40-49	113	15,4	114	13,0
50-59	162	22,3	168	19,1
60-69	114	15,7	186	21,2
70 і старше	66	9,1	79	9,0
Разом	728	100	877	100

Таблиця 3. Загальна захворюваність дитячого населення (0 – 14 р.) міської сімейної лікарської дільниці в 2007 р.

Хвороби	Абсолютне число	%	На 1000 осіб
Ендокринної системи, порушення обміну речовин	36	7,4	106,8
в т.ч. цукровий діабет	3	0,6	8,9
Нервової системи	15	3,1	44,5
Органів дихання	236	48,3	700,3
в т.ч. хвороби мигдаликів	65	13,3	192,8
гострий бронхіт	48	9,8	142,4
Органів травлення	65	13,3	192,9
в т.ч. холецистит	39	7,9	115,7
Шкіри та підшкірної клітковини	43	8,8	127,6
Кістково-м'язової системи	48	9,8	142,4
Сечостатевої системи	7	1,4	20,8
Вроджені аномалії	11	2,2	32,6
Інші	28	5,7	83,0
Всього	489	100,0	1451,0

Таблиця 4. Загальна захворюваність дорослого населення міської сімейної лікарської дільниці в 2007 р.

Хвороби	Абсолютне число	%	На 1000 осіб
Ендокринної системи, порушення обміну речовин	86	4,4	53,6
в т.ч. цукровий діабет	59	3,0	36,8
Нервової системи	52	2,7	32,4
Системи кровообігу	805	41,3	501,6
в т.ч. гіпертонічна хвороба	264	13,6	164,5
ішемічна хвороба серця	223	11,4	138,9
цереброваскулярні хвороби	108	5,5	67,3
Органів дихання	554	28,4	345,2
в т.ч. хронічний бронхіт	65	3,4	40,5
Органів травлення	235	12,1	146,4
в т.ч. виразкова хвороба	45	2,3	28,0
Кістково-м'язової системи	82	4,2	51,1
Сечостатевої системи	38	2,0	23,7
Інші	96	4,9	59,8
Всього	1948	100,0	1213,7

Висновок

Єдиною ознакою, що характеризує діяльність дослідженої дільниці як сімейної є те, що лікар

обслуговує усе населення. В усьому іншому його функції не відрізняються від функцій лікаря дільничного.

Список літератури

1. Гойда Н.Г., Матюха Л.Ф., Олійник М.В. Європейська освітня концепція загальної практики / сімейної медицини / Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 4. – С. 85-89.
2. Становлення сімейної медицини в Україні: Матеріали науково-практичної конференції. – Тернопіль, 2006. – 84 с.
3. Голяченко О. М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. К., 1993. – Ч. 1.
4. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненко, В. Ф. Москаленко. – К., 2000. – 670 с.
5. The Euroact Education of General Practice /Family Medicine. – Leaven, 2005. – 46 p.

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА В УСЛОВИЯХ ГОРОДА*В.Л.Смирнова, Н.Е.Федчишин (Тернополь)*

Приводится описание работы городского семейного врачебного участка на базе Тернопольской городской больницы № 2. Осуществлен анализ возрастно-половой структуры населения и заболеваемости детского и взрослого населения.

FAMILY MEDICINE IN THE CITY*Smirnova V.L., Fedchyshyn N.Ye (Ternopil)*

Description of work in city family medical center on the bases of Ternopil town hospital № 2 was brought. The analysis of population's structure by age and sex was conducted. The morbidity of adult and children was studied.

УДК 614.254.3(477.24)

*А.Г.ШУЛЬГАЙ, Л.М.РОМАНЮК (Тернопіль)***РОЗВИТОК СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ТЕРНОПІЛЬЩИНІ**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

Вступ. Впровадження сімейної медицини в системі охорони здоров'я Тернопільської області започатковано в 1995 році, коли приступило до роботи перших 7 підготовлених на базі Тернопільської медичної академії сімейних лікарів. За відсутності юридично-правової бази сімейної медицини процес її впровадження здійснювався досить повільно і у 2000 році працювало в області лише 48 сімейних лікарів.

Планомірне цілеспрямоване впровадження сімейної медицини в області розпочалося після постанови Кабінету Міністрів України № 989 від 20.06.2000 р. «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в системі охорони здоров'я» та серії наказів МОЗ України, які регулювали нормативну і юридично-правову базу сімейної медицини.

Мета. Здійснити аналіз розвитку сімейної медицини на Тернопільщині з 1995 до 2008 року та виявити проблеми, що потребують негайного вирішення.

Матеріали і методи. Зібрано статистичні дані про розвиток сімейної медицини на Тернопільщині за останні 12 років. Вони піддані динамічному аналізу.

Результати аналізу та їхнє обговорення. Динаміка амбулаторій загальної практики-сімейної медицини (АЗПСМ) представлені в таблиці 1 і 2.

Як видно, особливо бурхливим був темп зростання АЗПСМ в перші роки після виходу постанови Кабінету Міністрів №983 від 20.06.2000 р. Надалі темп уповільнився і в останні роки коливається на рівні декількох процентів.

Також стрімко зростала чисельність сімейних лікарів. В 2005 р. порівняно з 2001 їхня чисельність зросла на 144,2 %, надалі темп приросту склав 25,7 % і 6,1 %.

В 2007 р. більше 60 % населення області отримувало допомогу на засадах сімейної медицини. Усі сімейні амбулаторії мають на озброєнні автотранспорт, холодильники, апаратуру для вимірювання кров'яного тиску і електрокардіографи та засоби для надання невідкладної медичної допомоги. Є засоби для проведення клінічних і біохімічних аналізів.

Однак наявні і суттєві проблеми, які призводять до зниження обсягів, якості та ефективності медичної допомоги, що надається АЗПСМ. Найважливіші з них такі:

1. Недостатнє фінансування, при цьому практично відсутнє фінансування на оснащення сімейної медицини із місцевих бюджетів;

Таблиця 1. Розвиток закладів сімейної медицини на Тернопільщині

	2001	2005	2006	2007	Темпи росту, %		
					2005	2006	2007
Кількість закладів АЗПСМ	48	125	136	140	160,4	8,8	2,9
Кількість сімейних лікарів (фіз. особи)	77	288	362	384	144,2	25,7	6,1

Таблиця 2. Розподіл сімейних лікарів за місцем праці (абсолютні числа)

	2005	2006	2007	Темпи приросту	
				2006	2007
Село	266	313	325	17,7	3,8
Місто	22	49	59	122,7	20,4
Всього	288	362	384	25,7	6,1

2. Недостатнє матеріально-технічне забезпечення;

3. Незадовільні соціально-побутові умови сімейного лікаря, що знижує імідж сімейної медицини, приводить до високого рівня плинності кадрів, не сприяє закріпленню лікарів в сільській місцевості;

4. Необхідні зміни у наказі МОЗ України № 33 щодо ведення штатних посад сільського лікаря в ЛПЗ;

5. Доцільно ввести держзамовлення на спеціалізацію сімейних лікарів у всіх медичних вузах країни.

Висновок. За період після виходу постанови Кабінету Міністрів України № 989 від 20.06.2000 р. в області чисельність АЗПСМ зросла в 2,9 р., а число сімейних лікарів – в 5,0 рази. На засадах сімейної медицини обслуговується більше 60 % населення області. Матеріально-технічне забезпечення сімейних амбулаторій, обсяг, якість та ефективність наданих медичних послуг залишаються недостатніми.

Список літератури

1. Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. – Тернопіль, 2007. – 126с.
2. Гойда Н.Г., Матюха Л.Ф., Олійник М.В. Європейська освітня концепція загальної практики / сімейної медицини / Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 4. – С. 85-89.
3. Набухотний Т.К. Права лікар-пацієнт в системі відкритого суспільства. – К., 2001. – 250 с.
4. Становлення сімейної медицини в Україні: Матеріали науково-практичної конференції. – Тернопіль, 2006. – 84 с.
5. The Euroact Educationte of General Practice /Family Medicine. – Leaven, 2005. – 46 р.

РАЗВИТИЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Г. Шульгай, Л.Н. Романюк (Тернополь)

Проанализировано развитие семейных врачебных амбулаторий в Тернопольской области с 2000 г. до 2008 г. Их число возросло в 2,9 раза, а число семейных врачей – в 5,0 раза. Вскрыты проблемы, требующие незамедлительного решения.

DEVELOPMENT OF FAMILY MEDICINE IN TERNOPOL REGION

Shulgai A., Romanyuk L. (Ternopil)

Development of family medical out-patient's clinics was analyzed in the Ternopil region during this period: from 2000 to 2008. Its number was grew in 2,9 times, and number of family doctors was grew too - in 5,0 times. The problems, which requiring an immediate decision, were unsealed.

УДК 614.2(083.97).001.2

Т.К. КУЛЬЧИЦЬКА, О.Ф. ГАВРИЛЮК (Київ)

ПРОГРАМНО-ЦІЛЬОВИЙ ПІДХІД У ВИРІШЕННІ ПИТАНЬ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЗОКРЕМА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

До основних напрямків політики щодо покращення стану здоров'я і зниження смертності населення слід віднести програмно-цільовий метод планування. Цей метод дозволяє цілеспрямовано вирішувати питання охорони здоров'я, а саме: узгоджувати соціально-економічні пріоритети у галузі із заходами бюджетної політики та суттєво поліпшувати якість надання медичних послуг. Застосування методу дає змогу простежити шлях від виділення коштів до результатів їх використання, тобто вирішення поставлених завдань і досягнення запланованих показників. При цьому забезпечується прозорість і обґрунтованість бюджетних видатків, підвищується ефективність використання фінансових ресурсів.

Цільові комплексні програми і заходи дають змогу отримати медичну, соціальну та економічну ефективність. Медична ефективність програм полягає у зниженні рівнів захворюваності та поширеності хвороб, поліпшенні якості медичної допомоги тощо. Соціальний ефект вимірюється переважно такими показниками як рівень смертності, тимчасової та стійкої втрати працездатності. Попереджений економічний збиток визначається зменшенням витрат на медичне обслуговування, виплат на соціальне страхування та забезпечення, втрат робочого часу, трудових ресурсів і валового внутрішнього продукту у результаті зниження захворюваності з тимчасовою та стійкою втратою працездатності і передчасної смертності.

На вирішення актуальних проблем охорони здоров'я в Україні націлені як комплексні міжгалузеві програми, такі як "Здоров'я нації", так і програми, спрямовані на зниження захворюваності та смертності від соціально-значущих та соціально-небезпечних хвороб, зокрема, онкологічних, серцево-судинних, ендокринних, інфекційних.

Це такі програми як: Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 рр., Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні, Національна

Програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 рр., Загальнодержавна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2007–2011 рр., Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р., Державна програма „Дитяча онкологія” на 2006–2010 рр., Державна програма створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 р., Державна програма „Трансплантація” на 2007–2010 рр., Державна програма “Репродуктивне здоров'я нації на 2006–2015 рр.”, „Загальнодержавна програма імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2007–2015 рр.” та інші.

Надзвичайно важливе значення має Державна програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини на період до 2010 р. Програма спрямована на: підвищення доступності ПМСД сільському населенню і зменшення диспропорції її доступності залежно від місця проживання, фізичних обмежень, соціального стану та рівня достатку; створення системи управління сільською охороною здоров'я, яка відповідає вимогам формування ринкових принципів функціонування економіки, визначення оптимального балансу між децентралізацією та централізацією управління та фінансування; обґрунтування на основі наукових досліджень ефективних методів організації та фінансування ПМСД, спрямованих на оптимізацію використання ресурсів системи охорони здоров'я; формування громадської думки щодо переваги обраної моделі охорони здоров'я сільського населення, пріоритетність ПМСД в системі надання медичної допомоги.

Таким чином, програмно-цільовий метод планування і управління є ефективним засобом концентрації ресурсів на пріоритетних напрямках, він дозволяє здійснювати комплексний підхід до розв'язання актуальних проблем на основі міжсекторальної взаємодії.

УДК: 616.98–053.3/.7

Т.К. КУЛЬЧИЦЬКА, О.В. ОЛЕКСІЄНКО (Київ)

СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩІ ТА СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Здоров'ю дітей і молоді надається важливе значення у програмі Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я для всіх у 21-му столітті» та Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. В них наголошується на пріоритетності збереження здоров'я підростаючого покоління. Суспільство і держава відповідальні за рівень здоров'я молоді і забезпечують для неї поліпшення умов навчання, праці, побуту та відпочинку, вирішення екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Серед окремих видів патології у дитячому віці на особливу увагу заслуговують інфекційні та паразитарні хвороби. У період 2005–2007 рр. захворюваність дітей на цю патологію зменшилася на 10,7% і досягла 55,0 випадків на 1000 дітей (0–17 років). Захворюваність дітей на всі форми активного туберкульозу у 2007 р. становила 14,3 на 100 тис. дітей (у 2005 р. – 14,7; у 2006 р. – 15,5). Цей показник був найвищим у АР Крим, Херсонській, Кіровоградській, Донецькій, Запорізькій областях.

Надзвичайно важливими є дані про захворюваність дітей на злоякісні новоутворення. У 2005 р. цей показник становив 11,5, у 2006 р. – 11,0, у 2007 р. – 11,7 на 100 тис. дітей. У 2007 р. найбільшу кількість випадків злоякісних новоутворень виявлено у м. Севастополі, Київській, Черкаській, Одеській областях, АР Крим.

Все частіше дітей вражають хвороби ендокринної системи. У 2007 р. рівень захворюваності на цю патологію становив 22,98 випадку на 1000 дітей. Поширеність цієї патології за останні 3 роки має тенденцію до зростання, з 2005 р. цей показник зріс на 5,9%, за останній рік – на 8,9% і досягнув 99,8 випадку на 1000 дітей.

Важливою проблемою в збереженні здоров'я дітей є травматизм. Незважаючи на певні успіхи у зменшенні його частоти в період 1999–2001 рр., у подальшому цей показник знову

збільшився. Найвищі рівні дитячого травматизму у 2007 р. зареєстровано у містах Севастополі, Києві, АР Крим, Хмельницькій, Черкаській, Київській Чернігівській областях, найнижчі – переважно у областях західного регіону – у Чернівецькій, Львівській, Тернопільській, Закарпатській, Івано-Франківській.

Стурбованість викликає поширення серед дітей тютюнокуріння і зростання споживання алкоголю. Близько 70% українських дітей і молоді у віці 12–20 років вживають алкоголь. Активно палить кожна третя дитина 12–14 років і кожний другий підліток, старший за 15 років.

Надмірне вживання алкоголю є причиною розвитку у дітей розладів психіки та поведінки. Поширеність гострої інтоксикації від алкоголю та розладів психіки зі шкідливими наслідками (профілактична група нагляду) становила у дітей у 2005 р. – 70,2, у 2006 р. – 60,70, у 2007 р. – 61,2 на 100 тис. дітей 0–17 років. Найвищі рівні захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю у 2007 р. зареєстровано у Луганській, Харківській, Київській областях, АР Крим.

Слід констатувати також загострення ситуації з наркоманією. З майже 90 тис. зареєстрованих споживачів наркотиків більше половини не досягли 30 років, понад 6 тис. – неповнолітні. Це явище найбільш поширене у Луганській, Київській, Одеській, Сумській, Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській, Запорізькій, Черкаській областях та м. Києві.

Частими серед підлітків є розлади психіки та поведінки від вживання наркотичних речовин. Рівень поширеності гострої інтоксикації та розладів психіки і поведінки з шкідливими наслідками від наркотичних речовин (профілактична група нагляду) становив у 2005 р. 21,0; у 2006 р. – 18,8; у 2007 р. – 15,6 на 100 тис. дітей віком 0–17 років. Найрідше це явище спостерігається традиційно в областях західного регіону України.

УДК 378.147:[614.253:577]-057.85

*В.І.КРИВЕНКО, І.В.НЕПРЯДКІНА, С.П.ПАХОМОВА, О.П.ФЕДОРОВА,
В.Г.ЄРЕМЕЄВ* (Запоріжжя)

ПРОБЛЕМА АКТУАЛЬНОСТІ ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ БІОЕТИКИ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Запорізький державний медичний університет

Лікар загальної практики (сімейний лікар), що пройшов професійну підготовку на циклі спеціалізації за фахом "загальна практика (сімейна медицина)", зобов'язаний володіти лікарськими маніпуляціями терапевтичного профілю, тобто вміти надавати кваліфіковану допомогу дорослим і дітям при розповсюджених захворюваннях внутрішніх органів, проводити основні лікарські лікувально-діагностичні заходи, тобто надавати їм першу лікарську допомогу при невідкладних станах, а також володіти методами формування здорового способу життя родини й неухильно дотримуватися вимог лікарської етики і медичної деонтології при проведенні серед населення оздоровчих, профілактичних, лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходів в амбулаторно-поліклінічних умовах і вдома.

Етичне виховання медичного працівника повинне стати невід'ємною частиною його підготовки. Основні зусилля при цьому повинні бути спрямовані на розвиток етичних навичок і моральності фахівця. Навчання лікаря-інтерна в цей час базується на основних принципах біоетики: принципі поваги людської гідності, визнання автономії особистості, справедливості. Цими принципами визначаються загальні умови відношення до пацієнта як до особистості для формування основного сполучного елемента в ланцюзі "пацієнт-сімейний лікар" - довіри один до одного.

При цьому неможливо обмежуватися тільки тематичними заняттями для вирішення цього завдання: професійна етика, як етика взагалі, не розробляється, а виробляється поступово в процесі повсякденної діяльності людей, а, отже, проблема ця повинна бути провідною в процесі всього навчання. Будь-яке лікування не випадково називається «втручанням», ухвалюючи рішення щодо призначення будь-якої лікувальної, діагностичної або профілактичної маніпуляції лікар завжди стоїть перед вибором, тому що шкода від будь-якої маніпуляції найчастіше зіставима з його користю. Це особливо актуально в умо-

вах комерціалізації системи охорони здоров'я, коли будь-яке медичне призначення стає предметом продажу. Пацієнт у цих умовах самостійно робить вибір, але розуміння хворого біологічних основ його стану залежить тільки від лікаря. Для успішного подолання цієї проблеми особливо важливо навчити лікаря-інтерна співпрацювати з пацієнтом, познайомити та навчити неухильно дотримуватися основних правил біоетики - правила правдивості, недоторканності приватного життя, добровільної інформованої згоди пацієнта. Законодавство закріплює за лікарем обов'язок одержання згоди пацієнта на проведення будь-якого медичного втручання, що передбачає достатню інформованість про діагноз і прогноз розвитку захворювання з урахуванням різних варіантів лікування. Принципово важливо виробити в майбутнього лікаря непротокольне відношення до одержання згоди хворого: ця процедура не повинна обмежуватися формальним підписом під юридичним документом. Лікар повинен бути зацікавлений в одержанні усвідомленої згоди, оскільки інформування має на меті залучення хворого до активної боротьби із хворобою. Крім того, інформована згода як би ділить тягар відповідальності між лікарем і хворим.

Кінцевою метою такого навчання є вивчення не тільки всіх тонкостей теорії й технологій професійної діяльності по наданню необхідної допомоги, але й уміння з погляду моралі й моральності управляти своїми діями, вибирати власні цінності. Такий підхід до навчання містить у собі як наукові практичні знання, так і етичні й моральні цінності, на основі яких лікар-інтерн буде вибудовувати свою діяльність. Саме внаслідок цього процес навчання й виховання невіддільні один від одного.

Засвоєння етичних норм і правил в процесі професійної підготовки дозволяє підвищити якість теоретичної й практичної підготовки фахівців, а, отже, і ефективність самої роботи, її соціальну значимість, престиж і статус.

УДК:616.12-036:615.214.22

О.М. ГІРИНА, Н.А. СКАРЖЕВСЬКА (Київ)

ЗАСТОСУВАННЯ АДАПТОЛУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ВИСОКОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ: ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА

Національний медичний університет ім.О.О. Богомольця

Численні епідеміологічні дослідження останніх років свідчать про неухильне зростання в загальній медичній практиці неспсихотичних психічних розладів депресивного спектру (РДС). Депресія є найбільш поширеним психічним розладом, який погіршує перебіг, знижує якість і тривалість життя у хворих з тяжкими серцево-судинними захворюваннями. Наявність тривожно-депресивних розладів у хворих з тяжкими серцево-судинними захворюваннями є патогенетичною основою призначення препаратів, що мають заспокійливу та анксиолітичну дію.

Метою нашого дослідження було визначення ефективності та безпечності застосування денного транквілізатора адаптолу в комплексній терапії хворих високого кардіоваскулярного ризику з проявами РДС та стану тривоги.

Використовуючи загальноприйняті скринінгові опитувальники (HADS - госпітальна шкала тривоги і депресії, BDI - шкала Бека, CES-D - шкала Центру епідеміологічних досліджень США) було протестовано 77 хворих з двома і більше суттєвими факторами кардіоваскулярного ризику. Наявність психічних розладів встановлювалася згідно загальноприйнятих граничних значень кількості балів для кожної шкали. Після тестування психометричними шкалами в дослідження було включено 42 пацієнта, у яких були виявлені ознаки тривожно-депресивних розладів неважкого ступеню. Пацієнтам призначено адаптол по 500 мг два рази на день протягом двох місяців. До початку дослідження та після двомісячного прийому адаптолу окрім тестування всім пацієнтам проведено загальне клінічне обстеження та

біохімічний аналіз крові (дивись таблицю). Середній вік хворих склав $68,5 \pm 0,9$ роки, серед них чоловіків – 30 (71,4 %), курців – 9 (21,4 %), стенокардія II ФК і вище була у 39 пацієнтів (92,9 %), перенесений інфаркт міокарда (ІМ) – у 30 хворих (71,4 %), два ІМ – у 8 (19 %), хронічна серцева недостатність (ХСН) будь-якого ступеню – у 40 хворих (95,2 %), ХСН II ступеню і вище – у 14 (33,3 %), гіпертонічна хвороба (ГХ) – у 39 (92,9 %), ГХ II і III стадії – у 33 (78,6 %) ГХ III стадії – у 21 (50 %), перенесений інсульт – у 12 (28,6 %), цукровий діабет II типу у 12 (28,6 %). Всі хворі отримували сучасну кардіотропну терапію: 37 (88,1 %) – приймали β -адреноблокатори, 39 (92,9 %) – інгібітори АПФ і БРА II, сечогінні – 17 (40,5 %), антагоністи Са – 13 (31 %), аспірин – 36 (85,7 %), статини – 22 (52,4 %).

Аналізуючи отримані дані шкали CES-D встановлено, що частота виявлення проявів РДС легкого ступеню внаслідок лікування адаптолом знизилася з 15 випадків (35,7 %) до 6 (14,3 %), $p < 0,05$, середній бал схильності до РДС також зменшився з $16,2 \pm 1,2$ до $13,4 \pm 1,2$, $p < 0,05$. Таким чином, тривале призначення адаптолу в поєднанні з основною кардіотропною терапією у наших хворих призводить до зниження частоти виявлення РДС легкого ступеню в 2,5 раза (за шкалою CES-D). Проаналізувавши показники біохімічного дослідження крові до і після лікування, можна з сказати, що двохмісячний курс терапії адаптолом у хворих з високим кардіоваскулярним ризиком на фоні базисної кардіотропної терапії є безпечним і не викликає небажаних явищ (таблиця).

Таблиця. Біохімічні показники крові хворих до та після лікування адаптолом

Показник	До лікування	Після лікування	p
Загальний білірубін, мкмоль/л	$12,3 \pm 0,5$	$11,6 \pm 0,6$	НД
Креатинін, мкмоль/л	$89,6 \pm 3,2$	$94,4 \pm 3,7$	НД
Кліренс креатиніну, мкмоль/хв	$81,7 \pm 3,9$	$78,6 \pm 4,2$	НД
Сечовина, ммоль/л	$4,5 \pm 0,2$	$4,8 \pm 0,2$	НД
АЛТ, Од/л	$28,8 \pm 1,3$	$31,9 \pm 2,9$	НД
АСТ, Од/л	$28,1 \pm 2,6$	$26,3 \pm 2,4$	НД
Глюкоза крові, ммоль/л	$6,3 \pm 0,3$	$6,4 \pm 0,3$	НД

УДК:616.12:612.014.42]:615.214.22

О.М. ГІРИНА, Н.А. СКАРЖЕВСЬКА (Київ)

ВПЛИВ АДАПТОЛУ НА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ З ВИСОКИМ КАРДІОВАСКУЛЯРНИМ РИЗИКОМ ТА ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Дослідження останніх десятиріч довели прямий зв'язок між змінами вегетативної регуляції кардіоваскулярної системи і смертністю від серцево-судинних причин. Органічні зміни в серці після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) приводять до порушення регуляторних процесів з боку автономної нервової системи. Також функціональні вегетативні розлади та симптоми можуть негативно впливати на якість життя та ефективність лікування. Тому, діагностика та корекція вегетативної дисфункції (ВД) у хворих з високим кардіоваскулярним ризиком є невід'ємною складовою успішного лікування. Одним з найбільш досліджуваних методів оцінки впливу вегетативної нервової системи (ВНС) на роботу серця, а також прогнозування ризику аритмій та інших небажаних ускладнень є аналіз варіабельності ритму серця (ВРС). Виявлення ВД та її змін під впливом відповідного лікування проводять за допомогою опитувальника Вейна.

Метою нашого дослідження було визначити вплив денного транквілізатора адаптолу на вираженість симптомів ВД (за даними тестування опитувальником Вейна) та показники ВРС у хворих з високим ризиком кардіоваскулярних ускладнень, які приймають сучасну патогенетичну терапію.

Обстежено 77 хворих з двома і більше факторами кардіального ризику. А саме: вік - $68,5 \pm 0,9$ років, стенокардія II-IV ФК (92,9 %), ІМ (71,4 %), хронічна серцева недостатність (ХСН) 2 та більше ст. (33,3 %), гіпертонічна хвороба (ГХ) (92,9 %),

інсульт (28,6 %), цукровий діабет (ЦД) (28,6 %) тощо. 88,1 % пацієнтів приймали β -адреноблокатори, 73,8 % - ІАПФ чи БРА II, 85,7 % - дезагреганти, 40,5 % - нітрати і стільки ж сечогінні, 31 % - антагоністи Са; 52,4 % - статини. За допомогою опитувальника Вейна була визначена група хворих з ВД (34 пацієнти). Їм було призначено адаптол по 500 мг два рази на день протягом двох місяців. Цим хворим до і після лікування проводили загально клінічне обстеження, анкетування опитувальником Вейна та визначення показників ВРС за допомогою ЕКГ високого підсилення (ЕКГ ВП). Стан регуляції серцевої діяльності з боку ВНС досліджувався за допомогою спектрального аналізу варіабельності інтервалу RR. Спектральний аналіз проводився за методом швидкого перетворення Фур'є.

Було встановлено, що тривалий прийом адаптолу нашими пацієнтами з проявами ВД приводив до зникнення цих проявів у 17,6 % пацієнтів ($p < 0,05$). Суттєво знижувався і середній бал вираженості ВД за шкалою Вейна з $36,7 \pm 2,4$ до $26,4 \pm 2,2$, ($p = 0,002$). Зменшення суб'єктивних проявів ВД після лікування адаптолом супроводжувалося нормалізацією балансу парасимпатичного та симпатичного відділів ВНС та зменшенням вираженості симпатикотонії за даними змін ВРС у відповідь на пробу з гіпервентиляцією (таблиця).

Вплив проби з гіпервентиляцією на прирост частотних показники ВРС до і після лікування адаптолом

Таблиця. Вплив проби з гіпервентиляцією на прирост частотних показники ВРС до і після лікування адаптолом

Показник	Перед пробою (M±m)	Після проби (M±m)	% динаміки	Статистичний показник p
До лікування Адаптолом				
PL, %	77,0±2,4	84,2±1,7	+ 9,4 %	< 0,05
RH, %	23,0±2,4	15,8±1,9	— 31,4 %	< 0,05
RH/PL	0,34±0,05	0,2±0,03	— 39,7 %	< 0,05
Після лікування Адаптолом				
PL, %	72,3±4,1	75,5±3,9	+ 4,5 %	> 0,1
RH, %	27,8±4,1	24,5±3,9	— 11,6 %	> 0,1
RH/PL	0,69±0,26	0,53±0,2	— 22,7 %	> 0,1

PL-ступінь впливу симпатичного відділу ВНС на серцеву діяльність

RH-ступінь впливу парасимпатичного відділу ВНС на серцеву діяльність

RH/PL-індекс ступеню впливу парасимпатичного відділу ВНС на ЧСС

УДК 616.321-008.17:378.147.334:614.23:616-055.5/.7

В.М.РУДІЧЕНКО (Київ)

РОЗЛАДИ РУХЛИВОСТІ СТРАВОХОДУ ЯК МЕТОДИЧНИЙ РОЗДІЛ СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ ПО ТЕМАТИЦІ «ДИСФАГІЯ» ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Особливості викладання проблем дисфагії при підготовці лікарів загальної практики-сімейної медицини обумовлені тим, що при первинному зверненні пацієнта вся анатомія позаду глотки є недосяжною безпосередньому фізикальному дослідженню, а найбільш значуща інформація отримується переважно з методично зібраного анамнезу стосовно дисфагії (термін, що використовується для опису труднощів при ковтанні їжі або рідин), яка може бути пов'язаною або з відчуттям «чогось прилипло», або з одинофагією (відчуття болю при ковтанні).

З метою вдосконалення семінарського заняття на додипломному етапі та оптимізації контролю набуття знань при підготовці лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань діагностики та лікування дисфагії проведений аналіз літературних джерел за останні 3-5 років. Отримані результати дозволяють також вдосконалити формулювання запитань очного та комп'ютеризованого тест-контролю.

В результаті роботи виявлено, що серед етіологічних причин стану, а саме: фарингеальні причини, стриктурні ураження стравоходу, зовнішні причини, гострі стани, розлади рухливості стравоходу (ахалазія, дифузний спазм, склеродерма та інші) останні становлять одну з найважчих проблем диференціальної діагностики в практиці лікарів первинної ланки. Розлади рухливості стравоходу можуть бути розподілені на первинні та вторинні. Типовими представниками первинних розладів є ахалазія, дифузний езофагеальний спазм, сюди ж відноситься т.зв.неспецифічний або проміжний тип розладу рухливості – синдром гіпертензивного нижнього езофагеального сфінктеру (надміру здавлюючий стравохід). Ахалазія або дифузний езофагеальний спазм вважаються двома варіантами в діапазоні станів. В літературі описані прогресування від дифузного езофагеального спазму до ахалазії. Згідно літературних джерел при дифузному езофагеальному спазмі загальна мускулярна гіпертрофія стравоходу становить

основну патологічну знахідку з певною передта пост-гангліонічною нервовою дегенерацією. Сегментування, непропульсивні скорочення високого тиску розвиваються в нижніх відділах стравоходу, а високий тиск підтримується в нижньому езофагеальному сфінктері. При ахалазії відбувається дегенерація пост-гангліонічних нервових волокон (Ауербахове сплетення) в мускулатурі стравоходу, що призводить до розширеного (дилатованого) атонічного стравоходу з гіпертензивним нижнім езофагеальним сфінктером. Дилатований стравохід заповнюється слиною та харчовими залишками, з якими може відбуватися регургітація або аспірація в лежачому положенні пацієнта. Дифузний езофагеальний спазм часто пов'язаний з одинофагією, за якою слідує дисфагія, в той час як ахалазія найчастіше характеризується явищами дисфагії незабаром після ковтання. Пацієнти з ахалазією можуть відчувати неочікуване полегшення дисфагії в положенні стоячи, коли на вміст стравоходу діють сили тяжіння. Обидва стани погіршуються, якщо пацієнт їсть швидко. Вторинні розлади рухливості є частиною маніфестації системного захворювання внаслідок запального або злоякісного процесу, що уражує стравохідну стінку. Ця група включає стани такі, як склеродерма, дерматоміозит, діабет, амліодне ураження, алкогольну нейропатію та інфекційне захворювання викликане *Trypanosoma cruzi* (хвороба Чагаса). Останнє є рідкісним, найчастіше зустрічається в Південній Америці та зазвичай потребує 30 років для розвитку розгорнутої клінічної симптоматики, яка дуже схожа з ахалазією. Клінічне ведення пацієнтів залежить від правильного визначення етіологічних причин стану.

Зроблені висновки, що етіологічні причини дисфагії і, зокрема, різні види розладів рухливості стравоходу можуть обумовлювати методичні розділи семінарського заняття, а також слугувати методичною базою формулювання запитань очного та комп'ютеризованого тест-контролю.

О. М. ЦІБОРОВСЬКИЙ (Київ)

БОРОТЬБА З НАСЛІДКАМИ ГОЛОДУ 1921–1923 РОКІВ

(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Характеризуючи соціально-економічне становище України в умовах повоєнної та пореволюційної руїни та її вплив на санітарний стан населення, який відзначався великими санітарними втратами під час минулих воєн, поширенням епідемій, вкрай незадовільною демографічною ситуацією, зниженням народжуваності, високим рівнем смертності, особливо дитячої, підвищенням захворюваності на соціальні хвороби, втратами медичного персоналу і розвалом інфраструктури охорони здоров'я, слід наголосити, що і соціально-економічне становище країни, і санітарний стан населення ще більше погіршилися у зв'язку з голодом 1921–1923 рр., який спочатку охопив південні губернії, а потім поширився і на центральні губернії України. Причинами голоду були:

- згубна для сільського господарства політика “воєнного комунізму” і продрозкладки;
- політична залежність України від московського центру, який в умовах посухи на півдні республіки діяв не в інтересах українського населення;
- загальна розруха в сільському господарстві після восьмирічного періоду воєн;
- посуха 1921 р. в основних аграрних районах України [2; 11].

Метою роботи є висвітлити картину голоду та участь українських лікарів у боротьбі з його наслідками та пов'язаними з ним епідеміями.

Матеріали і методи. Дослідження проведено шляхом аналізу праць українських лікарів і вчених – свідків описуваних подій, присвячених проблемі боротьби з наслідками голоду.

Використано історичні методи – порівняльно-історичний, проблемно-хронологічний, джерелознавчого та історіографічного аналізу, та специфічні методи соціальної медицини – соціологічного аналізу, демографічної та медичної статистики.

Результати досліджень та їх обговорення. Оскільки комуністична цензура над пресою ще не стала всеохоплюючою, а обмежувалась переважно ідеологічною та політичною темати-

кою, то у тогочасній медичній пресі знаходимо багато статей про голод та його наслідки, які разом з нині надрукованими документами стали основним джерелом нашого дослідження [2].

Серед опублікованих статей виділяється праця М. Тільмана “Підсумки та перспективи боротьби з голодом в Україні”, в якій висвітлено жахливу картину голоду у 1921–1922 рр. [12].

Автор зазначає, що Центральна комісія допомоги голодуючим була створена ВЦВК 29 червня 1921 р. для надання допомоги голодуючим Поволжя, а про голод в Україні не було й мови: йшлося лише про часткову допомогу Запорізькій губернії. Голод в Україні визнали лише наприкінці 1921 р., коли південні губернії були охоплені ним. На 01.01.1922 р. до них входили Запорізька і Катеринославська губернії цілком, Миколаївська губернія, крім Єлисаветградського повіту, Донецька губернія, крім Старобільського повіту, і два повіти Одеської губернії із загальною чисельністю населення 9 669 000, з яких голодувало 1 895 000, тобто 20%. Голод у цих губерніях неухильно поширювався і у травні досяг максимуму, охопивши 4 264 000, серед яких діти становили 60%. Лише зі збиранням нового врожаю голод почав відступати.

Форми голоду були страшними: голодувало 50% населення, недоїдало – 80%. Голод охопив усі класи суспільства. Голодуючі з'їли всю худобу, потім усі сурогати, дійшло до трупо- і людодства. Селяни змушені були ліквідувати свої господарства, продаючи все за безцінь. До січня 1922 р. жодної допомоги українські губернії не одержували. Більш того, деякі з голодуючих губерній України на початку кампанії відіслали свій хліб для Поволжя, жителі якого також на початку 1922 р. направлялись в українські землі.

Постановою 6-го Всеукраїнського з'їзду рад було вирішено видати із державних ресурсів для боротьби з голодом 1 500 000 пудів хліба. Лише з цього часу почалася робота з надання допомоги голодуючим губерніям України, але до лютого 1922 р. вона мала “кустарно-філантропічний характер”. Тільки тоді було встановлено певні планові форми зборів як з робітників і службовців, так і з нетрудового населення. Збо-

ри з робітників було проведено за постановами їхніх загальних зборів – вони доходили до відчислень у розмірі 15% щомісячних окладів. Крім того, робітники Донбасу на недільниках добули на користь голодуючим до 3 млн пудів вугілля, яке було частково обмінено на хліб і мануфактуру для дитячих закладів, а частково відправлене до голодуючих губерній для громадського харчування, дитячих і медичних закладів. Для керівництва цими зборами при Південному бюро ВЦРПС було організовано Церобітком і Губробітками та Повітробітками на місцях. Для зборів з червоноармійців було організовано Військомпомголод. Збори з селян і “нетрудових елементів” здійснювались за допомогою так званих “голодних паспортів” (обліково-контрольних книжок) під гаслом “Десять ситих годують одного голодного”. На користь голодуючих спеціальним податком було обкладено театри і промислові свідоцтва. При всіх комісаріатах і установах – державних і кооперативних – було організовано трійки “помгол”, обов’язком яких був пошук коштів на допомогу голодуючим і контроль за виконанням усіх зобов’язань, взятих відповідними установами.

Суттєву роль у збільшенні коштів на допомогу голодуючим відіграли два державні заходи: запровадження загальногромадянського податку і вилучення церковних цінностей. Із сум загальногромадянського податку ЦКДГ при ВУЦВК одержала 1800 млрд крб., з яких 800 млрд залишилось безпосередньо у голодуючих губерніях, а на один трильйон було придбано продовольство. Від вилучення церковних цінностей було одержано 700 млрд крб., на які було закуплено продовольство. Ще більше 100 тис. пудів зерна було придбано за кордоном за гроші, одержані від американських робітників.

Усі ці кошти розподілялись між Поволжям і українськими губерніями до травня 1922 р. Коли стало зрозуміло, що голод в Україні не поступається голодові у Поволжі, ЦКДГ УСРР звернулась до ЦКДГ РСФСР з проханням про звільнення України від допомоги Поволжю, щоб збільшити допомогу голодуючим українським губерніям, і це прохання було задоволене.

У голодуючих губерніях хліб розподілявся шляхом громадського харчування, яке було організовано частково споживчою кооперацією, частково самим “помголом”, а також Українським Червоним Хрестом. З квітня 1922 р. почали функціонувати іноземні організації допомоги голодуючим, які вже працювали в Поволжі: місія Нансена, АРА (Американська організація допомоги) та інші, які розгорнули мережу їдалень, довівши в серпні чисельність тих, хто харчувався, до 1 800 000 осіб. Кількість голодуючих зменшилась на 80 тис. осіб, а тих, хто одержував хар-

чування, збільшилась на 275,4 тис. Губернський та повітові відділи охорони здоров’я лікарсько-харчових пунктів самостійно не відкривали через відсутність коштів

Хоча з настанням збирання нового урожаю відсоток голодуючих почав зменшуватись, прогноз засвідчив, що більшість місцевостей, які постраждали у 1921–1922 рр., будуть голодувати і в 1922–1923 рр., оскільки буде спостерігатися колосальна нестача хліба. При цьому передбачалось, що перебіг голоду буде ще тяжчим, тому було опрацьовано план допомоги голодуючим на наступний рік і зібрано нараду представників голодуючих губерній, які схвалили цей план. За цим планом ЦКДГ розраховувала одержати до 1 січня 1923 р. до 7 млн пудів хліба, з яких 5 млн пудів надходило з так званих “продпомола” і “продподатку” (по два фунти з кожного пуду, що здавався державі), один млн пудів, який виділявся державою для ліквідації наслідків голоду за декретом ВУЦВК і РНК УСРР від 12 червня 1922 р., і близько одного млн пудів з відчислень робітників, “нетрудового елемента” та інших.

Однак усі ці заходи не покривали і мінімуму колосальних потреб голодуючих губерній.

Як зазначає інший сучасник, доктор Федоров [14], 7 років безперервної війни з пересуванням у межах губернії фронту та військових частин і постійних мобілізацій людей та транспорту підірвали господарство і в значній мірі скоротили працездатність населення. Через відсутність інвентарю стало неможливим використання усієї площі придатної землі: у 1920 р. було засіяно лише 1355 тис. десятин з 2711,8 тис., проте вони дали врожай у 34 896 тис. пудів пшениці, жита, ячменю, вівса, проса, кукурудзи, соняшника, тобто в середньому 31,22 пуда на одного їдця. У 1921 р. посівна площа зменшилась незначно і було засіяно 1329 тис. десятин, але засуха призвела до недороду: було зібрано 4004 тис. пудів зерна, тобто лише 3,58 пуда на їдця. Оскільки губернія налічувала 1263,5 тис. населення, то навіть при скромному підрахунку (1 пуд на одного їдця) реальна потреба учетверо перевищувала наявні ресурси.

Перші наслідки голоду з’явилися уже у вересні 1921 р., а в січні 1922 р. голод охопив усю губернію. З цього часу почалась боротьба з цим лихом і допомога голодуючим. При губздороввідділі і повітових відділах охорони здоров’я створюються комісії у складі завідувачів лікувального, санітарного підвідділів і підвідділу охорони материнства, але вони нічого не могли зробити через відсутність коштів, крім обліку голодуючих, транспортування та ізоляції хворих, організації при лікарнях палат для голодуючих, розширення дитячих будинків. Для відкриття

окремих лікарень бракувало коштів. Умови у відкритих павільйонах були поганими як для лікування, так і для харчування. Хворі одержували максимум 900 калорій, а часом і 600, смертність серед них досягала 62%.

У січні 1922 р. з 1263,5 тис. населення голодувало 493 тис. осіб. Лише 23,4 тис. з них одержували допомогу. За три місяці кількість голодуючих зросла на 226,7 тис. осіб, що становило не більше 5% тих, хто її потребував. Захворюваність за цей час збільшилась удвічі, а смертність – у 2,5 рази.

Автор зазначає, що врахувати розвиток епідемії паразитарних тифів, холери, туберкульозу було неможливо. Він наводить дані демографічної статистики по Миколаївському і Херсонському повітах, які свідчать, що навіть під час Першої світової війни народжуваність перевищувала смертність, але у 1919 р. картина змінюється навпаки. У 1922 р. народжуваність зменшилась на 60%, а смертність зросла на 40%. У липні місяці голод зменшився, але урожай 1922 р. дав лише 15,8 пуда на їдця. Уже у вересні знову з'явилися голодуючі.

В. М. Коган у своїй доповіді на з'їзді представників медичних рад УЧХ [5] та В. М. Коган і М. І. Лівшиць у доповіді на засіданні Харківського медичного товариства (ХМТ) у грудні 1922 р. [6] ще ширше охоплюють цю тему на основі обстеження населення м. Харкова за 1914–1922 рр. Їхні дослідження, як і робота А. Кейліна про вплив голоду на робітників [4], особливо цінні тому, що стосуються не тільки сільського населення, як більшість подібних досліджень, але й міського.

Автори зазначають, що світова війна і громадянська війна в Росії, пов'язане з цим різке зменшення харчування взагалі і якісне погіршення харчування в сенсі зменшення певних харчових речовин, головним чином жирів і білків тваринного походження, зокрема, поставило проблему народного харчування на порядок денний у всій гостроті. Вони вважають, що над більшою частиною людності історією було поставлено грандіозний дослід (експеримент) впливу кількісної та якісної зміни харчування на людину. Цей дослід в Росії було поглиблено і його розмах різко підсилено через голод, який вразив величезні райони і саме ті, які раніше вважались житницею Росії, в т.ч. Україну.

Аналіз робіт інших дослідників, а також анкетне обстеження населення м. Харкова (902 осіб), яке було поділене на чотири групи (робітники фізичної праці, працівники розумової праці, радянські службовці, студенти вищих учбових закладів), дозволив авторам зробити обґрунтовані висновки:

1. Роки війни і революції, особливо в Росії, і пов'язані з ними голодування, особливі умови

праці і нові умови життя передусім вплинули на молоде покоління, юнацький вік у вигляді недорозвиненості, раннього постаріння, втрати ваги, навіть під час зростання, і перенесення низки інфекційних захворювань, особливо туберкульозу, поворотного і висипного тифів, а також падіння розумових і фізичних сил, які не можуть не відбитися на наступних поколіннях.

2. Вони посилюються на дані проф. Іванівського, що свідчать про те, що під впливом умов харчування змінюються і деякі антропологічні риси, які мають регресивний характер [3]. Вплив такого харчування вірогідно позначиться на підростаючому поколінні, спрямувавши конституцію організму на створення типу людей з менш стійкою фізичною та психічною організацією. Автори вважають, що це важливо знати не тільки для з'ясування наукової проблеми, але й з практичною метою, оскільки вплив на відомі умовні чинники може сприяти змінам конституції у сприятливий бік.

3. Близько 50% обстеженого дорослого населення мали значні втрати ваги тіла, переважно від 5 фунтів (2 кг) до 1 пуда (16 кг), що призвело до зменшення фізичних сил і різкого зниження енергії.

4. Колосальна кількість потенційної енергії витрачалась на ходіння.

5. Близько 40% опитаних перехворіли на висипний тиф, спостерігалось загострення туберкульозу. Захворюваність на цингу і неврас-тенію була незначною. Головне місце (більш ніж 50%) займали шлунково-кишкові захворювання, анемія, явища функціональної слабості серця і набряки (особливо серед жінок), чому особливо сприяло життя в голодуючих губерніях і переселення.

Заступник наркома охорони здоров'я УСРР М. І. Баранов у своїй статті про допомогу голодуючим з боку зарубіжних організацій характеризує обсяг цього жахливого явища і визнає недоліки в організації допомоги голодуючим в Україні [1]. Він зазначає, що у травні 1922 р. у Запорізькій, Катеринославській, Миколаївській, Донецькій і Одеській губерніях голодувало 40% населення, було зареєстровано 1500 отруень, 40 тис. випадків смерті від голоду, 255 тис. захворювань, пов'язаних з ним. Сам автор визнає ці цифри далеко не повними і свідчить, що число голодуючих збільшується з кожним місяцем. Він стверджує, що допомога голодуючим була розпочата занадто пізно, пояснюючи це тим, що передусім слід було допомогти Поволжю, де нібито голод розпочався раніше.

Не згадуючи про державну допомогу голодуючим, якої не було, автор зазначає, що допомога зарубіжних організацій була недостатньою, оскільки вона охопила лише 33% голодуючих,

а величина пайки у 900–1000 калорій була настільки малою, що не могла підтримати людське життя. Нічого не кажучи про збільшення допомоги, автор погоджується з правом автономності зарубіжних організацій у розгортанні їхньої роботи і контролю за використанням ресурсів, але наполягає на забезпеченні медико-санітарного контролю з боку губернських відділів охорони здоров'я.

Ця стаття свідчить, що в той час більшовицька цензура ще не заборонила відкрито обговорювати проблему голодомору, який виник не стільки внаслідок неврожаю, скільки в результаті громадянської війни, політики воєнного комунізму і продрозкладки.

Низка згаданих статей присвячена впливу голоду на захворюваність населення [3;5]. Доктор Л. Д. Ульянов свою статтю розпочав епіграфом, в якому зазначено: “Смертність від голоду настільки велика, що перестала реєструватися і тяжко подається обліку” [13]. Ці підтверджується офіційними даними у п'яти голодуючих губерніях, в яких 14 повітів переживали повторний голод. За матеріалами санепідвідділу НКОЗ УСРР у серпні 1922 р. налічувалось 4 272 584 голодуючих, з них лише 2 318 400 осіб (54,2%) одержували продовольчу допомогу. За цими даними, на ґрунті голоду з початку року захворіло 279 352 особи та померло 47 525 осіб.

В той же час за 7 місяців 1922 р. у п'яти голодуючих губерніях було зареєстровано 350 787 випадків тільки тифів (висипного, поворотного, черевного, невизначеного). Автор вважає, що число таких випадків за рахунок голодуючого населення має бути не менше 210 000 (60% усіх випадків), а при смертності від тифозної інфекції, яка пересічно становить 20% (а для голодуючих ще більше), число голодуючих, померлих лише від тифу, становитиме не менше, ніж 42 тис. осіб.

Аналізуючи матеріали загсів про смертність і лікувальних закладів про захворюваність тільки в містах Миколаївської та Одеської губерній і по м. Херсону, оскільки статистика по сільській місцевості була вкрай незадовільною, автор робить наступні висновки:

1) процент голодуючого населення від усього населення п'яти голодуючих губерній становить 45%;

2) загальна та інфекційна захворюваність серед голодуючих становить пересічно близько 40%;

3) смертність тих, хто захворів від голоду та виснаження, досягає 50% усіх хворих-голодуючих;

4) смертність від тифів становить більше 20% тих, хто захворів.

Він вважає можливим поширити ці висновки на все голодуюче населення України і стверд-

жує, що на 4 250 000 голодуючих в Україні було 1 700 000 хворих, з яких 850 000 померло від виснаження та інфекційних хвороб. Отже, фактичні дані відповідно у 6 і 18 разів більші за офіційні.

Наведені статистичні дані і клінічні спостереження свідчать про надзвичайне поширення епідемії паразитарних тифів, холери, туберкульозу та інших інфекцій під час голоду. Тому боротьба з епідеміями була головним завданням органів та закладів того часу. Про стан цієї боротьби в голодуючих Миколаївській та Запорізькій губерніях свідчить стаття лікаря А. Негрובה [9].

Після характеристики головних санітарно-гігієнічних умов Миколаївської та Запорізької губерній автор вважає необхідним зупинитися на засобах і ресурсах, які мають ці губернії для боротьби з наслідками санітарної руйни і за поліпшення справи охорони народного здоров'я. Він вважає, що при тій колосальній захворюваності та смертності, спричинених занепадом загальнопобутових і санітарних умов, цих засобів і ресурсів у місцевих здороввідділів було вкрай недостатньо. З осені 1921 р. кількість лікарняних ліжок не збільшувалась, а зменшувалась, тому доводилось відмовляти у госпіталізації навіть хворим на гострі інфекційні захворювання. Дільнична мережа була теж недостатньою. Сільська місцевість незадовільно забезпечувалась кадрами лікарів і середніх медичних працівників. Сільські дільниці постійно відчували гострий брак білизни, медикаментів, предметів догляду за хворими, палива. Більшість лікарень потребувала ремонту. Недостатньою була їх забезпеченість водою, дезінфекційними засобами, санітарно-технічним обладнанням. Наслідком таких умов, на думку автора, була висока летальність, яка в окремих випадках досягала 50 і 60 відсотків.

Найвищу смертність давали так звані “голодні ліжка”, що пояснюється малою калорійністю лікарняної пайки (від 900 до 1300 калорій) та іншими дефектами харчування, при яких виснажений організм не міг відновити свої сили. Страждали не тільки хворі, але й медичний персонал, якому пайки видавались нерегулярно. Автор наводить страшні цифри: у Херсоні з початку року в лікарні №1 померло від виснаження 36 осіб персоналу, в лікарні №2 – 17 осіб, а в лікарні №3 – до 20% персоналу протягом зими.

Переведення лікарень на фінансування з місцевого бюджету взимку 1921 р. призвело до закриття багатьох з них протягом двох перших місяців. Так, наприклад, у Херсонському повіті було закрито близько 90% лікарень, які тільки після повернення їх на державне постачання у 1922 р. почали відновлювати свою роботу.

Автор малює жахливу картину існування закладів охорони материнства і дитинства. Здоровідділи могли забезпечити лише незначну частину дітей, які потребували допомоги. Наслідком такого становища була велика дитяча смертність, яка в будинках для немовлят Миколаївської області взимку перевищувала 85%. Тільки весною, коли харчування дітей почало забезпечуватись пайками АРА, смертність почала знижуватись і у квітні досягла 11%.

У ще гіршому становищі опинилася профілактична робота. В умовах епідемій і голоду особливо відчувався брак кваліфікованих працівників у галузі епідеміології і громадської санітарії, лабораторій, дезінфекційного обладнання, санітарного транспорту.

Допомога голодуючим зводилась майже виключно до громадського харчування. З цієї метою відкривались харчові пункти. Крім того, у закладах охорони здоров'я і народної освіти організацією АРА видавались пайки для додаткового харчування дітей. Проте, за даними автора, навіть у травні 1922 р. 82,2% усіх голодуючих Миколаївської губернії і 77,6% голодуючих Запорізької губернії не одержували жодної підтримки, а після травня допомога надавалась ще менше.

А. Негроров наводить цифри, які характеризують інфекційну захворюваність на холеру, висипний, поворотний та черевний тифи, звертає увагу на особливості перебігу цих епідемій в умовах голоду, високий рівень смертності, який при холері досягав від 40 до 70 відсотків (в середньому 50%). Він показує, що система охорони здоров'я виявилась зовсім не готовою до надання медичної допомоги під час епідемій. Навіть у м. Миколаєві за першу половину 1922 р. вдалось госпіталізувати лише 44% хворих на висипний тиф.

Автор зупиняється на захворюваності на ґрунті голоду, зауважуючи, що ця статистика далеко не повна, як внаслідок дефектів статистики, так і через її неготовність до обліку хвороб голоду. За цими даними, за весь період голоду в Миколаївській губернії було зареєстровано 66 334 хворих на ґрунті голоду, з яких померло до 30% осіб. У Запорізької губернії таких хворих налічувалось 169 207 осіб. Серед цих хвороб найчастіше спостерігалися захворювання шлунково-кишкового тракту, гостре виснаження, голодні набряки, малокрів'я, адинамія, часто – крововиливи, пролежні, виразки, геморої, аменорея, брадикардія, статеві і нервові розлади; схильність до ураження шкіри та слизових оболонок, цинги, психозів; куряча сліпота, жовтяниця, крипторхізм, переродження і гіперплазія

залоз внутрішньої секреції, особливо надниркових, кома, яка давала 95–100% смертності.

Статистика смертності від голоду зовсім недосконала і тому дані різних джерел часто не співпадають. За даними губсанепіда, по Миколаївській губернії зареєстровано 35 003 випадки смерті від голоду, у тому числі 12 778 серед дітей. По Запорізькій губернії за даними "Врачебно-медицинского бюллетня" зареєстровано 17 063 смертних випадків від виснаження на ґрунті голоду, а за даними Губкомпомголоду – 85 315 осіб, померлих від голоду.

А. Негроров звертає увагу на різке зменшення народжуваності, рівень якої у кілька разів був меншим навіть за офіційні дані смертності. Він зазначає, що "низька вага новонароджених (від 5 до 5,5 фунтів), їх недорозвиненість і своєрідний вигляд "старої людини" наперед дають несприятливий прогноз цьому поколінню. Ознаки дегенеративної властивості на ґрунті голоду з'явилися і у підростаючого покоління. Психічна нестійкість, моральний надлам, крипторхізм і низка інших даних, правильна оцінка яких є справою майбутніх наукових досліджень, говорить про те, що частина цього покоління або зовсім не зможе мати дітей, або дасть також нездорове покоління.

Проблема харчування та його вплив не тільки на стан здоров'я, але й на продуктивність праці тривожить фахівців у галузі соціальної медицини та гігієни і в наступні роки. Науково-практичний інтерес має стаття професора В. Я. Підгаєцького, опублікована у 1925 р. [10], у якій автор зазначає, що проблемі харчування належить велике значення в справі забезпечення доцільної організації праці та відповідної її продуктивності.

Хоча питання харчування сільськогосподарських робітників в Україні не досить з'ясоване, він посилається на роботи Лосицького, за якими калорійність харчування для сільського населення України у жовтні 1922 р. становила 4074 калорії, у лютому 1923 р. – 4009 калорії. Це більше, ніж в інших республіках і краях СРСР, але не характеризує харчування сільськогосподарського пролетаріату.

Порівнюючи дані про продуктивність праці американського і європейського робітника, автор зазначає, що їх співвідношення становить 100:29. Спостереження автора теж свідчать про залежність продуктивності праці від калорійності харчування. При споживанні під час оранки 1654 нетто-калорій продуктивність праці робітника становила 50% профспілкової норми, при 3409 калоріях – 125%.

Вивчаючи харчування сільгоспробітників на цукрових плантаціях у різних регіонах України,

В. Я. Підгаєцький стверджує, що склад продуктів наближається до європейського і характеризується перевагою продуктів рослинного походження. При цьому він зазначає, що це співвідношення стало гірше, ніж у довоєнні часи.

Автор характеризує не тільки склад їжі, але й час та умови її споживання у різних господарствах і з гігієнічного боку часто вважає їх незадовільними через: а) домінуючу роль рослинних продуктів; б) коливання в калорійності і складі продуктів; в) цілковиту відсутність м'яса в раціонах окремих господарств; г) порушення режиму харчування; д) виготовлення харчів та їх споживання в антигігієнічних умовах. Він подає обґрунтовані рекомендації щодо поліпшення харчування сільгоспробітників.

Зниження опірності організму, пов'язане з недоїданням та голодуванням, призвело до нового спалаху епідемій. Загальну характеристику епідемічному стану України в кінці 1922 р. подає завідувач санітарно-епідеміологічного відділу НКОЗ УРСР О. М. Марзєєв [8].

Аналізуючи епідемічний стан України, він приходить до висновку, що захворюваність висипним та поворотним тифами до грудня 1922 р. продовжувала знижуватись за рахунок сільської місцевості, однак в абсолютних цифрах показники залишались дуже високими. У містах, особливо великих, захворюваність на паразитарні тифи у жовтні 1922 р. почала зростати, особливо за рахунок місць ув'язнення, що створило загрозу всьому населенню.

За 11 місяців 1922 р. в Україні було зареєстровано 322 850 випадків висипного і 426 642 випадки поворотного тифів. За час великої епідемії 1918–1922 рр. на паразитарні тифи хворіло близько 25% населення України. Враховуючи той факт, що санітарний стан України не поліпшився, а соціальні причини епідемій не усунені, автор застеріг від самозаспокоєності і безпідставного оптимізму та категорично виступив проти скорочення штатів санітарного персоналу і проти епідемічних закладів, проти зменшення фінансування проти епідемічної роботи.

Враховуючи той факт, що і в попередній, дорядянський період, і в період становлення радянської системи охорони здоров'я на передньому краю боротьби з епідеміями були лікарі та інший медичний персонал, великий професійний інтерес мають дані про висипнотифозну захворюваність і смертність серед цього контингенту, наведені у статті лікаря І. Лісниченка [7]. За матеріалами Донецької губернії, відсоток медичного персоналу, який переніс висипний тиф, становить 54,24%, а в деяких групах доходить до 69%, тоді як серед іншого населення він становить приблизно 5–7% (для порівняння: дані А. Н. Сисіна по Москві – до 50 і 10% відповідно).

Рівень смертності становив 8,87%, у тому числі серед лікарів – 23,42%, фельдшерів – 11,02%, акушерок – 13,33%, санітарів і дезінфекторів – 14,7%. Дані А. Н. Сисіна по Московській губернії: лікарі – 22%, молодший медичний персонал – 10%, по інших губерніях – відповідно 15–25% і 10–12%. Дані С. М. Ігумнова по Харківській губернії: лікарі – 19,1%, фельдшери – 17,2%, молодший медичний персонал – 4,7%.

Крім епідемій, під час голоду величезну втрату народному здоров'ю завдали соціальні хвороби, зокрема туберкульоз, венеричні захворювання, алкоголізм, але висвітлення цієї проблеми буде темою окремої статті.

Висновки

1. Санітарний стан населення України у революційний період відзначався великими санітарними втратами під час минулих воєн, поширенням епідемій, вкрай незадовільною демографічною ситуацією, зниженням народжуваності, високим рівнем смертності, особливо дитячої, підвищенням захворюваності на соціальні хвороби, втратами медичного персоналу і розвалом інфраструктури охорони здоров'я. Слід наголосити, що і соціально-економічне становище країни, і санітарний стан населення ще більше погіршились у зв'язку з голодом 1921–1923 рр., який спочатку охопив південь, а потім поширився і на центральні регіони України.

2. Причинами голоду 1921–1923 рр. були наступні:

- згубна для сільського господарства політика “воєнного комунізму” і продрозкладки;
- політична залежність України від московського центру, який в умовах посухи на півдні республіки діяв не в інтересах українського населення;
- загальна розруха в сільському господарстві після восьмирічного періоду воєн;
- посуха 1921 р. в основних аграрних районах України.

3. Оскільки комуністична цензура ще не стала всеохоплюючою, а обмежувалася переважно ідеологічною та політичною тематикою, то у медичній пресі було опубліковано чимало статей, присвячених темі голоду та його наслідкам.

4. Зниження опірності людського організму, пов'язане з недоїданням і голодуванням, призвело до нового спалаху епідемій, передусім паразитарних тифів і холери, а також підвищення захворюваності на соціальні хвороби (туберкульоз, венеричні захворювання).

5. Через ці обставини діяльність органів і закладів охорони здоров'я УСРР у той час була переважно спрямована на боротьбу з голодом та його наслідками, епідеміями, які супроводжували голод і розруху, а також на організацію боротьби з соціальними хворобами та системи охорони материнства і дитинства, відновлення

інфраструктури охорони здоров'я та забезпечення її медичними кадрами.

6. Українські фахівці в галузі соціальної медицини не обмежувалися аналізом і критикою ситуації, що склалася, але й обґрунтовували і пропонували форми і методи боротьби з на-

слідками голоду, епідеміями та соціальними хворобами, пов'язаними з ним.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ролі українських фахівців з соціальної медицини у розвитку системи охорони здоров'я, її профілактичного спрямування.

Список літератури

1. Баранов М. И. Голод и помощь иностранных организаций / М. И. Баранов // Профилактич. медицина. – 1922. – № 1. – С. 83–85.
2. Голод 1921–1923 років в Україні : Збірник матеріалів і документів. – К. : Наукова думка, 1993. – 238 с.
3. Ивановский. Изменение физических признаков населения России под влияние голодания / Ивановский // Наука на Украине. – 1922. – № 3
4. Кейлин А. Влияние голода на заболеваемость рабочего населения / А. Кейлин // Врачеб. дело. – 1922. – № 24–26. – С. 821–822.
5. Коган В. М. К выбору об изучении голода и болезней на почве голода / В. М. Коган // Профилактич. медицина. – 1922. – № 24–26. – С. 822–826.
6. Коган В. М. О последствиях недостаточного питания в период 1914–1922 гг. (Анкетное обследование некоторых слоев населения г. Харькова) / В. М. Коган, М. И. Лившиц // Врачеб. дело. – 1922. – № 24–26. – С. 805–821.
7. Лесниченко И. К вопросу о сыпнотифозной заболеваемости и смертности медицинского персонала (по материалам Донецкой губернии) / И. Лесниченко // Врачеб. дело. – 1922. – № 3–6. – С. 110–111.
8. Марзеев А. Н. Эпидемическое состояние Украины к концу 1922 года / А. Н. Марзеев // Профилактич. медицина. – 1922. – № 4–5. – С. 85–91.
9. Негроров А. Борьба с эпидемиями в Николаевской и Запорожской губерниях / А. Негроров // Профилактич. медицина. – 1922. – № 2–3. – С. 173–181.
10. Підгаєцький В. Я. До характеристики харчування робітників на сільгоспах УСРР. 1923–24-го р. / В. Я. Підгаєцький // Укр. мед. вісті. – 1925. – № 1. – С. 198–207.
11. Політична історія України : [посіб.] ; за ред. В. І. Танцюри. – К. : Вид. центр "Академія", 2001. – С. 251.
12. Тильман М. Итоги и перспективы борьбы с голодом на Украине / М. Тильман // Профилактич. медицина. – 1922. – № 2–3. – С. 97–100.
13. Ульянов Л. Д. К вопросу о заболеваемости и смертности на почве голода / Л. Д. Ульянов // Профилактич. медицина. – 1922. – № 2–3. – С. 141–143.
14. Федоров. Голод в Николаевщине // Профилактич. медицина. – 1922. – № 4–5. – С. 177–185.

БОРЬБА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ГОЛОДА 1921–1923 ГОДОВ

(обзор литературы)

О. М. Циборовский (Киев)

В статье проанализированы причины и последствия голода 1921–1923 гг., его влияние на санитарное состояние населения Украины, распространение эпидемий, повышение заболеваемости и смертности, а также освещены мероприятия, направленные на борьбу с этими явлениями.

STRUGGLE AGAINST CONSEQUENCES OF FAMINE 1921–1923

(review literature)

О. М. Tsiborovskiy (Kiev)

In article the reasons and consequences of famine 1921–1923, its influence on a sanitary condition of the population of Ukraine, distribution of epidemics, increase of morbidity and mortality have been analyzed, and also the measures directed on struggle against these events have been covered.

СЛАБКИЙ ГЕННАДІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ (до 55-річчя від дня народження)

Доктор медичних наук, професор, директор Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, член Національної ради з охорони здоров'я при Президентові України, професор кафедри загальної гігієни, соціальної медицини та мікробіології медичного інституту Української асоціації народної медицини, консультант UNICEF.



Геннадій Олексійович народився 1 серпня 1953 р. в с. Гончарівка Сватівського району Луганської області. В 1968 р. з відзнакою закінчив Гончарівську восьмирічну школу та вступив до Кременського медичного училища. Після закінчення в 1972 р. медичного училища працював завідувачем фельдшерським пунктом в с. Чепігівка на Луганщині, служив в армії.

В 1974 р. Г. О. Слабкий вступив до Донецького державного медичного інституту на лікувальний факультет, після закінчення якого з відзнакою у 1980 р. отримав направлення на наукову роботу. Після закінчення інтернатури до 1985 р. працював у Макіївському медичному училищі на посадах викладача, завідувача фельдшерським відділенням, заступника директора.

У 1985 р. Г. О. Слабкий переходить на практичну роботу і до 1992 р. працює на посадах лікаря, завідувача відділенням, заступника головного лікаря в закладах охорони здоров'я м. Макіївка.

В 1992 р. Геннадій Олексійович організовує першу в Донбасі самостійну поліклініку, яку очолював до 1995 р. Під час роботи головним лікарем поліклініки першим в Донбасі створив багатопрофільний денний стаціонар на 120 ліжок з організацією амбулаторного операційного блоку, запровадив систему надання амбулаторної допомоги в трьох рівнях, відпрацював систему направлення пацієнтів на вищі рівні надання медичної допомоги, впровадив систему надання медичної допомоги за договорами з промисловими підприємствами тощо.

В 1995 р. Г. О. Слабкий був переведений на посаду головного лікаря багатопрофільної міської лікарні №2 м. Макіївки. За час роботи головним лікарем першим в Україні обґрунтував необхідність закриття малопотужного онкологічного міжміського диспансеру та його переведення до складу багатопрофільної лікарні, що значно підвищило якість надання медичної допомоги і раціональність використання ресурсів. Провів реорганізацію стаціонарного сектора: було створено лікарню для переважного надання невідкладної медичної допомоги та лікарню для надання переважно планової медичної допомоги. Обґрунтував та провів реорганізацію акушерської допомоги: з трьох пологових будинків створив перинатальний центр. Одним із перших організував роботу центру сімейної медицини. Відкрив міський центр профілактики ВІЛ/СНІДу та заснував при ньому громадську ВІЛ-сервісну організацію "Джерело".

Г.О. Слабкий активно займається громадською роботою, приділяючи значну увагу проблемам формування у населення здорового способу життя, активно співпрацює із засобами масової інформації.

В 1996 р. Г. О. Слабкий захищає кандидатську дисертацію за спеціальністю "Соціальна медицина" в спеціалізованій вченій раді Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця. З 1998 р. за сумісництвом викладає на кафедрі організації вищої освіти та управління охорони здоров'я Донецького медичного університету.

У 2002 р. Г. О. Слабкий став переможцем Всеукраїнського конкурсу професійної майстерності "Лідери регіонів". У цьому ж році в спеціалізованій вченій раді Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця захищає докторську дисертацію за спеціальністю "Соціальна медицина". Дисертація присвячена організації на рівні великого промислового міста вторинної медичної допомоги.

З 2002 по 2003 рр. працює завідувачем кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я з підвищення кваліфікації керівних кадрів охорони здоров'я Національного медичного уні-

верситету ім. О. О. Богомольця. В 2003 р. повертається в м. Донецьк і до 2005 р. працює професором кафедри організації вищої освіти та управління охорони здоров'я Донецького медичного університету та завідувачем навчально-методичного кабінету. В 2005 р. Г. О. Слабкому присвоєно вчене звання професора.

З 2005 р. Г. О. Слабкий – заступник директора Українського інституту громадського здоров'я з наукової роботи, а в 2008 р. призначений на посаду директора Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України.

Основними напрямками наукової діяльності д.мед.н., проф. Г. О. Слабкого є обґрунтування реформи системи охорони здоров'я; розробка шляхів підвищення ефективності використання ресурсів; стандартизація медичної допомоги; залучення громадськості до управління в системі медичного забезпечення населення; збереження репродуктивного здоров'я населення України; обґрунтування шляхів протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД; дослідження співвідношення національного медичного права з європейським для формування гомогенного правового поля; вивчення стану здоров'я та якості життя населення України за програмою моніторингу виконання Європейської політики "Здоров'я для всіх".

Професор Г. О. Слабкий є автором та співавтором 579 наукових робіт, з яких 20 монографій та 15 навчальних посібників, 2 довідника, 2 термінологічних словника, 28 методичних рекомендації.

Професор Г. О. Слабкий брав участь у розробці ряду законопроектів та нормативних актів, державних програм, є членом робочих груп МОЗ України з реформування системи охорони здоров'я.

Під керівництвом д.мед.н., проф. Г. О. Слабкого виконано та виконується 3 докторські та 17 кандидатських дисертаційних робіт.

З 2007 р. проф. Г. О. Слабкий є національним координатором ВООЗ за програмою "Здорові міста".

У 2007 р. Федерація Всесвітнього миру присвоїла Слабкому Геннадію Олексійовичу почесне звання Посол миру.

Колектив інституту, наукова громада та друзі щиро вітають ювіляра та зичать міцного здоров'я, творчої наснаги і особистого щастя.

МАТВЄЄВА ГАННА ПЕТРІВНА (до 80-річчя від дня народження)

25 серпня 2008 року відзначає подвійний ювілей – 80 років життя і 55 років трудової та науково-педагогічної діяльності – лікар, кандидат медичних наук, доцент, перша завідувачка кафедри соціальної гігієни і організації охорони здоров'я з підвищення кваліфікації керівних кадрів охорони здоров'я Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця Ганна Петрівна Матвєєва.

Ганна Петрівна народилася в с. Лука Лохвицького р-ну Полтавської обл. в сім'ї робітника. Після закінчення школи вступила на педіатричний факультет Одеського медичного інституту ім. М. І. Пирогова.

Після закінчення інституту у 1953 р. через часті службові відрядження чоловіка Ганна Петрівна протягом 10 років працювала в різних лікувально-профілактичних закладах – у медико-санітарній частині №11 Третього Головного управління МОЗ СРСР (м. Москва), дільничним педіатром в м Кривий Ріг, головним лікарем сільської дільничної лікарні в рідному селі Лука на Полтавщині, лікарем-педіатром у Румунії, лікарем загальної практики в медичному пункті посольства СРСР у Болгарії, педіатром у поліклініці "Дружба" (Пекін, КНР).

В грудні 1964 р. Г. П. Матвєєва вступає в аспірантуру на кафедру соціальної гігієни і організації охорони здоров'я Центрального ордена Леніна інституту удосконалення лікарів (ЦОЛІУЛ) (м. Москва),



після дострокового закінчення якої у 1967 вона залишилася на цій кафедрі на посаді викладача, потім старшого викладача, одночасно працювала заступником декана санітарно-гігієнічного факультету ЦОЛІУЛ. У 1968 р. захистила дисертацію на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук на тему “Стан здоров’я новонароджених дітей і потреба їх в стаціонарній допомозі”.

Свою педагогічну і наукову діяльність Г. П. Матвеева вдосконалювала під безпосереднім керівництвом видатних організаторів охорони здоров’я Марії Дмитрівни Ковригіної та Виноградова Миколи Аркадійовича

В 1971 р. Г. П. Матвеева переїхала до Києва, де на конкурсній основі була зарахована на посаду старшого викладача, а з 1973 р. – доцента кафедри соціальної гігієни і організації охорони здоров’я Київського медичного інституту (нині Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця). З 1972 по 1977 рр. одночасно обіймала посаду начальника учбової частини інституту, багато уваги приділяючи оптимізації учбового процесу, організації і проведенню учбово-дослідницької роботи студентів. В інституті було введено періодичну атестацію студентів, розроблені критерії оцінки їх знань, методику контролю за самостійною роботою студентів.

За її ініціативи та співавторства в 1981 р. вийшла з друку книга “Управління навчально-виховним процесом і якістю підготовки лікарів”, яка містить методичні вказівки для професорсько-викладацького складу.

З метою підвищення кваліфікації та створення резерву керівних кадрів охорони здоров’я наказом МОЗ УРСР від 22.06.1971 р. при Київському медичному інституті були створені постійно діючі курси з підвищення кваліфікації керівних кадрів охорони здоров’я з питань організації і управління охороною здоров’я в Україні, на яких як постійний куратор значну частину педагогічної діяльності здійснювала Г. П. Матвеева.

Наказом МОЗ УРСР від 2.12.1982 р. №634 “Про організацію кафедри соціальної гігієни і організації охорони здоров’я по підвищенню кваліфікації керівних кадрів охорони здоров’я при Київському медінституті” була створена кафедра соціальної гігієни і організації охорони здоров’я з підвищення кваліфікації керівних кадрів охорони здоров’я. З 1 січня 1983 р. наказом по інституту Г. П. Матвеева була призначена на посаду завідувача цієї кафедри. На цій посаді Г. П. Матвеева працювала з 1983 по 1986 рр., а з 1987 по 1991 рр. була доцентом цієї кафедри. Під керівництвом Г. П. Матвеевої на кафедрі здійснювалась наукова робота спільно з ЦОЛІУЛ за темою “Професійно-посадові вимоги до головного лікаря поліклініки”. Нею особисто на кафедрі підготовлено два ординатора в 1984 р. – Т. Т. Козиренко і Н. М. Жаворонкова.

Г. П. Матвеева є автором 143 друкованих праць, присвячених організації спеціалізованої медичної допомоги, розрахунку нормативів, методиці планування різних видів медичної допомоги дорослим і дітям, фінансуванню та економіці лікарень і поліклінік, догоспітальному обстеженню хворих, організації експертизи тимчасової непрацездатності, організації швидкої і невідкладної медичної допомоги, плануванню роботи терапевтичної дільниці поліклініки міста на першому етапі щорічної диспансеризації населення, питанням підготовки кадрів. Г. П. Матвеева брала участь в розробці першої професіограми лікаря загальної практики (робота виконана у 1990 р.) спільно з групою вчених Львівського медичного інституту, яку очолював професор М. П. Павловський.

Г. П. Матвеева має вищу кваліфікаційну категорію, є Відмінником охорони здоров’я з 1970 р., учасником Великої вітчизняної війни.

За участі Ганни Петрівни підвищували кваліфікацію понад 8 тисяч керівних кадрів України, Росії і дальнього зарубіжжя – курсів ВООЗ в ЦОЛІУЛ.

В період 1995–2002 рр. Г. П. Матвеева працювала завідувачкою інформаційно-аналітичного відділу Київського міського центру радіаційного захисту населення, а з 2002 р. і досі працює завідувачкою кабінету наукової медичної інформації ЦРЛ Солом’янського району м. Києва.

Нині Г. П. Матвеева тісно співпрацює з кафедрою соціальної гігієни і організації охорони здоров’я з підвищення кваліфікації керівних кадрів охорони здоров’я Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, вона взяла активну участь у підготовці матеріалів до 25-річчя кафедри.

Колеги, учні, друзі, та родичі щиро вітають шановну ювілярку, зичать міцного здоров’я, довгих щасливих років життя, здійснення мрій та всього найкращого.

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти; організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я; міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 60 у.о. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.

На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, **прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

- Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:
- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій – не більше ніж 7 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50), **літературні джерела, узяті з Internet, не зараховуються;**
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- **рефератів російською та англійською мовами з обов'язковим зазначенням прізвищ та ініціалів авторів цими мовами**, обсягом не більше 1/3–1/2 с.

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

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

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

Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. В бібліографічному описі книги потрібно зазначити прізвища та ініціали авторів, її назву (якщо чотири і більше авторів – назву книги, а потім за похилою лінією ініціали і прізвища всіх авторів або, якщо більше чотирьох, трьох авторів і слова “та ін.”), місто, видавництво, рік 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. Нумери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (Х,ХІ). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

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

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

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

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

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

Редакційна Рада

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

З 1999 р. Українським інститутом громадського здоров'я спільно з Тернопільською державною медичною академією видається журнал "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України".

Тематика журналу:

- питання державної політики охорони здоров'я;
- концептуальні основи реформування галузі;
- дослідження та прогнозування здоров'я населення;
- питання управління, економіки та інформатизації системи охорони здоров'я;
- проблеми підготовки медичних кадрів;
- правове та інформаційне забезпечення галузі тощо.

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

Слід зазначити, що журнал розрахований на керівників закладів охорони здоров'я всіх рівнів (головні лікарі районних, міських, обласних лікарень і санепідемстанцій), співробітників 20 кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, 18 кафедр і циклів медичної інформатики медичних закладів освіти, науковців-медиків та лікарів різних спеціальностей, студентів вищих медичних закладів освіти та курсантів закладів післядипломної освіти.

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 ум. од., одностороння – 170 ум. од.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 ум. од.

рекламні статті – 150 ум. од. за 1 авт. арк (40 000 знаків).

При необхідності розміщення Вашої реклами в журналі, звертайтеся за телефоном 576-41-09

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

46000, 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.В. Шумило
Художнє оформлення О.Г. Головіна
Коректор О.В. Шумило
Технічний редактор С.Т. Демчишин
Комп'ютерна верстка О.І. Пухальська
Перекладачі Н.Т. Кучеренко, Н.В.Шаповалова

Підписано до друку 07.10.2008. Формат 60x84/8. Папір офсетний.
Друк офсетний. Ум. друк. арк 11,86. Обл.-вид. арк. 12,03. Наклад 600. Зам. № 248