

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

4

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

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

Київ — Тернопіль
“Укрмедкнига”
2008

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **Г.О. Слабкий**

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.І.Агарков (*Донецьк*), В.О.Волошин (*Київ*), Є.М.Горбань (*Київ*), Ю.І.Губський (*Київ*),
В.В.Єлагін (*Київ*), М.П.Захараш (*Київ*), А.П.Картиш (*Київ*), В.О.Колоденко (*Одеса*),
З.М.Парамонов (*Житомир*), А.Ю.Романенко (*Київ*), Л.А.Чепелевська (*Київ*)

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

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол №72 від 13.11.2008)*

Передплатний індекс – 22867

Здоров'я і суспільство

Г. О. Слабкий, О. В. Юрченко, Ж. В. Антоненко, В. М. Якимець. Моніторинг поведінки студентської молоді м. Києва щодо ВІЛ-інфікування (повідомлення 3).

О. М. Люлько, О. П. Гудима. Оцінка стану здоров'я льотного складу.

О. В. Денефіль. Автономна регуляція серцевого ритму та психічного здоров'я студентів з різною масою тіла при змінах медико-метеорологічної ситуації.

Організація медичної допомоги

Г. О. Слабкий, О. М. Кочет. IV з'їзд спеціалістів соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я як крок до активного розвитку соціальної медицини в Україні.

Н. П. Кризина. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: тенденції та закономірності розвитку.

Н. В. Коляденко. Забезпечення якості надання лікувально-профілактичної допомоги дітям з порушеннями психічного здоров'я на основі вдосконалення системи їх медико-соціальної реабілітації

Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, М. П. Жданова, К. О. Надутий. Аналіз діяльності мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості

Телемедицина та інформатизація галузі

А. В. Владзимирський. Клінічна концепція використання телемедицини в галузі ортопедії та травматології.

О. К. Толстанов. Інноваційні технології в підготовці медичних кадрів на прикладі визначення рівня обізнаності медичних працівників з проблемами парентеральних вірусних гепатитів та удосконалення інформаційного забезпечення.

Історія медицини

О. М. Ціборовський, В. М. Сорока, О. О. Гарнець. Розвиток земської медицини та її санітарної організації як втілення у практику соціально-медичних ідей.

Health and society

G. A. Slabky, A. V. Jurchenko, Z. V. Antonenko, V. N. Yakymets. Monitoring of behaviour of student's youth of Kyiv is relative HIV- infection (the message 3).

O. M. Lyul'ko, O. P. Gudima. Estimation of the state of health of flying composition.

O. V. Denefil. Autonomik regulation of caediac rhythm and psychological health of the students with different body weight in the case of changing the weather' types

Organization of medical care provision

G. A. Slabky, O. Kochet. IV convention of social medicine specialists and organizers of health protection as step to active development of social medicine in Ukraine.

N. P. Krizina. State policy of Ukraine in branch of health care: tendencies and laws of development.

N. V. Kolyadenko. Provide of quality of rendering of the treatment-and-prophylactic aid to children with mental health disorders on the basis of improvement of medical and social rehabilitation system.

L. F. Matjuha, N. G. Gojda, M. P. Zhdanova, K. O. Nadutiy. The analysis of activity of the primary medicosanitary stablishments network in the countryside.

Telemedicine and information of sphere

A. V. Vladzimirskiy. Clinical conception of telemedicine application in orthopedics and traumatology r&d institute of traumatology and orthopaedics.

A. K. Tolstanov. New technologies by preparation of the medical staff by the example of definition of the level of awareness of medical workers on the problem of virus hepatitis and improvement of information maintenance.

History of Medicine

O. M. Tsiborovskiy, V.M. Soroka, E.A. Garnets. Development of 'zemskay' medicine and its sanitary organization as the embodiment in practice of social - medical ideas.

5
9
12
15
21
27
31
37
42
45

Рецензії

О.М. Голяченко. Рецензія на монографію З.С. Гладуна „Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні”.

А.Г. Шульгай. Рецензія на книгу Я. Ганіткевича, П. Пундія „Українські лікарі. Книга 3”.

Review

A.M. Golyachenko. The monograph's review of Z.S.Gladun „Administrative and legal adjusting of health protection population in Ukraine”.

A.G. Shulgay. Book's review of I.Ganitkevich, P.Pundiyy „Ukrainian doctors. Book 3”.

53

53

Г. О. СЛАБКИЙ, О. В. ЮРЧЕНКО, Ж. В. АНТОНЕНКО, В. М. ЯКИМЕЦЬ (Київ)

МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ М. КИЄВА ЩОДО ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ (повідомлення 3)

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень” МОЗ України

Відповідно до програми дослідження, наступним кроком було вивчення знання студентської молоді щодо питань профілактики ВІЛ-інфікування. Опитування показало, що тільки 75,4% студентів впевнені, що використання презервативи може захистити від ВІЛ-інфікування (табл. 1). При цьому найвищий рівень обізнаності (80,4%), показали студенти Університету економіки та права “Крок”, а найнижчий (67,9%) – Університету державної податкової служби.

Далі вивчалось питання, чому студенти не звертаються за обстеженням та лікуванням захворювань, що передаються статевим шляхом (табл. 2). За даними соціологічного опитування встановлено, що 23,2% респондентів бояться, що отримані результати призведуть до змін в особистому житті (Національний авіаційний університет – 27,8%; Національний медичний університет – 21,6%), 21,4% мають страх щодо небезпечення конфіденційності інформації про результати обстеження (Національний медичний університет – 26,4%, Києво-Могилянська академія – 15,1%). Серед інших причин студенти вказали на реакцію близького оточення – 19,7%,

незнання, куди можна звернутися – 12,6%, страх втрати соціального статусу – 6,5% тощо.

У ставленні до ВІЛ-інфікованих яскраво простежується загальне правило: толерантність передусім щодо “своїх”.

Враховуючи це, в рамках дослідження ми вивчали готовність молодих людей доглядати хворих на ВІЛ родичів, їхнє ставлення до ймовірних побутових контактів з інфікованими. Тільки 61,2% опитаних студентів готові доглядати за хворим родичем, інфікованим ВІЛ: Києво-Могилянська академія – 75,5%, Університет державної податкової інспекції – 47,6%. Важливо, що 31,3% респондентів не визначилися з відповіддю. Це вказує на необхідність роз'яснювальної роботи щодо толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих людей (табл. 3).

На готовність співпрацювати з ВІЛ-інфікованим вказали 72,8% респондентів, і тільки 7,4% респондентів висловитися проти (табл. 4).

Найчіткіше окресленим є бажання студентів уникнути контактів із ВІЛ-інфікованими у процесі закупівлі продуктів (27,4%) (табл.5). Готовність до подібних контактів висловили 47,0% респондентів:

Таблиця 1. Можливість захистити себе від ВІЛ/СНІДу, правильно використовуючи презерватив кожного разу під час статевого акту

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, згоден	129	75,9	70	73,7	105	79,5	87	73,7	91	72,8	123	80,4	114	67,9	177	77,6	896	75,4
Ні, не згоден	36	21,2	14	14,7	20	15,2	22	18,6	26	20,8	20	13,1	35	20,8	35	15,4	208	17,5
Не знаю	5	2,9	11	11,6	7	5,3	9	7,7	8	6,4	10	6,5	19	11,3	16	7	85	7,1
Всього	170		95		132		118		125		153		168		228		1189	

Таблиця 2. Причини незвернення студентів за обстеженням та лікуванням захворювань, що передаються статевим шляхом

Причина	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.	%
Страх розголошу результатів обстеження	100	26,4	43	21,5	46	15,1	60	22,8	52	21,2	71	20,8	80	22,6	100	20,5	552	21,4
Страх перед можливими змінами в особистому житті	82	21,6	41	20,5	76	24,9	53	20,2	68	27,8	85	24,9	87	24,6	106	21,7	598	23,2
Реакція близького оточення	29	7,7	38	19	67	22	57	21,7	37	15,1	88	25,7	81	22,8	111	22,7	508	19,7
Ставлення медичного персоналу	35	9,2	8	4	15	4,9	5	1,9	22	9	7	2	14	4	25	5,1	131	5,1
Не знають, до кого звернутися	88	23,2	25	12,5	37	12,1	28	10,6	27	11	34	9,9	31	8,7	55	11,3	325	12,6
Немає коштів на обстеження	10	2,6	13	6,5	11	3,6	21	8	17	7	22	6,4	25	7	29	5,9	148	5,7
Страх втрати соціального статусу	15	4	18	9	30	9,8	25	9,5	4	1,6	25	7,3	18	5	33	6,8	168	6,5
Не знають адреси медичного закладу	20	5,3	14	7	23	7,6	14	5,3	18	7,3	10	2,9	19	5,3	29	5,9	147	5,7
Всього	379		200		305		263		245		342		355		488		2577	

Таблиця 3. Можливість догляду ВІЛ-інфікованого родича вдома

Варіанти 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	122	71,8	51	53,7	100	75,7	59	50	89	71,2	82	53,6	80	47,6	145	63,6	728	61,2
Ні	7	4,1	5	5,3	5	3,8	14	11,9	7	5,6	16	10,5	20	11,9	16	7	90	7,6
Не можу визначитися	41	24,1	39	41	27	20,5	45	38,1	29	23,2	55	35,9	68	40,5	67	29,4	371	31,2
Всього	170		95		132		118		125		153		168		228		1189	

Таблиця 4. Готовність працювати з ВІЛ-інфікованим співробітником

Варіанти 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	131	77,05	73	76,8	108	81,8	89	75,4	85	68	95	62,1	118	70,2	166	72,8	865	72,8
Ні	12	7,05	7	7,4	5	3,8	11	9,3	10	8	18	11,8	15	8,9	10	4,4	88	7,4
Не можу визначитися	27	15,9	15	15,8	19	14,4	18	15,3	30	24	40	26,1	35	20,9	52	22,8	236	19,8
Всього	170		95		132		118		125		153		168		228		1189	

Києво-Могилянська академія – 54,5%, університет державної податкової служби – 37,5%.

Показовими є відповіді на питання про можливість участі у навчальному процесі ВІЛ-інфікова-

них вчителів (табл. 6). У разі ВІЛ-інфікування вчителя готові продовжити направляти до нього дітей 85,5% респондентів (Києво-Могилянська академія – 93,2%, Університет економіки та права – 77,1%).

Таблиця 5. Готовність купувати продукти у ВІЛ-інфікованого продавця

Варіанти відповідей	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	88	51,7	38	40	72	54,5	55	46,6	58	46,4	62	40,5	63	37,5	123	54	559	47
Ні	44	25,9	27	28,4	27	20,5	30	25,4	34	27,2	57	37,3	60	35,7	47	20,6	326	27,4
Не можу визначитися	38	22,4	30	31,6	33	25	33	28	33	26,4	34	22,2	45	26,8	58	25,4	304	25,6
Всього	170		95		132		118		125		153		168		228		1189	

Таблиця 6. Можливість навчання дітей у ВІЛ-інфікованого вчителя

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	149	87,5	83	87,4	123	93,2	96	81,3	108	86,4	118	77,1	141	83,9	199	87,3	1017	85,5
Ні	13	7,5	4	4,2	3	2,3	12	10,2	5	4	17	11,1	9	5,4	12	5,3	75	6,3
Не можу визначитися	8	5	8	8,4	6	4,5	10	8,5	12	9,6	18	11,8	18	10,7	17	7,4	97	8,2
Всього	170		95		132		118		125		153		168		228		1189	

Подальшим кроком вивчення рівня толерантності студентів до ВІЛ-інфікованих було встановлення їх ставлення до можливості ізоляції даної категорії населення (табл. 7). Вважають такий захід можливим 9,4% респондентів (Університет економіки та права “Крок” – 15,7%; Києво-Могилянська академія – 3,0%, Національний медичний університет – 10,0%), 21,6% не визначилися.

Результати дослідження підтверджують, що в українському суспільстві ставлення до людей, що живуть з ВІЛ/СНІД, досить часто носить характер осуду та бажання дистанціюватися. Причина може бути в низькому рівні поінформованості щодо шляхів інфікування ВІАяснювальної роботи із зазначеної проблеми 97,1% опитаних.

Висновки

1. Стан обізнаності студентів з питань ВІЛ-інфекції не можна вважати задовільним. Студенти вищих навчальних закладів м. Києва поінформовані переважно про шляхи передачі ВІЛ, але мало хто відповідає вірно на всі питання щодо ВІЛ/СНІД.

2. Відсоток студентів, що пройшли тестування на ВІЛ, є низьким. Проходження тесту корелює з ризикованою сексуальною поведінкою та з епідеміологічною ситуацією в регіоні – чим більш ризикована поведінка, тим частіше респонденти проходять тестування. Але важливо відмітити, що 89,6% опитаних не мають інформації про місце проходження тесту.

3. Значна частка студентів, у тому числі майбутніх медичних працівників, виказали своє не-

Таблиця 7. Можливість ізолювати ВІЛ-інфікованих людей

Варіант відповіді	Національний медичний університет		Академія ринкових відносин		Національний університет "Києво-Могилівська 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	17	10	11	11,6	4	3	10	8,5	9	7,2	24	15,7	18	10,7	19	8,3	112	9,4
Ні	125	73,5	57	60	108	81,8	77	65,2	91	72,8	89	58,2	112	66,7	161	70,6	820	69
Не можу визначитися	28	16,5	27	28,4	20	15,2	31	26,3	25	20	40	26,1	38	22,6	48	21,1	257	21,6
Всього	170		95		132		118		125		153		168		228		1189	

толерантне ставлення до ВІЛ-інфікованих людей, що пов'язано, насамперед, з низьким рівнем їх обізнаності із зазначеної проблеми.

4. Незважаючи на те, що рівень своїх знань як високий та достатній оцінили загалом 87,7% респондентів, результати показали, що більшості

(97,1%) з них потрібні додаткові знання з цієї проблеми

5. Отримані дані вказують на необхідність розробки та впровадження спеціальної програми інформування студентської молоді з проблеми ВІЛ/СНІДу.

МОНИТОРИНГ ПОВЕДЕННЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ Г. КИЕВА ОТНОСИТЕЛЬНО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ (сообщение 3)

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

Третье сообщение о мониторинге поведения студенческой молодежи г. Киева относительно ВИЧ-инфицирования, посвященное причинам, по которым студенты не обращаются в медицинские учреждения с целью обследования и лечения заболеваний, передающихся половыми путем, а также их отношению к ВИЧ-инфицированным и вероятности бытового контакта с ними.

MONITORING OF BEHAVIOUR OF STUDENT'S YOUTH OF KYIV IS RELATIVE HIV- INFECTION (the message 3)

G. A. Slabky, A. V. Jurchenko, Z. V. Antonenko, V. N. Yakymets (Kyiv)

The third message on monitoring behaviour of student's youth of Kyiv is relative HIV-infection, devoted to the reasons on which students do not address in medical institutions with the purpose of inspection and treatments of the diseases transmitted sexual way, and also their attitude to HIV-infection and probabilities of household contact to them.

УДК 312.6:613.693

О. М. ЛЮЛЬКО, О. П. ГУДИМА (Харків)

ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ЛЬОТНОГО СКЛАДУ

Головне управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації
Науковий центр Повітряних Сил Харківського університету Повітряних Сил ім. І. М. Кожедуба

Забезпечення професійної надійності льотчика є важливим напрямком безпеки польотів [1].

Сучасні умови діяльності на транспорті пов'язані з різноманітними змінами режимів використання швидкісних маневрових транспортних засобів, що призводить до посилення дії комплексу несприятливих чинників руху на організм пілотів, диспетчерів руху [2;3].

На сучасному етапі розвитку авіації проблема збереження високого рівня здоров'я і працездатності авіаційних фахівців протягом усього періоду професійної діяльності стала пріоритетною у забезпеченні безпеки польотів.

У результаті дії комплексу професійно обумовлених факторів адаптаційні можливості льотчиків тактичної авіації досить швидко знижуються, що істотно впливає на ефективність і надійність виконання ними службових обов'язків і значно погіршує стан їхнього здоров'я [4;5]. Значною мірою цьому сприяє складна соціально-економічна, демографічна та екологічна ситуація в нашій країні [2–4].

Щорічний огляд льотного складу лікарсько-льотною комісією є основною ланкою всієї системи медичного контролю за льотним складом і забезпечення польотів [2–5]. Саме за результатами цих обстежень формується висновок про стан здоров'я льотного складу.

Існуюча лікарсько-льотна експертиза побудована на оцінці індивідуальних клініко-фізіологічних характеристик організму льотчика з метою виявлення можливостей виконання ним польотних завдань і практично орієнтована на визначення показників, які характеризують здатність організму адекватно реагувати на дію факторів польоту, умов льотної праці [2–4]. Методи медико-психологічної експертизи, організаційні форми її проведення постійно удосконалюються [6;7]. Це не могло не вплинути на оцінку стану здоров'я льотного складу.

Мета роботи полягала у визначенні стану здоров'я льотно-курсантського складу, рівня їх захворюваності та дискваліфікації з медичних причин, пов'язавши отримані дані як з характером льотної діяльності, так і з особливостями проведення медичних оглядів і обстежень.

Матеріали та методи дослідження. Відповідно до поставленої мети вивчали стан здоров'я та рівень захворюваності льотно-курсантського складу одного навчального закладу. За основу були узяті дані 1992–1998 рр., коли польоти виконувалися хоча і нерегулярно, але у достатньому обсязі та льотному навантаженні. У роботі приділена увага особливостям оцінки стану здоров'я льотного складу за новими вимогами, які почали застосовуватися з 1994 р.

Раніше перше стаціонарне медичне обстеження льотчики проходили при попередньому діагнозі «здоровий» в 35 років. Зараз (з 1994 р.) перше стаціонарне обстеження льотчики проходять через три роки після закінчення льотного вузу. При діагнозі «здоровий» повторне обстеження проводиться в 30 років і через наступні два роки. Якщо через три роки після закінчення вузу льотчику був поставлений будь-який діагноз, то наступне обстеження він проходить через кожний наступний рік (рік амбулаторно, рік стаціонарно). Обсяг амбулаторного обстеження набагато менший, ніж стаціонарного. При стаціонарному обстеженні застосовується УЗД внутрішніх органів, біохімічні методи дослідження крові, різні функціональні навантажувальні проби (велоергометрія, статоергометрія тощо). Зрозуміло, що на амбулаторних медичних комісіях об'єм досліджень обмежений.

Показники рівня здоров'я вивчалися за даними статистичних звітів. Проводився аналіз вивчення стану фізичного розвитку у курсантів першого та випускного курсів під час навчання на різні авіаційні спеціальності.

Результати досліджень та їх обговорення. В результаті аналізу встановлено зростання числа осіб льотного складу навчального закладу з парціальною недостатністю здоров'я, яке майже не відрізнялося від даних, характерних для авіації в цілому.

Виявлена тенденція відхилень в стані здоров'я була пов'язана, насамперед, з докорінними змінами, що відбулися в діяльності льотного складу: виконання нерегулярних польотів на авіаційній техніці, що вже застаріла; зниження складності виконання польотних завдань; часті випадки перенавчання з одного типу літальних апаратів (ЛА) на інший, особливо з протилеж-

ним характером навичок пілотування (наприклад, освоєння гелікоптерів після великого досвіду роботи на літаках); знижений стан спеціальної підготовки; складні умови побуту.

Такий стан здоров'я можна було пояснити рівнем захворюваності льотного складу на той час та збільшенням числа дискваліфікованих через медичну невідповідність льотчиків.

Окремо був проаналізований характер відсторонення льотного складу від польотів в навчальних закладах за станом здоров'я. Встановлено, що рівень дискваліфікації льотчиків-інструкторів авіаційного навчального закладу за медичною ознакою майже в 2,5 разу перевищував показник по авіації загалом.

Серед курсантського складу показник дискваліфікації переважно коливався на рівні 0,8–1,2% і не мав зв'язку з льотною діяльністю. Основна маса відрахованих за станом здоров'я курсантів була рівномірно представлена на кожному курсі. Розподіл за нозологією не мав суворо специфічного характеру, і, як правило, виникнення захворювання не було пов'язане з проходженням навчання.

Для оцінки рівня здоров'я льотного складу досліджувались показники фізичного розвитку льотно-курсантського складу, які прийняті в практиці лікарсько-льотної експертизи.

В обстежених двох учбових авіаційних базах, де літають на літаках тактичної авіації, співвідношення здорових осіб і льотчиків з патологією склало 62,6% і 37,4% відповідно. Розподіл основних нозологічних видів захворювань був наступним: хвороби міокарда, гіпертонічна хвороба, нейроциркуляторна дистонія – 43,5%; хвороби хребта – 39,1%; хронічний гастрит – 10,9%; інші – 6,5%.

В авіаційних підрозділах, в яких літають на гелікоптерах, співвідношення здорових льотчиків і льотчиків з патологією склало 48,3% і 51,7% відповідно. Розподіл основних видів захворювань серед вертолітників суттєво не відрізнявся від таких у льотчиків тактичної авіації, однак серед них спостерігалася більша кількість складних діагнозів та серед інших захворювань збільшилась кількість хвороб органів зору і слуху. Аналіз стаціонарних обстежень осіб льотного складу в одному з шпиталів (м. Харків) в 1996–1997 рр. теж свідчить про гірший стан здоров'я осіб, які літають на гелікоптерах, ніж льотчиків тактичної авіації. Співвідношення здорових осіб і осіб з діагнозом було серед осіб тактичної авіації 41,2% і 58,8%, а серед пілотів армійської авіації – 22,3% і 77,7% відповідно. Тобто загальний стан здоров'я льотного складу армійської авіації майже в 1,5 разу був нижчим, ніж у тактичній. Це можна пояснити як особливістю діяльності пілотів армійської авіації (вплив

шуму, вібрації, вихлопних газів), так і вимогами до стану здоров'я при відборі та у процесі професійної діяльності – у льотчиків тактичної авіації вони вищі, ніж у вертолітників.

У курсантів, що навчаються для підготовки групи керівництва польотами, в 1,5 разу частіше, ніж у курсантів транспортної, тактичної авіації, зустрічалися аномалії рефракції (до 80%). Переважаючим видом аметропій для осіб, що навчаються на льотні спеціальності, є гіперметропія до 1,0 дптр. (70%); для тих, хто навчається на операторів управління польотами, – міопія до 1,0 дптр. (60%). Це пояснюється нижчими вимогами до функціонування зорового аналізатору при вступі до учбового закладу у диспетчерів – операторів управління польотами.

За показниками фізичного розвитку не виявлено різниці в стані здоров'я між курсантами першого курсу різних родів авіації. В процесі навчання ці показники переважно не змінюються.

Наступним фактом, який свідчить про особливості роботи експертних комісій, є медичний відбір льотного складу на факультет підвищення кваліфікації. Так, у період 1994–1997 рр. щорічно при кожному проходженні медичної комісії льотчиками, які вступали на факультет підвищення кваліфікації, мали місце один чи два випадки відрахування кандидатів через медичну невідповідність вимогам керівних документів. Тобто дійові льотчики, які щорічно проходили медичне обстеження та огляд у відповідних комісіях і пройшли "решето" первинних медичних обстежень до початку вступу на факультет підвищення кваліфікації, на вирішальній приймальній комісії визнавалися непридатними до певного виду льотного навчання, найчастіше через патологію стану зору, серцево-судинної системи, іноді органів травлення.

Наприклад, одного року із числа абітурієнтів-льотчиків, які вступали на факультет підвищення кваліфікації, було визнано непридатними до навчання два кандидати, а один з них взагалі одразу був списаний з льотної роботи через медичну невідповідність. Якби ці особи не вступали на факультет підвищення кваліфікації, то продовжували б льотну працю до наступного планового медичного стаціонарного спостереження, і в результаті були б пізніше списані з льотної праці. Невідомо, як би це відобразилося на льотній діяльності, коли льотчик виконував би свої обов'язки, маючи серйозні відхилення у стані здоров'я. Наведений випадок підтверджує висновок про доцільність обов'язкового детального медичного обстеження пілотів під час професійної діяльності.

Таким чином, проведений аналіз стану здоров'я льотного складу в умовах, що характеризувалися достатнім об'ємом та льотним наван-

таженням, свідчить про зниження стану здоров'я льотного складу в процесі професійної діяльності. Стан здоров'я пілотів армійської авіації значно нижчий, ніж тактичної авіації. Такі зміни у рівні здоров'я, що виявилися в процесі медичного спостереження за льотним складом, можна пояснити, з одного боку, зміною льотного навантаження та характером льотної діяльності, з іншого – застосуванням принципів медичного нагляду за льотним складом (обов'язкове поглиблене медичне обстеження після закінчення навчального закладу, зниження вікового цензу для повторного стаціонарного медично-

го огляду, нижчі вимоги щодо придатності до пілотування гелікоптером, ніж літаком тактичної авіації).

Отримані дані дуже актуальні при проведенні порівняльної оцінки стану здоров'я в теперішній час, коли відбувається відродження авіації.

Висновки

Оцінку стану здоров'я льотного складу потрібно здійснювати крізь призму не тільки вивчення психофізіологічних особливостей діяльності, професійних, соціальних умов праці пілотів, але й враховуючи процес удосконалення форм і методів лікарсько-льотної експертизи.

Список літератури

1. Бодров В. А. Психология профессиональной деятельности : [учебн. пособ. для вузов] / В. А. Бодров. – М. : ПЕР СЭ, 2006. – 623 с.
2. Єна А. І. Особливості психофізіологічного статусу льотного складу / А. І. Єна, В. В. Кальниш, В. В. Кравчук // Матер. Всеукр. наук. симп. [“Особливості формування та становлення психофізіологічних функцій в онтогенезі”]. – Черкаси : Вид-во ЧДУ, 2003. – С. 35.
3. Кравчук В. В. Характеристика вікових змін стану здоров'я льотного складу / В. В. Кравчук // Матер. IV Укр. конф. молодих вчених, присвяченої пам'яті акад. Фролькіса В. В. (Київ, 24 січня 2003 р.). – К. : Ін-т геронтології АМНУ, 2003. – С. 127–128.
4. Крапивницкая Т. А. Врачебно-летная экспертиза пилотов гражданской авиации при сердечно-сосудистой патологии / Т. А. Крапивницкая // Авиакосмич. и экологич. медицина. – 2006. – т. 30, № 4. – С. 46–50.
5. Люлько О. М. Використання фізіологічних показників при оцінці придатності льотчиків до льотної діяльності / О. М. Люлько, А. Г. Єрилкін, В. В. Шмаков // Військова медицина України. – 2008. – № 1. – С. 109–112.
6. Назаров В. В. Системно-стратегический подход и энергетическая безопасность Украины / В. В. Назаров // Політичні, економічні та екологічні проблеми енергетичної безпеки і транспортування енергоресурсів в Україні : [зб. наук. праць]. – К. : НАН та РВПС України, 2001. – С. 15–18.
7. Піх Б. П. Надійність людського чинника, як основа безпеки руху / Б. П. Піх, В. П. Думський // Медицина залізничного транспорту України. – 2004. – № – С. 60–61.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛЕТНОГО СОСТАВА

О. М. Люлько, О. П. Гудима (Киев, Харьков)

На примере изучения состояния здоровья, уровня заболеваемости и дисквалификации летного состава за период 1992–1998 гг. сделан вывод о том, что изменение этих показателей не всегда зависит от характера выполнения полетов, факторов внешней среды, социальных условий деятельности. Так, применение новых методов врачебно-летней экспертизы способствовало обнаружению отклонений в состоянии здоровья летного состава на ранних этапах их деятельности. В прогностическом плане при оценке профессионального здоровья летного состава целесообразно учитывать характер и объем методов медицинской экспертизы, которые постоянно обновляются.

ESTIMATION OF THE STATE OF HEALTH OF FLYING COMPOSITION

О. М. Lyul'ko, О. P. Gudima (Kyiv, Kharkiv)

By the example of studying a state of health, a level of morbidity and disqualification of flying composition for period 1992–1998 the conclusion that the change of these indexes not always depends on character of implementation of flights, factors of an environment and social conditions of activity is made. So, application of new methods of medical-flying examination was instrumental in the discovery of rejections in a state of health of flying composition at the early stages of their activity. In a prognostics plan at estimation of professional health of flying composition it is expedient to take into account character and volume of methods of medical examination which are constantly updated.

УДК 612.172.2.-02:613.16-057.87

О.В. ДЕНЕФІЛЬ (Тернопіль)

АВТОНОМНА РЕГУЛЯЦІЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ З РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА ПРИ ЗМІНАХ МЕДИКО-МЕТЕОРОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Сучасна людина працює постійно у стресових умовах (великий об'єм інформації, дефіцит часу, підвищені вимоги, значна конкуренція на ринку праці, необхідність креативного мислення), їй необхідно все більше часу проводити за комп'ютерами. При цьому молода людина стає уразлива до психотравмуючих ситуацій (можуть призвести до порушень вищої нервової діяльності – неврози, неврастенія, підвищення тривожності, невротичності, депресивності) [1, 2, 3, 4], змін погоди. У зв'язку із зростанням психоемоційної напруги зростають психологічні проблеми серед населення усього світу. При сидячому способі життя зростає маса тіла. Надлишкова маса тіла в молодому віці є предиктором розвитку в майбутньому ожиріння, серцево-судинних захворювань [5, 6]. Психологічні проблеми, які виникають, поєднуються із порушеннями серцевої регуляції.

Мета роботи – встановити залежність автономної регуляції серцевого ритму і психологічних особливостей студентів 17–21 року з різною масою тіла в залежності від погодних умов.

Матеріали і методи. Обстежено 107 хлопців 17-21 року Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського. До осіб із недостатньою масою тіла за індексом Кетле зараховували тих, хто мав індекс менше, ніж 19,9 кг/м². При індексі Кетле 20-24,9 кг/м² рахувалося, що студенти мали нормальну масу тіла, 25-29,9 кг/м² – надлишкову [7]. Осіб з ожирінням у обстеження не брали. В юнаків за різних типів погоди вимірювали зріст, масу, проводили психологічне тестування за FPI тестом [8]. Проводили реєстрацію електрокардіограм з оцінкою автономної регуляції серцевого ритму за допомогою приладу „ВНС-Микро” (ООО „Нейрософт”, 1996–2008, Иваново, Россия). Аналізували [9] індекс вегетативної рівноваги (ІВР), який кількісно характеризує співвідношення між адренергічними і холінергічними впливами на серце; вегетативний показник ритму (ВПР), який служить для оцінки ролі вагусного тону у формуванні ритму: чим менша ця величина, тим

більше автономний тонус зміщений в бік парасимпатикотонії і навпаки; відсоток коливань дуже низької частоти в загальній потужності спектру (% VLF) – характеризує церебральні ерготропні впливи; відсоток коливань низької частоти в загальній потужності спектру (% LF) – симпатичні барорефлекторні механізми; відсоток коливань високої частоти в загальній потужності спектру (% HF) – вагальні впливи; SDNN (мс) – стандартне відхилення (SD) величин нормальних інтервалів R–R (N–N) – відображає стан механізмів регуляції, характеризує в цілому варіабельність серцевого ритму. Зміни його можуть свідчити про зміщення автономного балансу в бік переважання одного з відділів; RMSSD (мс) – квадратний корінь із середнього квадратів різниць величин послідовних пар інтервалів N–N, свідчить про парасимпатичну ланку автономної регуляції; pNN50 (%) – відсоток послідовних інтервалів N–N, різниця між якими перевищує 50 мс протягом усього запису, показує ступінь переважання парасимпатичної ланки над симпатичною.

Дані про погоду отримували в обласній метеослужбі [10, 11]. Усі результати дослідження піддавалися математичній обробці з використанням параметричних методів статистичного аналізу [12]. Обрахунки проводили на персональному комп'ютері.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати представлено у таблицях 1–3.

У хлопців із недостатньою масою тіла в ортостазі відбувається адекватне зростання симпатичних впливів на серце, за I типу погоди ще й зниження вагальних впливів. З психологічних показників слід відмітити зменшення впевненості у собі, оптимістичності, активності, але збільшення психічної діяльності за чоловічим типом за I типу. Аналогічні зміни автономного балансу відмічено й у студентів з нормальною масою тіла, але залежності психологічних показників від погоди у них не було. При надмірній масі тіла за I типу погоди спостерігається більше зниження парасимпатичних впливів і тенденція до зростання адренергічних; за II типу – помірно зростають симпатичні реакції. Коливань психологічних показників при змінах погоди не відмічено.

Таблиця 1. Показники аналізу регуляції автономної нервової системи в юнаків з недостатньою масою тіла за різних типів погоди

Показник	Тип погоди			
	I (n=9)		II (n=16)	
	фон	ортостаз	фон	ортостаз
ЧСС, уд/хв.	75,56±2,96	100,78±3,31 $p_{o-\phi} < 0,001$	71,37±2,43	94,19±3,27 $p_{o-\phi} < 0,001$
% VLF	34,56±6,74	34,84±2,37	36,90±4,88	36,06±4,33
% LF	22,67±3,48	48,47±4,03 $p_{o-\phi} < 0,001$	28,25±2,66	41,51±3,12 $p_{o-\phi} < 0,002$
% HF	42,77±7,01	16,70±4,80 $p_{o-\phi} < 0,001$	34,83±4,56	22,44±4,45
IBP	110,57±30,73	186,40±37,46	88,96±24,62	93,31±22,96 $p_{I-II} < 0,05$
ВІП	3,66±0,74	5,88±0,81	2,79±0,45	3,65±0,77
SDNN, мс	73,00±17,80	54,22±14,69	97,50±18,64	102,81±24,07
RMSSD, мс	79,56±31,63	44,11±27,95	102,06±28,37	86,62±32,93
pNN50, %	29,82±7,16	9,33±6,81	34,93±6,21	7,49±2,51 $p_{o-\phi} < 0,001$

Примітки: тут і в наступних таблицях I. о-ф – результати достовірні порівняно з фоном і ортостазом; I-II – значимі результати при I і II типах погоди.

Таблиця 2. Показники аналізу регуляції автономної нервової системи в юнаків з нормальною масою тіла за різних типів погоди

Показник	Тип погоди			
	I (n=29)		II (n=33)	
	фон	ортостаз	фон	ортостаз
ЧСС, уд/хв.	74,28±2,17	94,59±2,52 $p_{o-\phi} < 0,001$	75,00±1,91	99,51±2,52 $p_{o-\phi} < 0,001$
% VLF	33,99±2,12	32,49±2,39	32,83±2,09	32,70±2,47
% LF	33,15±2,38*	46,15±1,85 $p_{o-\phi} < 0,001$	30,18±1,74	51,64±2,34* $p_{o-\phi} < 0,001$
% HF	32,85±2,43	21,35±2,53 $p_{o-\phi} < 0,002$	37,00±2,38	15,66±1,74 $p_{o-\phi} < 0,001$
IBP	102,19±15,22	90,67±16,61*	94,80±9,79	124,26±17,47
ВІП	3,31±0,35	3,62±0,54*	3,76±0,57	4,60±0,54
SDNN, мс	72,07±5,99	74,34±6,30	69,94±5,55	61,82±7,92
RMSSD, мс	63,00±6,41	57,21±10,08	65,24±6,67	41,48±11,94
pNN50, %	30,06±3,96	7,55±1,34 $p_{o-\phi} < 0,001$	31,81±3,70	5,40±0,98 $p_{o-\phi} < 0,001$

Примітка. Тут і в наступних таблицях * – достовірні результати порівняно з юнаками з недостатньою масою тіла.

В юнаків з нормальною масою тіла порівняно з хлопцями з недостатньою масою за I типу погоди в лежачому положенні зростають симпатичні барорефлекторні впливи на діяльність серця і спостерігається врівноваженість їх з вагальними механізмами, тобто знижується напруженість автономного балансу; в ортостазі – менше напруження адренергічних механізмів. За II типу погоди тільки в ортостазі значно зростають симпатичні барорефлекторні впливи на серце.

За II типу погоди у хлопці з недостатньою масою тіла захищеніші до впливу стрес-факторів

звичайних життєвих ситуацій, впевненіші у собі, активніші, ніж особи з нормальною масою тіла. Можливо це пояснюється більшою активністю симпатичних впливів і відносною рівновагою сегментарних систем та церебральних ерготропних дій.

В юнаків з надлишковою масою тіла порівняно з хлопцями з недостатньою масою за I типу погоди в ортостазі більше виражені парасимпатичні впливи на діяльність серця. За II типу погоди в ортостазі спостерігається різниця у сегментарній регуляції діяльності серця: знижуєть-

Таблиця 3. Показники аналізу регуляції автономної нервової системи в юнаків з надлишковою масою тіла за різних типів погоди

Показник	Тип погоди			
	I (n=12)		II (n=8)	
	фон	ортостаз	фон	ортостаз
ЧСС, уд/хв.	70,58±2,64	87,75±2,83* p _{о-ф} <0,001	70,50±3,35	84,25±4,05** p _{о-ф} <0,02
% VLF	32,07±5,27	38,25±5,33	36,02±6,39	31,25±4,06
% LF	29,34±3,48	40,20±4,02	29,01±3,48	42,86±3,58** p _{о-ф} <0,02
% HF	38,61±2,77	21,54±4,22 p _{о-ф} <0,05	34,92±5,54	25,86±5,86
IBP	95,45±20,25	75,28±12,81*	65,34±11,36	72,57±35,12
ВГП	3,00±0,39	3,04±0,45*	2,54±0,29	3,05±1,29
SDNN, мс	73,58±10,51	84,67±20,54	77,75±7,55	99,75±17,74
RMSSD, мс	71,83±15,97	61,08±27,13	68,25±10,63	91,25±29,35
pNN50, %	31,93±7,44	12,36±5,14 p _{о-ф} <0,05	37,45±7,68	18,40±6,02**

Примітка. ** – достовірні результати порівняно з юнаками з нормальною масою тіла.

ся адренергічна і зростає холінергічна активність порівняно з студентами із нормальною масою тіла. Тобто, спостарігається економніша автономна регуляція на систему кровообігу.

За I типу погоди хлопці з надлишковою масою тіла, порівняно з особами з недостатньою масою, є емоційно стійкішими, мають нижчі дані за шкалою перебігу психічної діяльності за чоловічим типом. Порівняно з особами з нормальною масою тіла за I типу погоди вони не такі агресивні, імпульсивні. Не залежно від погоди вони є інтровертованішими від інших студентів. Можливо, переважання холінергічних ефектів сприяє їх більшій психологічній адаптації.

Висновки

1. За результатами аналізу виявлено, що ні в юнаків, ні в дівчат показники значно не залежать від типу медико-метеорологічної ситуації.

2. У хлопців із недостатньою масою тіла зменшується впевненість у собі за I типу. За II типу

погоди вони захищеніші до впливу стрес-факторів, ніж особи з нормальною масою тіла. За I типу погоди хлопці з надлишковою масою тіла, порівняно з особами з недостатньою масою, є емоційно стійкішими; порівняно з особами з нормальною масою тіла за I типу погоди вони не такі агресивні, імпульсивні. Не залежно від погоди вони є більшими інтровертами за інших.

3. В юнаків з нормальною та надлишковою масою тіла порівняно з хлопцями з недостатньою масою за I типу погоди менша напруженість автономного балансу. За II типу погоди при надмірній масі тіла спостарігається економніша автономна регуляція на систему кровообігу.

Таким чином, у результаті аналізу представлених матеріалів стає очевидним, що існує відмінність у регуляторних механізмах автономного забезпечення та психологічної діяльності осіб з різною масою тіла при зміні медико-метеорологічної ситуації.

Список літератури

1. Дорогой А.П. Тривожні і депресивні розлади в кардіологічній практиці / А.П. Дорогой // Профілактика і лікування артеріальної гіпертензії в Україні : матеріали науково-практичної конференції. – Український кардіологічний журнал. – 2008. Додаток 1. – С. 18–19.
2. Дроздова И.В. Роль стрессов в стратификации общего сердечно-сосудистого риска у больных артериальной гипертензией / И.В. Дроздова, В.С. Борисюк, В.С. Стоянов // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 66–70.
3. Кузнецова Л.М. Показатели психического здоровья современных старшеклассников и студентов вуза / Л.М. Кузнецова, В.Д. Кузнецов, К.Т. Тимошенко // Гигиена и санитария. – 2008. – № 3. – С. 59–63.
4. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина : (Руководство для врачей) / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьёв, И.А. Новикова. – М. : МЕД-пресс-информ, 2006. – 568 с.
5. Relation of body mass index, physical fitness, and the cardiovascular risk profile in 3127 young normal weight men with an apparently optimal lifestyle / J. R. Ortлеpp, J. Metrikat, M. Albrecht [et al.]. // Int. J. Obesity 2003. – № 8. – P. 979–982.
6. Relation between body mass index and mortality in an unusually slim cohort / M. Thorogood, P. N. Appleby, T. J. Key, J. J. Mann // Epidemiol. and Community Health. – 2003. – № 2. – P. 130–133.
7. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации. Первый доклад экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертонии Всероссийского научного общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ I) // Кардиология. – 2000. – № 11. – С. 65–96.

8. Розов В.І. Методики оцінки і самооцінки адаптивних індивідуально-психологічних властивостей особистості / В.І. Розов // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – № 6. – С. 30–48.
9. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца : опыт практического применения метода / В. М. Михайлов. – Изд. второе, перераб. и доп. : Иваново : Иван. гос. мед. академия, 2002. – 290 с.
10. Руководство по составлению медицинских прогнозов погоды к комплексной профилактике метеотропных реакций / Под ред. И.И. Григорьева. – М. : Рос. гос. мед. ун-та, 1993. – 19 с.
11. Специализированный прогноз погоды для медицинских целей и профилактики метеотропных реакций / В.Ф. Овчарова, И.В. Бутьева, Т.Г. Швейнова [и др.] // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1984. – № 2. – С. 109–119.
12. Вороненко Ю.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль, „Укрмедкнига”. – 2000. – 677 с.

АВТОНОМНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ ИЗМЕНЕНИЯХ МЕДИКО-МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

О.В. Денефиль (Тернополь)

Представлены результаты зависимости автономной регуляции сердечного ритма и психологических особенностей студентов 17–21 года с недостаточной, нормальной и избыточной массой тела при медико-метеорологической ситуации I и II типа. Выявлено различия в обеспечении регуляции психологических функций и деятельности сердца у лиц с различной массой тела при изменениях погоды.

AUTONOMIC REGULATION OF CARDIAC RHYTHM AND PSYCHOLOGICAL HEALTH OF THE STUDENTS WITH DIFFERENT BODY WEIGHT IN THE CASE OF CHANGING THE WEATHER' TYPES

O.V.Denefil (Ternopil)

It was observed male-students of 17-21 years old with different body weight (less, normal and higher) in the different weathers' types (I and II) – analysis of relationship between autonomic regulation of cardiac rhythm and psychological tests. It was determined the difference of providing the regulation of psychological function and heart activity in the different body weight students in the different types of weather.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 614.2:616-058(477)(063)

Г.О. СЛАБКИЙ, О.М. КОЧЕТ (Київ)

IV З'їзд спеціалістів соціальної медицини та організаторів охорони як крок до активного розвитку соціальної медицини в Україні

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

23–25 жовтня 2008 р. в м. Житомирі відбувся IV з'їзд спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України. Ініціаторами та організаторами з'їзду виступили Міністерство охорони здоров'я України, Україн-

ський інститут стратегічних досліджень МОЗ України, управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації та Житомирський інститут медсестринства.

Делегатами з'їзду стали 320 організаторів охорони здоров'я України всіх рівнів, спеціалісти з соціальної медицини, керівники відомчих

систем охорони здоров'я, представники Національної академії наук та Академії медичних наук України, закордонні гості, керівники міжнародних проектів з охорони здоров'я, що працюють в Україні, представники ВООЗ.

У роботі з'їзду взяв участь Президент України Віктор Андрійович Ющенко. Він провів детальний аналіз медико-демографічної ситуації та стану охорони здоров'я в Україні, вказав на проблемні питання, проаналізував причини повільного реформування галузі та акцентував увагу на першочергових питаннях, які слід вирішити організаторам охорони здоров'я на шляху задоволення пацієнтів в якісній та доступній медичній допомозі. Серед першочергових завдань Президентом визначено: структурні перетворення на забезпечення якісною медичною допомогою населення відповідно до його потреб, зменшення рівня смертності населення і подовження середньої тривалості життя, створення єдиного медичного простору, підвищення рівня підготовки управлінських кадрів і надання закладам більшої самостійності у прийнятті управлінських, фінансових та адміністративних рішень і підвищення їх відповідальності за результати своєї діяльності.

Важливе місце приділено розвитку соціальної медицини як науки в Україні та її зв'язкам з практичною охороною здоров'я. Соціальна медицина як наука, що вивчає закономірності громадського здоров'я та системи його охорони і є теоретичною основою охорони здоров'я, завжди не тільки оперативно реагувала на потреби медичної практики, але й сприяла вирішенню її проблем.

Ситуація, яка склалася в Україні з набуттям державної незалежності і переходом до ринкових відносин, стала не тільки впливом для активізації соціально медичних досліджень, зробивши їх надзвичайно актуальними для вирішення нагальних проблем охорони здоров'я, але й таким чином створила умови для їх проведення і втілення в життя. Саме з такими думками і гаслами підійшли фахівці в галузі соціальної медицини і організації охорони здоров'я до свого III з'їзду, який відбувся в Одесі 1997 р.

Значною віхою у розвитку соціальної медицини стало створення Українського інституту громадського здоров'я, який очолив колишній заступник міністра охорони здоров'я д.м.н., проф. В. М. Пономаренко, а заступником директора з наукової роботи стала д.м.н., проф. А.М. Нагорна.

На основі аналізу стану здоров'я населення України в діяльності системи охорони здоров'я вивчено основні проблеми галузі, які потребують першочергового вирішення:

– забезпечення достатнього фінансування галузі шляхом запровадження багатоканального

фінансування, основними джерелами якого мають стати бюджет і кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;

– встановлення чіткого порядку і механізмів визначення обсягів гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги, який має охоплювати як основні види її, найбільш поширені та небезпечні нозологічні форми, так і групи населення (діти і підлітки, інваліди та пенсіонери, вагітні та матері, робітники, що працюють у важких та шкідливих умовах праці тощо), які потребують цієї допомоги;

– розробка, пріоритетне фінансування та реалізація програм, спрямованих на профілактику і лікування ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, венеричних, серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань, онкологічних хвороб, гепатиту та інших захворювань, що мають соціальне значення;

– структуризація медичної допомоги з трьома рівнями, забезпечення пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини, організації належної не тільки теоретичної, але й практичної підготовки сімейних лікарів, створення для них оптимальних умов праці та побуту, пріоритетного фінансування і оплати праці, медикamentозного і матеріально-технічного забезпечення;

– реструктуризація спеціалізованої медичної допомоги з передачею частини функцій лікарів "вузьких" спеціальностей лікарям загальної практики / сімейним лікарям;

– відповідна раціоналізація мережі, структури і функцій закладів охорони здоров'я, яка сприятиме раціоналізації витрат на медичну допомогу;

– поліпшення медичної допомоги сільському населенню шляхом удосконалення мережі лікувально-профілактичних закладів, створення належних умов праці і побуту сільських медичних працівників, забезпечення їх житлом, транспортом і засобами зв'язку;

– удосконалення нормативно-правового забезпечення системи охорони здоров'я відповідно до європейських вимог і стандартів, створення системи захисту прав як пацієнтів, так і медичних працівників;

– підвищення якості медичної допомоги шляхом розробки і впровадження в практику новітніх ефективних методів профілактики, діагностики і лікування, раціональної системи акредитації медичних закладів і ліцензування діяльності лікарів, запровадження гармонізованих з міжнародними нормами стандартів медичної допомоги;

– створення сучасної системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я, реорганізація медико-статистичної служби;

– підвищення рівня санітарної культури населення шляхом відновлення мережі центрів здоров'я, поліпшення гігієнічного виховання

дітей та молоді, подальша активізація боротьби з тютюнокурінням, алкоголізмом, наркоманією, поліпшення занять фізичною культурою та спортом і створення необхідних для цього умов;

– здійснення заходів щодо децентралізації, автономізації та роздержавлення медичних закладів, сприяння індивідуальній (приватній) лікарській практиці, забезпечення рівноправності в діяльності закладів різних форм власності;

– подальше удосконалення управління системою охорони здоров'я на державному, регіональному і місцевому рівнях, включаючи залучення медичної та широкої громадськості до вирішення проблем здоров'я, створення громадських рад при органах управління і закладах охорони здоров'я, Громадської колегії МОЗ України, Національної ради з питань охорони здоров'я при Президентові України, прийняття Закону України "Про лікарське самоврядування", який передбачає створення корпоративної лікарської організації і передачі їй частини управлінських функцій від державних органів управління.

Життя показує, що майже всі ці проблеми залишаються актуальними до сьогодні, що підтверджується Указом Президента України №1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення".

Така ситуація і поставлені нею завдання фактично зробили Український інститут громадського здоров'я науково-методичним центром реформування галузі, визначили його структуру і кадровий склад.

Крім відділу досліджень стану здоров'я населення та його прогнозування (зав. – д.мед.н., проф. А.М. Нагорна), відділення медико-демографічних досліджень (зав. – д.мед.н., проф. Л.А. Чепелевська) та інших підрозділів, чільне місце в структурі зайняло відділення розробки наукового супроводження, контролю виконання національних і регіональних програм реформування галузі (зав.– к.мед.н., с.н.с. О.М. Ціборовський) з секторами первинної медико-санітарної допомоги і сімейної медицини, медико-санітарної допомоги сільському населенню, спеціалізованої медичної допомоги, охорони здоров'я матерів і дітей.

Надзвичайно важливу роль у науковому опрацюванні проблем реформування галузі відіграли відділ економіки охорони здоров'я і медичного страхування (зав. – к.екон.н. В.І. Євсєєв), відділення нормативно-правового регулювання в охороні здоров'я (зав. – к.мед.н. Л.М. Грузова, а згодом – В.С. Швецов), відділення розробки стандартів медичної допомоги, проблем ліцензування та акредитації (зав. – к.мед.н., с.н.с. А. В. Степаненко), а також відділ інформатизації системи охорони здоров'я, відділ профілак-

тичної діяльності та координації співробітництва з ВООЗ тощо.

На основі проведених досліджень і визначених проблем було обґрунтовано державну політику в галузі охорони здоров'я і стратегію розвитку галузі в період переходу до ринкових відносин, яку було взято на озброєння, для проведення реформування галузі. Переглянуто Концепцію розвитку охорони здоров'я. У цій роботі, крім Українського інституту громадського здоров'я, взяли участь кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської медичної академії (зав. – д.мед.н., проф. В.М. Лехан), Тернопільського медичного університету ім. І.Я. Горбачевського (зав. – д.мед.н., проф. О.М. Голяченко), Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупіка (тодішній зав. – д.мед.н., проф. Б.П. Криштопа) та інші провідні фахівці України.

Значний вклад у розвиток соціальної медицини як науки внесла Академія медичних наук України. Так, під керівництвом академіка Академії медичних наук України А. М. Сердюка проводилась низка наукових досліджень в рамках виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на період 2002–2011 рр. У більшості науково-дослідних інститутах Академії медичних наук України функціонують науково-організаційні відділи, які проводять наукові дослідження за профілем інституту.

Відділенню реформування галузі вдалося залучити низку науково-дослідних інститутів МОЗ України і кафедр соціальної медицини і розробити проекти Комплексної (Національної) програми реформування охорони здоров'я, Міжгалузевої програми поліпшення медичного обслуговування сільського населення, Комплексної цільової програми реструктуризації галузі. На жаль, через часту зміну міністрів і, напевно, пов'язану з нею нестабільність у галузі, не все вдалося втілити в життя.

Проте успішно було продовжено справу, розпочату у Львові під керівництвом доц. Я.П. Базилевича з реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Разом з іншими фахівцями було опрацьовано проект Державної програми "Сімейна медицина", який став основою "Комплексних заходів щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я", затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 №989, які відкрили нарешті шлях для широкого впровадження сімейної медицини в практику.

Розроблено пакет більш ніж 40 нормативно-правових, інструктивно методичних і статистичних документів, які мають регламентувати і характеризувати розвиток сімейної медицини в Україні. Вони були схвалені І з'їздом сімейних

лікарів у Львові та офіційно оформлені низкою наказів МОЗ України.

Обґрунтовано і опрацьовано рекомендації щодо нормативів робочого навантаження, порядку і механізмів фінансування та оплати праці, створення сучасної системи інформаційного забезпечення сімейних лікарів. Розроблено програму і методику аналізу діяльності сімейного лікаря, проведено систематизацію та конкретизацію його профілактичної роботи.

Обґрунтовано і розроблено рекомендації щодо реструктуризації різних видів спеціалізованої медичної допомоги з метою перерозподілу їх обсягів між лікарями первинного, вторинного, третинного рівнів і передачі частини їхніх функцій сімейному лікарю, що дасть змогу упорядкувати мережу, структуру і функції медичних закладів у сучасних умовах.

Інститутом створено інформаційно-аналітичну систему контролю за процесом впровадження сімейної медицини (модель моніторингу) і забезпечено його науковий супровід.

Цілеспрямовану роботу з підготовки кадрів лікарів-організаторів до реформування системи охорони здоров'я проводили і проводять кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупіка, Національної академії державного управління при Президенті України, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

Підготовка сімейних лікарів проводиться на кафедрах сімейної медицини Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупіка, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, Тернопільського медичного університету ім. І.Я. Горбачевського та інших навчальних медичних закладів України.

З метою залучення різних міністерств і відомств, підприємств та організацій, всіх громадян України до справи збереження і зміцнення здоров'я населення широким колом фахівців з різних галузей медицини під керівництвом Інституту громадського здоров'я розроблено Міжгалузеву комплексну програму "Здоров'я нації" і забезпечено контроль за її виконанням.

За науковим напрямком дослідження економічних проблем охорони здоров'я і медичного страхування проведено: експертизу кількох проектів Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування"; дослідження подальшого удосконалення міжбюджетних відносин; розмежування видатків на надання різних видів медичної допомоги;

запровадження нових економічних механізмів у діяльність закладів охорони здоров'я; наукове обґрунтування і розробку змін у нормативно-правові акти з питань фінансування медичної галузі.

Обґрунтовано і опрацьовано науково-методичні підходи до формування гарантованого рівня надання безоплатної медичної допомоги населенню України.

За проведеними дослідженнями тенденцій забезпеченості населення фахівцями в галузі охорони здоров'я визначено потребу регіонів у медичних кадрах на період до 2015 р.

За науковим напрямком нормативно-правового забезпечення охорони здоров'я розроблено законопроекти нового варіанту Основ законодавства України про охорону здоров'я, "Про медичне обслуговування та заклади охорони здоров'я", "Про внесення змін до Закону України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині"». Підготовлено проекти Концепції Державної цільової програми щодо зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення України на 2008–2012 роки, Державної цільової комплексної програми розвитку охорони психічного здоров'я України на 2007–2011 роки. Постійно проводиться науково-юридична експертиза проектів нормативно-правових актів та їх відповідність основним положенням законодавства Європейського Союзу.

Постійно проводиться робота, спрямована на удосконалення управління якістю медичної допомоги. Здійснюється розробка нових та оновлення існуючих медичних стандартів і клінічних протоколів надання медичної допомоги на основі доказової медицини. За участю багатьох науковців підготовлено пакет нормативно-правових документів з питань управління якістю медичної допомоги, а саме: проект Концепції управління якістю медичної допомоги, Державна програма стандартизації медичної допомоги, проект Положення про Координаційну раду з управління якістю медичної допомоги.

За науковим напрямком інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я України розроблено Програму інформатизації охорони здоров'я України на 2006–2010 роки, опрацьовано та впроваджено комп'ютерну програму з розрахунку рейтингів діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я. Розроблено та проведено апробацію галузевих форм звітності з інформатизації системи охорони здоров'я. Розроблено та впроваджено автоматизовану програму збору, обробки та узагальнення інформації про стан виконання Міжгалузеві комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 рр.

За профілактичним напрямком діяльності розроблено проект моделі обсягу та якості надання профілактичної допомоги дорослому населенню, спрямований на збереження та зміцнення індивідуального потенціалу здоров'я, запобігання виникненню та розвитку хронічних неінфекційних захворювань. На основі проведеного аналізу підготовлено Національний звіт про контроль над тютюном (2007 р.).

Систематичне дослідження стану здоров'я населення України та діяльності всіх галузей системи охорони здоров'я, поглиблений аналіз демографічних та медико-статистичних матеріалів з усіх регіонів України дають змогу науковим співробітникам Українського інституту стратегічних досліджень (раніше – Український інститут громадського здоров'я) разом з МОЗ України готувати щорічні доповіді про стан здоров'я і діяльність закладів охорони здоров'я, в яких не тільки проводиться науковий аналіз показників здоров'я і охорони здоров'я в динаміці, але й обґрунтовуються заходи, спрямовані на поліпшення роботи системи охорони здоров'я і зміцнення здоров'я населення України. Ці праці передаються до Секретаріату Президента України, Кабінету Міністрів, зацікавлених міністерств та відомств, обласних управлінь охорони здоров'я, медичних бібліотек для інформації і реалізації обґрунтованих заходів.

За цей час вийшли надзвичайно цікаві роботи з історії української медицини і охорони здоров'я. Це – підручник О.М. Голяченка і Я.В. Ганіткевича "Історія медицини" (2001), це – серйозні праці Я.В. Ганіткевича "Історія української медицини в датах та іменах" (2004), "Українські лікарі-вчені першої половини ХХ ст. та їхні наукові школи", три томи бібліографічного довідника "Українські лікарі" (1994, 1996, 2008) за редакцією П. Пундія і Я. Ганіткевича.

О. М. Ціборовський, який зараз очолює сектор історії медицини Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, підготував до друку працю "Історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні".

Після III з'їзду соціал-гігієністів і організаторів охорони здоров'я України наукова робота в галузі соціальної медицини надзвичайно поживалась. Активізувалась робота Проблемної комісії "Соціальна медицина", яку очолює колишній директор Українського науково-дослідного інституту соціальної гігієни і управління охороною здоров'я, керівник Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи, д.мед.н., проф. А.Р. Уваренко.

Тільки в 1993–2001 рр. кафедрами соціальної медицини, науково-дослідними інститутами

МОЗ України і Академії медичних наук України виконувалося 286 науково-дослідних робіт. За рейтингом вони розподілялись таким чином:

1. Вивчення стану здоров'я і розробка методів його вивчення – 30,4%.
2. Організація медичної допомоги – 13,6%.
3. Профілактичний напрям – 9,8%.
4. Управління охороною здоров'я – 9,4%.
5. Інформатизація охорони здоров'я – 8,1%.
6. Підготовка та використання медичних кадрів – 6,6%.
7. Економіка і фінансування охорони здоров'я – 3,5%.
8. Нормативно-правове забезпечення охорони здоров'я – 3,1%.
9. Основи науково-медичної інформації – 3,1%.

Незначна кількість наукових робіт (1,7–2,8%) проводилась з таких напрямків, як проблеми наукознавства, історія медицини, прогнозування і планування, теоретичні проблеми охорони здоров'я, і лише поодинокі (0,3–1,4%) стосувалися диспансеризації населення, міжнародного співробітництва і статистики.

Водночас за оцінкою експертів, рангові місця наукових досліджень з проблеми "Соціальна медицина" щодо їх пріоритетності мали розподілятися так:

1–5-те місця – теоретичні проблеми охорони здоров'я; нормативно-правове забезпечення охорони здоров'я; організація медичної допомоги; стан здоров'я населення і методи його вивчення; профілактичні напрями;

6–9-те місця – система управління охороною здоров'я; економіка і фінансування охорони здоров'я; прогнозування і планування; інформатизація охорони здоров'я.

Решта напрямків мають рангові місця в такій послідовності: статистика; основи науково-медичної інформації; диспансеризація населення; підготовка і використання медичних кадрів; проблеми наукознавства; міжнародне співробітництво; історія медицини.

У цей же час виконувалось 103 дисертаційні роботи, з них 29 докторських і 74 кандидатські.

Така кількість дисертаційних робіт змусила організувати другу спеціалізовану раду із захисту докторських і кандидатських дисертацій за спеціальністю "Соціальна медицина" при Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

З'явилися нові наукові журнали за профілем "Соціальна медицина": "Вісник соціальної гігієни і організації охорони здоров'я України" (Український інститут громадського здоров'я і Тернопільській медичний університет ім. І.Я. Горбачевського), "Охорона здоров'я України" (Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Український центр наукової медичної інформації і па-

тентно-ліцензійної роботи), “Україна. Здоров’я нації” (Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України), “Східноєвропейський журнал громадської медицини” (Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця). Статті з соціальної медицини друкувалися й в інших журналах, наприклад, у “Сучасній педіатрії” і “Здоров’я жінки”, які випускає Український інститут стратегічних досліджень, у “Врачебном деле / Лікарській справі”, історико-медичному журналі “Агапіт”, “Сімейній медицині”, “Doctor”, Українському медичному часописі, “Мистецтві лікування”, “Здоров’я України”, “Новій медицині”, “Практичній медицині” та інших. На жаль, у 1998 р. зупинено випуск розділу 2 “Соціальна гігієна і організація охорони здоров’я” Українського медичного реферативного журналу.

Спеціалісти з соціальної медицини України проводять свою наукову роботу в тісній співпраці з науковцями Молдови, Литви, Естонії, Польщі, Великої Британії, США, Росії та інших країн, активно співпрацюють з ВООЗ та іншими міжнародними організаціями в сфері охорони здоров’я.

Відзначаючи зростання кількості науково-дослідних, в т.ч. дисертаційних робіт з соціальної медицини, слід зауважити, що не завжди кількість переходить в якість.

Більшість робіт з вивчення стану здоров’я населення являє собою поглиблений аналіз захворюваності та смертності різних популяцій, а конкретних соціально-гігієнічних досліджень впливу умов життя різних груп населення, соціальних чинників на здоров’я людності фактично немає.

Переважає більшість праць з організації медичної допомоги стосується окремих видів спеціалізованої медичної допомоги навіть без урахування пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, необхідності реструктуризації спеціалізованої медичної допомоги за трьома рівнями і передачі частини функцій з її надання сімейному лікарю.

Деякі кафедри соціальної медицини (Дніпропетровської медичної академії, Тернопільського медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця) та деякі інші проводили серйозні дослідження з актуальних проблем організації та управління охороною здоров’я в умовах реформування галузі. Для більшості характерне так зване “дрібнотем’я”, виконання пошукових та ініціативних робіт, часто не пов’язаних з нагальними завданнями охорони здоров’я.

Сьогодні наукові дослідження в соціальній медицині недостатньо координуються, кафедри різних вищих навчальних закладів вносять різний вклад у розвиток даної науки.

З’їзд визначив Український інститут стратегічних досліджень провідним інститутом та координатором наукової діяльності з соціальної медицини. Загальну схему координації наукової діяльності зображено на рис. 1.

Український інститут стратегічних досліджень отримує замовлення на наукові дослідження від МОЗ України і співпрацює на виконання замовлень з проблемною комісією МОЗ та Академією медичних наук України, асоціацією організаторів охорони здоров’я та спеціалістів з соціальної медицини, кафедрами соціальної медицини та управління охороною здоров’я вищих навчальних медичних закладів на основі угод про наукову співпрацю та організаційно-науковими відділами науково-дослідних інститутів Академії медичних наук України.

З метою впровадження результатів наукових досліджень Інститут співпрацює з МОЗ Автономної республіки Крим, управліннями охорони здоров’я обласних державних адміністрацій, а на наукове обґрунтування рішення проблем охорони здоров’я регіонів виконує їх замовлення на договірній основі (рис. 2).

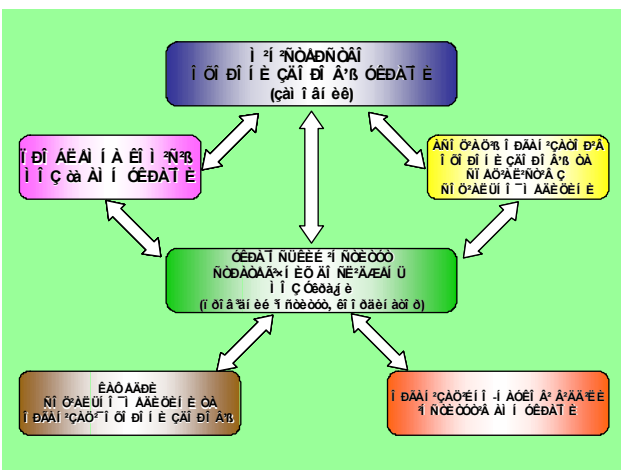


Рис. 1. Схема координації наукової діяльності

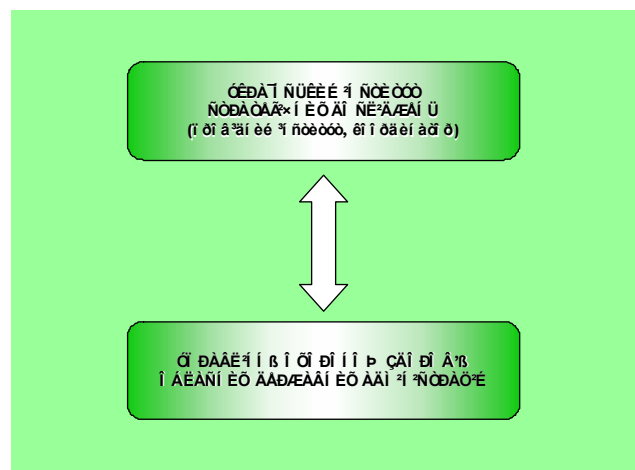


Рис. 2. Схема організації наукових досліджень

Така система організації наукових досліджень сприятиме підвищенню їх ефективності та впровадженню результатів дослідження в практичну організацію охорони здоров'я.

За результатами роботи секційних засідань на дугому пленарному засіданні під головуванням Міністра охорони здоров'я В. М. Князевича була прийнята резолюція з'їзду.

На другому пленарному засіданні також затверджено Статут Всеукраїнської асоціації спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я і обрано керівні органи асоціації.

Головою асоціації обрано В. Ф. Москаленка – ректора Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, члена-кореспондента Академії медичних наук України.

УДК 614.2:321(477)

Н.П. КРИЗИНА (Київ)

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА УКРАЇНИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ТЕНДЕНЦІЇ ТА ЗАКОНОМІРНОСТІ РОЗВИТКУ

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Розглядаючи передумови виникнення в Україні державної політики в галузі охорони здоров'я, ми зупинимося на даних вітчизняної політичної думки.

Політичне життя та ідейно-політичну думку України не можна розглядати без урахування історичного та геополітичного контексту. Не можна ігнорувати чи зменшувати вплив країн, до складу яких входили українські землі в той чи інший період.

Український народ впродовж своєї тисячолітньої історії створив кілька державних утворень:

- середньовічну феодальну державу Київську Русь (IX–XIII ст.);
- Галицько-Волинську державу (XII–XIV ст.);
- Українську козацьку державу (серед. XVII – XVIII ст.);
- Українську Народну Республіку (1919–1920 рр.);
- Державу Україна (з 24 серпня 1991 р.).

Більше трьох століть українські землі перебували у складі Російської, Габсбурзької, Австро-Угорської імперій та Польщі. Україна позбулася власної державності, її еліта перейшла на службу до сильних державних народів, а мова й культура насильно асимілювалася в культури інших націй.

Вивченню історії українського суспільства, державності, політики в охороні здоров'я присвятили свої праці П.П. Толочко, досліджуючи “Повчання дітям” Володимира Мономаха,

А.Я. Єфименко в “Історії українського народу”, А.Н. Насонов та Л. В. Черепніна при вивченні періоду феодалізму, М. Костомаров та О.К. Струкевич, досліджуючи “Інституцію гетьманства у політико-культурному сприйнятті старшинської еліти України-Гетьманщини”, В.М. Северинюк, вивчаючи діяльність М.С. Грушевського, О.М. Мироненко, проводячи політико-правовий аналіз діяльності Центральної Ради в період української державності.

Показники досягнень радянської охорони здоров'я висвітлені в літературних джерелах: “20 років радянської медицини на Україні” О.О. Богомольцем, М.Д. Стражеском, С.С. Каганом (1938); “XXX років охорони здоров'я трудящих в УРСР” (1947); “Досягнення охорони здоров'я в Українській РСР” П.Л. Шупиком (1958); “Розвиток охорони здоров'я на селі в Українській РСР (1918–1929)” І.Д. Хорошем (1969); “Из истории здравоохранения Украинской ССР” В. Д. Братусем, К.Ф. Дупленком, К.Г. Васильевим (1970); “Здобутки охорони здоров'я України в сім'ї братніх народів” В.Д. Братусем, К.Ф. Дупленком (1972); “Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР”, Т. 1. (1987) та ін.

Здобутки в галузі охорони здоров'я за останню чверть віку висвітлені в таких працях: “П'ятирічка здоров'я” (колектив авторів за ред. А.Ю. Романенка, 1976), А.Ю. Романенко “Охорона здоров'я – справа всенародна” (1977), О.А. П'ятак зі співав. “Здравоохранение Украинской ССР” (1979), А.Ю. Романенко “Медичній допо-

мозі – високу якість” (1980), “Охорона здоров’я України в братній сім’ї народів СРСР” В.М. Гиріна (1982) та ін.

В період існування середньовічної феодальної держави Київської Русі (IX–XIII ст.) першим юридичним документом був збірник “Руська правда”, укладений Ярославом Мудрим на початку XI ст. Цей закон регулював взаємовідносини між різними верствами міського населення [1;11]. У “Повчанні дітям” Володимира Мономаха (поч. XII ст.) були викладені моральні і практичні поради щодо державного управління [11]. У цих документах процеси вироблення державної політики почали враховувати критерії дієвості та деякою мірою критерії справедливості, застосування яких є неодмінним атрибутом проведення аналізу державної політики.

Медицина в IX–XIII ст. являла собою цілісну систему, що включала елементи морфології, загальнобіологічні та загальнопатологічні уявлення, діагностику, терапію, хірургію, знання про ліки та гігієну. У зв’язку з розвитком суспільного життя визначилося широке коло санітарно-гігієнічних вимог до різних боків народного побуту.

До XII ст. вся історія Київської Русі складається з постійних війн за княжий престол, що закінчилося розподілом території на сім частин [1]. Волинське та Галицьке князівства, що склали основну частину заходу Південної Русі, почали вести окреме політичне життя. В період підпорядкування українських земель Литовському князівству та Королівству Польському продовжується ідейний розвиток, спрямований на пошук методів більш досконалого правління.

Ідейний розвиток українського народу набув розквіту з діяльністю київського метрополита Петра Могили [2]. Багато випускників Києво-Могилянської академії брали участь у розробці політики різних західних країн, що свідчить про збільшення ролі освіченого прошарку в політичній та урядовій діяльності.

В період з XIII–XVIII ст. медицина характеризувалася збереженням і розвитком існуючих слов’янських традицій. Цьому сприяла діяльність братств, цирюльницьких цехів та слабкий вплив політичного та культурного тиску іноземних завойовників у сільській місцевості. В ряді випадків місцеві медичні традиції значно впливали на форми організації медико-санітарної справи держав-завойовників.

Поява і розвиток Української козацької держави пов’язана з інститутом гетьманства, який був найвищим стосовно всіх інших суб’єктів і об’єктів політичного життя в Україні. Цей період характеризувався виробленням рішень на радах, що певним чином сприяло урахуванню інтересів різних верств козацького населення [9]. Самостійність українського гетьманства викли-

кала несприйняття царського уряду Росії, і в 1764 р. гетьманство в Україні було ліквідовано.

Об’єднання земель під владою Москви в 80-х рр. XV ст. стало причиною створення центральної організації управління, яка повинна була поширювати свої дії на всю територію держави, єдиного законодавства, єдиної організації військових сил, організації медичної допомоги [5].

Як реакція на насаджування єдиної політики Росії на території України та утиску прав останньої починають з’являтися суспільно-політичні ідеї, які можна розглядати не просто як національно-визвольні, але й пошук альтернативних шляхів вирішення нагальних проблем з урахуванням інтересів українства як окремої національної групи в суспільстві.

Медико-санітарна справа в Східному та Західному регіонах України тривалий час будувалася під впливом і за принципом панівних держав.

До 1917 р. Східна Україна використовувала напрацювання української науки та практичної медицини XIX ст.: відкриття українських вчених, вітчизняні принципи вищої медичної освіти, які започатковані В.А. Суботіним, А.І. Якобійом, І.П. Скворцовим, О.В. Корчак-Чепурківським, В.В. Фавром та ін., запровадження системи земської медицини, що пов’язана з іменами М.С. Уварова, М.І. Тезякова, П.Ф. Кудрявцева, П.М. Діатроптова, С.М. Ігумнова, А.Л. Смідовича та ін., започаткування медичного страхування, первісними осередками якого були лікарняні каси, а також формування санітарних організацій.

На Україні було проведено комплексне соціально-гігієнічне обстеження праці та побуту селян земськими санітарними лікарями Херсонської губернії (М.С. Уваров, М.І. Тезяков, П.Ф. Кудрявцев та ін.), робітників фабрик (В.В. Святловський). Значну роль у обстеженнях відіграло вивчення інфекційних захворювань, що було актуальним на той час (А.І. Якобій, С.М. Ігумнов, А.Л. Смідович, О.В. Корчак-Чепурківський та ін.).

Земські лікарі України зробили суттєвий внесок в розробку нових форм медико-санітарного забезпечення населення. Медична комісія Полтавського губернського земства (А.М. Жуковський, А.І. Сінадський, М.А. Долгоруков) сформулювала завдання щодо охорони здоров’я сільського населення, які успадкувала радянська система охорони здоров’я. М.І. Тезяков, П.Ф. Кудрявцев та інші лікарі не обмежувалися лише вивченням впливу умов праці та побуту на здоров’я, а по мірі сил та можливостей впроваджували заходи для покращення цих умов шляхом організації лікувально-продовольчих пунктів, пунктів реєстрації “прийшлих” сільських робітників.

Завідувачу санітарним бюро Харківської губернії С.М. Ігумнову належить ідея створення санітарних станцій – принципово нової органі-

заційної форми санітарно-протиепідемічної роботи. Ця ідея вперше була реалізована на Україні вже у радянські часи (1923 р.).

Українські земські лікарі відстоювали необхідність організації сільських лікарських дільниць, стаціонарної системи медичної допомоги сільському населенню, підвищення санітарної культури. Харківське земство організувало пересувні гігієнічні виставки з метою поширення гігієнічних знань серед населення.

Земськими лікарями були розроблені оригінальні методи соціально-гігієнічних досліджень: метод вивчення епідемії дифтерії та дитячої смертності від неї по материнських записках (О.В. Корчак-Чепурківський), анкетний метод вивчення статевого життя (В.В. Фавр) тощо [6].

В 1917 р. сталося возз'єднання західних та східних земель з проголошенням Української Народної Республіки в Єдину Соборну Україну [12].

В західних регіонах України до 30-х рр. минулого століття медична допомога і страхування здійснювалися за законами Австро-Угорської імперії, Польщі, Чехословаччини та Румунії [7]. Тобто в медико-санітарній справі Української Республіки 1917 р. використовувалися надбання попередніх поколінь і держав.

Зміцнюються теоретичні засади національної державності, що базуються на ідеї української державності лідерів Української революції М. Грушевського та В. Винниченка, які не були вільними від хиб, що згодом стали однією з багатьох причин краху Української Центральної Ради [4;8].

Центральна Рада діяла на підставі Статуту, згідно якого усі її співробітники входили до складу загальних зборів канцелярії на чолі з Комітетом співробітників [4]. За правління урядів В. Винниченка (1880–1951) та Голубовича (1885–1939) існували окремі департаменти здоров'я, директорами яких були Б. Матюшенко, який ще в 1917 р. почав організувати медично-санітарну службу в Україні та Євмен Лукашевич – один з організаторів Українського Червоного Хреста. Самостійне Міністерство здоров'я та соціальної опіки було створене у травні 1918 р., першим міністром став В. Любинський, який перебував на цьому посту до занепаду Гетьманату (до 26 грудня 1918 р.). Міністерство здоров'я та соціальної опіки УНР організувало справу охорони здоров'я цивільного населення та забезпечувало разом з Міністерством військових справ санітарну опіку торгового флоту, допомагало Міністерству внутрішніх справ у репарації наших співвітчизників, допомагало полоненим; разом з Міністерством закордонних справ займалося поверненням українських втікачів із західних країн та Далекого Сходу, співпрацювало

з Міністерством торгівлі у справі придбання із-за кордону лікувальних матеріалів для України [7].

На початку грудня 1918 р. було вирішено побудувати українську державність на класовому "трудовому принципі", який поєднував елементи демократії (хоча і обмеженої) та більшовицький класовий підхід. Виникла парадоксальна ситуація, за якої Антанта вважала політику Директорії більшовицькою, а більшовики – буржуазною. Це зумовило вороже ставлення до неї з обох сторін, наслідком чого став крах самої Директорії [3].

В період з 1919–1925 рр. медико-санітарні заходи впроваджувалися відділами охорони здоров'я при Радах депутатів, а після утворення Народного Комісаріату охорони здоров'я УРСР (з січня 1919 р.) – його відділами.

В період української державності були створені перші національні централізовані органи управління медичною справою:

- Крайова лікарсько-санітарна Рада, сформована Українською Центральною Радою, склад якої був затверджений 15.10.1917 р., і Крайовим лікарсько-санітарним з'їздом;

- Міністерство народного здоров'я і опікування, створене в травні 1918 р. Урядом П. Скоропадського;

- Державний секретаріат здоров'я – вищий орган управління медико-санітарною справою в Західноукраїнській Народній Республіці (листопад 1918 р. – листопад 1919);

- Українська Академія наук заснована в 1918 р. на базі Українського наукового товариства (1907), що поклала початок медико-біологічного напрямку.

Радянська медицина в Україні керувалася принципами, які були проголошені більшовиками в 1919 р. на VIII з'їзді партії більшовиків і прийняті на Всеукраїнському з'їзді губздороввідділів в 1920 р.: безоплатність, загальнодоступність, кваліфікованість та профілактичний напрям. Існуючи лікарняні каси, які формувалися за рахунок підприємців, не відповідали загальнодержавній політиці безоплатності системи охорони здоров'я, тому на початку 1921 р. їх було ліквідовано.

З проголошенням нової економічної політики (непу) фінансування медичної галузі і мережі закладів охорони здоров'я скоротилося, необхідно було пристосуватися до ринкових умов, і в Україні за короткий час було створено систему робітничої медицини (робмед) для надання медичної допомоги застрахованому контингенту працівників.

Охорону здоров'я радянського періоду умовно можна розділити на два періоди: довоєнний та післявоєнний.

Довоєнний період характеризується побудовою охорони здоров'я в нових соціально-економічних умовах: формуються центральні радянські органи управління – Народний комісаріат охорони здоров'я – НКОЗ (1919); місцеві – губернські та повітові – відділи охорони здоров'я (1919); відновлюється зруйнована мережа медичних закладів; продовжують проводитися санітарні заходи з боротьби з епідеміями та голодом (1921–1923); створюються заклади з боротьби із соціальними хворобами; створюються заклади для охорони здоров'я дітей і матерів тощо.

Наркомздоров УРСР в 1923 р. почав проведення масових санітарно-демографічних обстежень населення для отримання наукових даних і розробки на їх основі практичних оздоровчих заходів. При демографічному обстеженні було застосовано анамнестичний метод, запропонований О.М. Марзеєвим та С.О. Томіліним. Основним завданням обстеження 1923 р. 1,2% населення України було отримання даних про обсяги епідемії тифу в 1920–1922 рр. Обстеження 1924 та 1925 рр. включали вивчення сільських помешкань, джерел водопостачання, умов праці, харчування, санітарної грамотності. Їх результати стали основою для розробки широких оздоровчих заходів і дали матеріал для серйозних наукових узагальнень (С.О. Томілін, С.М. Екель, О.М. Марзеєв та ін.).

В 1925 р. було проголошено курс на перехід країни до індустріалізації. У в цей період мали важливе значення праці з організації планування та управління охороною здоров'я, вивчення демографічних проблем в Україні (С.О. Томілін, М.В. Птаха, О.П. Хоменко, Ю.О. Корчак-Чепурківський, Р. Ю. Кольнер та ін.); вивчення захворюваності: на інфекційні хвороби (О.М. Марзеєв, С.О. Томілін, Л.Д. Ульянов, С.М. Екель та ін.), туберкульоз (М.С. Морозовський, Д.Л. Черкаський та ін.), венеричні хворобами (С.О. Томілін, О. М. Федоровський та ін.), злякисні новоутворення (С.О. Томілін, О.М. Мерков та ін.).

В цей період С.О. Томілін висунув перспективні напрямки радянської соціальної гігієни: економічний підхід до питань демографії та охорони здоров'я, необхідність вивчення здоров'я населення та демографічних процесів у тісній взаємодії соціальних і біологічних факторів.

Наприкінці 20-х і протягом 30-х років вперше в Україні були створені медико-санітарні цехи, гігієнічний диспансер з кабінетами гігієни праці та побуту і нервово-психічної гігієни (Одеса, 1928), онкологічний диспансер (Харків, 1928), диспансер для хворих на ревматизм (Харків, 1928) та ін.

З 1930 р. створені пункти першої допомоги (здоровпункти) промислових підприємств і це-

хових лікарських дільниць. Їм відводилася провідна роль у проведенні профілактичної роботи на підприємствах, боротьбі за зниження захворюваності та промислового травматизму.

Згідно із законом про порядок самооподаткування населення (1927 р.), надходження коштів від самооподаткування сприяло підвищенню фінансування охорони здоров'я у сільській місцевості з місцевих бюджетів.

Наприкінці 1929 р. було прийнято урядову постанову “Про медичне обслуговування робітників і селян”, що стала єдиним документом в довоєнні роки у спрямуванні діяльності медичних закладів на рівень нових завдань, коригуванні планів у галузі охорони здоров'я довоєнного періоду. На перешкоді виконанню цій постанові став штучний голодомор 1932–1933 рр., внаслідок якого різко знизилася можливість надання жителям села медичної допомоги в міських лікувальних закладах.

Для покращення медичного обслуговування сільського населення у 1938 р. була прийнята постанова Раднаркому УРСР “Про зміцнення сільської лікарської дільниці” і введено у дію “Положення про сільську лікарську дільницю”, затверджену НКОЗ СРСР.

У 1936 р. в Україні введено обов'язкову протитуберкульозну вакцинацію новонароджених, батьки яких хворіли на туберкульоз, а також імунізацію дітей проти дифтерії. В 1938 р. встановлено державний контроль за рівнем материнської смертності.

Водночас сумновідомі події 30-х рр. ХХ ст. відбулися на стані справ і у медичній галузі. У 1937–1938 рр. в Україні були ліквідовані: Всеукраїнський інститут соціалістичної охорони здоров'я (Харків), Інститут демографії (Київ), журнал “Профілактична медицина”, кафедра соціальної гігієни і організації охорони здоров'я перейменована у кафедру організації охорони здоров'я.

В довоєнний період в Україні було створено потужну матеріальну базу системи охорони здоров'я, що становила майже п'яту частину у колишньому СРСР; нараховувалося 29,8% лікарів, рівень забезпеченості лікарями (8,3 на 10 тис. населення) перевищував загальносоюзний показник (7,2), кількість середніх медпрацівників становила 24,1 на 10 тис. населення, що відповідало союзному рівню (24,0).

Досягнення медицини в довоєнний період висвітлені в медичній літературі і пов'язані з відомими іменами анатома В.П. Воробйова, фізіологів В.Я. Данилевського і Ю.Ф. Фольборта, патофізіолога О.О. Богомольця, біохіміка О.В. Палладіна, терапевтів Ф.Г. Яновського, М.Д. Стражеска, М.М. Губергриця, В.М. Іванова, хірургів О.П. Кримова, В.М. Шамова, І.М. Іщенка, офтальмолога В.П. Філатова, гігієніста О.М. Мар-

зеєва, епідеміологів Л.В. Громашевського і С.Н. Ручковського, соціальних гігієністів С.А. Томіліна і О.В. Корчака-Чепурківського та ін.

Друга світова війна завдала значних збитків народному господарству і системі охорони здоров'я України – 3,2 млрд крб, тобто майже половина загальних втрат. Відбудова системи охорони здоров'я на території України почалася ще до закінчення війни, як і діяльність НКОЗ, яка була відновлена в квітні 1943 р. в Старобільську Луганської області.

Відбуваються організаційні об'єднання амбулаторій, поліклінік і лікарень в єдиний комплекс (1947), об'єднання поліклінік з клінічними лікарнями (1948), відродження районних лікарень як центрів медичної, у тому числі і спеціалізованої, допомоги (1947), визначення обласних лікарень місцем первинної підготовки лікарів-спеціалістів для сільської охорони здоров'я. (1945)

У ці роки на західноукраїнських землях створюються нові заклади: в 1945 р. – Закарпатський НДІ епідеміології і мікробіології, у 1946 р. – Закарпатський НДІ охорони материнства і дитинства, у Львові – НДІ переливання крові.

В 1960 р. постанова “Про заходи щодо подальшого поліпшення медичного обслуговування та охорони здоров'я населення СРСР” визначила напрями подальшого розвитку системи охорони здоров'я, зокрема підвищення якості та ефективності лікувально-профілактичної допомоги населенню, зміцнення матеріально-технічної бази охорони здоров'я і розвиток спеціалізованих видів медичної допомоги. Але необхідно було нарощувати потужність лікувально-профілактичних установ та перегрупувати основні фонди системи. Будувалися економічно вигідні в експлуатації нові потужні лікувальні заклади із спеціалізованими відділеннями і кабінетами, а також відбувалося укрупнення і модернізація діючих лікарень.

На початку 60-х років формується новий тип лікувальних закладів на районному рівні – центральні районні лікарні (ЦРЛ), їм надаються нові функції, визначається їх місце і роль у системі охорони здоров'я області, зокрема у підсистемі спеціалізованої медичної допомоги. ЦРЛ поєднують у собі надання висококваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги населенню з одночасним виконанням відповідних управлінських функцій.

Обласна лікарня перетворилася на центр висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги практично з усіх спеціальностей. В її складі створено консультативні поліклініки, організаційно-методичний відділ – центр інформаційного забезпечення системи управління.

На охорону здоров'я відраховувалося лише 4% валового національного продукту. При цьо-

му ігнорувалася точка зору ВООЗ про те, що в разі виділення державою на національну медичну службу менше, ніж 6% національного прибутку, вона прирікає цю службу на нежиттєздатність.

Система охорони здоров'я України стикнулася з таким явищем, як відсутність належного рівня надання допомоги і стану здоров'я населення за наявності досить потужної бази.

Управління галузі підмінялося жорсткою централізованою структурою медичної допомоги, що направлялася з єдиного центру, гіперцентралізованим плануванням, де наукове планування підмінялося контрольними цифрами, а керівники органів охорони здоров'я фактично були усунуті від безпосереднього планування як однієї з найважливіших функцій управління.

Система охорони здоров'я не мала законодавчої бази. Єдиним законодавчим актом галузі були “Основи законодавства Союзу РСР і союзних республік про охорону здоров'я” (1969), які в Україні введені в дію в 1971 р., і за тривалий час не зазнавали ніяких змін.

Реформування системи охорони здоров'я передбачалося здійснити в два етапи: на першому запровадити нові методи господарювання з використанням економічних важелів управління, на другому – перейти безпосередньо до страхової медицини.

Початком першого етапу було рішення уряду СРСР про переведення з 1990 р. охорони здоров'я на новий господарський механізм (НГМ), який був зумовлений причинами суто галузевого характеру. В Положенні про НГМ вперше були відтворені ознаки ринку, притаманні системі охорони здоров'я: віднесення медичної послуги до товару, який має свою вартість і ціну; наявність покупців і виробників медичних послуг; економічна свобода виробників медичних послуг, конкурентні відносини між виробниками медичних послуг, які створюють передумови для підвищення якості медичної допомоги; скасування «уровнілок» в оплаті праці медичних працівників. Отже, НГМ став першим етапом наближення до ринку в охороні здоров'я і створив певні передумови для підготовки керівників до роботи в умовах ринкових відносин.

В 1991 р. з Актом про незалежність Україна стала незалежною і самостійною державою.

Історична доля України складалася таким чином, що українці, у тому числі й діячі медицини, упродовж століть не мали можливості працювати і творити для своєї держави. Тобто розвиток охорони здоров'я в Україні в минулому відбувався в складних суспільно-політичних, економічних та демографічних умовах.

Тривала відсутність української державності, формальна відсутність національних шкіл – це

аргумент, який не може заперечити, що медицина в Україні розвивалася на притаманних нашій землі, нашому народові матеріальній базі, духовному багатстві та інтелектуальному потенціалі. Як сказав професор І. І. Огієнко: “Українська історія, – це вона одна оживляє нас, українців, і дає нам цілющу силу прямувати до тієї Правди, якої ми прагнемо всі. Це вона одна воскрешає український народ”... [10].

Формування медико-санітарної допомоги в умовах різних суспільно-політичних формацій – від Російської імперії (в західних регіонах – інших держав) через “добу соціалізму” до проголошення незалежності України і переходу до змішаної ринкової економіки – зазнало як успіхів, так і невдач, пов’язаних з низкою зовнішніх і внутрішніх чинників, але свою головну функцію – забезпечення населення доступною медичною допомогою – вона виконала. За історично справедливих обставин багато що, включаючи медицину, було б в Україні іншим, але щодо української медицини, то вона розвивалася і розвивається.

Висновки

1. Державна політика в Україні має глибокі корені. Перші спроби вироблення політики було зроблено ще за часів Київської Русі. Медицина в IX–XIII ст. являла собою цілісну систему. У зв’язку з розвитком суспільного життя визначилося широке коло санітарно-гігієнічних вимог до різних боків народного побуту.

2. Українська козацька держава стала прикладом колегіального правління, що було спрямоване на забезпечення справедливості в суспільстві. В період з XIII–XVIII ст. медицина характеризувалася збереженням і розвитком існуючих слов’янських традицій.

3. Політика України під владою Російської імперії була спрямована на поліпшення та вдосконалення державної політики. Це сприяло створенню центральної організації управління, яка повинна була поширювати свої дії на всю територію держави, єдиного законодавства,

єдиної організації медичної допомоги. Утискання Росією прав на території України розглядається як пошук альтернативних шляхів вирішення нагальних проблем з урахуванням інтересів українства як окремої національної групи в суспільстві.

4 Східна Україна використала напрацьовану української науки та практичної медицини дев’ятнадцятого століття: наукові відкриття українських вчених, вітчизняні принципи вищої медичної освіти.

5. У колишньому Радянському Союзі система влади не сприяла розвитку гуманітарних наук. Головними засадами наукових досліджень визначалися класовий характер, партійність та ідеологічна спрямованість. Охорона здоров’я розвивалася екстенсивним шляхом, що було обумовлене адміністративно-командною системою, яка іншого не визнавала.

6. Поступово втрачалися ідеологічні підходи до збереження здоров’я населення та одного з провідних її принципів – профілактичного напрямку. Однією з головних причин поступового занепаду охорони здоров’я стало формування залишкового принципу фінансування галузі.

7. Поступовому занепаду галузі охорони здоров’я сприяла відсутність науково обґрунтованого управління нею. Воно підмінялося бюрократичним стилем на тлі декларативного розширення прав керівників органів і закладів охорони здоров’я.

8. В період перебудови найбільш доцільним було визнане здійснення реформи в напрямку поступового переходу до системи медичного страхування і бюджетно-страхової медицини.

9. Державна політика України в галузі охорони здоров’я спрямована на вирішення ключових проблем галузі, які зумовлені, з одного боку, низьким рівнем здоров’я населення і незадовільною демографічною ситуацією, з іншого – соціально-економічними та екологічними чинниками, пов’язаними з гальмуванням економічних і політичних реформ.

Список літератури

1. Ефименко А.Я. История украинского народа / А.Я. Ефименко. – К. : Лыбидь, 1990. – 512 с.
2. Костомаров М. Галерея портретів / М. Костомаров. – К. : Веселка, 1993. – 326 с.
3. Лозовий В.С. Пошук Директорією ідейно-політичних засад відновлення діяльності УНР / В.С. Лозовий // Укр. іст. журн. – 2000. – № 5. – С. 32–38.
4. Мироненко О.М. Світоч української державності: Політико-правовий аналіз діяльності Центральної Ради / О.М. Мироненко. – К., 1995. – 327 с.
5. Очерки истории СССР. Период феодализма кон. XV – нач. XVIII вв. / [под ред. А.Н. Насонова, Л.В. Черепнина, А.А. Зиминой]. – М. : Изд-во АН СССР, 1995. – 959 с.
6. Петрова З.П. Из истории социальной гигиены на Украине (1861–1932) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. биол. наук / З.П. Петрова. – Х., 1975. – С. 14.
7. Пундій П. Українські лікарі : [бібліограф. дов.] / П. Пундій. – Львів–Чикаго : НТШ у Львові, 1994. – кн. 1: Естафета поколінь національного відродження. – 328 с.

8. Северинюв В.М. Історія і політика в публіцистиці М.С. Грушевського / В.М. Северинюв // Укр. іст. журн. – 2000. – № 5. – С. 18.
9. Струкевич О.К. Інституція гетьманства у політико-культурному сприйнятті старшинської еліти України-Гетьманщини / Струкевич О. К. // Укр. іст. журн. – 2002. – № 4. – С. 49–59.
10. Тимошик М. Весь вік, весь труд віддав Україні / М. Тимошик // Пам'ять століть. – 1997. – № 1. – С. 70–86.
11. Толочко П.П. Володимир Святий, Ярослав Мудрий / П. П. Толочко. – К. : Артк, 1996. – 215 с.
12. УСЕ (Український словник-енциклопедія). – К. : Ірина, 1999. – С. 1390.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА УКРАИНЫ В ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ТЕНДЕНЦИИ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ

Н. П. Кризина (Киев)

Показана история становления отрасли здравоохранения в Украине. Освещены проблемы государственной политики в этой области.

STATE POLICY OF UKRAINE IN BRANCH OF HEALTH CARE: TENDENCIES AND LAWS OF DEVELOPMENT

N. P. Krizina (Kyiv)

The history of becoming of branch of health care in Ukraine is shown. Problems of a state policy in this field are covered.

УДК 616.89-08-053.2.004.12:364.048

Н. В. КОЛЯДЕНКО (Київ)

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЇХ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Спрямування системи охорони здоров'я України на вдосконалення лікувально-профілактичної допомоги дитячому населенню відповідає завданням сучасної світової медицини. ВООЗ визначає систему охорони здоров'я як сукупність усіх організацій, інститутів та ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я, а основним завданням – забезпечення доступної для всіх прошарків населення якісної медичної допомоги, що відповідає сучасному стану медичної науки. Відповідно до стратегії ВООЗ щодо формування політики в охороні здоров'я, осно-

вою удосконалення медико-соціальної реабілітації дітей з порушеннями психічного здоров'я мають бути ґрунтовні клініко-епідеміологічні наукові дослідження, комплексний підхід за умови забезпечення мультидисциплінарного підходу, партнерської участі усіх задіяних ланок, рівнів та інституцій, таких як сім'я, державні установи, громадські та благодійні організації [5;6]. Система медико-соціальної реабілітації дітей з порушеннями психічного здоров'я має задовольняти потреби індивіду (хворої дитини), її найближчого соціального оточення (сім'я, школа, територіальна спільнота), суспільства та держави в цілому. Заходи медико-соціальної реабілі-

тації мають бути ефективними, якісними, доступними для користувачів [1;2;4;9–12]. Отже, усвідомлення важливості збереження та зміцнення психічного здоров'я дітей як майбутнього нації спонукає до розробки оптимальних сучасних моделей системи медико-соціальної реабілітації та дієвих способів втручання як її окремих елементів.

Основними характеристиками якості надання послуг медико-соціальної реабілітації є їх відповідність як реальним потребам та очікуванням користувачів (дітей з порушеннями психічного здоров'я, їхніх сімей, спільноти, населення в цілому), так і сучасному рівню розвитку науки, технологій, стандартам надання лікувально-профілактичної допомоги [9–12]. Застосовуючи сучасні підходи до формування оптимальної моделі охорони здоров'я [10], нами вбачається за доцільне використання таких критеріїв якості [11] послуг системи медико-соціальної реабілітації дітей з порушеннями психічного здоров'я, як адекватність здійснюваних заходів, доступність лікувально-реабілітаційних втручань та їх безперервність, дієвість, мобільність, своєчасність, результативність, ефективність. Реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я спрямоване на перехід до страхової медицини, покладаючи на неї значні сподівання щодо забезпечення позитивних зрушень [1;2;4;9]. Однак ми вважаємо за необхідне підкреслити, що у розвинених країнах світу, за даними джерел наукової літератури, психіатрична допомога дітям фінансується переважно на основі бюджетних надходжень, а страхові внески та кошти благодійних фондів є лише допоміжним джерелом [12]. У багатьох розвинених країнах діють державні програми охорони психічного здоров'я підростаючого покоління, що забезпечує надання якісних лікувально-реабілітаційних послуг, здійснення заходів психогієни та психопрофілактики, функціонування системи навчання дитячих психіатрів та інших фахівців, наукове забезпечення розвитку галузі. Приватний сектор медицини, навіть у разі його пріоритетного розвитку, є лише альтернативною формою медичної допомоги при наданні послуг підтримуючого та психотерапевтичного лікування психічних розладів у дітей [12].

Будь-яка система здатна ефективно працювати лише в тому випадку, коли узгоджені всі її ланки, є відповідні виконавці, забезпечена цілісність, наступність етапів, послідовність, логічність. Тобто система має бути технологічною. Запорукою досягнення успішності заходів щодо підвищення якості і покращення результатів надання лікувально-реабілітаційних послуг психічно хворим дітям є удосконалення управлінської ланки [4], зокрема якісне кадрове забезпе-

чення галузі та стандартизація основних елементів реабілітаційної діяльності [9–12]. Досягнення стабільно високих результатів функціонування системи медико-соціальної реабілітації дітей з порушеннями психічного здоров'я неможливе без її постійного вдосконалення, запорукою чого є налагодження системи підготовки та підвищення кваліфікації відповідних кадрів (лікарів, психологів, педагогів, соціальних працівників тощо). Основою забезпечення оптимального функціонування системи медико-соціальної реабілітації має бути її законодавче та організаційне забезпечення, вдосконалення відповідної нормативно-правової бази, створення належних інструкцій із чітким визначенням та розмежуванням повноважень, прав та обов'язків, врегулюванням правових та фінансових відносин між учасниками реабілітаційного процесу, визначенням критеріїв якості надання реабілітаційних послуг та забезпеченням контролю за їх виконанням [3;9–12].

В Україні психіатрична допомога дітям надається на різних рівнях – від первинної ланки до спеціалізованої допомоги. Серед пріоритетів реформування системи охорони здоров'я сьогодні значна увага приділяється саме первинному рівню, розвитку сімейної медицини [9]. Зрозуміло, що в такому разі основні функції щодо забезпечення заходів медико-соціальної реабілітації, усіх рівнів профілактики порушень психічного здоров'я у дітей мають покладатись на сімейних лікарів. Однак саме підготовки в галузі дитячої психіатрії бракує випускникам вітчизняних медичних вузів через її відсутність в переліку навчальних дисциплін. Знань з дитячої психіатрії студенти-медики набувають протягом одного практичного заняття. Основи медико-соціальної реабілітації психічно хворих студентам взагалі не викладаються. До того ж у відповідних документах та інструкціях не конкретизовані обов'язки психіатрів різних рівнів щодо здійснення заходів медико-соціальної реабілітації, що унеможлиблює здійснення контролю за цим напрямком діяльності. Таким чином, необхідною умовою ефективного функціонування системи медико-соціальної реабілітації дітей з порушеннями психічного здоров'я як складової системи охорони психічного здоров'я дітей є чітке визначення, які саме реабілітаційні заходи із задіянням яких фахівців мають здійснюватись на кожному рівні, яка їхня мета, яких результатів бажано досягти. Це дозволить оптимізувати діяльність системи медико-соціальної реабілітації та створити умови для здійснення контролю за якістю лікувально-профілактичних послуг, що надаються дітям з порушеннями психічного здоров'я (рис. 1).



Рис. 1. Забезпечення якості функціонування системи медико-соціальної реабілітації дітей з порушеннями психічного здоров'я

Як показали результати проведених нами досліджень, до порушень психічного здоров'я в дитячому віці призводять не лише біологічні причини, але й фактори соціального та духовного здоров'я. Тому запропонована нами удосконалена система медико-соціальної реабілітації дітей з порушеннями психічного здоров'я відрізняється комплексним підходом на основі урахування параметрів функціонального діагнозу. До того ж така система заснована на мультидисциплінарному підході щодо забезпечення лікування та профілактики порушень психічного здоров'я у дітей, вміщуючи пропозицію щодо залучення не лише дитячої психіатричної служби, системи охорони здоров'я, але й інших галузей до вирішення проблеми збереження та відновлення психічного здоров'я підростаючого покоління [8]. Звичайно, вплив на фізичні (біологічні) фактори належать до компетенції лікарів. Однак щодо факторів соціального та духовного здоров'я, то сприяння створенню безпечного для психіки дитини мікросоціального оточення залежить не лише від лікарів, але й від соціальних працівників, педагогів, інших фахівців, які опікуються дитиною та її сім'єю. Тому досягти необхідної якості лікування та профілактики порушень психічного здоров'я у дітей мож-

ливо лише за умови забезпечення мультидисциплінарного підходу, що потребує узгодженості, партнерської співпраці, скоординованості дій різних міністерств та відомств, у підпорядкуванні яких знаходяться дитячі лікувальні, освітні та виховні заклади. Запорукою та необхідною умовою успішної діяльності щодо охорони психічного здоров'я дітей та підлітків є налагодження системи підготовки відповідних фахівців – дитячих психіатрів та психологів, педагогів, дефектологів, соціальних працівників, правознавців тощо, здатних працювати в мультидисциплінарній команді. Діяльність практичних працівників повинна спиратись на наукові дослідження стратегії і тактики функціонування дитячої психіатрії, заходів щодо охорони психічного здоров'я дітей, впливаючи на соціальну політику держави у цій сфері. Досягнення підвищення якості лікування порушень психічного здоров'я у дітей, медико-соціальної реабілітації та реадaptaції можливе лише при забезпеченні своєчасного, якомога більш раннього комплексного терапевтичного втручання з урахуванням вікових рівнів психофізіологічного розвитку дитини. Завдяки забезпеченню індивідуального підходу до вибору лікувально-реабілітаційної методики, засто-

суванню у дітей відповідної до їхнього віку патогенетично опосередкованої психотерапії можна значно покращити результати лікування. Ці висновки, зроблені внаслідок проведених нами досліджень впливу факторів фізичного, соціального та духовного здоров'я на психічне здоров'я дитини, стали підґрунтям для розробки способів лікування та реабілітації дітей із порушеннями

психічного здоров'я та інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями як комплексу послідовних елементів, спрямованих на вдосконалення системи медико-соціальної реабілітації. Практичне впровадження розроблених нами інноваційних підходів дозволило підвищити якість надання лікувально-реабілітаційної допомоги дітям із порушеннями психічного здоров'я (рис. 2).



Рис. 2. Заходи забезпечення якості надання медико-соціальної допомоги дітям із порушеннями психічного здоров'я

Висновки

Таким чином, розроблені та впроваджені комплексні заходи удосконалення системи медико-соціальної реабілітації дітей із порушеннями психічного здоров'я на основі налагодження міжвідомчої взаємодії, відповідного наукового та кадрового забезпечення, впровадження мультис-

дисциплінарного підходу, оптимізації лікувально-профілактичних втручань з урахуванням параметрів функціонального діагнозу, дозволило підвищити якість надання лікувально-профілактичної допомоги дітям із порушеннями психічного здоров'я.

Список літератури

1. Актуальні питання реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства // Матер. міжнар. наук.-практ. конф. : [зб. наук. праць]. – Х. : Фоліо, 2002. – 1399 с.
2. Актуальні проблеми сучасної охорони здоров'я України. Кадри, стан організації, управління, медичні інформаційні системи та медичні інформаційні технології // Матер. Всеукр. наук.-практ. конф., присвяч. пам'яті проф. С. А. Томіліна [за ред. В.П. Неділько]. – К. : Медінформ, 2007. – 171 с.
3. Аффорд Карл Уаррен. Губительные реформы: слабеющие системы здравоохранения в странах Восточной Европы : [пер. с англ.]. – К. : Миллениум, 2004. – 208 с.
4. Білинська М. Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України / М. Білинська // Проект ЄС "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні". – Посіб. № 12. – К., 2006. – 50 с.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г. Изменить ход истории. – ВООЗ, 2004. – 13 с.

6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г.: Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка. – ВОЗ, 2005. – 264 с.
7. Коляденко Н.В. Дослідження параметрів здоров'я у дітей як основа створення системи медико-соціальної реабілітації / Н.В. Коляденко, Б.О. Ледощук // Охорона здоров'я України. – 2006. – №3–4 (22–23). – С. 34–37.
8. Коляденко Н.В. Функції психологів та соціальних працівників в дитячій психіатрії на шляху реформ // Архів психіатрії. Наук.-практ. журн. – 2002. – № 1(28). – К. : Укр. НДІ соц. і судової психіатрії та наркол., 2002. – С. 43–45.
9. Лехан В. Системы здравоохранения в переходном периоде: Украина / В. Лехан, В. Рудый, Е. Нолт. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ от имени Европейской Обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2004. – 145 с.
10. Москаленко В.Ф. До проблеми щодо оптимальної системи охорони здоров'я / В.Ф. Москаленко // Наук. вісн. НМУ ім. О.О. Богомольця. – 2007. – №4(15). – С. 20–26.
11. Нагорна А.М. Проблема якості в охороні здоров'я / А.М. Нагорна, А.В. Степаненко, А.М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 381 с.
12. Remschmidt H. Facilitating Pathways. Care Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health / Remschmidt H., Belfer Myron L., Goodyer Ian. – Germany : Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2004. – 341 p.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НА ОСНОВЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Н. В. Коляденко (Киев)

Усовершенствование системы медико-социальной реабилитации позволило повысить качество лечебно-профилактической помощи детям с нарушениями психического здоровья.

PROVIDE OF QUALITY OF RENDERING OF THE TREATMENT-AND-PROPHYLACTIC AID TO CHILDREN WITH MENTAL HEALTH DISORDERS ON THE BASIS OF IMPROVEMENT OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION SYSTEM

N. V. Kolyadenko (Kyiv)

Improvement of medical and social rehabilitation system has allowed raising quality of the treatment-and-prophylactic aid to children with mental health disorders.

УДК 614.2:616-082(1-22):001.8

Л. Ф. МАТЮХА, Н. Г. ГОЙДА, М. П. ЖДАНОВА, К. О. НАДУТИЙ (Київ)

АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

МОЗ України

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

Останніми роками у сільській місцевості спостерігається негативна демографічна ситуація, яка характеризується зменшенням загальної чисельності сільського населення: з 15 млн 127,3 тис. осіб станом на 01.01.2006 р., 14 млн 943,9 тис. осіб станом на 01.01.2007 р. до 14 млн 703,9

тис. осіб. станом на 01.01.2008 р. Демографічну ситуацію на селі характеризують також негативні показники народжуваності – 10,3 на 1000 сільського населення (по Україні – 9,8); смертності – 19,8 на 1000 сільського населення (по Україні – 16,2); від'ємного природного приросту

– (-) 9,5 (по Україні – (-) 6,4). Первинна захворюваність серед сільського населення протягом останніх 5 років зросла на 8,9% [1].

Основними законодавчими та нормативно-правовими актами, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я (у тому числі і у сільській місцевості), є:

- Указ Президента України від 06.12.2005 №1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення”;

- постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 № 815 “Про затвердження Національного плану розвитку галузі охорони здоров'я на період до 2010 року”;

- розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.07.2006 № 421-р “Про схвалення Концепції Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року”;

- програма діяльності Уряду “Український проєкт: для людей, а не політиків” (Постанова Кабінету Міністрів України від 16.01.2008 р. № 4), де в розділі 1.5. вказано, що Уряд бере на себе зобов'язання структурної реорганізації системи медичного забезпечення з першочерговим розвитком ПМСД на засадах загальної (сімейної) лікарської практики, розвиток сільської медицини, забезпечення автомобілями кожної сільської амбулаторії [4].

Метою нашої роботи був аналіз стану мережі первинної медико-санітарної допомоги на основі результатів інвентаризації, проведеної в регіонах в 2007 р. відповідно до наказу МОЗ України від 11.05.2007 № 237 [2].

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз результатів дослідження показників інвентаризації показав, що мережа ПМСД у сільській місцевості складається з: 15331 фельдшерсько-акушерського пункту (ФАП) та фельдшерського пункту (ФП), 3191 сільської лікарської амбулаторії (СЛА), 668 дільничних лікарень (ДЛ) та 138 районних лікарень (РЛ).

Слід підкреслити, що хоча дільничні і районні лікарні переважно розташовані у селищах міського типу, понад 70% прикріпленого до цих закладів населення проживає у селах.

За результатами інвентаризації, 250 сіл з населенням від 500 до 1000 осіб не мають ФАПу (або іншого медичного закладу). Заклади охорони здоров'я, які надають ПМСД населенню села, децентралізовані: 96,09% (14852) ФАПів і ФП підпорядковані селищним радам і лише 1,08% (271) – ЦРЛ (рис. 1).

Підпорядковані селищним радам 87% СЛА і лише 13% – ЦРЛ або органу управління охороною здоров'я. Слід зазначити, що лише в Івано-Франківській області 100% СЛА підпорядковані ЦРЛ, а в Дніпропетровській, Житомирській, За-

карпатській, Львівській, Миколаївській, Полтавській, Черкаській і Чернігівській усі (100%) СЛА підпорядковані селищним радам.



Рис. 1. Підпорядкування ФАПів та ФП (кількість/відсоток)

Привертає увагу, що 11% (1626) ФАПів охоплюють обслуговуванням менш ніж 150 осіб і ще 22% (3327) – від 151 до 300 осіб. Загалом це майже 5 тис. ФАПів. Найбільше таких ФАПів у Хмельницькій (365), Житомирській (357) і Полтавській (307) областях. Можливо, потрібно ставити питання про доцільність існування цих долікарських закладів. В Івано-Франківській, Львівській, Чернівецькій областях ФАПів, які обслуговують менш ніж 150 осіб, загалом 70 (4%, 4% та 6% відповідно). Існування цих закладів виправдане лише тим, що вони знаходяться в гірській місцевості.

Майже 2 тис. (1846 – 12%) ФАПів охоплюють обслуговуванням більше ніж 1000 осіб. Найбільше таких ФАПів у АР Крим (147) Одеській (121) і Рівненській (110) областях. Можливо, доцільна реорганізація таких ФАПів, за умови перспективності населеного пункту, у амбулаторії загальної практики/сімейної медицини (рис. 2).

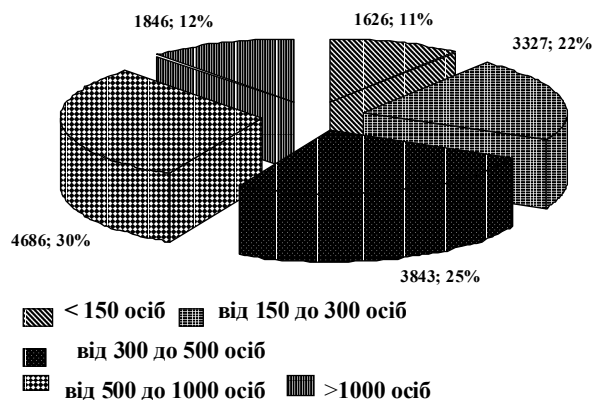


Рис. 2. ФАПи та ФП, що обслуговують певну кількість населення (кількість/відсоток)

Водночас є 7 СЛА, які обслуговують менше, ніж 500 осіб. По два таких заклади знаходяться у Полтавській і Чернігівській областях і по одному – в Івано-Франківській, Херсонській та

Сумській областях. Але заклад, розташований в Івано-Франківській області, знаходиться в гірській місцевості, що може виправдовувати його існування. Близько 200 СЛА охоплюють обслуговуванням менше ніж 1000 осіб, більшість таких закладів знаходяться у Харківській (31), Полтавській (26), Дніпропетровській (25) областях (рис. 3). А 41 дільнична лікарня обслуговує менш ніж 1,5 тис. осіб, четверта частина з них (10 закладів) знаходиться у Житомирській області.

Таким чином, подальше функціонування третини існуючих ФАПів та кожної десятої ДЛ потребує термінового розгляду.

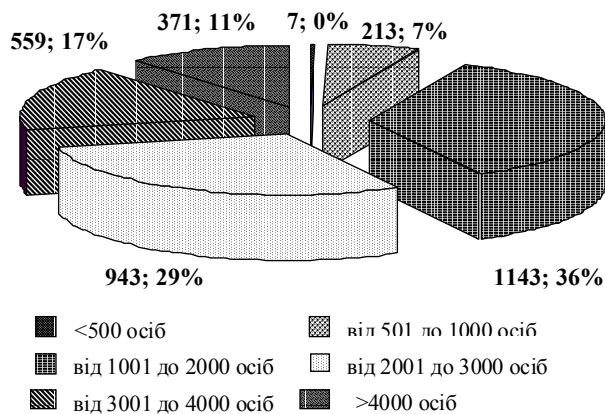


Рис. 3. Лікарські амбулаторії – юридично самостійні заклади у селі, що обслуговують певну кількість населення (кількість/відсоток)

Понад 4000 осіб обслуговують 11% (371) СЛА; 27% таких закладів розташовані в Одеській та Рівненській областях, 25% – у Волинській, 20% – в АР Крим і 20% у Львівській області.

Щодо кількості населених пунктів, які обслуговуються ФАПами і ФП, слід зазначити наступне: 2773 (18%) ФАПів та ФП обслуговують населення більше, ніж 1-го населеного пункту, а 1316 цих закладів (9%) – 3 і більше населених пунктів. Найбільше таких закладів знаходиться у Сумській – 26% (144), Харківській – 21% (111), Дніпропетровській – 18% (99), Полтавській – 16% (116), Запорізькій – 15% (116) областях. У Івано-Франківській області лише один ФАП обслуговує більше 3 населених пунктів, в Тернопільській – 4 таких заклади.

Щодо кількості населених пунктів, які обслуговуються СЛА, слід зазначити наступне: 33% (977) закладів обслуговують більше 6 населених пунктів і лише 18% (549) обслуговують один населений пункт. Приблизно така сама ситуація і у дільничних та районних лікарнях (рис. 4).

Як правило, ФАПів розташовані в пристосованих приміщеннях. 16% (2511) ФАПів (фактично шостий заклад в кожній області) мають термін експлуатації більше 50 років і лише 11% (493) – до 10 років. Кращий матеріально-технічний стан ФАПів та ФП у Житомирській – 36% таких закладів та в Херсонській – 24% областях. Більшість областей мають гірший показник.

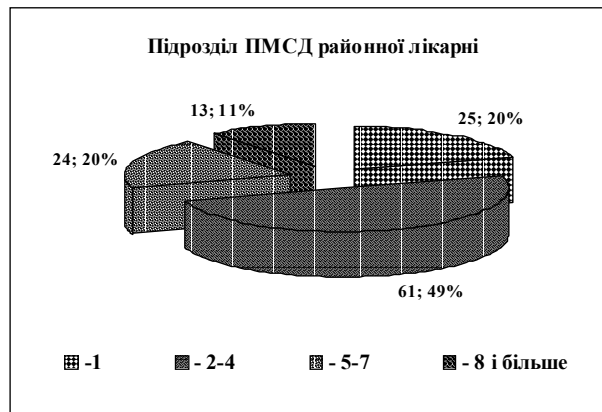
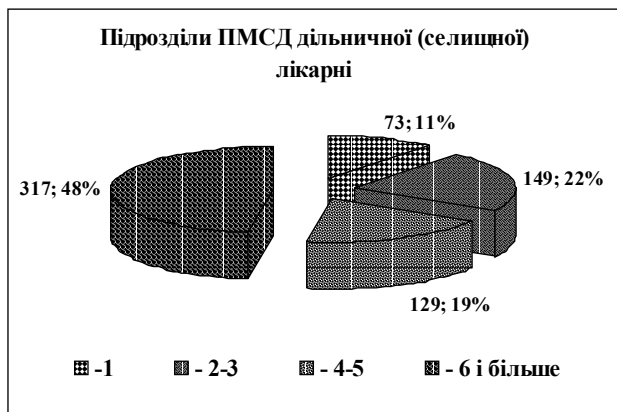
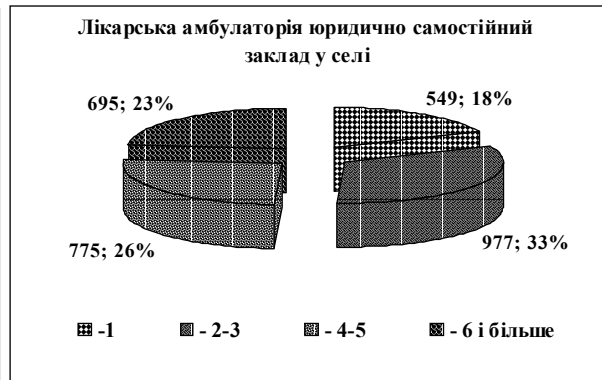
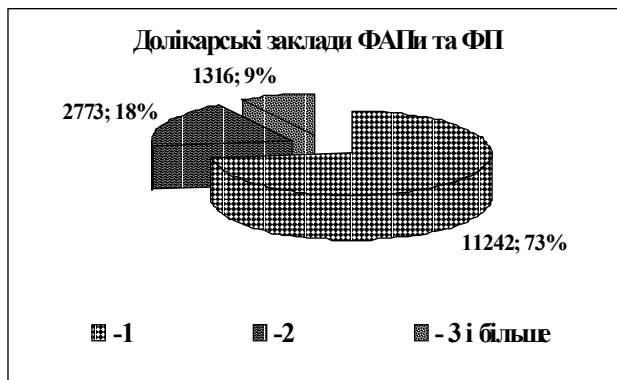


Рис. 4. Характеристика закладів відповідно до чисельності населених пунктів, що обслуговуються (кількість/відсоток)

Так, у Київській, Вінницькій, Закарпатській та Миколаївській областях налічується лише 5% таких закладів, у Полтавській – 8%, Дніпропетровській – 9%.

Мають термін експлуатації понад 50 років 23% приміщень СЛА, серед яких дві третини (2190) є амбулаторіями загальної практики/сімейної медицини. У Сумській області 40% таких закладів, у Чернігівській – 36%, Одеській – 35%, Кіровоградській 32%.

Аналіз стану будівель також показав, що 17% будівель медичних закладів, які обслуговують мешканців села, вимагають капітального ремонту, а 2% знаходяться в аварійному стані (рис. 5).

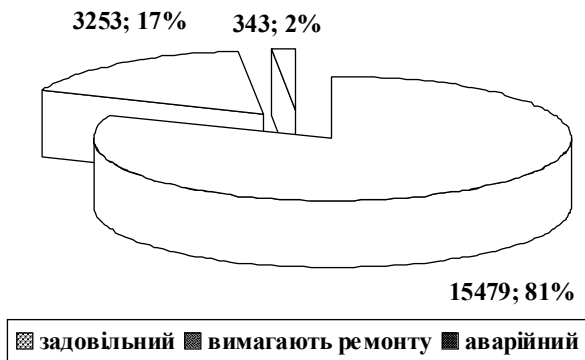


Рис. 5. Характеристика стану будівель медичних закладів, які обслуговують мешканців сільської місцевості

Серед них 17% (2511) ФАПів та ФП вимагають капітального ремонту. Гірша ситуація в Запорізькій області, де 33% (135) таких будівель, в Донецькій області – 29% (149), у Львівській області – 28% (228), по 27% в Чернівецькій (68 будівель) та Луганській областях (112). Краща ситуація у Миколаївській області, де 9% (42) закладів потребують капітального ремонту, по 7% в Сумській (37) та Чернігівській (50) областях та 5% таких закладів має Хмельницька область(48).

В аварійному, тобто взагалі непридатному для роботи, стані знаходяться 2% (306) долікарських закладів: 36 в Луганській (8,8%), 26 закладів в Донецькій (5%), 18 закладів (4,4%) в Запорізькій області. Кращий стан в Чернівецькій області, де в аварійному стані знаходиться один ФАП, 2 ФАПів – в Запорізькій області та по 3 ФАПів у Херсонській, Київській та Волинській областях.

Дещо краща ситуація щодо СЛА: 80% (2374) з них мають задовільний стан будівель, 19% потребують капітального ремонту і лише 1% (30) знаходяться в аварійному стані (рис. 6).

Щодо останніх, то їх найбільше в АР Крим – 3,9%, Черкаській – 3,1% та Чернігівській областях. Немає аварійних амбулаторій у Житомирській, Закарпатській, Львівській, Одеській, Рівненській, Херсонській, Хмельницькій та Чернівецькій областях.

Çàèèààè, ù î í àààò öü Ì Ì NA ï àðàààæ î ñ³èüüèì ò í àñàèá í þ

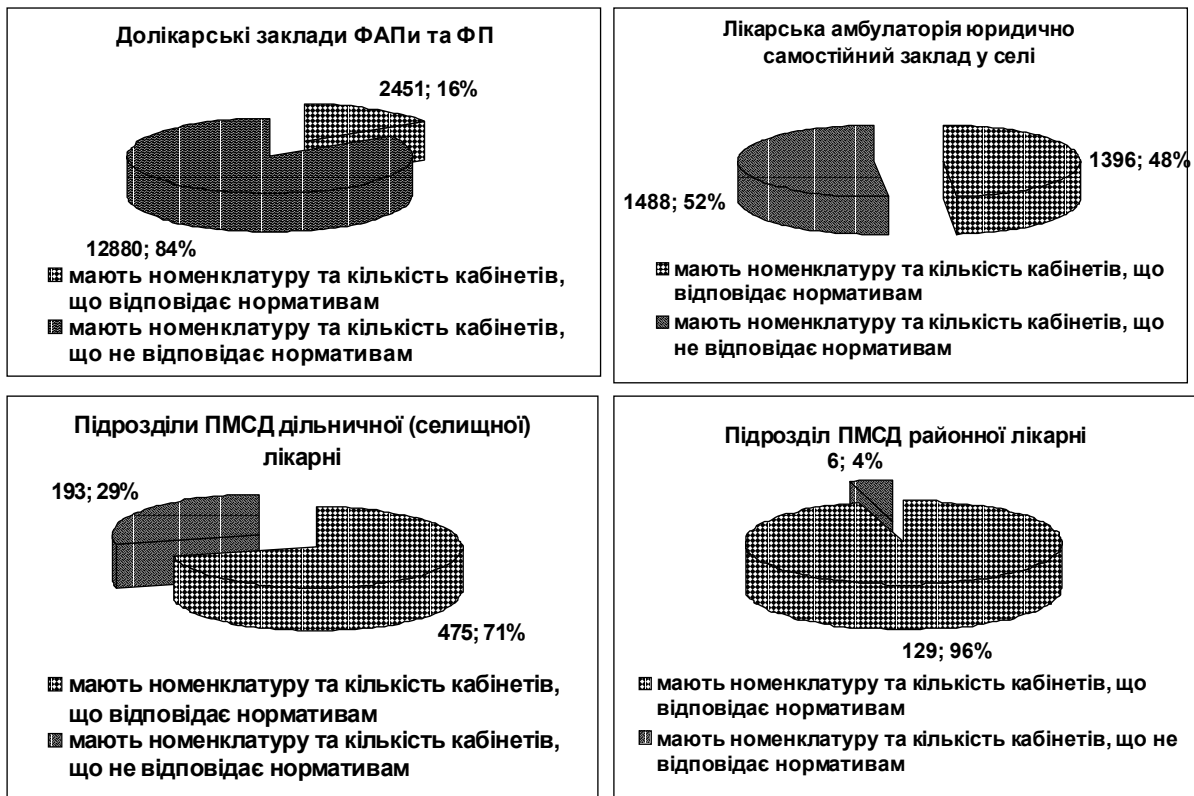


Рис. 6. Характеристика закладів, що надають допомогу сільському населенню, за кількістю приміщень

Аналіз можливості отримати лікарську допомогу мешканцю села, в якому є лише ФАП, або лікарю дістатися до цього населеного пункту, показав, що відстань ФАПів та ФП до СЛА або ДЛ, РЛ чи ЦРЛ більше ніж 7 км по дорозі з твердим покриттям мають аж 59% закладів. Це, фактично, другий ФАП або ФП в кожній області. Відстань до 2 км (норматив) мають лише 35% (433) долікарських закладів.

У 59% (1882) СЛА, 79% (526) дільничних лікарень радіус охоплення населення первинною медичною допомогою становить понад 7 км, а у 68% (92) районних лікарень – понад 15 км.

Враховуючи радіус обслуговування, слід зауважити, що має місце виражена нерівність у доступності первинної медичної допомоги сільському населенню. У таких випадках доцільним є створення нових СЛА, наближених до населення. На нашу думку, їх доцільно організувати з ФАПів, що обслуговують понад 1000 населення.

Згідно показників інвентаризації, не відповідають нормативам за кількістю приміщень (наказ МОЗ України від 20.06.2006 р. № 404) 84% (12880) ФАПів та ФП, 53% (1599) СЛА, 29% (193) ДЛ та 4% РЛ. (рис. 6.) Наприклад, жодна СЛА у Львівській області не відповідає цим нормативам. Лише 16% (2400) ФАПів, менше половини (48%) СЛА і близько 70% амбулаторних підрозділів дільничних лікарень мають перелік приміщень, який відповідає нормативам. Таких СЛА в Івано-Франківській області – 90%, в Харківській – 81%, в АР Крим – 70%, а в Закарпатській області всього 18%.

Таким чином, аналіз стану закладів та приміщень, в яких розташовано заклади ПМСД, показав, що кожний 5-й заклад, який надає первинну допомогу сільському населенню (ФАП, СЛА, амбулаторні підрозділи дільничних та районних лікарень), знаходиться в пристосованих приміщеннях, вимагає капітального ремонту або знаходиться у аварійному стані. Ці показники свідчать про слабку увагу місцевих громад до стану закладів, які надають ПМСД мешканцям села.

Нормативи забезпечення обладнанням та автотранспортом закладів первинної ланки медичної допомоги визначені таким нормативно-правовим актом, як наказ МОЗ України від 20.06.2006 № 404 “Про внесення змін до наказу МОЗ України від 22.05.06 № 308 “Про затвердження таблиця оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (в т.ч. амбулаторій загальної практики-сімейної медицини) та підрозділів первинної медико-санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів” [3].

Ситуація з укомплектованістю медичним обладнанням та інструментарієм в ПМСД наступна. Повний комплект загальнономедичного облад-

нання мають 10% ФАПів, 35% СЛА, підрозділів ПМСД дільничних та районних лікарень (рис. 7,8).

90% СЛА в Тернопільській, 72% в Чернівецькій, 63% у Волинській, по 52% в Донецькій та Херсонській областях мають повний комплект загальнономедичного обладнання. Значно гірша ситуація щодо оснащенням СЛА у Львівській (7%) Луганській та Чернігівській областях – по 6% амбулаторій мають повний комплект загальнономедичного обладнання.

Укомплектовані індивідуальними наборами лікаря та медсестри всього 9% ФАПів та ФП і 8% СЛА, ДЛ та РЛ, що надають медичну допомогу жителям сільської місцевості.

Укомплектовані ЛОР-обладнанням та інструментарієм лише 5% СЛА та 2% ФАПів та ФП, хірургічним, офтальмологічним та лабораторним обладнанням – 8% СЛА, акушерсько-гінекологічним обладнанням та інструментарієм – 26% СЛА та 20% ФАПів та ФП.

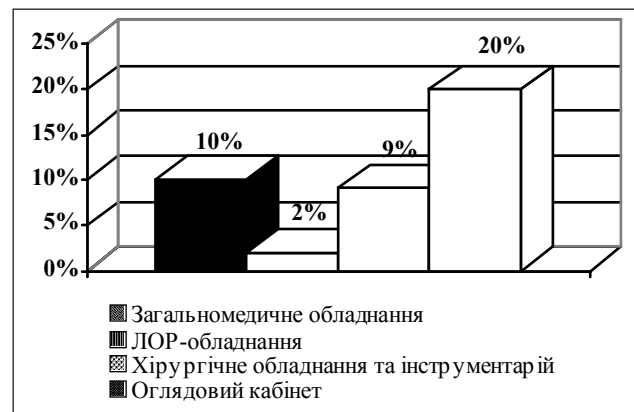


Рис. 7. Питова вага фельдшерсько-акушерських пунктів, у яких є повний комплект оснащення

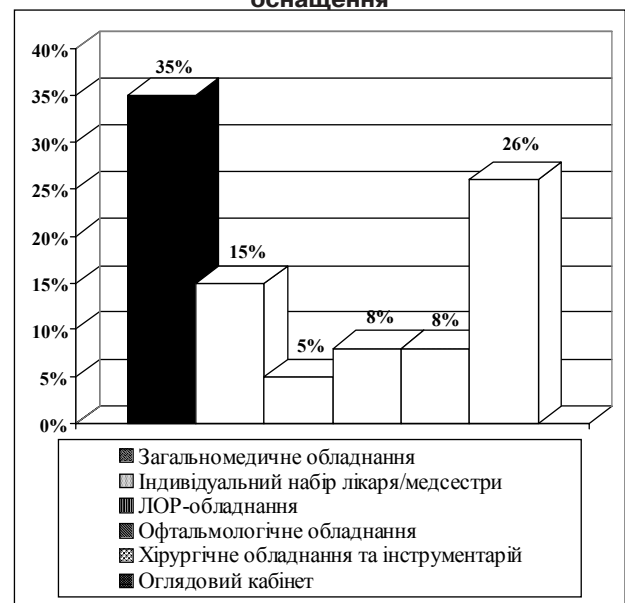


Рис. 8. Питова вага сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень та районних лікарень разом, у яких є повний комплект оснащення

Таким чином, переважна більшість закладів, що надають ПМСД сільському населенню не забезпечені медичним обладнанням та інструментарієм відповідно до таблицю оснащення [4].

Згідно отриманих даних щодо стану зв'язку в медичних закладах сільської місцевості, немає жодної області, де б всі ФАПі та ФП були телефонізовані, а в 16% (2472) долікарських закладах телефон взагалі відсутній. Таких закладів найбільше в Луганській – 47% (219), Кіровоградській – 38% (340), Одеській – 36% (373), Тернопільській – 34% (503) областях та в АР Крим – 25% (40). Краща ситуація в Хмельницькій, Волинській та Миколаївській областях, де не телефонізовано 1%, 2% та 3% ФАПів відповідно.

Отже надання медичної допомоги пацієнтам не може бути своєчасним в цих ФАПіх, особливо що стосується швидкої та невідкладної медичної допомоги.

За результатами інвентаризації, потреба в автотранспорті закладів ПМСД становить 3988 одиниць, у тому числі:

- для сільських лікарських амбулаторій – 2868 одиниць;
- для дільничних лікарень – 361 одиниця;
- для районних лікарень – 275 одиниць.

В ряді регіонів останніми роками реалізовувались місцеві програми підтримки сільської медицини, що дозволило покращити стан забезпеченості закладів охорони здоров'я у сільській місцевості автотранспортом у таких областях, як Донецька та Харківська, де рівень забезпеченості автомобілями дорівнює 89% та 70% відповідно. Взагалі відсутній спеціалізований автомобіль в СЛА Херсонської області. При нормативній кількості 96 одиниць транспорту для даної області на момент інвентаризації не придбане жодне авто. Практично не вирішуються ці питання в Луганській та Тернопільській областях, де рівень забезпеченості автотранспортом СЛА дорівнює лише 6%, а у Вінницькій, Чернігівській та Хмельницькій областях – лише 9%.

Що стосується велотранспорту, то у ФАПіх Чернівецької та Житомирської областях велосипеди взагалі відсутні, що унеможлиблює надання своєчасної долікарської медичної допомоги у тих районах населеного пункту, що віддалені від медичного закладу, або в селах, що належать до району обслуговування. У Хмельницькій (300) та в Луганській (12) областях лише 3% ФАПів мають велосипеди, а в Тернопільській – 1% (11). Кращий стан в Чернігівській та Івано-Франківській областях, де 77% та 63% долікарських закладів мають даний транспортний засіб.

При аналізі ситуації щодо своєчасного отримання медикаментів пацієнтами з'ясувалось, що на 21% (294) ФАПів взагалі не реалізуються лікарські засоби, що створює велику незручність для населення в плані отримання своєчасної медикаментозної допомоги. В Дніпропетровській області, наприклад, половина ФАПів (259) не мають можливості реалізації лікарських засобів. Краща ситуація в Чернігівській області та в АР Крим, де не мають пункту реалізації лікарських засобів кожний 9 і кожний 6 ФАП відповідно.

Висновки

1. Значна частина закладів мають незадовільний матеріально-технічний стан: недостатню кількість приміщень, розташування їх у пристосованих будівлях, наявність аварійних приміщень.
2. Має місце неналежне забезпечення транспортними засобами, засобами зв'язку, медичним обладнанням та інструментарієм, що створює проблему якості надання ПМСД мешканцям сільської місцевості.
3. Виражена нерівність у доступності первинної допомоги сільському населенню пов'язана зі значним радіусом обслуговування.
4. Децентралізація підпорядкованості медичних закладів у сільській місцевості створює нерівні фінансові можливості для забезпечення їх належного функціонування.
5. Необхідна програма системного реформування первинної медико-санітарної допомоги, насамперед у сільській місцевості.

Список літератури

1. *Міністерство охорони здоров'я України. Підсумки роботи галузі в 2007 році та пріоритетні напрямки розвитку охорони здоров'я, гарантування прав громадян і національної безпеки держави.* – К. : МОЗ України, 2008. – 84 с.
2. *Наказ МОЗ України від 11.05.2007 № 237 “Про проведення інвентаризації закладів та підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають населенню первинну медико-санітарну допомогу, для визначення стану та можливих проблем діяльності мережі”.* – Режим доступу : [http : // www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Заголовок з екрану.
3. *Наказ МОЗ України від 20.06.06 № 404 “Про внесення змін до наказу МОЗ України від 22.05.06 № 308 “Про затвердження таблиця оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (в т.ч. амбулаторій загальної практики-сімейної медицини) та підрозділів первинної медико-санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів”.* – Режим доступу : [http : // www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Заголовок з екрану.
4. *Постанова Кабінету Міністрів від 16.01.2008 р № 4. Програма діяльності Уряду “Український прорив: для людей, а не політиків”.* – Режим доступу : [http : // www.kmu.gov.ua](http://www.kmu.gov.ua). – Заголовок з екрану.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, М. П. Жданова, К. О. Надутый (Киев)

Проанализировано состояние сети учреждений первичной медицинской помощи в Украине на основании обработки результатов инвентаризации, проведенной в 2007 г., в которой авторы принимали непосредственное участие. Отражены реально существующие проблемы первичного звена медицинской помощи, предложены некоторые пути их решения.

THE ANALYSIS OF ACTIVITY OF THE PRIMARY MEDICOSANITARY STABLISHMENTS NETWORK IN THE COUNTRYSIDE

L. F. Matjuha, N. G. Gojda, M. P. Zhdanova, K. O. Nadutiy (Kyiv)

The condition of a network of establishments of primary medical aid in Ukraine is analyzed on the basis of processing results of the inventory which have been carried out per 2007 in which authors accepted direct participation. Real-life problems of a primary link of medical aid are reflected, some ways of their decision are offered.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА ТА ІНФОРМАТИЗАЦІЯ ГАЛУЗИ

УДК 617.3:621.397.13/398

А. В. ВЛАДЗИМИРСЬКИЙ (Донецьк)

КЛІНІЧНА КОНЦЕПЦІЯ ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В ГАЛУЗІ ОРТОПЕДІЇ ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ

НДІ травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету ім. М. Горького

Телемедицина активно використовується у травматології та ортопедії протягом останніх десятиліть [1;6;16;18]. Доцільність її застосування не викликає сумнівів, тому дана технологія взята на озброєння провідними світовими медичними науково-дослідними центрами, професійними громадськими організаціями [9–12;14;16–20;22]. Телетравматологія і телеортопедія – це галузі охорони здоров'я, що динамічно розвиваються. В даний час такий розвиток пов'язаний із застосуванням Інтернету, бездротових і мобільних технологій, цифрових фотокамер [13;21]. Окремо слід підкреслити дешевину і широку доступність сучасних телемедичних систем для установ ортопедо-травматологічного профілю, лікарів і медичних сестер. Водночас залишаються не визначеними питання об'єктивізації впливу телемедицини на

лікувально-діагностичний процес в галузі ортопедії-травматології, діагностичної та клінічної ефективності, змін в структурі анатомо-функціональних результатів, не розроблена концепція та стандарти для використання телемедичного консультування лікарями-ортопедами-травматологами.

Мета роботи – розробити клінічну концепцію використання телемедицини в галузі ортопедії-травматології в сучасних умовах охорони здоров'я України.

Матеріали і методи. Бібліографічні джерела та публікації стосовно організаційних питань використання телемедицини в травматології та ортопедії з бази даних PubMed Національної медичної бібліотеки США [15], власний практичний та методологічний досвід використання телемедицини [1–8], тематичні веб-ресурси та описи проектів [9;11;14;15;17;22]. Використано методи аналізу та синтезу.

Результати досліджень та їх обговорення.

Раніше нами були визначені основні компоненти світових моделей застосування телемедицини, зокрема у галузі ортопедії та травматології [4].

З урахуванням світового досвіду, власної практичної діяльності та вищевказаних компонентів розроблена "Клінічна концепція використання телемедицини в галузі ортопедії-травматології в сучасних умовах охорони здоров'я України". Концепція спрямована на адекватне та стандартизоване використання телемедицини процедур для надання ортопедо-травматологічної допомоги в ефективні терміни та в повному обсязі в тій точці, де знаходиться пацієнт з пошкодженням або захворюванням опорно-рухової системи.

1. Основні цілі використання телемедицини в ортопедії та травматології Телемедицина використовується в галузі ортопедії та травматології з наступними головними цілями:

- якісне та своєчасне надання необхідного об'єму ортопедо-травматологічної допомоги (у тому числі спеціалізованої та висококваліфікованої) пацієнту в точці/закладі його перебування в поточний період часу;

- забезпечення швидкого, раціонального та обґрунтованого прийняття адекватних клінічних рішень фахівцями усіх рівнів;

- скорочення етапів лікування в поєднанні із забезпеченням якісного об'єму допомоги;

- формування оптимальної багатоетапної лікувально-діагностичної схеми на основі доказової медицини;

- забезпечення взаємодії фахівців та закладів усіх рівнів надання ортопедо-травматологічної та іншої (суміжної) допомоги з метою оптимізації лікувально-діагностичної роботи, покращення показників діяльності лікувально-профілактичного закладу, підвищення якості лікування пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю;

- досягнення високого рівня анатомо-функціональних результатів, повернення працездатності та покращення якості життя пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю.

2. Етапне використання телемедицини в ортопедії та травматології

Телемедицина в галузі ортопедії та травматології використовується на різних етапах надання допомоги та у вигляді різноманітних процедур (телемедичне консультування, телемоніторинг, телеасистування, дистанційне навчання тощо) (рис).

3. Основні телемедичні процедури в ортопедії та травматології

Найбільш важливими телемедициними процедурами в галузі травматології та ортопедії є телемедичне консультування та телемоніторинг. Телемедичне консультування пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю є найбільш поширеною та ефективною клінічною процедурою, яка має доведений великий позитивний вплив на

лікувально-діагностичну роботу та наслідки лікування. Окремі фахівці (лікарі-ортопеда-травматологи та суміжних галузей) та спеціалізовані заклади повинні використовувати формальне та неформальне телемедичне консультування за розробленою методологією з метою підвищення якості надання ортопедо-травматологічної допомоги.

Телемедичне консультування здійснюється за специфічними показаннями, які поділені на три групи (загальні, спеціальні та організаційно-технічні). Обов'язкове телеконсультування типових пацієнтів при надходженні їх до лікувально-профілактичних установ, що надають первинну та вторинну ортопедо-травматологічну або іншу допомогу, є дуже доцільним з точки зору раціональної організації лікувально-діагностичного процесу, своєчасного прийняття адекватних клінічних рішень та надання і потрібного обсягу медичної (у тому числі ортопедо-травматологічної) допомоги. Головною перспективою для ортопедії та травматології є розвиток телемедицини систем для реалізації телеприсутності з метою своєчасного надання кваліфікованої та спеціалізованої ортопедо-травматологічної допомоги в максимальному об'ємі у будь-якій географічній точці України.

Забезпечення сучасного рівня науково-методичної та навчальної підтримки лікаря ортопеда-травматолога шляхом впровадження телемедицини систем:

А. Безперервне підвищення кваліфікації лікарів-ортопедів-травматологів здійснюється шляхом:

- проведення регулярних телемедицини консультацій та телеконсиліумів (як обов'язкового компоненту клінічної діяльності);

- поширення електронних учбово-методичних матеріалів;

- модернізація учбово-методичної діяльності кафедр ортопедії та травматології шляхом дистанційного проведення лекцій, семінарів, циклів, курсів, наукових заходів у форматі відеоконференцій, а також проведення курсів навчання на основі веб-технологій (наприклад, платформи Moodle, iPath тощо);

Б. Модернізація наукової діяльності – впровадження принципів доказової медицини в галузі ортопедії та травматології відбувається шляхом об'єднання українських НДІ травматології та ортопедії, профільних кафедр та інших установ за допомогою телемедицини систем та Інтернет-спілок.

4. Стандартизація та єдина методологічна схема використання телемедицини в ортопедії та травматології

Стандартизація телемедицини в галузі травматології та ортопедії досягається шляхом використання типових комплектів обладнання, засобів телекомунікації, шаблонів медичної документації та форматів цифрової медичної інформації [3–8]. Основні технічні принципи:

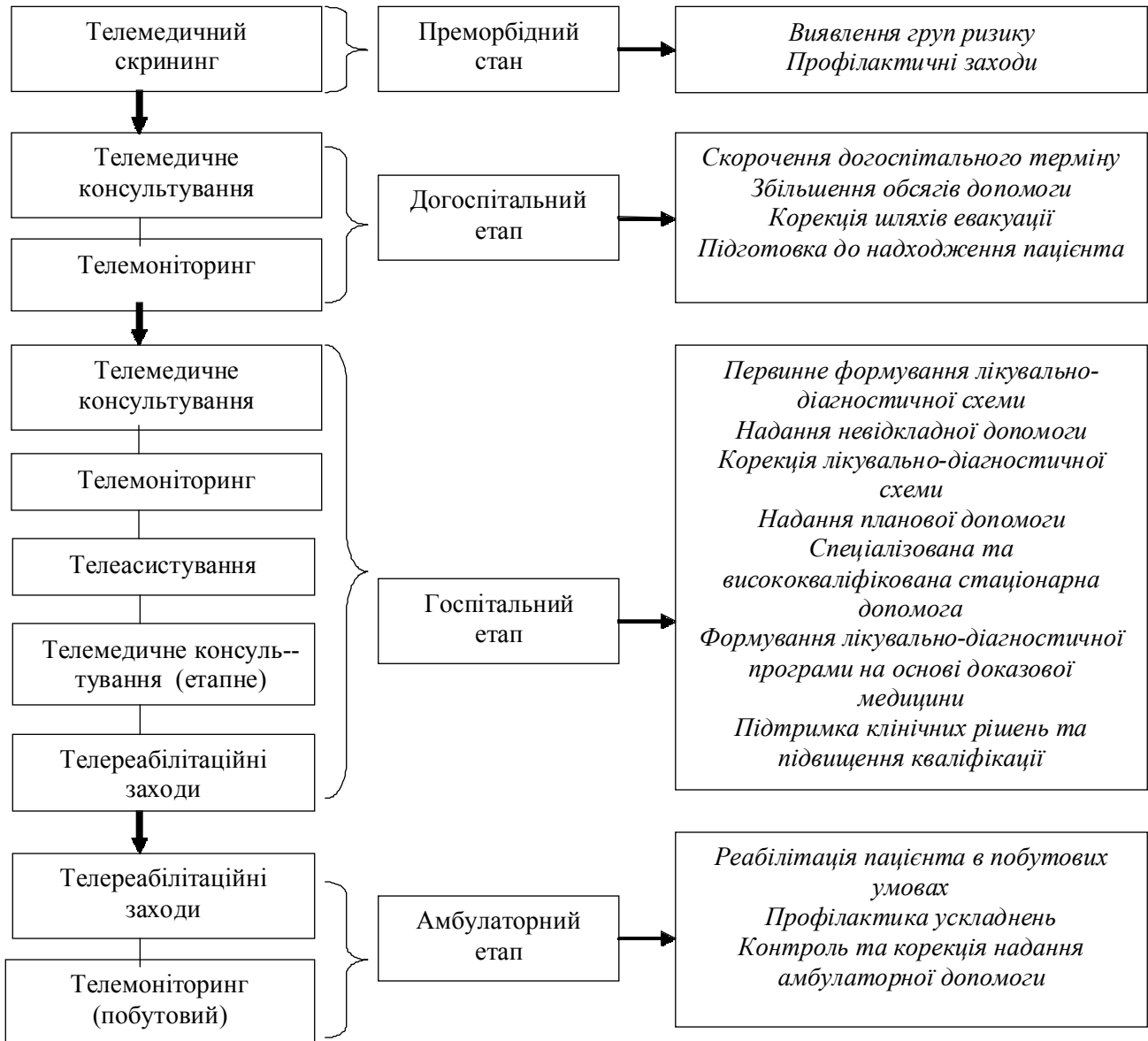


Рис. Загальна схема етапного використання телемедицини у травматології та ортопедії

- гнучкість та інтероперабельність обладнання, програмного забезпечення та телекомунікації;
- вибір оптимальних інженерних рішень відповідно до конкретних клінічних задач із урахуванням матеріально-фінансових, географічних, соціальних та інших умов;
- використання Інтернету (IP-протоколу) як універсальної технології передачі даних та здійснення телемедичних сесій (електронна пошта, веб-платформи, IP-телефонія, VoIP-відеоконференції тощо); у важкодоступних, сільських та інших районах з нерозвинутою інформаційною інфраструктурою слід надавати перевагу мобільному і бездротовому доступу до Інтернету і його сервісів;
- широке використання методичних підходів "low-cost telemedicine" ("телемедицини низької собівартості") при плануванні, фінансово-матеріальних вкладеннях, раціональному викорис-

тання наявної інфраструктури в рамках регіональних і національних ортопедо-травматологічних телемедичних мереж.

Порядок використання телемедичного консультування в галузі ортопедії та травматології визначається нормативними документами Міністерства охорони здоров'я, рекомендаціями професіональних організації та єдиної методологічної схеми, яка включає: модель електронних медичних записів, перелік обладнання та програмного забезпечення для телемедичних робочих станцій, облікову документацію, сценарії здійснення синхронних та асинхронних телеконсультацій, перелік основних телекомунікаційних засобів (протоколи IP, H.32x, стандарти GSM, GPRS, 3G та ін.).

Для надання ортопедо-травматологічної допомоги на поліклініко-амбулаторному рівні та ефективної підтримки лікарями-ортопедами-

травматологами амбулаторії сімейної медицини необхідно застосовувати системи індивідуальної та домашньої телемедицини ("Citizen-Centred Care") для телемоніторингу, телеконсультування та інформаційної підтримки.

Для надання ортопедо-травматологічної допомоги в спеціфічних умовах (гуманітарні, екологічні та техногенні катастрофи, бойові дії, рятувальні операції) та при обслуговуванні ізольованих груп (окремі поселення, міста позбавлені волі та ін.) доцільно використовувати мобільні телемедичні системи.

5. Позитивні наслідки використання телемедицини в ортопедії та травматології

Використання телемедицини в галузі ортопедії та травматології достовірно призводить до:

- покращання показників діяльності та фінансової оптимізації лікувально-профілактичного закладу;
- забезпечення безперервної освіти та підвищення кваліфікації для лікарів-ортопедів-травматологів;
- оптимізації лікувально-діагностичної роботи та взаємодії закладів і окремих фахівців, що надають допомогу пацієнту ортопедо-травматологічного профілю;
- своєчасної корекції помилок діагностичного процесу з наступним розробленням вірної лікувальної тактики;
- підвищення якості лікування, істотне зростання питомої ваги добрих анатомо-функціональних результатів (водночас знижується ризик виникнення незадовільних результатів).

Приклад реалізації

Основні положення концепції були успішно реалізовані нами раніше, наприклад у вигляді спеціальної послідовності дії під час лікування поєднаних та множинних пошкоджень [7].

Алгоритм лікування політравми згідно принципів "damage control" та з використанням телемедицини

1. Травмування. Прибуття бригади швидкої допомоги/служби порятунку. Огляд, надання невідкладної допомоги, СЛР.

2. Догоспітальне телеконсультування. Технологічні рішення – мобільний Зв'язок/MMS/SMS повідомлення; мобільний телемедичний комплекс (кишеньковий персональний комп'ютер+мобільний ІНТерНЕТ/GPRS/3G). Мета – визначення шляхів евакуації, повідомлення й підготовка спеціалізованої лікувальної установи, уточнення обсягу догоспітальної медичної допомоги (способи іммобілізації, інфузійна терапія, виконання пункцій тощо).

3. Прибуття пацієнта в спеціалізовану лікувальну установу. Реанімація, зігрівання, корекція гемодинаміки, інтенсивна терапія з паралельними радіологічними та іншими дослідженнями.

4. Хірургічне лікування за принципами "damage control":

I етап:

- інтенсивна терапія на операційному столі;
- черевна і грудна порожнини – зупинка кровотечі, компенсація крововтрати, забезпечення адекватної вентиляції легенів і газообміну, дренивання плевральної порожнини, зменшення контамінації, тимчасове закриття черевної порожнини;
- опорно-рухова система – зупинка кровотечі з великих судин, нейтральний остеосинтез апаратами зовнішньої фіксації (АВФ), первинна хірургічна обробка (ПХО), що наводять шви на великі рани, дренивання, фасціотомія;
- центральна нервова система – зупинка кровотечі, усунення компресії, тимчасове закриття дефектів черепа і м'яких тканин голови.

II етап:

- лікування в умовах реанімаційного відділення/блоку інтенсивної терапії;
- корекція метаболічних порушень;
- госпітальне синхронне телеконсультування. Технологічні рішення – схема "e-mail+messenger", відеоконференція (VoIP), електронна пошта. Мета – консультації суміжних, профільних провідних спеціалістів із центральних медичних установ; корекція тактики лікування, обсягу і термінів III етапу, уточнення методів ранньої профілактики ускладнень і планованих відбудовних операцій.

III етап (виконується після відносної стабілізації стану, у середньому протягом 24–48 годин після II етапу) – повторні операції:

- черевна і грудна порожнини – пошук нерозпізнаних і двохетапних ушкоджень, ліквідація судинних шунтів, згустків, гемостатичних тампонів, відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту, формування колостом, некректомія паренхіматозних органів, установка інтестинального зонда для ентерального харчування або гастростома тощо;
- опорно-рухова система – обробка ран, дренивання, перемонтаж АВФ, допроведення спиць і стрижнів, репозиції переломів в АВФ.

IV етап:

- лікування в умовах реанімаційного відділення/блоку інтенсивної терапії;
- госпітальне асинхронне телеконсультування для корекції подальшої тактики, визначення методів лікування ускладнень, що розвинулися.

V етап:

- госпітальне телеконсультування для визначення видів, методів, способів виконання реконструктивно-відбудовних операцій (асинхронний, синхронний, телеконсиліум);
- заключні реконструктивно-відбудовні операції.

Висновки

Таким чином, запропоновано підходи до прийняття раціональних організаційних рішень під час створення телемедичних проектів в галузі ортопедії та травматології, розроблено клінічну концепцію використання телемедици-

ни в галузі ортопедії-травматології в сучасних умовах охорони здоров'я України; концепція може бути реалізована у вигляді методичних алгоритмів та галузевих стандартів.

Список літератури

1. *Владзимирський А. В.* Досягнення телемедицини в травматології та ортопедії – підсумки і перспективи 35 років всесвітньої практики / А. В. Владзимирський // Травма. – 2008. – т. 9, № 1. – С. 102–110.
2. *Владзимирський А. В.* Лікування потерпілих із множинними і сполучними ушкодженнями на догоспітальному і госпітальному етапах з використанням телемедицини систем : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. н. / А. В. Владзимирський. – Вінниця, 2003. – 20 с.
3. *Владзимирський А. В.* Організація телемедицини діяльності та телеконсультування в лікувально-профілактичних закладах : [метод. реком.] / А. В. Владзимирський, В. Г. Климовицький, О. С. Коваленко. – Донецьк : ТОВ “Цифрова друкарня”, 2008. – 84 с
4. *Владзимирський А. В.* Основні концепції використання телемедицини в охороні здоров'я / А. В. Владзимирський // Укр. журн. телемед. мед. телемат. – 2007. – т. 5, № 3. – С. 244–251.
5. *Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я: монографія* / П. Р. Ларіна, А. В. Владзимирський, О. В. Балуєва [під заг. ред. проф. В. В. Дорофійенко]. – Донецьк : Вебер (Донецька філія), 2008. – 252 с
6. *Климовицький В. Г.* Телемедицина в травматології и ортопедии / В. Г. Климовицький, А. В. Владзимирський. – Донецьк : Норд-Пресс, 2006. – 139 с.
7. *Новые организационно-клинические подходы к лечению политравмы* / В. Г. Климовицький, А. В. Владзимирський, Я. А. Михаленко, А. Ю. Магомедов // Матер. XXI съезда хирургов Украины. – Запорожье, 2005. – С. 51–53.
8. *Устаткування для телемедицини діяльності лікувально-профілактичних установ : [метод. реком.]* / Владзимирський А. В. [та ін.]. – Донецьк : ТОВ “Цифрова друкарня”, 2007. – 44 с
9. *Adding teletrauma and teleresuscitation to 9-5 telemedicine programs* / [R. Latifi et al.] // Presentation at ATA Annual Meeting (2006). – Acces mode : [http : // www.atmeda.org/news/2006_presentations/t5e3.ppt](http://www.atmeda.org/news/2006_presentations/t5e3.ppt). – Title from screen.
10. *Impact of telemedicine upon rural trauma care* // [J. C. Duchesne et al.] // J. Trauma. – 2008. – Jan; Vol.64(1). – P. 92–7.
11. *Improving rural trauma care, education and prevention through telemedicine. Final evaluation report* / [ed. by M. A. Ricci]. – University of Vermont, 2003. – 33 p.
12. *International Society for Telemedicine and eHealth*. – Acces mode : [http : // www.isft.net](http://www.isft.net). – Title from screen.
13. *Multimedia messaging system use in orthopedic clinic and teleradiology* / [W. Glinkowski et al.] // Ukr. z. telemed. med. telemat. – 2007. – т. 5, № 2. – P. 188–189.
14. *Outcomes Following Telemedicine Consultation for Rural Trauma* / [W. E. Charash et al.] // Presentation at ATA Annual Meeting. – Acces mode : [http : // www.atmeda.org/news/2006_presentations/t5e2.ppt](http://www.atmeda.org/news/2006_presentations/t5e2.ppt). – Title from screen.
15. *PubMed*. – Acces mode : [http : // www.pubmed.org](http://www.pubmed.org). – Title from screen.
16. *Ricci W. M.* Teleradiology in orthopaedic surgery: impact on clinical decision making for acute fracture management / W. M. Ricci, J. Borrelli // J. Orthop Trauma. – 2002. – Jan; Vol. 16(1). – P. 1–6.
17. *SICOT Telediagnostic*. – Acces mode : [http : // telediag.sicot.org](http://telediag.sicot.org). Last check 02.01.08.
18. *Subtle orthopedic fractures: teleradiology workstation versus film interpretation* / [W.W. Scott et al.] // Radiology. – 1993. – Jun; Vol. 187(3). – 811–5.
19. *Tachakra S.* Four years experience of telemedicine support of a minor accident and treatment service / S. Tachakra, C. Uko Uche, A. Stinson // J. Telemed Telecare. – 2002. – Vol.8, Suppl 2. – P. 87–9.
20. *Telecommunication in trauma surgery. Communication networks of hospitals in East Bavaria* / [S. Stieglitz et al.] // Chirurg. – 1998. – Vol.69, 11. – P. 1123–1128.
21. *Teleconsultation by using the mobile camera phone for remote management of the extremity wound: a pilot study* / [H. H. Tsai et al.] // Ann Plast Surg. – 2004. – Dec; 53(6). – P. 584–7.
22. *The Arizona Telemedicine Program. Telemedicine and e-Health*. December 1, 2005, 11(6). – P. 633–640.

КЛИНИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В СФЕРЕ ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ

А. В. Владзимирський (Донецьк)

В статье приведена оригинальная клиническая концепция использования телемедицины в области ортопедии-травматологии в современных условиях здравоохранения Украины, предложены подходы к принятию рациональных организационных решений во время создания телемедицинских проектов в этой области. Концепция реализуется в виде методических алгоритмов и отраслевых стандартов.

CLINICAL CONCEPTION OF TELEMEDICINE APPLICATION IN ORTHOPEDICS AND TRAUMATOLOGY R&D INSTITUTE OF TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS

A. V. Vladzimirskiy (Donetsk)

In article the original clinical conception of telemedicine application in orthopedics and traumatology in the field of modern health care system of Ukraine has been described. Approaches for rational decision making for managers of teletraumatology and teleorthopedics projects have been proposed. Conception is realized in guidelines and professional standards.

УДК 614.253:616-36-002:002.51

О. К. ТОЛСТАНОВ (Житомир)

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ КАДРІВ НА ПРИКЛАДІ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З ПРОБЛЕМИ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Управління охорони здоров'я Житомирської облдержадміністрації

Темпи і глибина реформування охорони здоров'я вимагають перебудови та постійного удосконалення підготовки сімейних лікарів. Відомо, що однією з найважливіших складових якості медичної допомоги є рівень професійної підготовки лікарів і середніх медичних спеціалістів, доступність для них сучасних інформаційних матеріалів та використання в додипломній і післядипломній підготовці сучасних телекомунікаційних технологій [1;3;5].

Використання комп'ютерів та відеотехніки (відеокамер, телевізорів, мультимедійного забезпечення) допомагає покращити якість занять будь-якого типу – лекцій, семінарів, практичних занять, самостійної підготовки тощо. Активні та інтерактивні методи навчання дозволяють перейти на вищий рівень організації навчального процесу [1;2].

Враховуючи гостроту ситуації щодо парентеральних вірусних гепатитів у нашій країні, актуальними є питання підготовки на курсах післядипломної освіти лікарів загальної практики/сімейних лікарів та помічників сімейного лікаря з використанням електронних підручників і теледістанційної форми навчання як однієї з форм поліпшення інформаційного забезпечення [1;2;5].

Метою дослідження стало визначення рівня обізнаності медичних працівників різних вікових груп та молоді, що навчається в Житомирському інституті медсестринства, з проблеми парентеральних вірусних гепатитів і наукове обґрунтування системи підвищення рівня якості їхніх знань та інформаційного забезпечення.

Матеріали і методи. Проведене анкетування 732 осіб – 330 лікарів та 402 студентів медичного коледжу. При цьому були представлені в достатній кількості обидві статі, жителі міста і села, вікові групи тощо. Застосовувався клініко-статистичний метод обробки даних за допомогою прикладної програми Statistica for Windows 6.0 [4].

Результати дослідження та їх обговорення. Серед опитаних студентів таких, що вступили

ли до коледжу після 9-го класу, віком 16–17 років, було 198 (27,0±1,64%) осіб; студентів, які вступили після 11 класів, віком 18–22 років, – 204 (27,9±1,66%); сімейних лікарів – 330 (45,1±1,84%).

Чоловіків було 213 (29,1±1,68%), жінок – 519 (70,9±1,68%), жителів міста – 466 (63,7±1,77%) осіб, сільських жителів – 266 (36,3±1,77%).

Визнали, що зовсім не обізнані з проблемою, 5,0±0,81% респондентів, 67,0±1,74% опитаних мають загальне уявлення, вважають, що мають достатній рівень знань, 28,0±1,66% опитаних.

Вважають проблему парентеральних вірусних гепатитів реальною загрозою для населення 93,0±0,94% респондентів, не вважають 6,0±0,88% опитаних, інші варіанти відповіді вибрали 1,0±0,38% респондентів.

Негативну відповідь на запитання, чи мають вони інфікованих вірусами “В” і “С” або з наслідками цієї хвороби знайомих, дали 55,0±1,84% респондентів; 30,0±1,69% не знають, ствердну відповідь – 15,0±1,32% опитаних.

Звертає на себе увагу низький рівень обізнаності респондентів щодо ін'єкційного шляху інфікування наркоманів – 15,7±2,57% позитивних відповідей. Водночас 25,5±3,03% взагалі заперечують такий шлях зараження, 58,8±3,44% опитаних відповіли “не знаю”.

Найбільш вразливими контингентами населення респонденти назвали: все населення – 29,0±1,68%; споживачів ін'єкційних наркотиків – 11,0±1,16%; дітей віком від 2 до 14 років – 10,0±1,11%; осіб, яким часто роблять переливання крові, – 10,0±1,11%; новонароджених – 9,0±1,06%; медичних працівників – 8,0±1,0%; свій варіант відповіді дали 3,0±0,63%; “важко відповісти” – 20,0±1,48%.

У групі студентів медичного коледжу віком 16–17 років відсоток негативних відповідей щодо можливості інфікування вірусами парентерального гепатиту ін'єкційних наркоманів був найвищим. Більше третини з них (33,8±3,37%) взагалі заперечують можливість зараження вірусним гепатитом при вживанні наркотиків.

Насторожує кількість заперечливих відповідей і серед студентів старшої вікової групи – чверть з них ($25,5 \pm 3,03\%$) також вважає неможливим інфікування при вживанні наркотиків.

Серед сімейних лікарів $12,6 \pm 1,85\%$ заперечують статевий шлях інфікування, а $43,6 \pm 2,73\%$ не впевнені в можливості такого шляху зараження. Статевий шлях зараження заперечують $45,5 \pm 3,54\%$ студентів віком 16–17 років і $57,4 \pm 3,47\%$ опитаних серед студентів старшої вікової групи.

Основними джерелами інформації стосовно проблеми парентеральних вірусних гепатитів респонденти назвали: вивчення відповідних медичних дисциплін – $27,0 \pm 1,64\%$; засоби масової інформації – $25,0 \pm 1,60\%$; санбюлетні – $22,0 \pm 1,53\%$; досвід близьких та знайомих – $12,0 \pm 1,20\%$; власний досвід перенесених хвороб – $7,0 \pm 0,94\%$; ознайомлення зі спеціальною літературою – $5,0 \pm 0,81\%$; взагалі не цікавляться питанням – $2,0 \pm 0,52\%$.

Респонденти вважають найефективнішими наступні заходи профілактики: суворе дотримання правил особистої гігієни – $20,0 \pm 1,48\%$; достатній рівень санітарно-гігієнічної освіти населення – $18,0 \pm 1,42\%$; проведення занять з профілактики – $17,0 \pm 1,39\%$; боротьбу з наркоманіями – $16,0 \pm 1,36\%$; щеплення – $15,0 \pm 1,32\%$; дотримання правил асептики й антисептики в лікувально-профілактичних закладах – $14,0 \pm 1,28\%$.

Таким чином, результати опитування свідчать про відсутність серед медичних працівників єдиних підходів до вирішення проблеми, в результаті чого пацієнт залишається наодинці з хворобою та її наслідками. Основною причиною цього є недосконала система інформаційного забезпечення медичних працівників на додипломному та післядипломному рівнях підготовки.

Нами виявлено позитивний ефект підвищення інформаційного забезпечення сімейних лікарів та студентів Житомирського базового медичного коледжу з такої актуальної проблеми, як хронічні вірусні гепатити, за допомогою комп'ютерних технологій створення електронних підручників.

Протягом останніх двох десятиліть накопичено значний обсяг інформації стосовно етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування та профілактики вірусних гепатитів та їх ускладнень. Сучасні методи променевої діагностики та комп'ютерні програми візуалізації дозволяють перейти на якісно новий рівень інформаційного забезпечення. Те, що раніше описувалось патоморфологами чи рентгенологами на кількох сторінках тексту, наприклад мікрофотографія мітохондрії гепатоциту чи відмінності в будові вірусів гепатиту, тепер наочно демонструється у вигляді високоякісних цифрових зображень з відповідними коментарями.

Крім того, порівняно з традиційними паперовими підручниками, електронна книга має наступні переваги:

- практично вічне збереження інформації, в той час як паперові носії інформації (книги) з часом приходять в нечитабельний стан;
- можливість необмежено доповнювати та змінювати інформацію, тобто попереджувати моральне старіння підручника;
- компактність – на одному CD чи DVD-диску вміщується кілька паперових томів;
- миттєвий пошук потрібної інформації за ключовим словом;
- невелика вартість і можливість будь-коли отримати за допомогою принтера паперовий варіант любого розділу чи електронного підручника в цілому.

За допомогою електронного підручника слухачі мають змогу вивчати всі теоретичні розділи та практичні навички згідно навчальної програми. Окрім того їм пропонується низка останніх, найбільш сучасних, методичних рекомендацій, діючих нормативно-регламентуючих документів тощо.

Завдяки широкому використанню сучасних комп'ютерних технологій візуалізації особливо значний позитивний ефект підвищення інформаційного забезпечення та активізації навчального процесу виявлено при підготовці сімейних лікарів з акушерства та гінекології. Освоєння практичних навичок з акушерства та гінекології лікарями загальної практики при проходженні ними циклів спеціалізації та передатестаційного вдосконалення пов'язано з певними труднощами. Жінки-пацієнтки з цілком зрозумілих мотивів не завжди погоджуються на огляд та вагінальне дослідження з навчальною метою, не кажучи вже про виконання гінекологічних маніпуляцій. У світовій практиці з метою подолання цієї колізії широко використовують фантоми та навчальні відеофільми. Асистенти нашої кафедри підготували відеотеку фільмів на такі теми: "Діагностика вагітності", "Фізіологічні пологи", "Сімейні пологи", "Грудне вигодовування", "Неправильне положення плода", "Кесарів розтин", "Не зрадь мене, мамо!", "Введення спіралі", "Видалення спіралі" та електронний підручник "Акушерство та гінекологія". Слухачі в тренажерному класі мають можливість переглядати відеофільми та на фантомах відпрацьовувати необхідні практичні навички. В поєднанні з практичними заняттями, які проводяться на клінічних базах, використання можливостей сучасних комп'ютерних технологій приносить кращі результати, ніж використання традиційних форм навчання.

Слухачам пропонується збірник навчальних алгоритмів з надання першої медичної допомоги при термінальних станах. Адже сімейному

лікареві при екстремальних ситуаціях необхідно самостійно надавати першу медичну допомогу. Для кращого засвоєння слухачами знань підготовлений посібник ілюстративно-ситуаційних завдань. Широко використовується комп'ютерне тестування. Для цього створений збірник тестових завдань.

Висновки

1. Активні та інтерактивні методи навчання та автоматизована система інформаційного забезпечення допомагають краще засвоїти матеріал та підготувати належним чином майбутнього спеціаліста.

2. Рівень обізнаності медичних працівників з проблем парентеральних вірусних гепатитів є недостатнім, незважаючи на те що переважна більшість з них вважає ситуацію загрозовою.

3. Серед джерел інформації щодо проблеми гепатитів професійно набуті знання (вивчення відповідних медичних дисциплін та робота зі спеціальною літературою) мають малу питому вагу.

4. Перспективність електронних підручників, сучасних комп'ютерних технологій візуалізації і автоматизованих систем інформаційного забезпечення в різних галузях медицини, зокрема з проблеми вірусних гепатитів, не викликає сумніву.

Список літератури

1. *До проблем інформаційного забезпечення інноваційних процесів в медицині* / О. Г. Бенько, Л. М. Грідасова, Ю. В. Котельникова, А. С. Бесєдіна // Укр. терапевт. журн. – 2003. – № 1. – С. 57–59.
2. *Досвід використання сучасних інформаційних технологій у Житомирському обласному медичному центрі* / В. Д. Парій, Т. В. Сорочинська, В. В. Шимотюк, Ю. В. Бенедичук // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 1. – С. 23–26.
3. *Марієвський В. Ф. Гепатит В: Проблеми та перспективи* / В. Ф. Марієвський // Проблеми епідеміології, діагностики, клініки, лікування та профілактики інфекційних хвороб. – К., 2002. – С. 81–86.
3. *Організація та перший досвід роботи гепатологічного центру в м. Вінниця* / [Ф. А. Чабанов, Л. В. Мороз, В. Ф. Рудинський та ін.] // Клін. проблеми боротьби з інфекційними хворобами. – Київ–Вінниця, 2002. – С. 440–442.
4. *Шатило В. Й. Медико-соціальні аспекти парентеральним вірусних гепатитів В і С* / В. Й. Шатило. – Житомир : Полісся, 2007. – 260 с.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ НА ПРИМЕРЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ПРОБЛЕМЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

А. К. Толстанов (Житомир)

Проведено соціологічне дослідження шляхом анкетування 732 медичних працівників з метою визначення їх знань по проблемі парентеральних вірусних гепатитів і можливих способів удосконалення інформаційного забезпечення сімейних лікарів шляхом впровадження сучасних комп'ютерних технологій.

NEW TECHNOLOGIES BY PREPARATION OF THE MEDICAL STAFF BY THE EXAMPLE OF DEFINITION OF THE LEVEL OF AWARENESS OF MEDICAL WORKERS ON THE PROBLEM OF VIRUS HEPATITIS AND IMPROVEMENT OF INFORMATION MAINTENANCE

A. K. Tolstanov (Zhytomyr)

The sociological research is carried out by the questionnaire of 732 medical workers with the purpose of definition of their knowledge on a problem of virus hepatitis and possible ways of improvement of information maintenance of the family doctors by introduction of modern computer technologies.

О. М. ЦІБОРОВСЬКИЙ, В. М. СОРОКА, О. О. ГАРНЕЦЬ (Київ)

РОЗВИТОК ЗЕМСЬКОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЇЇ САНІТАРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ЯК ВТІЛЕННЯ У ПРАКТИКУ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНИХ ІДЕЙ

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Розвиток наукової гігієни та її диференціація стали джерелом соціальної медицини лише в органічному зв'язку із становленням і розвитком різних форм громадської медицини – починаючи з приказної, а потім – фабрично-заводської, міської і, особливо, земської медицини з її не тільки лікувальною, але й санітарно-профілактичною організацією.

Таким чином, до цього процесу було залучено не тільки науковців, але й багато прогресивних практичних лікарів, які втілювали соціально-медичні ідеї в життя.

Метою роботи є показати роль земської медицини та її санітарної організації у впровадженні на практиці соціально-медичних ідей, у розвитку профілактичного напрямку охорони здоров'я і соціальної медицини в Україні.

Матеріали і методи. Дослідження проведено шляхом аналізу праць земських лікарів України та узагальнення результатів досліджень істориків медицини, присвячених вивченню розвитку земської медицини та її санітарної організації.

Використано наступні методи: історичні – порівняльно-історичний, проблемно-хронологічний, джерелознавчого та історіографічного аналізу; соціальної медицини – соціологічного аналізу, демографічної та медичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. Земська медицина стала одним з найважливіших результатів земської реформи 1864 року. Незважаючи на труднощі, зумовлені соціально-економічними умовами, земська медицина зробила багато у створенні прогресивної системи медичної допомоги населенню, а також у розвитку медичної думки, пов'язуючи медичну діяльність з вирішенням соціальних проблем. Спрямовуючи свою роботу на поліпшення медичного обслуговування, боротьбу з епідемічними захворюваннями, зниження рівня захворюваності і смертності, підвищення рівня здоров'я населення, земські лікарі зробили великий внесок у розробку теоретичних і організаційних основ громадської медицини, зокрема у створення дільничної мережі обслуговуван-

ня сільських жителів, запровадження земської санітарної статистики, опрацювання і реалізацію новаторських санітарно-профілактичних заходів з оздоровлення умов праці та побуту сільсько-господарських і промислових робітників.

Оскільки в історії медицини і охорони здоров'я трапляються різні оцінки діяльності земської медицини, доцільно ознайомитися з тим спадком, який вона залишила.

Адже менш ніж за сто років до відміни кріпацтва імператриця Росії Катерина II наказала створити Законодавчу комісію, котра, керуючись її указом і так званими депутатськими наказами з різних місць імперії, мала опрацювати нові закони. У 1775 р. було видано закон про управління губерніями, яким було передбачено створення системи допомоги бідним і нужденним, що мала об'єднувати заклади громадської опіки і медичної допомоги, а також спеціальні державні установи для управління ними – прикази громадської опіки ("общественного призрения"). Згідно з прийнятим законом, ці установи повинні були засновувати і утримувати народні школи, сирітські притулки, богоугодні заклади, у т.ч. лікарні, аптеки, будинки для невиліковних хворих і божевільних. Створення приказів громадської опіки, організація ними спеціальних медичних закладів, передусім лікарень, ознаменувало новий етап в історії вітчизняної медицини – виникнення так званої "приказної медицини" [15].

В умовах приказної медицини більші лікарні у вигляді "богоугодних" закладів (лікарня, будинок для божевільних, калік і старих, притулок для сиріт), призначених для лікування та опіки, створювались у губернських центрах. У повітових містах існували лише малі лікарні без амбулаторій, які не надавали медичної допомоги вдома. Ці заклади лікували і опікували переважно "казенних" людей – солдатів і ветеранів, дрібних чиновників, арештантів, повій, безпритульних і п'яниць, підібраних поліцією на вулиці. Вони утримувались за рахунок міст, а для "вільних" людей медична допомога була платною і відлякувала їх умовами перебування і якості допомоги.

Для медичного обслуговування державних селян з 1851 р. існували окружна медицина відомства державного майна у вигляді волосних фельдшерів і лікаря на один–два повіти для їх інструктажу та контролю за їхньою роботою. Воно було організоване за роз'їзним принципом і зосереджено переважно в руках фельдшерів, які не мали амбулаторій, а випадкових хворих приймали по хатах, волосних правліннях тощо. Дві більші лікарні відомства державного майна функціонували лише в Харківській губернії, а в інших їх або зовсім не було, або вони в малій кількості існували у вигляді приймальних покоїв на 2–4 ліжка і зовсім рідко – на 6–8 ліжок. Аналогічно було організоване медичне обслуговування військових поселень. Для колоністів різних національностей у південних губерніях України теж існувало кілька невеликих лікарень із своїм персоналом.

Для обслуговування кріпаків, які складали понад половину селянського населення держави, маленькі лікарні існували лише у деяких великих економіях, а згодом при винокурнях і цукроварнях. Таким чином, більшість колишніх кріпаків були позбавлені медичної допомоги, одержуючи її лише від знахарів та випадкових фельдшерів [6].

Звичайно, з часом приказна медицина удосконалювалась. У зв'язку із запровадженням земської медицини повітові та міські лікарі з'явилися в усіх повітових містах України, а лікарні на 10–25 ліжок, якими завідували міські лікарі, існували в усіх повітових містах, крім м. Олешок Дніпровського повіту Херсонської губернії і повітових центрів Бессарабської губернії. На той час Приказ громадської опіки мав в українських губерніях, де було запроваджено земство, 7 губернських лікарень з 1219 ліжками, включаючи психіатричні, 56 лікарень у повітових містах, з них три типу “богоугодних” закладів (у Кременчуці, Лубнах і Ромнах) з 1214 ліжками і одна лікарня у містечку Батурині на 15 ліжок. У селах жодної лікарні не було [6].

Наведені дані стосуються лише семи губерній Лівобережної та Південної України, оскільки у трьох губерніях Правобережної України – Волинській, Київській та Подільській – з політичних причин “скорочений” земський устрій було запроваджено тільки у 1904 р., а “повний” – лише у 1911 р.

Земська медицина розвивалася поступово, і цей розвиток у різних регіонах мав свої особливості. Відразу після свого утворення (1865–1866 рр.) більшість губернських земств взяли під своє безпосереднє підпорядкування лише губернські “богоугодні” заклади, а дрібні повітові лікарні і всі медичні справи передали повітовим земствам. Лише Полтавське губернське земство спочатку залишило всі медичні справи в своїх

руках, а повітовим земствам довірило безпосереднє управління та господарське обслуговування медичних закладів і контроль за роботою медичного персоналу, але незабаром побудувало свою діяльність в галузі медичної допомоги на загальних принципах [6].

Спочатку повітові земства проводили роботу за зразком окружної медицини відомства державного майна, тобто дотримувалися роз'їзного принципу медичного обслуговування. У межах волостей та великих сіл працювали фельдшери, які обходили свою територію, розшукували хворих і в межах своєї компетенції надавали їм медичну допомогу, а лікарі періодично (один–два рази на місяць) об'їздили прикріплені села повіту, інструктували та контролювали фельдшерів і самостійно лікували найбільш тяжких хворих, відібраних фельдшерами. У цей період особлива увага приділялася санітарному стану населених пунктів, виявленню та лікуванню інфекційних хворих. Жодних амбулаторій не існувало, а лікарі взагалі переважно жили в містах за межами своєї дільниці.

При цьому земство спрямувало свою діяльність на розукрупнення і збільшення кількості дільниць, але це давало незначний ефект при збереженні роз'їзного принципу, який не задовольняв ні населення, ні медичних працівників, особливо лікарів. Така ситуація змусила перейти до дільничного принципу медичного обслуговування сільського населення, коли і фельдшери, і лікарі почали приймати хворих на фельдшерських пунктах та в лікарських амбулаторіях. Спочатку вони розташовувалися на квартирах або у пристосованих приміщеннях, але поступово розбудовувалися типові приміщення для лікарських амбулаторій і фельдшерських пунктів, розширювалась їх мережа, поліпшувались умови для роботи медичних працівників, що сприяло підвищенню її якості. Уже до 1890 р. (порівняно з 1870 р.) кількість лікарських дільниць збільшилася майже у чотири рази, середня кількість мешканців на одній дільниці зменшилася більш ніж удвічі, а середня територія дільниці – у 3,5 разу. Значно збільшилася кількість лікарень і лікарняних ліжок, яка до 1912–1914 рр. зросла у 8,0 і 5,6 разу відповідно.

Звичайно, стан медичної допомоги сільському населенню у неземських губерніях Правобережної України теж змінювався. Для цього достатньо порівняти штати медичного персоналу в цих губерніях, введені законом від 24.04.1887 р., з даними про мережу медичних закладів, ліжковий фонд і кадри лікарів та фельдшерів у 1903 р. Незважаючи на те, що кількість сільських лікарських дільниць за цей період зросла у 1,8 разу, число лікарів у повітах – у 6,2 разу, а фельдшерів – у 2,3 разу, кількість лікарських дільниць у

цих густонаселених губерніях і забезпеченість населення лікарняними ліжками була помітно меншою, ніж у земських губерніях. Ця різниця ще помітніша при порівнянні показників фінансування медичної допомоги у земських і неземських губерніях України у 1903 р. Вони переконливо свідчать, що витрати на медичну допомогу на одного мешканця у земських губерніях були вищими, ніж у неземських [27].

Після жовтневої революції існували різні оцінки земської медицини. Так, відомий статистик С. М. Богословський у 1925 р. писав: "За п'ятдесятирічний період вони (земські лікувальні заклади) не тільки не втратили своєї сили та значення, а, навпаки, стали швидко розвиватися вглиб та вшир самою революцією... Якщо тут термін "земська" замінити на слово "радянська", то всі ці формули залишаються зовсім прийнятними для теперішнього часу" [2]. Іншою була оцінка М. Я. Лукомського: "Лише наша некультурність, невігластво, злидні, а головне маленькі, "обивательські" горизонти могли оточити якимось ореолом земську медицину" [14]. А в 30-х роках уже відкрито проголошувалася різко негативна оцінка її діяльності. А. Л. Карасьов (Ташкент) писав про суть земщини як пережитка в середині радянської охорони здоров'я, який є одним з проявів головної небезпеки правого ухилу на цьому етапі [11].

У 60-х роках ХХ ст. з'явилися більш виважені оцінки земської медицини (зокрема у працях, присвячених її століттю), але сьогодні не можна погодитися з оцінкою відомого історика медицини П. Ю. Заблудовського, висловленою у 1964 р.: "Земська медицина, як і вся російська громадська медицина, належить минулому, ...а всілякі намагання некритичного перенесення досвіду дореволюційної громадської медицини, її завдань, змісту і організаційних форм в умовах соціалізму було б грубою помилкою" [5].

З. П. Соловйов, який пройшов школу земської медицини, у своїй діяльності соціал-гігієніста і організатора радянської охорони здоров'я, незважаючи на офіційне критичне ставлення, плідно продовжував і розвивав ідеї земської медицини, особливо в галузі профілактики. У своїй доповіді "Профілактичні завдання лікувальної допомоги (диспансеризація лікувальної справи)" на V Всеросійському з'їзді здоров'я (1924 р.) він вважав за необхідне покласти в основу діяльності всіх без винятку лікувальних закладів принцип об'єднання санітарних і лікувальних завдань, узагальнених лікувально-профілактичними поняттями [25]. Він також вважав за доцільне, щоб у плані роботи сільських дільничних лікарів були заходи з санітарного нагляду, боротьби з епідеміями, соціальними хворобами, з охорони материнства та

дитинства, здоров'я дітей і підлітків, з санітарної освіти, фізичної культури.

М. О. Семашко був земським лікарем, але в оцінці земської медицини надавав перевагу політичним моментам. У 1923 р. він писав: "Якщо земські ліберали та демократи працювали чимало над загальнодоступністю лікувальної допомоги для сільського населення, то їхні прагнення не виходили за межі постановки найпримітивнішої лікувальної допомоги і здійснювались у найскромніших розмірах" [22]. Виступаючи у червні 1918 р. на I з'їзді медико-санітарних відділів Рад з доповіддю про основні завдання радянської медицини на місцях, він наголошував, що вона має бути побудована на послідовному проведенні принципів загальнодоступності і безоплатності, а також на негайному розвитку санітарно-освітньої діяльності з акцентом на санітарії; рекомендував зберегти, хоча й радикально змінити, форму участі населення у медико-санітарній діяльності [23]. Немає необхідності доводити, що ці положення, які лягли в основу організації радянської медицини, М. О. Семашко взяв з практики земської медицини. Ставши першим наркомом охорони здоров'я РРФСР, М. О. Семашко підкреслював значення таких цінностей земської медицини, як сільська лікарська дільниця, профілактична діяльність лікарів, санітарна робота на селі [22].

Високу оцінку діяльності земських лікарів дав М. Я. Капустін, який наголошував, що допомога лікаря в земстві – це не особиста послуга за рахунок хворого і не акт добродійності, а "громадська служба". Видатний діяч земської медицини уродженець України З. Г. Френкель відзначав, що земська медицина являла собою оригінальну і в багатьох відношеннях унікальну систему охорони здоров'я: "Ні в Німеччині, в жодній будь-якій країні культурного Заходу немає організації лікарсько-санітарної справи, яка б відповідала нашій земській медицині". Земські лікарі багаторазово знайомили світову громадськість із своєю організацією – Міжнародний з'їзд лікарів у Москві (1897); Міжнародна гігієнічна виставка у Дрездені (1911) тощо [16].

Земська медицина, яка народилася в Росії в 60-х роках ХІХ ст. і проіснувала трохи більш як півстоліття, являла собою унікальне явище. Вона збагатила практику охорони здоров'я такими чудовими нововведеннями, як дільничне обслуговування сільського населення, безоплатність і загальнодоступність лікарської медичної допомоги, постановка і вирішення завдань громадської санітарії. Саме завдяки їй у медичній практиці з'явився так званий санітарний (точніше санітарно-профілактичний) напрям, який зосередив увагу на проблемах запобігання хворобам, на раціональній, що базується на

наукових засадах, організації охорони здоров'я населення [16].

У 60–70 рр. XIX ст. у деяких губерніях дедалі частіше висловлювалася думка про необхідність поставити в центр земської медицини лікаря-гігієніста, який би зміг здійснювати профілактичні заходи в інтересах широких мас населення. У цьому відчувався вплив визнаного лідера російської медицини М. І. Пирогова, який чітко проголосив: “Я вірю в гігієну. Ось в чому полягає справжній прогрес нашої науки. Майбутнє належить медицині запобіжній” [19]. М. Я. Капустін так прокоментував цю думку: “Видатний вислів нашого патрона М. І. Пирогова – “майбутнє належить медицині запобіжній” – звучав по-новому не тільки для Росії, а й для більшої частини країн Західної Європи того часу” [10].

Відомий діяч земської медицини С. М. Ігумнов спростовує думку, що громадська медицина веде свій початок від журналу “Архив судебной медицины и общественной гигиены”, а центром, який поширював ідеї громадської гігієни, було Казанське медичне товариство, що виникло у 1868 р. [7] Він вважає, що думки та прагнення “Архиву” і Казанського медичного товариства не слід вважати винятковими, просто вони виявилися гучнішими і авторитетнішими, а однакові загальні умови (скасуванням кріпацтва, відносна гласність та інші реформи 60-х років) та однакові потреби викликали однакові прагнення. Тільки в глухих місцях вони не виявлялися так яскраво, а у великих містах гинули разом з протоколами в архівах. Наприклад, Харківське медичне товариство до свого 50-річного ювілею видало свій архів (обсягом 540 сторінок), з якого можна з'ясувати, що ці самі питання хвилювали і посилено розв'язувались у Харкові, якому в деяких випадках належить навіть пріоритет.

Протоколи Харківського медичного товариства свідчать, що потяг до санітарних ідей і громадсько-медичної діяльності не був місцевою особливістю Волзько-Камського краю, а проявлявся повсюдно. З деяких питань, переважно статистики, Харківське товариство листувалося з іншими, зокрема, з Київським, яке перебувало під безпосереднім впливом відомого українського вченого Д. П. Журавського – видатного теоретика соціальної статистики, який вивчав соціальні явища в розрізі суспільних класів.

Полтавське губернське земство ще у 1865 р. (тобто раніше, ніж почало свою діяльність Казанське медичне товариство) обрало медичну комісію для опрацювання питання про організацію медичної допомоги населенню. Пропозиції Полтавських земських зборів були обговорені в багатьох медичних товариствах, а Харківське та Одеське надіслали свої відгуки про проект “постійних медичних комісій”, про який схваль-

но висловився і М. І. Пирогов. С. М. Ігумнов вважав, що полтавський проект постанови медичної комісії про організацію земської медицини намітив її характер і будову та вплинув на її подальший розвиток, що цей фактор діяв нарівні з популяризацією “Архивом” санітарних ідей і громадської діяльності, казанським проектом лікарів-гігієністів і практичними санітарними заходами [7].

У тих земствах, де санітарний напрямок розвивався, він був різним. В одних губерніях наголос робився на організаційні завдання в їх широкому розумінні, включаючи не лише організацію санітарної статистики, але й організацію самої лікувальної частини. В інших розвивався дослідницький напрям – санітарно-статистичні роботи та різного роду санітарні описи. Згодом, на початку XX століття, до них додалися ще два: санітарний нагляд на підставі обов'язкових санітарних постанов, що видавалися, та запровадження різного роду оздоровчих заходів та установ [12].

У запровадженні санітарної організації навіть у тих земствах, які схилилися до санітарної діяльності, нерідко траплялись ускладнення. Негативне ставлення земських діячів частково знаходило пояснення в суті проектів таких організацій, що пропонувалися рядом губернських з'їздів лікарів. Вони передбачали існування інституту санітарних лікарів та центрального санітарного комітету (бюро) при губернській земській управі, незалежного від неї, з правом апелювати до земських зборів. Це стало причиною побоювання та передчуття земців, що як тільки така санітарна організація зміцніє, земству та, зокрема, його управі доведеться рахуватися з нею, підпасти під її вплив, що не лише ініціатива, але і вся постановка справи, відійде від управи до неї і за управою залишиться тільки оформлення справи. Рішучі заперечення до такої постановки були і з боку адміністрації, яка вважала, що це не має підстав у законоположеннях про земські установи і є, по суті, неприйнятною, оскільки досить самостійним органом земського зібрання може бути лише обрана ним і перед ним відповідальна управа, а не колегія лікарів, яка запрошена управою на службу і їй підзвітна.

В українських губерніях першою спробою сформулювати завдання та шляхи санітарної діяльності земства були “Праці” постійної медичної комісії Полтавського губернського земства під головуванням тодішнього губернського предводителя дворянства, лікаря за фахом, князя М. О. Долгорукова, опубліковані у 1869 р. У них головним завданням земства у справі охорони здоров'я було визнано усунення причин захворюваності, тобто громадська гігієна, а на другому плані – громадське лікування й опіка. Заходи, розроблені комісією, стосувалися пере-

дусім боротьби із сифілісом, поширення якого на той час досягло загрозливих розмірів у губернії. Але через недалекоглядність землевласників Полтавщини пропозиції постійної медичної комісії залишалися тільки на папері і не були виконані земством, а сама вона скоро припинила своє існування.

Херсонське земство ще у 1874 р. прийняло постанову про запровадження посади санітарного лікаря та створення у повітах санітарних комісій, але через подібні причини рішення було виконане не повністю [26].

Краще санітарно-профілактична робота велася в тих земствах, де були запроваджені санітарні бюро, що стали координаційними центрами постановки медичної допомоги населенню. Майже одночасно, у 1882 р., вони були створені у Херсонській і Чернігівській губерніях. Основним напрямком роботи Херсонського санітарного бюро, яке очолював губернський санітарний лікар М. С. Уваров, відомий теоретик організації земської медицини, полягав у проведенні санітарних досліджень та розробці санітарних заходів. У Херсонській губернії цей напрямок діяльності відразу зміцнів, що невдовзі, з 1886 р., привело до запровадження санітарної організації у повному обсязі з повітовими санітарними лікарями [4].

У Чернігівській губернії санітарне бюро, якому за рік вдалося підготувати губернський з'їзд лікарів та провести ґрунтовне обстеження санітарного стану фосфорно-сірникових фабрик, було ліквідоване. На думку більшості місцевих земців, які були переконані, що санітарне бюро потрібне лише для "статистичних задовольень", програма бюро була надто великою і тому не під силу його наявному складу. Пізніше воно ще два рази виникало у 1889 р. і 1911 р., але за таких поглядів земців існувало недовго. Лише під час Першої світової війни у 1916 р. при різкому погіршенні санітарного стану губернії чернігівські земці спромоглися ввести санітарне бюро та санітарних лікарів, асигнувавши 58 тис. карбованців на рік, однак результатів цього заходу, за відомих обставин, не дочекалися [8].

З профілактичних заходів у Чернігівській губернії становить інтерес розвиток віспощеплення. Ніжинські земські лікарі одними з перших у Росії ще у 1882 р. успішно провели дослідження з щеплення проти віспи детритом, отриманим від телят, охопивши 87,5% контингенту, що підлягав цьому заходу. У 1886 р. при губернській земській лікарні у Чернігові під керівництвом А. П. Буштеда був відкритий віспяний телятник, який забезпечував детритом не лише Чернігівську, але й інші губернії. З 1898 р. віспяний детрит почав відпускатися повітовим земствам безкоштовно, що призвело до широкого застосу-

вання віспощеплень у губернії. Згодом під загрозою розповсюдження холери у губернії у 1911 р. земська управа згодилася на влаштування у Чернігові бактеріологічної лабораторії, яка у 1912 р. була перетворена у виробничий бактеріологічний інститут [21].

Аналогічне положення було і в Полтавській губернії. Представники лікарської громадськості вели наполегливу роботу за введення санітарної організації на губернському рівні, однак вона дуже довго не знаходила підтримки ні в земському зібранні, ні в управі. В 1905 р. земським дільничним лікарем Г. Влайковим був поданий проект запровадження санітарної організації на Полтавщині, але реалізований земством він був лише під тиском розрухи воєнного часу в 1917 р.

Третім земством, яке заснувало санітарне бюро у 1892 р., було Бессарабське. Очолив бюро учень М. С. Уварова О. В. Корчак-Чепурківський. Під його керівництвом було організовано боротьбу з епідеміями тифу, холери, дифтерії, досліджувались основні проблеми громадської санітарії – захворюваність і смертність населення. Було організовано медичну звітність у губернії, видавалися щомісячні лікарські хроніки, підготовлено два губернські з'їзди. Бюро знаходило підтримку з боку лікарів, але не в губернському земському зібранні, де тон задавав горезвісний М. В. Пуришкевич, запеклий противник санітарної організації. Губернське зібрання систематично відмовляло в асигнуваннях, необхідних для виконання намічених робіт, а в 1897 р. скасувало бюро. Лише у 1912 р., після епідемії холери 1910 р., санітарна організація була відновлена у повному обсязі з пристойним утриманням [9].

У Таврійській губернії санітарне бюро виникло у 1894 р., але в 1896 р. було закрито як таке, що не відповідало потребам земства. Відновлення його відбулося лише у 1908 р. [18].

Санітарна організація у Катеринославській губернії була створена наприкінці XIX ст. Це питання підіймалося неодноразово з 1880 по 1896 рр. на губернських з'їздах земських лікарів, але тільки у 1896 р. вдалося досягти її створення. У тому ж році земство згодилося і на створення губернського санітарного бюро. Його керівником і першим санітарним лікарем у губернії став Є. П. Концевич [20].

Через недостатню матеріальну базу умови праці санітарної організації були вкрай важкими. Не було коштів навіть на роз'їзди санітарних лікарів. Посади повітових санітарних лікарів – по одному на повіт – були запроваджені лише у 1902 р. в загальній кількості вісім осіб. Згодом було запроваджено лікарсько-санітарні ради при повітових управах та організовано санітарну опіку при лікувальних дільницях. На 1905 р. санітарна організація Катеринославської гу-

бернії складалася з губернського санітарного бюро, повітових санітарних рад, повітових санітарних лікарів та повітових санітарних опік [28].

Санітарні лікарі забезпечували профілактичну спрямованість діяльності земських медичних закладів, організовували з'їзди, видавали збірники та журнали. Так, наприклад, з 1896 р. санітарним бюро видавався журнал "Врачебно-санитарная хроника Екатеринославской губернии", було запроваджено єдину карткову систему обліку руху населення, захворюваності, народжування та смертності. Для боротьби з епідеміями було створено холерні й тифозні бараки, проводилася велика санітарно-просвітницька робота.

З придушенням революції 1905 р. санітарна організація була ліквідована за "революційність". Тільки з березня 1907 р. через загрозу епідемії холери вона поступово поновила свою діяльність. З 1908 р. її очолив А. Л. Смідович. Під його керівництвом губернське санітарне бюро стало центром усієї земської медицини в губернії і досягло значних результатів у постановці справи. Для нагляду за прибулими робітників створювалися так звані лікарсько-продовольчі пункти, де їм надавалася ночівля, харчування та необхідна медична допомога. Кількість пунктів санітарної опіки в губернії швидко зростала, і на 1914 р. їх налічувалося 57. Велику увагу санітарна організація губернії приділяла також санітарній просвіті. У 1912 р. була створена постійна мережа роз'їзних лікарів-лекторів по одному на повіт [24]. У 1910 р. у м. Бахмуті (тепер м. Артемівськ Донецької області) було створено першу бактеріологічну лабораторію, а 1912 р. їх було вже шість. Посилило губернську санітарну організацію створення у 1913 р. бактеріологічного інституту. О. М. Марзеев, що тоді працював у губернії, згадував: "... радість і задоволення відчули ми, санітарні лікарі. Інститут з його штатом різко збільшив, подвоїв санітарну організацію. Ми мали свої доступні й дешеві бакпрепарати та, головне, ми мали свій науково-методичний центр" [20].

У 1896 р. санітарне бюро було засноване і в Харківській губернії. Але через конфлікт з головою земської управи та часту зміну керівників воно отримало змогу ефективно працювати тільки з 1904 р., коли його очолив талановитий санітарний лікар, учень М. С. Уварова С. М. Ігумнов [1].

У правобережних губерніях України санітарні бюро були створені в період існування "спрощеного" земства. У Київській губернії його було створено 1904 р. і воно відразу приступило до вивчення санітарного стану губернії під керівництвом І. П. Скворцова, який слушно вважав, що без цього неможливі ніякі раціональні заходи для правильної постановки санітарної і медичної справи. У 1906 р. в губернії була запро-

ваджена карткова система реєстрації хворих та їх статистична обробка для виявлення та визначення санітарного стану місцевостей [30]. У Подільській губернії санітарне бюро з'явилося у 1907 р. [13], у Волинській – в 1909 р. [3].

У структурі губернської санітарної організації, крім бюро, існувала також губернська санітарна рада, яка керувала санітарною службою земства. До її складу входили декілька гласних, що обиралися земськими зборами, та стільки ж лікарів, які обиралися губернським з'їздом. Функцією цього органу було регулювання і контроль за виконанням санітарних завдань, які пропонувалися з'їздами і були санкціоновані зборами, та спрямування діяльності своїх виконавчих структур – санітарного бюро і санітарних лікарів. Санітарні ради скликалися двічі на рік і були ланкою, що поєднувала земський центр з усіма повітами. Та ці органи засновувалися так само важко, як і бюро. Вони діяли у всіх губерніях, де були санітарні організації (на 1905 р. з 34 земських губерній ради діяли більш ніж у 25), з ними ліквідовувалися і відновлювалися. Їх діяльність настільки себе виправдовувала, що навіть повітові земства при вужчій постановці справи, менших витратах і завданнях, вважали доцільним засновувати у себе такі ради на допомогу управам.

Структурною ланкою губернської санітарної організації були і санітарні лікарі, як правило, по одному на повіт. Їх посади вводилися земствами ще сутужніше, ніж попередні структури. Вони були запроваджені в усіх українських губерніях, але в різний час. У Чернігівській і Полтавській губернії санітарні лікарі з'явилися лише у передостанній та останній роки існування земства і, відповідно, мало встигли себе проявити. У трьох нових земських губерніях Правобережжя санітарні лікарі були введені майже відразу після поширення на них повного земства у 1911 р. У Таврійській і Бессарабській губерніях вони з'явилися у 1911 р. і 1912 р. відповідно. В інших трьох ці посади існували більш тривалий час: у Херсонській – з 1885 р., Харківській – з 1901 р., Катеринославській – з 1902 р.

У коло обов'язків санітарного лікаря входили: організація медичного обслуговування населення повіту; збір, розробка і аналіз статистичних даних про захворюваність і рух населення; участь в опрацюванні обов'язкових постанов і санітарний нагляд за їх виконанням. У разі виникнення епідемії санітарний лікар виїздив на місце, встановлював причини її появи і спільно з дільничним лікарем організував заходи аж до її припинення. Для ліквідації причин ним проводилися дослідження ґрунту, питної води, з'ясовувалися побутові та економічні умови – все те, що могло викликати епідемію. Вивчаючи рівень смертності населення санітарний лікар

проводив санітарні дослідження різних торго-во-промислових підприємств, обстежував поселення та селянські житла. До його обов'язків входив санітарний нагляд за школами і періодичний огляд учнів. Повітовий санітарний лікар при сприянні дільничних лікарів наглядав за віспощепленням, аналізував дані про сухоти і сифіліс, брав участь у розробці планів шкіл, лікарень та вів санітарно-просвітницьку роботу. Окрім того, він складав річний звіт про санітарний стан повіту та свою діяльність.

Питання напрямку громадської санітарної діяльності та вироблення загальної програми робіт земських санітарних лікарів широко обговорювалися на 12-у Пироговському з'їзді, який проходив у 1913 р. На ньому зазначалося, що санітарні організації, які виникли у цей час майже повсюдно і намагалися поставити на серйозну основу справу оздоровлення російського села, нерідко вступали у конфлікт зі становим земством, зокрема господарчими інтересами поміщиків. Селяни-гласні ж мали дуже низький вплив для того, щоб стати оплотом прогресивних починань у справі громадської медицини. Клас землеробів, на якому міг би базуватися санітарний лікар, був надто "забитим" і малокультурним і тому не мав змоги підтримати лікаря у його починаннях або бути виразником тих потреб, які мали здійснюватися у першу чергу. Тому, щоб створити собі базу для діяльності серед населення, санітарному лікарю треба було розвивати у нього культурні навички і потреби, створюючи необхідні умови, вчити ними користуватися. Земська медицина створила попит на раціональну медичну допомогу, а земська санітарія повинна була створити попит на санітарно-технічне покращення умов життя населення. І хоча програма діяльності санітарних лікарів мала розроблятися на місцях, але пропонувалась така загальна її схема:

1. Протиепідемічна та організаційно-консультативна діяльність, при якій санітарний лікар повинен керуватися вказівками лікарських колегіальних органів і працювати паралельно з дільничною медициною, взаємодоповнюючи одне одного і допомагаючи спеціальними знаннями.

2. Боротьба з епідеміями вимагає розв'язання проблем санітарно-технічних поліпшень, для реалізації яких лікар має знати життя села, побут робітників, мати спеціальну підготовку, щоб поставити діагноз і призначити лікування.

3. Проводячи технічні поліпшення у населених пунктах, санітарний лікар повинен їх популяризувати серед населення, викликаючи подальшу потребу. Популяризація є однією з найважливіших функцій санітарних організацій, поряд зі сприянням громадській самодіяльності і створенням форм цієї самодіяльності.

4. Шкільно-санітарний нагляд має проводити спільно з дільничним лікарем і вчителем, оскільки фізичне виховання школярів і навчання основам гігієни через школу є одним з наріжних каменів оздоровлення населення і виховання у нього культурних навичок і гігієнічних потреб [17].

Організовані форми діяльності санітарного напрямку в усіх, за винятком двох, українських губерніях мали поступальний розвиток, але вплив різних місцевих умов позначався на масштабі роботи та рівні її постановки. Конкретні санітарно-профілактичні заходи земств мали найкращі результати у Херсонській, Катеринославській та Харківській губерніях, де існували найбільш міцні й старі санітарні організації. Санітарні організації більшості земств українських губерній у період перед Першою світовою війною були поглинені організаційною і частково дослідницькою діяльністю (медико-статистичні роботи).

Висновки

1. Запровадження земської медицини і, особливо, її санітарної організації стало втіленням соціально-медичних ідей в практику.

2. Одним з перших центрів зародження санітарної організації земства став Південь України, звідки вона поширилася в інші губернії України і Росії.

3. Санітарна організація земства була провідником профілактичного напрямку в медицині. Її працівники розпочали поглиблене вивчення санітарного стану України та окремих місцевостей, розробили основні принципи та методи запобігання епідеміям та боротьби з ними, створили нові організації форми профілактичної роботи.

4. Земська медицина та її санітарна організація породила новий тип лікарів – профілактики і громадських діячів, які зробили вагомий внесок у становлення соціальної медицини в Україні: М. С. Уваров, М. І. Тезяков, П. М. Діатроптов, С. М. Ігумнов, П. П. Кудрявцев, А. М. Смідович та ін. З їхніх лав вийшли такі фундатори соціальної медицини в Україні і Росії, як О. В. Корчак-Чепурківський, який першим не тільки в Україні, але й у всій Російській імперії, почав читати систематичний курс соціальної гігієни, С. О. Томілін, котрий очолив першу кафедру соціальної гігієни у Харкові, наш земляк З. Г. Френкель, який створив першу кафедру соціальної гігієни в Петрограді. Багато земських лікарів стали організаторами охорони здоров'я УНР, Української держави, УРСР – О. Ф. Білоус, М. П. Левицький, І. Л. Липа, Є. Лукашевич, О. М. Марзеев, Є. Яковенко та ін.

5. Земська санітарна організація була прообразом державної санітарної служби України, створення якої було започатковано Міністерством народного здоров'я й опікуванням незалежною Україною, а завершено в УСРР.

Список літератури

1. Арнольди И. А. Профилактика в земскую эпоху // Врачеб. дело. – 1929. – № 6. – С. 391.
2. Богословский С. М. // Московск. мед. журн. – 1926. – № 12. – С. 102.
3. Врачебно-санитарная хроника Волынской губернии. – 1909. – №1–4. – С. 3–7.
4. Грабовская Л. И. Санитарная организация Херсонского земства / Л. И. Грабовская // Матер. 5-ой Укр. республ. научн. историко-мед. конф. – Николаев, 1970. – С. 48.
5. Заблудовский П. Е. // Здравоохран. Рос. Федерации. – 1964. – № 8. – С. 7–8.
6. Игумнов С. Н. Очерк развития земской медицины в губерниях, вошедших в состав УССР и Крымской АССР / С. Н. Игумнов. – К.: Изд-во 1-го Киевского мед. института, 1940. – С. 10–12.
7. Там само. – С. 22–25.
8. Там само. – С. 110.
9. Каган С. С. Видатний санітарний діяч України – академік УРСР О. В. Корчак-Чепурківський / С. С. Каган. – К.: Здоров'я, 1965. – С. 10.
10. Капустин М. Я. Задачи гигиены в сельской России / М. Я. Капустин. – М., 1902. – С. 10.
11. Карасев А. Л. // За соц. здравоохран. Узбекистана. – 1934. – № 8–9. – С. 3–10.
12. Карпов Л. Н. Возникновение земской санитарной организации на Украине / Л. Н. Карпов // Теория и организация, история здравоохранения и медицины, гигиена населенных мест, гигиена труда и профессиональных патологий. – Ивано-Франковск, 1963. – С. 91.
13. Лекарев Л. Г. Земская санитария в дореволюционной Подолии / Л. Г. Лекарев // Матер. к истории гигиены и санитарии на Украине. – К., 1962. – т. 2. – С.59.
14. Лукомский М. Я. Строительство рабочей медицины / М. Я. Лукомский. – М., 1925. – С. 24–25.
15. Мирский М. Б. Медицина России XVI–XIX веков / М. Б. Мирский. – М.: Рос. полит. энциклопедия, 1996. – С. 132.
16. Там само. – С. 312–314.
17. О направлении общественной санитарной деятельности и программе работ земских санитарных врачей: матер. XII Пироговского съезда. – СПб., 1913. – С. 33.
18. Перфильев Г. Н. Земская медицина в Крыму / Г. Н. Перфильев // Сов. здравоохран. – 1981. – № 1. – С. 63–66.
19. Пирогов Н. И. Начала общей военно-полевой хирургии / Н. И. Пирогов. – 1941. – ч. 1. – С. 2.
20. Пономарев В. Г. Становление и развитие санитарно-противоэпидемической организации Днепропетровской области / В. Г. Пономарев // Матер. к истории гигиенического и санитарного дела в УССР. – К., 1959. – С. 53–61.
21. Рябко Д. В. К истории развития эпидемиологической организации на Черниговщине / Д. В. Рябко // Итоги и перспективы исследований по истории медицины. – Ташкент, 1980. – С. 526.
22. Семашко Н. А. Избранные произведения / Под ред. П. И. Калью. – М.: Медицина, 1967. – 2-е изд., исправ. и доп. – С. 51.
23. Семашко Н. А. // Известия сов. медицины. – 1918. – № 5–6. – С. 16.
24. Смидович А. Л. Краткий очерк земской медицины и санитарии в Екатеринославской губернии / А. Л. Смидович. – Екатеринослав, 1913. – С. 86.
25. Соловьев З. П. Отчет о работе V Всероссийского съезда здравотделов / З. П. Соловьев. – М., 1924. – С. 60.
26. Страшун И. Д. У истоков земской санитарии на Украине / И. Д. Страшун // Матер. Укр. научн. конф. по истории гигиены и санитарии. – К., 1961. – С. 17.
27. Ступак Ф. Я. Приказна медицина в Україні / Ф. Я. Ступак // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2004. – № 3. – С. 67–70.
28. Хорош И. Д. Развитие санитарного дела в условиях земской медицины на Украине / И. Д. Хорош // Матер. к истории гигиены и санитарии на Украине. – К., 1962. – т. 2. – С. 27–34.
29. ЦДІАК України. – Ф. 442. – Оп. 656. – Справа 135. – Арк. 65.

РАЗВИТИЕ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЕЕ САНИТАРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАК ВОПЛОЩЕНИЕ НА ПРАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ ИДЕЙ

О. М. Циборовский, В. М. Сорока, Е. А. Гарнец (Киев)

В статье освещено становление земской медицины и ее санитарной организации, которая возглавила профилактическую работу в сельской местности. Показан приоритет в этой деятельности земских санитарных врачей Херсонской, Харьковской, Екатеринославской и других украинских губерний.

DEVELOPMENT OF 'ZEMSKAY' MEDICINE AND ITS SANITARY ORGANIZATION AS THE EMBODIMENT IN PRACTICE OF SOCIAL - MEDICAL IDEAS

O. M. Tsiborovskiy, V.M.Soroka, E.A.Garnets (Kyiv)

In article becoming "zemskay" medicine and its sanitary organization which has headed preventive work in countryside is covered. The priority in this activity "zemskay" health officers Kherson, Kharkov, Yekaterinoslavskay and other Ukrainian provinces is shown.

З.С. Гладун

АДМІНІСТРАТИВНО – ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ. – Київ: Юрінком Інтер, 2007. – 719 с.

Вийшло ще одне монографічне дослідження відомого правника в галузі охорони здоров'я З.С. Гладуна стосовно адміністративно – правового регулювання охорони здоров'я в Україні.

Дослідження широкомасштабне, як це і раніше було властиве автору. В радянських умовах медико-санітарного законодавства практично не існувало (приймались відомчі нормативні акти), що, з одного боку, ускладнює роботу вчених у цій галузі, а з іншого робить цю роботу вдячною, оскільки дослідники орють цілину.

Світова практика свідчить, що досконале медико-санітарне законодавство в галузі охорони здоров'я не менш важливе для її розвитку, ніж повноцінне наукове забезпечення. Власне, це дві сторони однієї медалі, які повинні однаково блищати.

Автор із сумом зазначає, що одна і друга сторони в самостійній Україні розвинуті вкрай слабо. За 17 років так і не розроблено повноцінної концепції реформування охорони здоров'я в ринкових умовах, відсутні також необхідні закони для здійснення цих реформ.

Автор хоче якоюсь мірою зрушити з місця ці проблеми і йому це певною мірою вдалося, проте лише в постановочному, дискусійному контексті.

Замислимося, що ж все таки відбувається в нашій охороні здоров'я? Щось такого, щоб дозволило сказати, що відбуваються ринкові перетворення, не можна. Як і за радянських часів, охорона здоров'я фінансується за залишковим принципом, на рівні, відносно вдвічі меншому, порівняно з радянським періодом, причому в умовах повної безвідповідальності владних структур і відсутності у них політичної волі до реформ. Структурно- функціональна модель в системі залишається по суті радянською, більшість нормативно-правових актів, які регулюють її діяльність, розроблені ще міністерством охорони здоров'я колишнього Союзу.

Наслідком так званих ринкових реформ в охороні здоров'я стало те, що в існуючу держав-

ну систему медичної допомоги, як ракова пухлина, вдерлась приватна практика, яка за своїми витратами, які несе людині, уже наздогнала бюджетне асигнування. Тому споживчі настрої, про які пише автор, вже давно щезли серед людинності, одна частина якої оплачує, без усякого законодавчого урегулювання, надані їй медичної послуги, а друга, яка не має коштів, посилено вмирає.

Розібратись в адміністративно-правовому регулюванні такої дивовижної системи вкрай важко, тому автор, з одного боку, переважно розмірковує про державне управління і державне регулювання, а що стосується ринкових механізмів, то виходить із теоретичних постулатів, які в нашій практиці практично не діють.

Тим не менше, перебуваючи у такому хаотичному, напівтіньовому - напівкримінальному медичному правовому полі, автор досягає певних успіхів, основними з яких є, на наш погляд, такі:

По-перше, він аргументовано доказує необхідність переходу в сучасних умовах від державного управління охороною здоров'я до її державного регулювання. Вперше комплексний аналіз адміністративно-правового регулювання проведено відносно таких об'єктів, як модель і система охорони здоров'я людинності, медична допомога і медичні послуги, лікарські засоби і заклади охорони здоров'я тощо.

По-друге, у розвиток вище зазначеного положення автор прагне внести промінь ясності в існуючий хаос розподілу повноважень між вищими і регіональними органами державної влади і органами місцевого самоврядування. Автор справедливо наголошує на пріоритетності повноважень місцевого самоврядування.

Цілком слушною є повторюване автором положення про те, що назріла потреба у викладанні медичного права як наукової дисципліни і окремого розділу знань у підготовці і перепідготовці сучасних медичних кадрів.

Проф. д.м.н. О.Голяченко

Ярослав Ганіткевич, Павло Пундій
УКРАЇНСЬКІ ЛІКАРІ. КНИГА 3/

Науковий редактор Любомир Пиріг. – Львів, 2008. – 426 с.

Побачила світ книга "Українські лікарі", видання 3. Мова йде не про третє видання однієї книги, а про третю збірку імен українських лікарів, які логічно доповнюють одна одну і роз-

ширюють список українських лікарів, для яких служіння Україні і медичній науці було найвищою життєвою і моральною цінністю. Матеріали для книги зібрані з допомогою численних по-

мічників, обробили і видали, знову-таки з допомогою Української Фундації “Спадщина”, банку “Певність” та патріотично налаштованих лікарів-українців, наших сучасників, видатні вчені-історики медицини Я.Ганіткевич із України та П.Пундій із американської діаспори. А відредагував її Голова СФУЛТУ Л. Пиріг.

Тут принагідно варто пригадати, що перша книга “Українські лікарі” вийшла ще 14 років тому і подала біографічні матеріали про 428 українських лікарів трьох поколінь, що брали участь у національно-визвольній боротьбі, розвивали українську науку і культуру. Ці дані були зібрані в основному архіваром і директором бібліотеки УЛТПА П.Пундієм і обмежувалися лікарями, дипломованими до Другої світової війни.

Невдовзі по тому вийшла друга книга-довідник “Українські лікарі”, в якій подано довідки про 678 українських лікарів на еміграції, громадських діячів, членів українських організацій, прихильників української державності. До видання цієї книги долучився в якості головного редактора Я.Ганіткевич. І ось тепер маємо третю книгу.

У 3-й книзі біобібліографічного довідника “Українські лікарі” зібрано матеріали про 1170 лікарів-учасників національно-визвольної боротьби, активістів українського національного відродження та про репресованих і реабілітованих лікарів України. У першій частині подано довідки про 341 лікаря-патріота, які боролися за волю України, зокрема в період Другої світової війни, брали участь у боротьбі проти німецьких окупантів та більшовицьких репресивних органів, організували або підтримували підпільний Український Червоний Хрест, Медичну службу УПА, надавали їй допомогу; про лікарів та науковців, які найбільш активно сприяли позбавленню медицини, медичної науки і освіти наслідків багатолітнього панування тоталітарного комуністичного режиму, які і в наш час беруть найбільш активну участь в роботі українських організацій; про українських лікарів-митців, письменників, поетів, композиторів і виконавців. Багато з них зазнали репресій та утисків тоталітарного режиму. У другій частині книги подано архівні матеріали про 829 репресованих комуністичним режимом і реабілітованих лікарів (та окремих медиків) усіх національностей і поглядів, які народилися або працювали в Україні, лікували громадян України, розвивали медицину на наших землях.

На особливу увагу і шанобливу пам’ять заслужують лікарі, які за свою громадську і професійну діяльність зазнали репресій, гонінь, а нерідко віддали своє життя.

В процесі великої, копіткої роботи авторам довелося переглянути десятки тисяч довідок

про репресованих та при допомозі низки редколегій книг “Реабілітовані історією” вдалося зібрати відомості про 829 репресованих за політичними мотивами і реабілітованих лікарів України. Подані короткі довідки про репресованих комуністичним режимом, переважно в 30-х роках ХХ ст., лікарів усіх національностей, які працювали в Україні – українці, росіяни, євреї, білоруси, поляки, чехи, німці, латвійці, грузини, вірмени, казахи, греки, болгары, молдавани, азербайджанці, татари, шотландці... Охоплено період від 1919 до 1953 рр.

Серед репресованих є люди різних поглядів і різної сфери діяльності, від сільських лікарів, лікарів поліклінік – до професорів, директорів науково-дослідних і медичних інститутів. Ось короткий зміст статей КК УРСР, які найчастіше зустрічаються в справах лікарів:

Ст. 54-1 – контрреволюційні злочини,

Ст. 54-1 “а” – зрада батьківщини,

Ст. 54-2 – збройне повстання,

Ст.54-3 – зносини з контрреволюційною метою з іноземними державами,

Ст. 54-10 – контрреволюційна пропаганда та агітація,

Ст. 54-11 – контрреволюційна організаційна діяльність,

Ст. 54-12 – недонесення про контрреволюційний злочин.

Проте статті, за якими засуджували лікарів, були доволіно взятими або вибитими під час зізнань інших арештованих, тому вони не можуть відображати справжнього стану справ, що підтверджується їх реабілітацією. Фабрикація репресивними органами СРСР судових справ яскраво стверджується на прикладі справи “СВУ” (Ганіткевич Я. Українські лікарі вчені. – Львів, 2005. –С.61-64, 96-101, 225-227, 301-303 та інші).

Частим рішенням судових органів або “особливих нарад”, військових трибуналів, “трійок” і “двійок” було засудження до різних строків перебування у ВТТ.”Виховно-трудова табори” – так фарисейськи називали концентраційні табори ГУЛАГу – найбільш жорстоку у світі систему використання безоплатної робочої сили та знищення свого народу. Близько 150 таких таборів за колючими дротами з посиленою охороною, нелюдами-наглядачами, найгіршим харчуванням і неймовірно важкою, каторжною працею швидко зводили в могилу найсильніших і найвитриваліших. А хто всупереч цим умовам виживав, того часто розстрілювали за рознарядкою, спущеною з Москви, як це було до 20-ї річниці жовтнявого перевороту. В цих “ВТТ” – концтаборах ГУЛАГу від недоїдання, надмірної праці та нелюдського поводження і утримання загинули мільйони людей.

Привертає увагу такий факт. До Другої світової війни біля 80% усіх лікарів в Україні становили євреї тобто на представників інших національностей припадало лише 20% лікарів. А от серед репресованих абсолютну більшість (біля 70%) становили українці. Автори справедливо вказують, що це питання вимагає окремого дослідження, хоча ці цифри є ще одним підтвердженням тої особливої уваги, яку приділяв кривавий більшовицький режим упокоренню вільнотумної української нації.

Автори справедливо пишуть, що залишається невідомою кількість репресованих осіб, які залишилися нереабілітованими, невизначена кількість справ залишається ще не переглянутою. Необхідно відзначити, що реабілітації за діючими законами не підлягають ті, хто боровся зі зброєю за незалежність України, хто потрапив до репресованих органів зі зброєю в руках. По-друге, не всі переглянуті справи доступні і опрацьовані обласними редколегіями книг "Реабілітовані історією", не усі області завершили опрацювання відкритих архівних даних і опублікували повністю матеріали.

Тому запропоновані читачеві дані про репресованих і реабілітованих лікарів України становлять всього лиш якусь частину, справжня кількість репресованих лікарів є значно більшою, оскільки відсутні остаточні дані про наслідки масового терору комуністичного режиму, як в цілому в СРСР, так і в УРСР. Наскільки

більше лікарів репресовано – можливо, за якийсь час на це питання дадуть відповідь наступні дослідники. Тим не менше, зібрані тут дані можна вважати репрезентативними, такими, що відображають стан справ в Україні щодо репресування лікарів.

Як зазначалося, в книзі йдеться також про лікарів- наших сучасників, які в умовах тоталітарної системи відстоювали своє право на рідну мову і вільні думку, гідну поведінку, залишалися українцями. Представлені також лікарі, які найбільш активно включилися в процеси національного відродження в умовах "перебудови", а з проголошенням Української Держави взяли за її розбудову, лікарі та науковці, які найбільш активно сприяють позбавленню медицини, медичної науки і освіти наслідків багатолітнього панування тоталітарного комуністичного режиму. До книги увійшли лікарі- активні учасники Помаранчевої революції, борці за демократичну, справедливу Україну, яка забезпечила б достойне життя своїм громадянам. В книзі представлені лікарі та медики-науковці - члени українських лікарських організацій, а також українські лікарі-митці, письменники, поети, композитори і виконавці, що відроджують та розвивають українську культуру, мистецтво.

Молодим поколінням українських лікарів є з кого брати приклад, є що продовжувати і примножувати на благо України і найблагороднішої справи на Землі – медицини.

Професор, д.м.н. А.Г.Шульгай

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти; організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я; міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 60 у.о. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, **прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

- Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:
- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій – не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50), **літературні джерела, узяті з Internet, не захищуються**;

- таблиць;

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

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

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

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

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

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

дання, загальну кількість сторінок; статті – прізвище та ініціали авторів, назву періодичного видання (журналу, збірника наукових праць), рік, номер (том, випуск) і сторінки (початкова й остання); автореферату дисертації – прізвище та ініціали автора, назву автореферату, далі із заголовної літери після двох крапок вказують, на здобуття якого ступеня захищається дисертація і в якій галузі науки, коли і де захищалась (в якій науковій установі), місто та рік видання, загальну кількість сторінок. Скорочення слів і їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582-97 “Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила”.

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. 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 клейці: двостороння – 300 ум. од., одностороння – 170 ум. од.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 ум. од.

рекламні статті – 150 ум. од. за 1 авт. арк (40 000 знаків).

При необхідності розміщення Вашої реклами в журналі, звертайтеся за телефоном 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 Н.О. Іщенко
Коректор Н.О. Іщенко
Технічний редактор С.Т. Демчишин
Комп’ютерна верстка О.І. Пухальська
Перекладачі Н.Т. Кучеренко, Н.В. Шаповалова

Підписано до друку 18.12.2008. Формат 60x84/8. Папір офсетний.
Друк офсетний. Ум. друк. арк 6,98. Обл.-вид. арк. 6,77. Наклад 600. Зам. № 312