

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

4

The state establishment “Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health
of Ukraine”

Ternopil Medical State University by I.Ya.Horbachevsky

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ — Тернопіль
“Укрмедкнига”
2010

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **Г.О. Слабкий**

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.І. Агарков (*Донецьк*), Г.В. Бесполудіна (*Луганськ*), В.О. Волошин (*Київ*),
М.В. Голубчиков (*Київ*), В.В. Єлагін (*Київ*), О.В. Любінець (*Львів*),
Н.О. Сайдакова (*Київ*), В.Й. Шатило (*Житомир*)

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 №12 від 25.11.2010)*

Передплатний індекс – 22867

Здоров'я і суспільство

Слабкий Г. О., Яценко Ю. Б., Орда О. М., Шевченко М. В. Аналіз надсмертності чоловіків Південного регіону України за причинами смерті.

Голяченко О. М., Шульгай А. Г., Голяченко А. О., Романюк Л. М., Панчишин Н. Я., Смірнова В. Л., Федчишин Н. Є., Теренда Н. О. Основні епідеміологічні закономірності хвороб системи кровообігу і гіпертонічної хвороби в Україні.

Організація медичної допомоги

Олійник І. В., Процек О. Г. Науково-методичні підходи до організації диспансерного спостереження за станом здоров'я групи ризику виникнення мозкового інсульту.

Ременник О. І., Варивончик Д. В. Проблеми первинної профілактики раку бронхів та легень професійного ґенезу та шляхи їх розв'язання.

Шульгай А. Г., Голяченко А. О., Панчишин Н. Я., Смірнова В. Л. Регіональні зміни в стані здоров'я населення та його охороні (на прикладі Тернопільської області).

Скороход А. В. Шляхи реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні.

Медведовська Н. В. Сучасний стан та регіональні особливості кадрового забезпечення лікувальних закладів системи МОЗ України.

Марков Ю. І. Аналіз кадрового забезпечення станції швидкої медичної допомоги.

Толстанов О. К. Результати соціологічного дослідження професійних знань медичних працівників з проблеми парентеральних вірусних інфекцій для визначення стратегічних напрямків організації діагностичної та профілактичної роботи на регіональному рівні.

Слабкий Г. О., Пархоменко Г. Я., Якимець В. М. Проблемні питання ресурсного характеру в організації інтенсивної медичної допомоги населенню.

Економіка охорони здоров'я

Шевченко М. В., Заглада О. О., Карамзіна Л. А., Бойко В. Я. Напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я (аналітичний огляд наукової літератури).

Health and society

Slabkyi G. A., Yashchenko Y. B., Orda A. N., Shevchenko M. V. Analysis of men superdeath rate of Southern region of Ukraine depending on the reasons of death.

Holyachenko O. M., Shulgay A. G., Holyachenko A. O., Romanyuk L. M., Panchyshyn N. Ya., Smirnova V. L., Fedchyshyn N. Ye., Terenda N. O. Basic epidemiology conformities of blood circulation system diseases and hypertension in Ukraine

Organization of medical care provision

Oliyynik I. V., Procek O. G. Scientifically and methodical approaches to organization of clinical supervision on patients with high risk of stroke incidence.

Remennyk O. I., Varyvonchik D. V. Problems of primary prevention of bronchi and lungs cancer of occupational genesis and ways of its solving.

Shulgay A. G., Holyachenko A. O., Panchyshyn N. Ya., Smirnova V. L. Regional changes in a state of population health and the health protection system (by the example of the Ternopil region).

Skorokhod A. V. Ways of reforming of financing health care system in Ukraine.

Medvedovskaya N. V. Modern condition and regional features of personnel provide of medical establishments of MOH system of Ukraine.

Markov Y. I. The analysis of ambulance staffing.

Tolstanov A. K. Results of sociological research the professional knowledge of the medical workers on a problem of parenteral virus infections for definition the strategic directions of organization the diagnostic and preventive work at a regional level.

Slabkyi G. A., Parhomenko G. J., Yakimets V. N. Existent problems of resource character in the organization of intensive medical care to population.

Health care economy

Shevchenko M. V., Zaglada O. O., Karamzina L. A., Boyko V. Ya. Directions of improvement of financial and economic relations of health care system (scientific literature review).

Крекотень О. М. Медико-соціальні проблеми економічно активного населення України.

64

Якість медичної допомоги

Дячук Д. Д. Практичні аспекти підвищення якості амбулаторної медичної допомоги (на прикладі Науково-практичного центру профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами).

68

Бліхар В. Є., Морозов А. М., Шпак І. В., Хобзей М. К., Степаненко А. В., Ліщишина О. М., Островерхова М. Н., Горох Є. Л., Шилкіна О. О. Аналіз медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги та обґрунтування шляхів їх удосконалення.

72

Наука – практиці охорони здоров'я

Гончарук О. М. Вікові особливості спонтанних крововиливів у задню черепну яму.

81

Історія медицини

Ганіткевич Я. В. Про становлення української історії медицини.

86

Теренда Н. О. Внесок представників київської школи терапевтів у розвиток кардіології в Україні.

94

Рецензії

Голяченко О. М. Рецензія на книгу О. Ціборовського "На варті здоров'я: історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні".

99

Ювілеї

Свиридчук В. З., Копетчук В. А., Гордійчук С. В., Горай О. В., Махновська І. Р. Житомирському інституту медсестринства – 135 років!

101

Krekoten O. M. The medical and social problems of economically active population of Ukraine.

Quality of medical care

Dyachuk D. D. Practical aspects of increase quality of ambulatory medical care (on the experience of "Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine" State Administrative Department).

Blihar V. E., Morozov A. M., Shpak I. V., Hobzey M. K., Stepanenko A. V., Lischyshyna E. M., Ostroverkhova M. N., Gorokh E. L., Shilkina E. A. Analysis of medical and technological documents on standardization of medical care and substantiation of the ways for their improvement.

The science for health care practice

Honcharuk O. M. Age peculiarities of spontaneous hemorrhages in the posterior cranial fossa.

History of Medicine

Hanitkevych Ya. V. About the development of Ukrainian history of medicine.

Terenda N. O. Contribution of representatives of the Kyiv school of therapists into the development of cardiology in Ukraine.

Review

Holyachenko O. M. Book's review of O. Tsiborovsky "On the guard of health: history of becoming of social medicine and public health protection in Ukraine".

Anniversaries

Sviridyuk V. Z., Kopetchuk V. A., Gordiychuk S. V., Goray O. V., Mahnovskaya I. R. Zhitomir Nursing Institute – 135 years!

АНАЛІЗ НАДСМЕРТНОСТІ ЧОЛОВІКІВ ПІВДЕННОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ ЗА ПРИЧИНАМИ СМЕРТІ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Проведено аналіз причин передчасної смерті чоловіків працездатного віку Південного регіону України. Вивчено ризики надсмертності від основних хвороб у віковому аспекті.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: надсмертність, причини смерті, чоловіки.

Несприятливою тенденцією останніх десятиріч, яка характерна для всіх розвинених країн, є явище переважання смертності серед чоловіків порівняно із жінками, що зумовлено біологічними та соціальними чинниками [6]. І хоча статевий розрив щодо тривалості життя не характерний для України, за показником очікуваної тривалості життя наша країна знаходиться на передостанньому місці в Європі [2;8]. Сьогодні середня тривалість життя українців знаходиться на рівні 69,29 року (Держкомстат України, 1998-2010); за середньою тривалістю життя жінок (74,86 року) Україна відстає від провідних європейських країн на 8–9 років, за середньою тривалістю життя чоловіків (63,79 р.) – на 12–13 років [1]. У сучасних умовах демографічної кризи, яка створює реальну загрозу виникнення глибоких незворотних наслідків у соціально-економічному та духовному розвитку української нації, прогнозуючи зумовлену нею небезпеку національним інтересам України, серед втрат людського потенціалу України та скорочення середньої очікуваної тривалості життя населення нашої країни передчасна смертність чоловіків є найбільш значущим чинником, дослідження причин якої є дуже актуальним [4;5].

Мета дослідження: дослідити причини передчасної смерті чоловіків Південного регіону України.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети нами проаналізована "Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі" серед дорослого населення 18 років і старші – ф. №071-1/о, яка заповнювалася медичним статистиком на підставі даних "Статистичних талонів для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. №025-2/о) або "Талонів амбулаторного пацієнта" (ф. №025-6/о, ф. №025-7/о). Дані про число померлих з основної причини смерті в лікувальному закладі – графі 12, 13 (ф. №071-1/о) заповнювалися на

підставі ф. №151/о "Журналу обліку померлих на рівні даного лікувального закладу". Форми №071-1/о є підставою для складання державної статистичної звітної форми №12 "Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувального закладу".

Проаналізовано 915 випадків передчасної смерті чоловіків Південного регіону.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за стандартними методами варіаційної статистики із використанням пакету комп'ютерних програм Statistica 6,0 for Windows. Показники ризиків факторів передчасної смерті чоловіків, які були відібрані для вивчення відповідно до облікової медичної документації, аналізувалися методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані результати встановили, що середній вік передчасно померлих чоловіків Південного регіону був $47,5 \pm 0,3$ року, що значно менше, ніж медіанний вік смертності для чоловіків, який становить в Україні близько 66 років. Найбільший відсоток передчасно померлих чоловіків спостерігався серед міських мешканців (91,5%), що, можливо, пов'язано з урбанізацією даного про шарку населення та концентрацією чоловіків працездатного віку в містах, де порівняно із селом більше робочих місць. Отримані результати збігаються із загальною тенденцією смертності в Україні – високі темпи зростання загальних коефіцієнтів смертності міських чоловіків та жінок, що є удвічі вищими, ніж у сільській місцевості. Порівняно із 1990 р. передчасна смертність міських чоловіків збільшилася на 34%, а сільських – на 18%. І хоча інтенсивність смертності є вищою в сільській місцевості, але розрив поступово зменшується [9].

Серед передчасно померлих чоловіків найбільшу частку склали робітники, найменшу –

службовці та чоловіки, які займали керівні посади. Серед чоловіків працездатного віку, які не мали постійної роботи або не працювали, передчасна смертність спостерігалася у близько 30–50% (рис. 1).

Встановлені особливості, можливо, пов'язані з особливостями умов праці, несприятливого впли-

ву яких зазнають особи робітничої професії, а також з можливим тривалим психологічним стресом серед непрацюючих чоловіків внаслідок нездатності пристосуватися до існуючих соціально-економічних умов, що виникли на тлі відсутності постійної роботи. Доведено, що однією з причин зростання передчасної смерті українських чо-

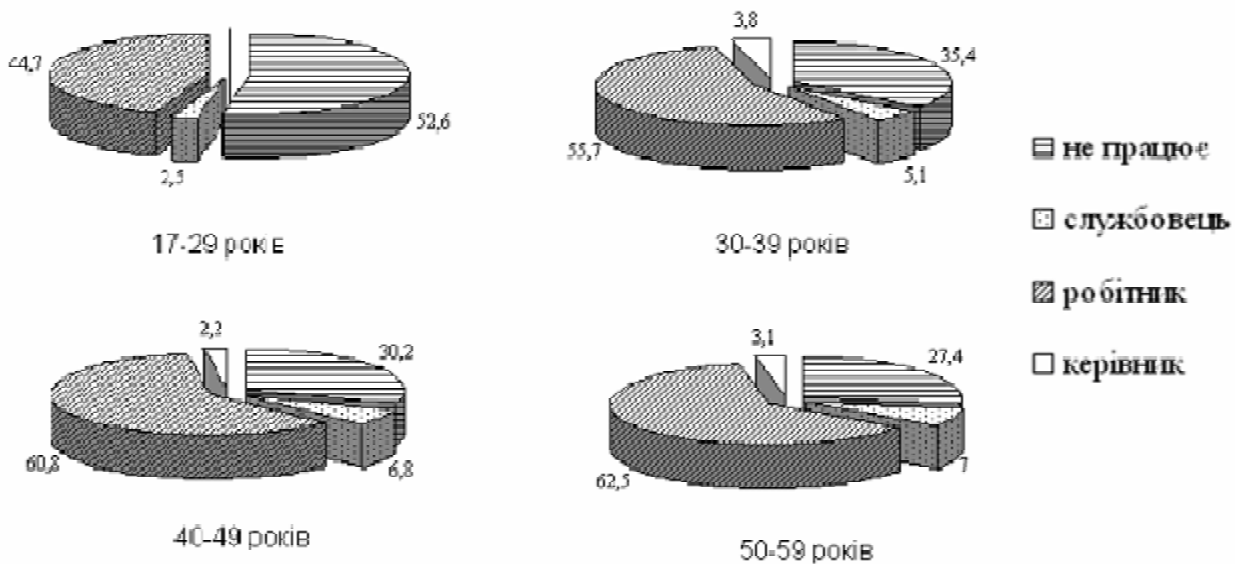


Рис. 1. Надсмертність чоловіків різного соціального статусу

ловіків є саме стрес, викликаний нездатністю пристосуватися до швидкозмінних соціально-економічних трансформацій суспільства, та втрата звичного соціального і професійного престижу [3].

У структурі причин смерті чоловіків працездатного віку південного регіону провідне місце займали серцево-судинні захворювання (близько 30%). Значне місце серед причин смерті належить зовнішнім причинам (понад 20%). Приблизно з однаковою частотою (13%, 12,5% та 11% відповідно) серед причин смерті спостерігалися новоутворення, хвороби нервової системи та органів травлення (рис. 2).

Сучасні демографічні дослідження показують, що передчасна смертність населення України має не тільки статеві, але й вікові особливості [7]. Проведений аналіз причини смерті чоловіків працездатного віку південного регіону у віковому аспекті встановив варіабельність причин надсмертності чоловіків залежно від віку. Характеристика структури причин смерті чоловіків працездатного віку Південного регіону України за класами хвороб у віковому аспекті наведена на рис. 3.

Враховуючи варіабельність причин надсмертності чоловіків Південного регіону у віковому аспекті, проведено вивчення ризиків передчасної смерті від встановлених основних причин смерті чоловіків працездатного віку.

Встановлено, що ризик померти від захворювань органів системи кровообігу збільшується з

віком. Проте достовірне значення даного фактору ризику в надсмертності чоловіків встановлено тільки в групі 50–59 років (абсолютний ризик 7,7%; 95% ДІ: 1,7–13,7%, відносний ризик – 1,32, відношення шансів 1,5; 95% ДІ: 1,1–2,0). Подібна тенденція спостерігається у показниках ризику передчасної смерті чоловіків від захворювань органів травлення, органів дихання, нервової системи та новоутворень. Проте, враховуючи довірчі інтервали показників відношення шансів, які мали нижню межу альтерації, меншу ніж 1,0, можна стверджувати, що захворювання органів травлення та органів дихання, які у структурі причин надсмертності посіли п'яте та шосте місця (частота даних причин смерті 11,1% та 9,6% відповідно), не є фактором ризику передчасної смерті чоловіків працездатного віку Південного регіону України.

Достовірний ризик передчасно померти від захворювань нервової системи встановлений тільки в групі чоловіків у віці 50–59 років (абсолютний ризик 8%; 95% ДІ: 3,6–12,3%, відносний ризик – 2,0, показник відношення шансів – 2,1; 95% ДІ: 1,4–3,3). Для цієї ж вікової групи також встановлений достовірний ризик надсмертності від новоутворень – абсолютний ризик 14,6%; 95% ДІ: 10,3–18,9%, відносний – 3,8, показник відношення шансів – 4,5; 95% ДІ: 2,7–4,7.

Серед передчасно померлих чоловіків вікової групи 17–29 років встановлений достатньо

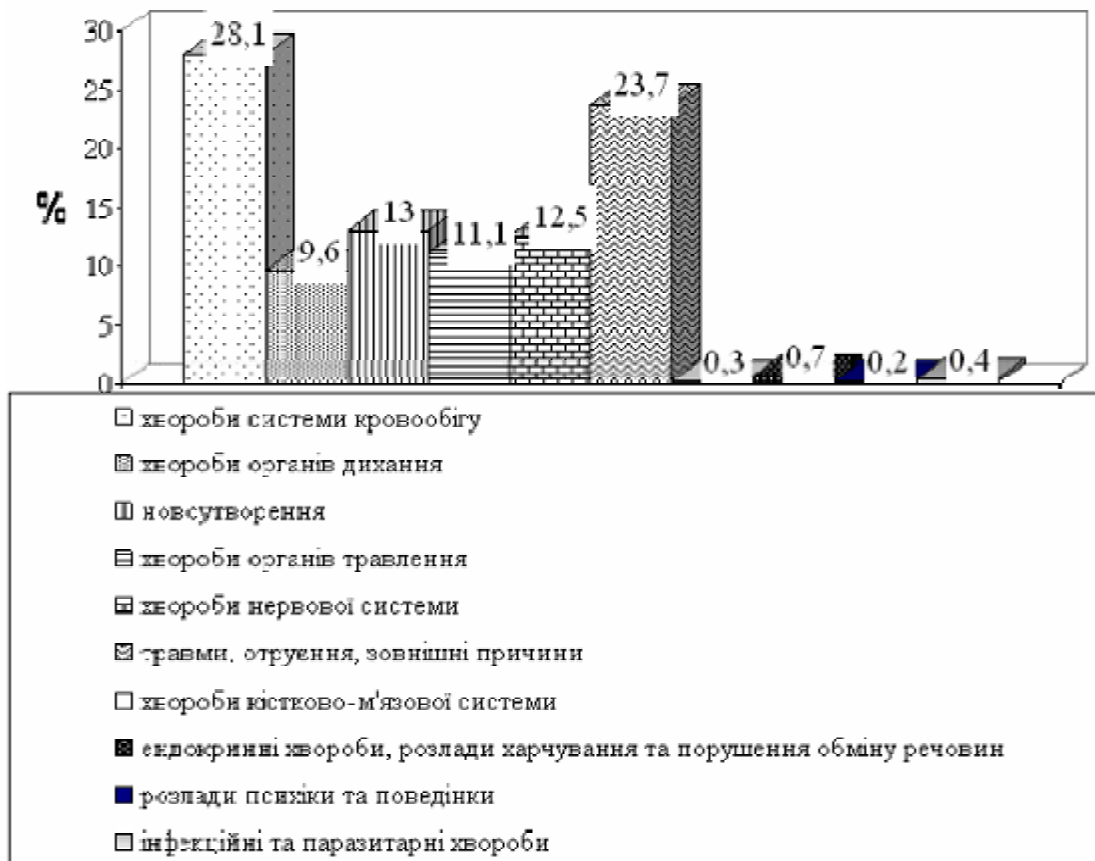


Рис. 2. Надсмертність чоловіків Південного регіону України за причинами смерті

високий ризик померти від зовнішніх причин, травм та отруєнь (абсолютний ризик – 49,1%; 95%ДІ: 36,9–61,4%, відносний ризик – 3,5; відношення шансів – 9,0; 95%ДІ: 5,0–16,1). Ці молоді чоловіки внаслідок таких особливостей, як

відсутність життєвого досвіду, самозбережувальної поведінки, схильності до афективної поведінки, отруєння алкоголем та іншими хімічними речовинами, складають групу надмірного ризику щодо смерті від неприродних причин. Досто-

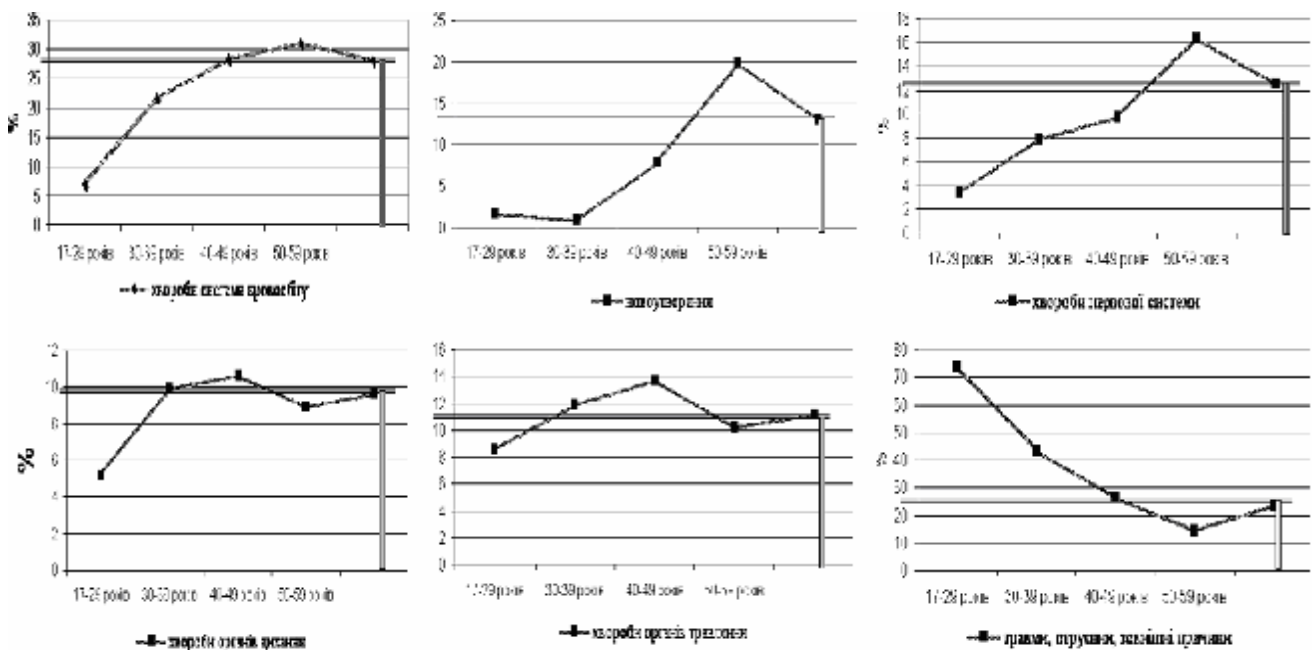


Рис. 3. Причини надсмертності чоловіків працездатного віку Південного регіону України за класами хвороб у віковому аспекті

вірно значимий ризик померти від зовнішніх причин встановлений також у віковій групі 30–39 років (абсолютний ризик – 19,8%; 95%ДІ: 9,7–29,8%, відносний ризик – 1,9; відношення шансів – 2,6; 95%ДІ: 1,7–4,0).

Таким чином, за результатами дослідження можна стверджувати, що серед причин передчасної смерті чоловіків Південного регіону провідне місце займають зовнішні причини смерті.

Найбільший ризик передчасно померти від не-природних причин мають чоловіки вікової групи 17–39 років, серед яких у віці 17–29 років майже кожний другий помирає від травм, отруєнь та інших зовнішніх причин, а у віці 30–39 років – кожний п'ятий. Групою ризику надсмертності чоловіків у південному регіоні є також вікова група 50–59 років. У цьому віці факторами ризику передчасної смерті є новоутворення, хво-

Таблиця. Показники ризиків причин передчасної смерті чоловіків працездатного віку за класами хвороб

Причина смерті	Вікова група, роки	Абсолютний ризик (%), 95% ДІ	Відносний ризик	Відношення шансів, 95% ДІ	Рейтингове місце
Травми, отруєння та зовнішні причини смерті	17–29	49,1 36,9–61,4	3,4	9,0 5,0–16,1	I
Травми, отруєння та зовнішні причини смерті	30–39	19,8 9,7–29,8	1,9	2,6 1,7–4,0	II
Новоутворення	50–59	14,6 10,3–18,9	3,8	4,5 2,7–4,7	III
Хвороби нервової системи	50–59	8 3,6–12,3	2,0	2,1 1,4–3,3	IV
Хвороби системи кровообігу	50–59	7,7 1,7–13,7	1,32	1,5 1,1–2,0	V

роби нервової системи та захворювання органів серцево-судинної системи, серед яких особливої уваги заслуговує онкопатологія. Новоутворення як причина смерті у віці 50–59 років спостерігається у кожного п'ятого-десятого передчасно померлого чоловіка.

Висновки

У Південному регіоні України чоловіки, які мають вік 50–59 років, складають групу підвищеного ризику передчасної смерті від новоутворень, хвороб нервової системи та системи кровообігу. Проведення цільових профілактичних заходів запобігання хвороб

нервової системи та серцево-судинної патології, діагностика онкологічних захворювань на ранніх стадіях їх розвитку створить передумови щодо зниження передчасної смерті чоловіків Південного регіону.

Перспективи подальших досліджень.

Дослідження причин надсмертності чоловіків в Україні у віковому аспекті дозволить встановити регіональні особливості передчасної смерті чоловіків працездатного віку, на підставі яких можлива розробка та обґрунтування державної та місцевої політики щодо попередження передчасної смерті чоловіків.

Список літератури

1. Донцова А. Ю. Проблеми зменшення середньої тривалості життя в Україні [Електронний ресурс] / А. Ю. Донцова, А. О. Левченко. – Режим доступу : http://www.kntu.kr.ua/doc/zb_10_2/stat_10_2/57.doc. – Назва з екрану.
2. Клупт М. Демографія регіонів Землі / М. Клупт. – СПб., 2008. – 247 с.
3. Людський розвиток в Україні: можливості та напрями соціальних інвестицій (колективна науково-аналітична монографія) / за ред. Е. М. Лібанової. – К. : Ін-т демографії та соц. досліджень НАН України, Держкомстат України, 2006. – 356 с.
4. Пирожков С. Демографічний фактор у глобальній стратегії розвитку України / С. Пирожков // Демографія та соціальна політика. – 2004. – №1–2. – С. 5–20.
5. Рингач Н. О. Надсмертність чоловіків: нагальна проблема українського соціуму / Н. О. Рингач // Журн. укр. лікарської еліти. – 2009. – №1 (07). – С. 75–78.
6. Рингач Н. О. Передчасна смертність як загроза національній безпеці України / Н. О. Рингач // Охорона здоров'я в Україні. – 2007. – №1 (25). – С. 29–34.
7. Смертність населення України у трудоактивному віці (колективна монографія) / [відп. ред. Е. М. Лібанова]. – К. : Ін-т демографії та соц. досліджень НАН України, 2007. – 211 с.
8. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи / Здоров'я людини та демографія : звіт. – К. : ВЕРСО-04, 2009. – 72 с.
9. Цвігун І. А. Смертність населення України та її соціально-економічні наслідки / І. А. Цвігун // Вісн. Хмельницького нац. ун-ту. – 2010. – Т. 3, № 2. – С. 160–164.

АНАЛИЗ СВЕРХСМЕРТНОСТИ МУЖЧИН ЮЖНОГО РЕГИОНА УКРАИНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЧИН СМЕРТИ

Г.А. Слабкий, Ю.Б. Ященко, А.Н. Орда, М.В. Шевченко (Киев)

Проанализированы причины преждевременной смерти мужчин трудоспособного возраста Южного региона Украины. Изучены риски сверхсмертности в зависимости от основных болезней в возрастном аспекте.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **сверхсмертность, причины смерти, мужчины.**

ANALYSIS OF MEN SUPERDEATH RATE OF SOUTHERN REGION OF UKRAINE DEPENDING ON THE REASONS OF DEATH

G.A. Slabkiy, Y.B. Yashchenko, A.N. Orda, M.V. Shevchenko (Kyiv)

Reasons of premature death among men able-bodied age of Southern region Of Ukraine has been analyzed. Risks of superdeath rate are studied depending on the basic illnesses in age aspect.

KEY WORDS: **superdeath rate, reasons of death, men.**

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.А. Чепелевська

УДК 614.1:616.1(477)

О. М. ГОЛЯЧЕНКО, А. Г. ШУЛЬГАЙ, А. О. ГОЛЯЧЕНКО, Л. М. РОМАНЮК,
Н. Я. ПАНЧИШИН, В. Л. СМІРНОВА, Н. Є. ФЕДЧИШИН, Н. О. ТЕРЕНДА (Тернопіль)

ОСНОВНІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ І ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В УКРАЇНІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

В статті наводяться дані про захворюваність і смертність населення від хвороб системи кровообігу в Україні за період 1990–2009 р. За цей період загальна захворюваність на хвороби системи кровообігу зросла в 3,2 разу, а первинна – у 12,4. Індекс накопичення хвороб склав 10,7 одиниці. Смертність від хвороб системи кровообігу склала 65,4 % від усієї смертності. Захворюваність суттєво відрізнялася на різних територіях, причому співвідношення показника первинної захворюваності (2,82) є значно вищим за співвідношення показника загальної захворюваності (1,60). Система медичної допомоги, метод реєстрації хвороб на їхній перебіг суттєво не впливають.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **хвороби системи кровообігу, гіпертонічна хвороба, смертність.**

Основною причиною смерті в розвинутих країнах світу є хвороби системи кровообігу (ХСК). На рубежі XXI століття вони в середньому склали 46% від усієї смертності. У країнах, що розвиваються, на ці хвороби припадало 24% усієї смертності і вони посідали друге місце, поступаючись інфекційним хворобам. В Україні частка хвороб системи кровообігу в цей період склала більше 60% [6;13;16].

Якщо порівнювати частоту смертності від ХСК в Україні і в розвинутих країнах, то в Україні вона в 2–3 рази вища, а серед осіб працездатного віку в 4–6 разів [4;8;9;16].

Ще важливішим є порівняння тенденцій або динаміки смертності від ХСК. У США, починаючи з 1950 р. і дотепер, смертність від ХСК зменшилась на 60%, і це зниження склало 73% від загального зниження коефіцієнта смертності. У європейських країнах з початку 70-х років минулого сторіччя зниження смертності від цієї причини склало 40% [17;18;19;20].

В Україні, починаючи із середини 60-х років минулого століття, смертність людей невинно зростає, і основну роль в цьому відіграють ХСК [2;10;12;14]. Тільки з 1990 до 2009 р. смертність від них зросла з 641,5 до 1001,7 випадку на 100 тис. осіб, що становить 65,4% [8].

© О. М. Голяченко, А. Г. Шульгай, А. О. Голяченко, Л. М. Романюк, Н. Я. Панчишин, В. Л. Смірнова, Н. Є. Федчишин, Н. О. Теренда, 2010

В Україні діє Національна програма профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (АГ) [1; 3; 7; 11; 15]. Цим підтверджено вирішальне значення саме цієї патології серед класу ХСК. АГ є не лише найпоширенішим серцево-судинним захворюванням, а й своєрідним пусковим елементом у механізмі поширення ХСК. Основними напрямками реалізації програми є такі: подальше виявлення АГ у населення, стратифікація груп ризику АГ, диспансеризація пацієнтів, інформаційне забезпечення населення щодо небезпеки АГ та її наслідків, активне формування здорового способу життя, виключення або обмеження негативного впливу факторів ризику, забезпечення ефективного лікування хворих на АГ, впровадження нових технологій лікування АГ, наукові дослідження, спрямовані на вивчення механізмів виникнення АГ, запобігання появі ускладнень, поліпшення якості життя хворих, навчання й підвищення кваліфікації медичних кадрів [7]. Незважаючи на те, що програма діє вже майже 10 років, якихось суттєвих позитивних результатів не спостерігається.

Мета дослідження – вивчити динаміку ХСК за останні 20 років, їх нозологічний розподіл та деякі показники діяльності системи медичної допомоги.

Таблиця 1. Розподіл хвороб системи кровообігу за окремими групами нозологічних форм, 2009 р.

Найменування окремих нозологічних груп	Загальна захворюваність		Первинна захворюваність	
	на 100 тис. осіб	%	на 100 тис. осіб	%
Гіпертонічна хвороба	25878,2	46,0	2122,4	40,3
Ішемічна хвороба серця	22917,6	40,7	1721,1	32,6
Гострий інфаркт міокарду	133,1	0,2	133,1	2,5
Цереброваскулярні хвороби	8432,9	15,0	978,2	18,6
Інсульт (всі форми)	280,2	0,5	280,2	5,3
Разом – усі хвороби системи кровообігу	56274,0	100,0	5271,8	100,0

Індекс накопичення серед всього населення склав такі цифри: гіпертонічна хвороба (ГХ) – 12,2, ішемічна хвороба серця (ІХС) – 10,8, цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) – 8,6.

В 2009 р. від серцево-судинних хвороб в Україні померло 10,0 осіб на 1000 мешканців, що склало 65,4% від усієї смертності.

В табл. 2 подано динаміку ХСК за період з 1990 до 2009 р. За період з 1990 до 1996 р. первинна захворюваність ХСК збільшилась в Україні на 24,9%, з 1996 до 2003 р. – на 80,6%, з 2003 до 2009 р. – на 25,6%. Загальна захворюваність виросла в Україні відповідно на 46,8%, 79,1% і 22,4%. Отже, темпи зростання ХСК у цей період спочатку збільшувались, а потім зменшувались. Якщо взяти доросле населення (18 р. і старші), то тут динаміка така: з 1990 до 1996 р. первинна захворюваність в Україні збільшилась на 22,8%, з 1996 до 2003 р. і з 2003 до 2009

Матеріали і методи. Використано офіційні статистичні дані, які піддано варіаційному, динамічному та кореляційному аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Офіційні статистичні дані про ХСК є вельми скупими, однак достатніми, щоб зробити певні важливі узагальнення.

Загальна захворюваність ХСК в Україні в 2009 р. склала 56274,0 захворювань на 100 тис. мешканців, що становило 30,5% (майже третину) усієї загальної захворюваності населення (перше місце). В структурі первинної захворюваності ХСК зайняли друге місце – 7,3% або 5271,8 на 100 тис. мешканців. Індекс накопичення (відношення загальної захворюваності до первинної) склав 10,7 одиниці. Іншими словами, на одне вперше виявлене захворювання в 2009 р. припадало більше 10 усіх захворювань цього класу. У порівнянні з іншими класами хвороб це є найвищим показником, який свідчить про те, що накопичення хворих ХСК серед населення йде найвищими темпами.

Переважну більшість ХСК склали три групи: гіпертонічна, ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні хвороби. Загалом їхня частка серед всього населення склала в загальній і первинній захворюваності більше 90% (табл. 1).

року – відповідно на 82,2% і 2,0%. Загальна захворюваність ХСК серед дорослого населення виросла в Україні з 1990 до 1996 р. на 45,0 %, з 1996 до 2003 р. і з 2003 до 2009 р., відповідно, на 80,2% і 18,6%. ГХ серед дорослого населення зростала в Україні так: з 1990 до 1996 року первинна захворюваність відповідно на 15,3%, з 1996 до 2003 р. і з 2003 до 2009 р. у 2,3 рази і на 3,3%, загальна захворюваність відповідно на 48,0%, 98,0% і 21,9%.

ІХС: первинна захворюваність відповідно на 36,6%, 99,9% і 1,0 %; загальна захворюваність відповідно на 47,9%, 80,9% і 19,6%. ЦВХ: первинна захворюваність відповідно на 46,8%, 55,8%, а потім знизилась на 1,52%; загальна захворюваність – на 61,5 %, 60,9 % і 10,8 %.

Таким чином, у першу половину 90-х років найбільш інтенсивно відмічався приріст стосовно первинної захворюваності ЦВХ, ІХС, на тре-

тьому місці знаходилася ГХ; в другій половині 90-х років минулого століття і на початку XXI століття відповідно ГХ, ІХС і ЦВХ. Стосовно загальної захворюваності зростали ЦВХ, ГХ, ІХС, а в другому і третьому періоді спостережень – ГХ, ІХС, ЦВХ.

Що стосується гострого інфаркту міокарда (ГІМ), то в Україні спостерігалось невелике, але неухильне зростання цієї хвороби в у 2009 р. вона зросла на 21,6% порівняно з 1990 роком. Первинна захворюваність інсультами в Україні з 1996 до 2003 р. зросла на 5,8%, а в 2009 р. – на 7,5% порівняно з 2003 р.

Захворюваність населення України ХСК суттєво відрізняється на її різних територіях (областях). Ці відмінності відображені в табл. 3 та на рис. 1-3. Як видно з табл. 3, коливання крайніх показників

первинної захворюваності ХСК значно більші порівняно з показниками загальної захворюваності. Так, стосовно усіх хвороб цього класу коефіцієнт співвідношення для первинної захворюваності склав 2,82 одиниці, для загальної – 1,6 одиниці, або в 1,8 разу менше. Для різних груп захворювань співвідношення суттєво відрізняються. Найбільшими вони були для ГХ: коефіцієнт співвідношення показників загальної захворюваності був у 2,2 разу менший порівняно з коефіцієнтом співвідношення показників первинної захворюваності. Для ІХС ця різниця склала 1,5 рази. Єдиний виняток із цього правила становили ЦВХ, де співвідношення показників загальної захворюваності було більшим порівняно з первинною у 1,7 рази.

Таблиця 2. Динаміка захворюваності на хвороби системи кровообігу в Україні за 1990–2009 рр. (на 100 тис. населення)

Хвороби	Загальна захворюваність				Первинна захворюваність			
	1990	1996	2003	2009	1990	1996	2003	2009
Україна (все населення)	17489,3	25672,1	45985,6	56274,0	2214,2	2764,5	4993,7	5271,8
Україна (доросле населення)	21850,5	31685,0	57099,5	67702,7	2711,8	3329,4	6066,8	6190,7
Гіпертонічна хвороба	8807,7	13033,6	25811,1	31473,4	932,6	1075,4	2494,7	2577,8
ІХС	7164,7	1059,24	19166,5	22917,6	624,3	852,6	1704,0	1721,1
Гострий інфаркт міокарда	122,3	120,2	123,2	133,1	109,5	111,3	123,2	133,1
Цереброваскулярні хвороби	2927,8	4727,9	7609,5	8432,9	434,4	637,5	993,0	978,2
Інсульти		307,7	312,5	280,2		246,4	260,7	280,2

Таблиця 3. Коефіцієнт співвідношення крайніх показників захворюваності на хвороби системи кровообігу, 2009 р.

Хвороби	Загальна захворюваність	Первинна захворюваність
ХСК – всього	1,60	2,82
ГХ	1,51	3,35
ІХС	2,28	3,37
ГІМ	2,24	2,24
ЦВХ	5,38	3,12
Інсульти	2,42	2,42

На територіальні особливості впливає багато чинників, основними з яких є соціальні (умови і спосіб життя людей), повнота і якість первинного виявлення хворих, якість та ефективність динамічного спостереження за хворими та якість і ефективність їх лікування, що призводить до різних обсягів накопичення. На нашу думку, на первинну захворюваність більшою мірою впливають соціальні чинники, на загальну – якість та ефективність динамічного спостереження за хворими та їхнього лікування. Більші коливання показників первинної захворюваності свідчать про те, що різниця в умовах і способі життя людей по територіях значно суттєвіша, ніж різниця якості та ефективності медичної допомоги по тих самих територіях. На

умови і спосіб життя людей значно важче впливати, ніж на організацію їх медичного забезпечення.

На рис. 1 подано територіальні особливості смертності населення України від ХСК. Найбільший показник смертності (1490, 566 ‰ Чернігівська обл.) був в 2,2 разу вищий порівняно з найменшим показником (681,496 ‰, Закарпатська обл.). Найменші показники смертності відмічені в 4-х західних областях і 3-х південних, а найвищі – в трьох північних областях.

Стосовно територіальних особливостей первинної захворюваності ХСК слід сказати наступне. В областях з найнижчими показниками захворюваності в середньому була нижчою порівняно з областями з найвищими показника-

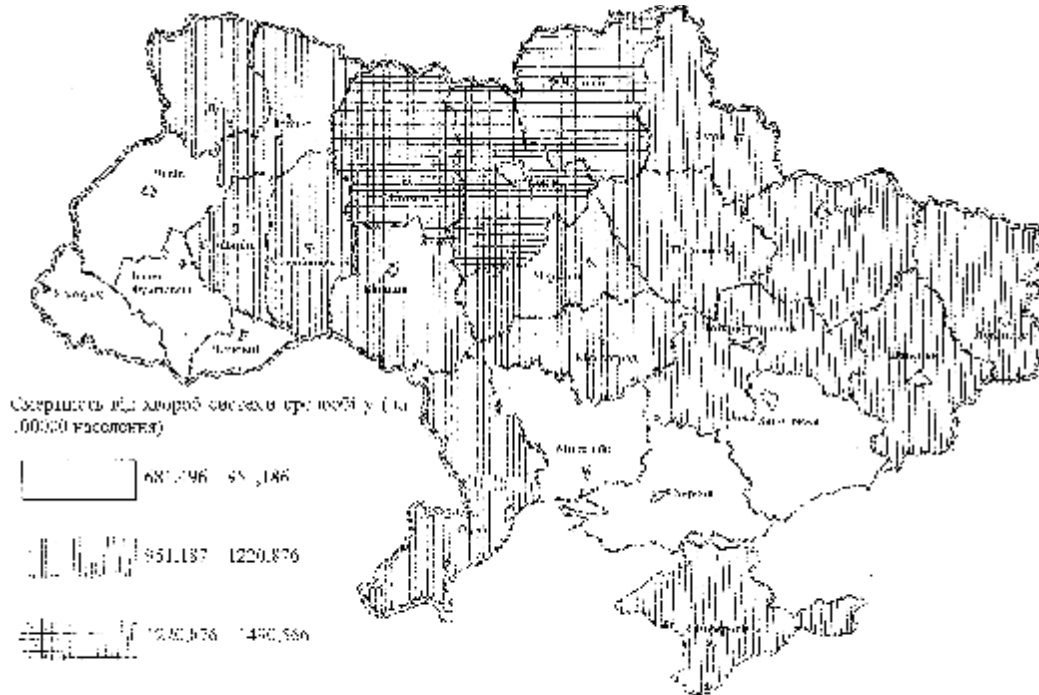


Рис. 1. Територіальні особливості смертності від хвороб системи кровообігу в Україні, 2008 р.

ми в разі. Більшість областей (14) мали низькі показники первинної захворюваності. Вони мали два основних осередки – на Заході і на Півдні України. Підвищені рівні первинної захворюваності відмічено в середній смузі України.

Що стосується загальної захворюваності усіма ХСК, то тут спостерігаємо протилежну картину. Переважна більшість областей (21) мала середні

і високі показники загальної захворюваності. Найвищі рівні загальної захворюваності відмічено в центральній частині України з півночі на південь.

Якщо порівняти територіальний розподіл первинної і загальної захворюваності, то слід відмітити такі особливості. В усіх областях з низькими рівнями загальної захворюваності спостерігались аналогічні рівні первинної захворюваності.

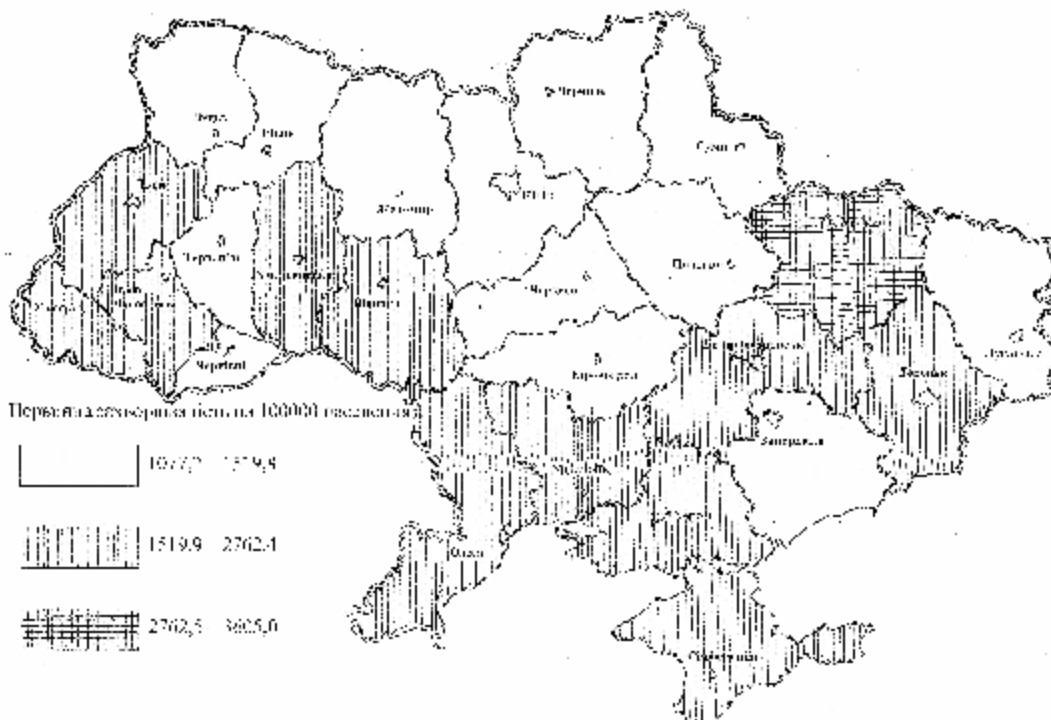


Рис. 2. Територіальні особливості первинної захворюваності гіпертонічною хворобою в Україні, 2009 р.

Територіальний розподіл ІХС більш одномірний. Низькі рівні первинної захворюваності відмічено в 15 областях та Автономній Республіці Крим, а високі – лише в Закарпатській області. Низькі рівні загальної захворюваності відмічено у 8 областях (проти 4-х стосовно ХСК загалом), а високі рівні загальної захворюваності навпаки – в 4-х областях (проти 8-ми стосовно ХСК загалом).

Показовим є територіальний розподіл хворих ГІМ. Тут слід підкреслити таку характерну закономірність. Низькі, середні та високі рівні захворюваності ГІМ розподілились майже в однаковій кількості серед областей України, відповідно в 9, 9 і 7 областях. Найнижчі рівні в основному зосереджено в північних і західних областях, а найвищі – в східних. В переважній більшості областей маємо іншу характерну закономірність: вищі рівні загальної захворюваності ГХ та ІХС супроводжуються нижчими рівнями ГІМ і навпаки. Очевидно, це пояснюється тим, що вищі рівні загальної захворюваності ГХ і ІХС означають повніше охоплення хворих медичним забезпеченням, наслідком чого є менша захворюваність ГІМ як кінцевим результатом цих хвороб.

Територіальний розподіл ЦВХ характеризується тим, що в 16 областях із 25 відмічено низькі рівні первинної захворюваності цими хворобами і лише в двох – високі. Стосовно загальної

захворюваності ЦВХ, то низькі рівні спостерігались лише в 4 областях, а високі – в 7, переважали області із середніми рівнями захворюваності. Низькі і високі рівні первинної і загальної захворюваності співпадали.

На відміну від ГІМ територіальний розподіл захворюваності на інсульт спрямований у бік високих рівнів. З низькими рівнями інсультів були лише 4 області, а з високими – 8. Що стосується співвідношення загальної захворюваності ЦВХ та інсультами, то тут характерна така сама закономірність, що й по відношенню до ГІМ.

На рис. 2 і 3 показані територіальні особливості первинної і загальної захворюваності гіпертонічною хворобою. Треба відмітити одну принципову відмінність цих графіків. В трьох північних областях, де найвища смертність від ХСК, відмічено найнижчу захворюваність на ГХ як первинну, так і загальну. Певну відповідь на причини цього явища дає табл. 4. Були досліджені взаємозв'язки між різними показниками захворюваності і смертності від ХСК та медичного забезпечення.

В табл. 4 наводяться дані про взаємозв'язки між показниками первинної захворюваності та питомою часткою сільського населення. Як видно, ця частка виявила зв'язок середньої сили з рівнем первинної захворюваності. Іншими словами, чим меншою була частина сільського населення,

Таблиця 4. Взаємозв'язок між показниками здоров'я і діяльністю системи медичної допомоги

Взаємозв'язок між показниками	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості
Первинна захворюваність ХСК – питома частка сільського населення	0,41	<0,05
Смертність від ХСК – загальна захворюваність ХСК	0,37	<0,05
Смертність від ХСК – первинна захворюваність ХСК	-0,35	<0,05
Смертність від ХСК – загальна захворюваність ГХ	0,05	>0,05
Смертність від ХСК – первинна захворюваність ГХ	-0,39	<0,05
Загальна захворюваність ХСК – первинна захворюваність ХСК	0,30	>0,05
Загальна захворюваність ГХ – первинна захворюваність ГХ	0,29	>0,05
Смертність від ХСК – забезпеченість дільничними терапевтами	0,38	<0,05
Смертність від ХСК – забезпеченість терапевтичними ліжками	-0,10	>0,05
Загальна захворюваність ХСК – забезпеченість дільничними терапевтами	0,29	>0,05
Загальна захворюваність ГХ – забезпеченість терапевтичними ліжками	-0,13	>0,05

ня, тим меншим був рівень первинної захворюваності ХСК. Це є додатковим аргументом на користь того, що на рівень первинної захворюваності передовсім впливають умови і спосіб життя людей, які суттєво різняться у сільських і міських мешканців.

Всі інші взаємозв'язки є слабкими або такими, що примикають до них, причому ці зв'язки свідчать про відсутність суттєвого впливу медичної допомоги на ХСК. Досить сказати, що

смертність від ХСК прямо залежить від рівня загальної захворюваності цими хворобами і забезпеченості дільничними терапевтами.

Територіальний розподіл ЦВХ характеризується тим, що в 16 областях із 25 відмічено низькі рівні первинної захворюваності цими хворобами і лише в двох – високі. Стосовно загальної захворюваності ЦВХ, то низькі рівні спостерігались лише в 4 областях, а високі – в 7, переважали області із середніми рівнями

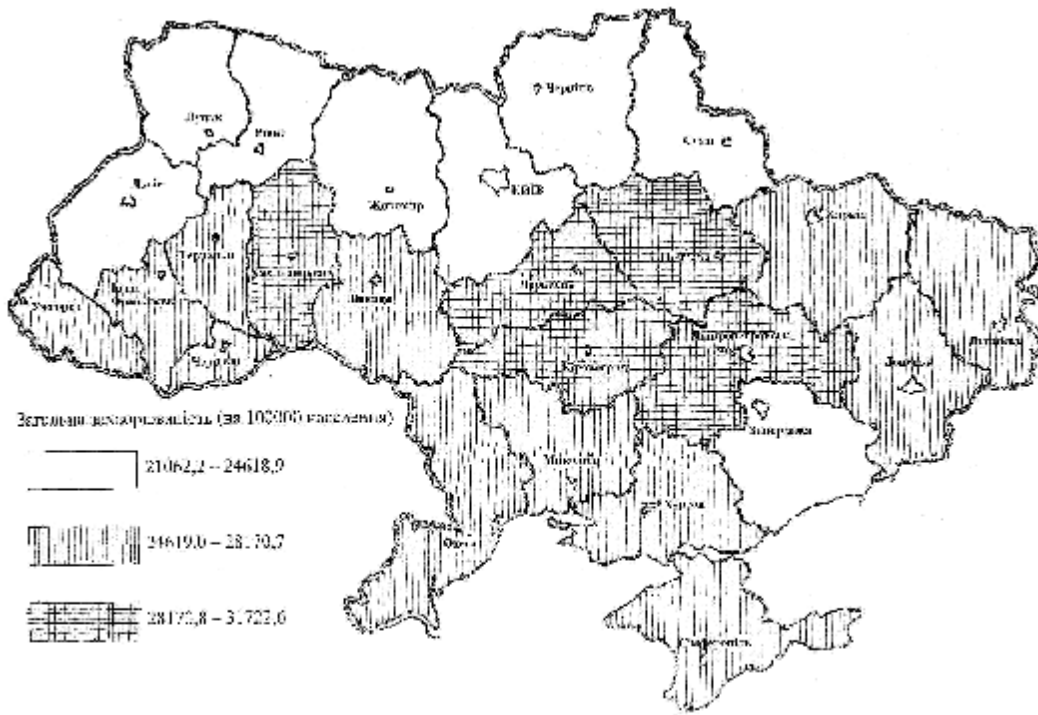


Рис. 3. Територіальні особливості загальної захворюваності гіпертонічною хворобою в Україні, 2009 р.

захворюваності. Низькі і високі рівні первинної і загальної захворюваності співпадали.

Висновки

1. ХСК є основною причиною загальної захворюваності населення України. В 2009 році вони склали 30,5% усієї патології. Серед причин первинної захворюваності ці хвороби займають друге місце (7,3%). Індекс накопичення хворих є найвищим порівняно з іншими хворобами і склав 10,7 одиниць. ХСК є основною причиною смертності населення, охопивши в 2009 р. 65,4% усієї смертності населення.

2. З 1990 до 2009 рр. загальна захворюваність населення України ХСК зросла у 3,2 разу, а первинна – у 2,4 разу. В першій половині цього періоду найінтенсивніше зріс рівень ЦВХ, за ними ІХС та ГХ, в другій половині ГХ, ІХС і ЦВХ. За цей же період менш інтенсивно зростали ГІМ (на 21,6%) та інсульти усіх форм (на 13,7 %).

3. Захворюваність ХСК суттєво різниться на різних територіях України. При цьому співвідношенням показників первинної захворюваності

(2,82) є значно більшим порівняно із співвідношення показників загальної захворюваності (1,60). Це можна трактувати таким чином, що на територіальні розбіжності більше впливають відмінності в умовах і способі життя людей, ніж відмінності в медичному забезпеченні. Найбільші рівні захворюваності відмічені в центральній частині України, а найнижчі – у північних областях.

4. Виявлено прямий зв'язок між рівнями первинної захворюваності ХСК і часткою сільського населення, що підтверджує висновок про роль умов і способу життя людей у виникненні цих хвороб. Виявлено слабкий прямий зв'язок між смертністю від ХСК і загальною захворюваністю на ці хвороби, між смертністю і забезпеченістю дільничними терапевтами, а також зворотній зв'язок між смертністю і первинною захворюваністю ГХ. Всі ці показники говорять про те, що система охорони здоров'я по суті не впливає на захворюваність і смертність від ХСК.

Перспективи подальших досліджень полягають у з'ясуванні соціальних факторів ХСК.

Список літератури

1. Андрієвський І. Ю. Медико-соціальна характеристика формування хвороб системи кровообігу у сільського населення та удосконалення надання йому медичної допомоги: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.02.03 „Соціальна медицина” /І.Ю.Андрієвський. – К., 2007. – 21 с.
2. Горбась І. М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань / І. М. Горбась //Артеріальна гіпертензія. – 2008. – № 2. – С. 13–18.
3. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України //Вісн. наук. досліджень. – 2001. – № 1. – С. 5-8.
4. Корнацький В. М. Проблеми здоров'я та подовження тривалості життя населення України / В. М. Корнацький // Укр. мед. часопис. – 2008. – № 5. – С. 83–87.
5. Матеріали Першого Українського з'їзду сімейних лікарів. – К., Л.: Факт. – 2001. – 243 с.

6. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу: Аналіт.-статистич. посібн. /за ред. В. М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К.: Медінформ, 2009. – 146 с.
7. Москаленко В.Ф. Артеріальна гіпертензія: медично-соціальні результати і шляхи виконання Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії /В.Ф Москаленко., В.М.Коноваленко //Україн. кардіологічний журн. – 2002. – № 4. – С. 6-10.
8. Основні показники здоров'я та діяльності охорони здоров'я в Україні в 1990 – 2009 рр. Статистичні довідники МОЗ України. – К., 2009.
9. Рингач Н. О. Статеві-вікові особливості смертності від хвороб системи кровообігу населення України працездатного віку та підходи до її зниження: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 /Рингач Наталія Олександрівна. – К., 2001. – 181 с.
10. Семків Н. М. Здоров'я сільських мешканців та фактори, що його зумовлюють /Н.М.Семків //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 35-41.
11. Сіренко Ю. М. Виконання програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні /Ю. М. Сіренко // Артеріальна гіпертензія. – 2008. – № 2. – С. 83-88.
12. Слабкий Г. О. Визначення проблемних областей України при прогнозуванні захворюваності працездатного населення /Г. О. Слабкий, Д. Д. Айстраханов, Г. В. Курчатова //Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 1. – С. 28-33.
13. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я /За ред. О.М.Голяченка. – Тернопіль, «Лілея». – 2002. – 152 с.
14. Хвороби системи кровообігу: динаміка та аналіз. Аналіт.-статист. посіб. /За ред. В. М. Коваленка. – К.: ЛІНО, 2008. – 111 с.
15. Хунов Ю. А. Актуальні проблеми вдосконалення медичного обслуговування сільських жителів. /Ю. А. Хунов // Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 1. – С. 17-21.
16. Чепелевська Л. А. Медико-демографічна ситуація в незалежній Україні /Л. А. Чепелевська //Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – № 2. – С. 87-89.
17. Bowman T. S. Effect of age on blood pressure parameters and risk of cardiovascular death in men /T. S. Bowman, H. D. Sesso, J. M. Gaziano //Amer. J. Hypertension. – 2006. – Vol. 19. – P. 47-52.
18. Kotchen T.A. Hypertension Control: Trends, Approaches, and Goals /T. A. Kotchen //Hypertension. – 2007. – Vol. 49, № 1. – P. 19-20.
19. Lenfant C. Гипертензия и ее последствия: состояние проблемы в мире /C. Lenfant //Published online. – 2005. – <http://www.consilium-medicum.com>.
20. Trends in mortality from coronary heart and cerebrovascular disease in the Americans: 1970-2000 / T. Rodriguez, M. Malvezzi, L. Chatenould et al.//Heart. – 2006. – Vol. 92. – P. 453-460.

ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В УКРАИНЕ

А. М. Голяченко, А. Г. Шульгай, А. А. Голяченко, Л. Н. Романюк, Н. Я. Панчишин, В. Л. Смирнова, Н. Е. Федчишин, Н. А. Теренда (Тернополь)

В статье приводятся данные о заболеваемости и смертности населения от болезней системы кровообращения в Украине за период 1990–2009 г. За этот период общая заболеваемость болезнями системы кровообращения выросла в 3,2 раза, а первичная – в 12,4. Индекс накопления болезней составил 10,7 единиц. Смертность от болезней системы кровообращения составила 65,4% от всей смертности. Заболеваемость существенно отличалась на территориях, причем соотношение показателя первичной заболеваемости (2,82) является значительно выше соотношения показателя общей заболеваемости (1,60). Система медицинской помощи, метод регистрации болезней на их течение существенно не влияют.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **болезни системы кровообращения, гипертоническая болезнь, смертность.**

BASIC EPIDEMIOLOGY CONFORMITIES OF BLOOD CIRCULATION SYSTEM DISEASES AND HYPERTENSION IN UKRAINE

О. М. Golyachenko, А. Н. Shulgay, А. А. Golyachenko, L. M. Romanyuk, N. Ye. Panchyshyn, V. L. Smirnova, N. O Fedchyshyn, N. A. Terenda (Ternopil)

The information about morbidity and death rate of population from blood circulation system illnesses in Ukraine from 1990 to 2009 in the article is presented. During this period the general morbidity by blood circulation system illnesses was grew in 3,2 times, and primary – 12,4. The index of illnesses accumulation was made 10,7 units. A death rate from blood circulation system illnesses was 65,4 % from all death rate. The morbidity substantially was differed on different territories, thus correlation between index of primary morbidity (2,82) is considerably higher than correlation of general morbidity index (1,60). The system of medicare, the method of illnesses registration does not influence substantially on disease flowing.

KEY WORDS: **blood circulation system illnesses, hypertensive illness, death rate.**

Рецензент: д.мед.наук, проф. В.А. Кондратюк

І. В. ОЛІЙНИК, О. Г. ПРОЦЕК (Вінниця)

НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я ГРУПИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Запропонована функціонально-організаційна модель цільової профілактики ГПМК в умовах ЛПЗ різних рівнів та органічно пов'язані з нею схеми комплексного диспансерного спостереження за групою ризику виникнення ГПМК та інформаційно-освітнього забезпечення, спрямовані на удосконалення методики комплексного спостереження за станом здоров'я контингентів ризику. Модель орієнтована головним чином на лікаря загальної практики/сімейної медицини, а також визначає типи ЛПЗ та фахівців, які залучаються до спостереження за групою ризику.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: функціонально-організаційна модель, гострі порушення мозкового кровообігу, диспансерне спостереження, група ризику.

Мозкові інсульти (МІ) є однією з найбільш частих причин інвалідизації та смертності населення планети [13;17;18]. Протягом останніх років мають місце позитивні зміни у організації спеціалізованої лікувальної допомоги хворим з МІ [1–3], проте це не забезпечує остаточне вирішення проблеми. Високі рівні захворюваності, інвалідності та смертності внаслідок цих захворювань в Україні свідчать про недостатню ефективність заходів щодо їх подолання. Позитивний досвід окремих країн світу, а також рекомендації ВООЗ свідчать, що найбільш дієвими та економічно ефективними засобами контролю за поширенням неепідемічних захворювань є впровадження профілактичних програм [3;5;6;12–18].

Метою дослідження є наукове обґрунтування і розробка цільової моделі профілактики МІ, оцінка її ефективності на основі поглибленого медико-соціального вивчення чинників формування ГПМК та організації різних рівнів медико-профілактичної допомоги.

Матеріали і методи. Методологія дослідження ґрунтувалася на системному підході, а основними його методами стали: бібліосемантичний та історичний – для вивчення світового та вітчизняного досвіду за досліджуваною проблемою; біостатистичний – для аналізу показників використання ресурсів охорони здоров'я, порівняльного аналізу матеріалів дослідження та їх коректної оцінки, для розробки прогностичної моделі індивідуального ризику МІ; соціологічний – з метою вивчення ФР ГПМК; епідеміологічний – для оцінки регіональних особливостей та динаміки захворюваності та смертності внаслідок

ГПМК; моделювання – для розробки комплексної моделі профілактики МІ; структурно-логічного аналізу і графічного зображення результатів аналізу даних – для забезпечення наочності отриманих результатів дослідження; безпосереднього спостереження – для визначення особливостей надання медичної допомоги населенню на різних рівнях медичного обслуговування; метод експертних оцінок – для оцінки ефективності розробленої моделі.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати попередніх етапів дослідження, а також положення діючих державних програм, галузевих стандартів, протоколів тощо [7–12], стали підставою для обґрунтування схеми комплексного спостереження за станом здоров'я групи ризику виникнення ГПМК (рис. 1), яка орієнтована на лікаря загальної практики/сімейної медицини і ґрунтується на новому підході до визначення групи ризику виникнення ГПМК шляхом використання розробленої нами на основі методу логістичної регресії прогностичної моделі індивідуального ризику МІ. Такий підхід відображає сучасні тенденції в охороні здоров'я і дозволяє лікареві ЗП/СМ спрогнозувати ризик ГПМК та його негативні наслідки, обрати відповідний комплекс цілеспрямованих заходів профілактики та оцінити їх ефективність за визначеними критеріями. З іншого боку, така прогностична інформація стимулює активність населення, насамперед з групи ризику, до вчасного проходження необхідних оглядів, спостереження за змінами у здоров'ї, сприяє дотриманню рекомендацій лікаря.

І. ВІДБІР КОНТИНГЕНТУ ДЛЯ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	
Стандартні періодичні і попередні профілактичні огляди	При будь-якому зверненні за медичною допомогою



ФОРМУВАННЯ ГРУПИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ (на основі використання карти обстеження для визначення ризику мозкового інсульту)	
	Група ризику
Рівень ризику мозкового інсульту	60% і вище

ІІ. ДИНАМІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я

Перелік заходів і виконавців					
1. Огляди і консультації					
лікар ЗП/СМ	невролог	кардіолог	медичний психолог	нейрохірург	інші лікарі
3 рази на рік	2 рази на рік*	1 раз на рік*	1 раз на рік	1 раз на рік	згідно з СДСХ
2. Гігієнічно-виховна робота					
лікар ЗП/СМ	корекція ФР, оздоровлення				
невролог	корекція ФР				
медичний психолог	психогігієна				
3. Лікувальні і реабілітаційні заходи					
лікар ЗП/СМ	згідно СДСХ				
невролог	згідно СДСХ				
медичний психолог (за потреби)	психокорекція				
інші лікарі	згідно з СДСХ				

Примітка: * – якщо інша частота не передбачена стандартом диспансерного спостереження хворого

ІІІ. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ І ЯКОСТІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Критерії
<ul style="list-style-type: none"> • зниження показників захворюваності МІ і подальша їх стабілізація • зниження індивідуального рівня ризику виникнення МІ • вихід з групи ризику МІ • частота виявлення групи ризику МІ серед оглянутих • питома вага хворих з МІ серед тих, хто перебував на диспансерному обліку в групі ризику • зменшення частоти ЗТВП внаслідок МІ • зменшення інвалідизації • зменшення показників смертності після МІ • зменшення потенційно втрачених років життя внаслідок смертності до 65 років • продовження середньої очікуваної тривалості життя • покращання медико-санітарних знань у групах спостереження • задоволення диспансеризованого контингенту отриманими профілактичними послугами (соціологічні дослідження)

Рис. 1. Схеми комплексного диспансерного спостереження за групою ризику розвитку мозкового інсульту:

ЗП/СМ – загальна практика/сімейна медицина;
 СДСХ – стандарт диспансерного спостереження хворого
 ФР – фактори ризику;
 МІ – мозковий інсульт;
 ЗТВП – захворюваність з тимчасовою втратою працездатності.

Згідно з висновками експертів, запропонована науково обґрунтована схема комплексного спостереження за групою ризику має профілактичну спрямованість (9,46±0,28 бала) і високий рівень пріоритетної орієнтованості на лікаря ЗП/СМ (9,43±0,23 бала), забезпечує спадкоємність (9,32±0,19 бала) та етапність (9,11±0,23 бала) у роботі різних фахівців, запропоновані підходи є комплексними (9,18±0,19 бала) і доступними для переважної більшості контингенту (9,07±0,28 бала).

Комплексний, системний підхід до вирішення проблеми ГПМК потребував, цілеспрямованої корекції медичної обізнаності населення з проблеми МІ, активізації їх настороженості щодо власного здоров'я та вчасного звертання в ЛПЗ. З цією метою розроблено спеціальну схему інформаційно-освітнього забезпечення знаннями населення щодо особливостей ФР МІ, шляхів їх корекції, перших ознак ГПМК, основних засад лікування, можливих наслідків цієї патології.

В умовах недостатнього фінансування системи охорони здоров'я, підвищення ефективності використання ресурсів за допомогою оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги – це могутній резерв для збереження і зміцнення здоров'я населення [4]. Тому нами запропоновано організаційно-функціональну модель цільової профілактики ГПМК в умовах ЛПЗ різних рівнів (рис. 2). В основу покладено мультидисциплінарний характер досліджуваної патології, що обов'язково має враховуватися при всіх видах профілактики ГПМК. Схема визначає в залежності від рівня надання медичної допомоги типи ЛПЗ та фахівців, які залучаються до спостереження за групою ризику, їх функціональні обов'язки в процесі його здійснення. Крім того, в ній враховано потребу в корекції окремих ФР, предикторів МІ, які є самостійними нозологіями (ішемічна хвороба серця, фібриляція передсердь, цукровий діабет та інші), що, відповідно до нормативів якості забезпечення медичною допомогою, клінічних рекомендацій, потребує залучення до діагностично-лікувального процесу фахівців II та III рівнів різних спеціальностей. Модель також враховує специфічні додаткові діагностичні можливості ЛПЗ різних рівнів (комплекс лабораторних досліджень, РЕГ, ЕЕГ, дуплексографія, дуплексне сканування, КТ та МРТ

головного мозку) і визначає потребу їх використання для групи ризику.

Оцінюючи функціонально-організаційну схему профілактики ГПМК в умовах ЛПЗ різних рівнів, експерти відзначили забезпечення нею при наданні медичної допомоги перш за все етапності (9,68±0,19 бала) і спадкоємності (9,46±0,23 бала), її профілактичну спрямованість (9,18±0,19 бала) і комплексний підхід (9,18±0,23 бала), пріоритетне положення лікаря ЗП/СМ (8,64±0,29 бала) і досить високу доступність (8,57±0,28 бала).

Висновки

Таким чином, запропонована організаційно-функціональна модель цільової профілактики ГПМК в умовах ЛПЗ різних рівнів та органічно пов'язані з нею схеми комплексного диспансерного спостереження за групою ризику виникнення ГПМК та інформаційно-освітнього забезпечення знаннями населення розраховані на використання в діючій мережі ЛПЗ.

Переваги запропонованої організаційно-функціональної моделі цільової профілактики ГПМК в умовах ЛПЗ різних рівнів, на відміну від раніше існуючих, полягають в:

- удосконаленні методики комплексного спостереження за станом здоров'я контингентів ризику в ЛПЗ, в основу розробки яких покладено мультидисциплінарний характер досліджуваної патології. Модель орієнтована, головним чином, на лікаря загальної практики/сімейної медицини, водночас визначає типи ЛПЗ та фахівців, які залучаються до спостереження за групою ризику, їх функціональні обов'язки в процесі його здійснення, що дозволяє усунути диспропорції в наданні медичної допомоги цьому контингенту населення;

- формуванні групи диспансерного спостереження та виборі тактики на підставі кількісної оцінки рівня ризику виникнення МІ шляхом застосування прогностичної моделі індивідуального ризику МІ;

- економності завдяки використанню наявних ресурсів діючої системи охорони здоров'я та медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень полягають у запровадженні запропонованої моделі цільової профілактики ГПМК в діючій мережі ЛПЗ.

Список літератури

1. Зозуля І. С. Сучасні аспекти надання невідкладної допомоги при гострих цереброваскулярних захворюваннях / І. С. Зозуля, В. І Боброва // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2007. – № 3. – С. 25–29.
2. Клінічні протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю "Неврологія" : наказ МОЗ України № 487 від 17.08.2007 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/> – Назва з екрану.
3. Ковальчук В. В. Совершенствование профилактики и лечения больных инсультами в Санкт-Петербурге / В. В. Ковальчук, А. А. Скоромен, Э. Р. Апханов [и др.] // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2008. – № 2. – С. 27–30.

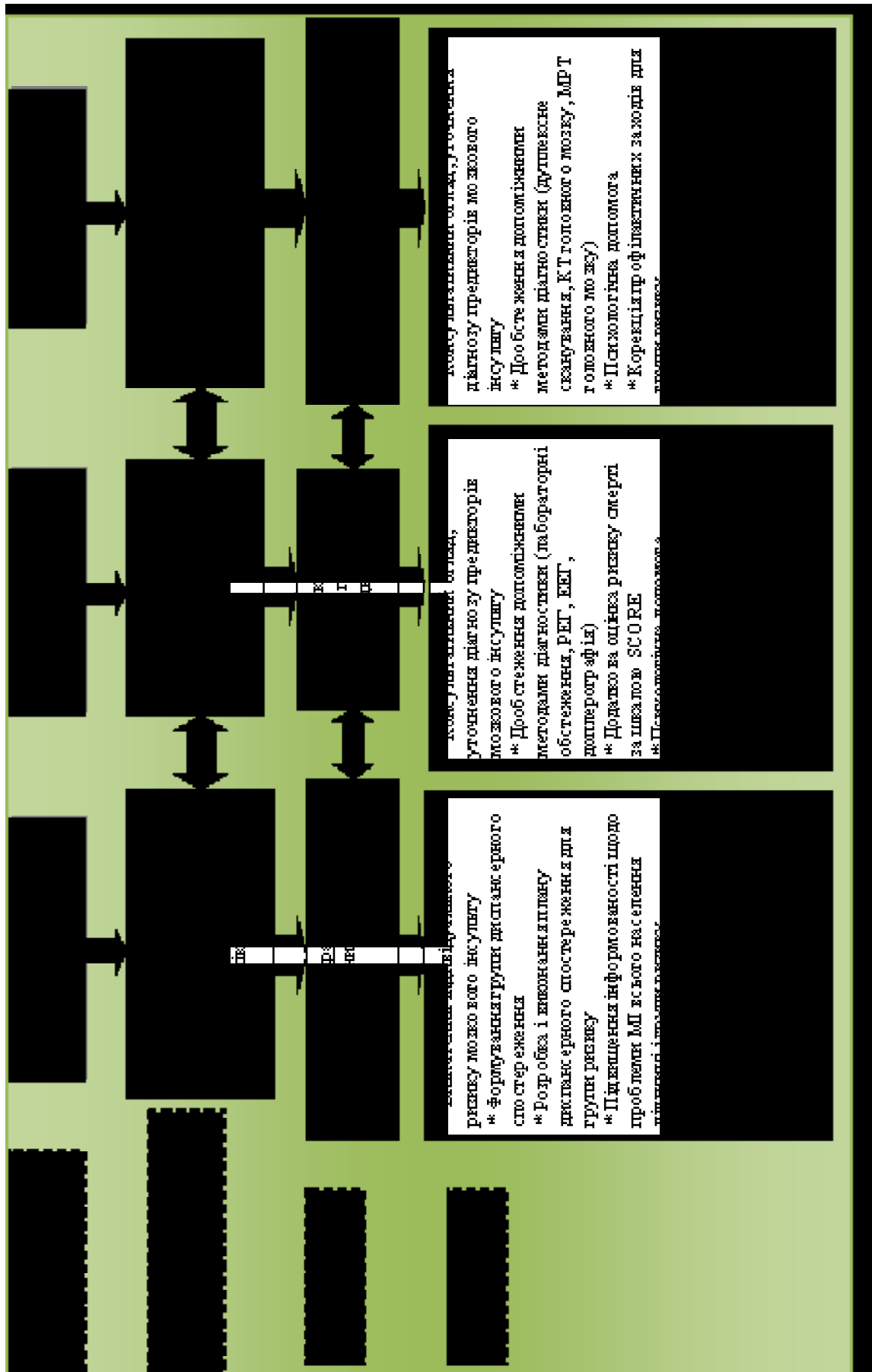


Рис. 2. Функціонально-організаційна модель цільової профілактики ГПМК в умовах лікувально-профілактичних закладів різних рівнів

4. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий // Нов. медицини и фармації. – 2010. – Т. 309, № 4. – С. 6.
5. Міщенко Т. С. Профілактика мозкового інсульту : метод. реком. / Т. С. Міщенко, Є. В. Лекомцева. – Х., 2006. – 15 с.
6. Москаленко В. Ф. Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної: Монографія / В. Ф. Москаленко – К. : Авіцена, 2009. – 240 с.
7. Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки : постанова КМУ № 761 від 31.05.2006 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/>. – Назва з екрану.
8. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки : постанова КМУ № 14 від 10.01.2002 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/>. – Назва з екрану.
9. Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги : наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/>. – Назва з екрану.
10. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я : постанова КМУ № 989 від 20.06.2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/>. – Назва з екрану.
11. Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні : Указ Президента України від 04.02.1999 р. №117/99. – К., 1999. – 5 с.
12. Профілактика уражень мозку при артеріальній гіпертензії : метод. реком. / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, В. М. Граніч [та ін.]. – К., 2010. – 48 с.
13. Bonita R. Teaching course on prevention of stroke. Potential for Prevention of Stroke and Other Chronic Diseases in Different World Regions / R. Bonita // Междунар. неврологич. журн. – 2007. – № 2(12). – С. 171–174.
14. Chiuvе E. Stephanie. Primary prevention of stroke by healthylifestyle / Stephanie E. Chiuvе, Kathryn M. Rexrode, Donna Spiegelman [et al.] // Circulation. – 2008. – Vol. 118, № 8. – P. 947–954.
15. Goldstein L. B. Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association / Larry B. Goldstein, Robert Adams, Mark J. Alberts [et al.] // Circulation. – 2006. – Vol. 113. – P. 873–923.
16. Kjell Asplund What MONICA told us about stroke / Asplund Kjell // Lancet Neurology. – 2005. – Vol. 4, № 1. – P. 64–68.
17. Kjellstrom T. Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies. / T. Kjellstrom, B. Norrving, A. Shatchkute; WHO Regional Office for Europe. –Copenhagen. – P. 19.
18. The Atlas of Heart Disease and Stroke / Judith Mackay, George A. Mensah. – WHO, 2007. – Access mode: http://www.who.int/entity/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas. – Title from screen.

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

И. В. Олейник, Е. Г. Процек (Винница)

Предложенная функционально-организационная модель целевой профилактики острых нарушений мозгового кровообращения в условиях лечебно-профилактических учреждений разных уровней и органически связанные с ней схемы комплексного диспансерного наблюдения за группой риска развития мозгового инсульта и информационно-образовательного обеспечения направлены на усовершенствование методики комплексного наблюдения за состоянием здоровья контингентов риска. Модель главным образом ориентирована на врача общей практики/семейной медицины, а также определяет типы лечебно-профилактических учреждений и специалистов, которые привлекаются к наблюдению за группой риска.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: функционально-организационная модель, острые нарушения мозгового кровообращения, диспансерное наблюдение, группа риска.

SCIENTIFICALLY AND METHODOLOGICAL APPROACHES TO ORGANIZATION OF CLINICAL SUPERVISION ON PATIENTS WITH HIGH RISK OF STROKE INCIDENCE

I. V. Oliynyk, O. G. Procek (Vinnytsya)

Developed functionally and organizational model of a special purpose prevention of stroke in the conditions of different levels of medical care and schemes of clinical supervision on patients with high risk of stroke incidence and informatively-educational providing with a purpose of improving of complex supervision on the state of health of risk contingents. A model is oriented mainly to the general medicine practitioner, and also determines the types of medical hospitals and specialists which are brought over to watching the group of risk.

KEY WORDS: functionally and organizational model, acute disorder stroke, clinical supervision, groups of risk.

Рецензент: д.н. держ. упр., доц. Н.П. Кризина

УДК 616-006: [616.24+616.233]:616-057

О. І. РЕМЕННИК, Д. В. ВАРИВОНЧИК (Київ)

ПРОБЛЕМИ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ БРОНХІВ ТА ЛЕГЕНЬ ПРОФЕСІЙНОГО ҐЕНЕЗУ ТА ШЛЯХИ ЇХ РОЗВ'ЯЗАННЯ

ДУ "Інститут медицини праці АМН України"

Визначені основні проблеми первинної профілактики РБЛ професійного ґенезу та запропоновані заходи щодо їх розв'язання – перегляд гігієнічного нормування канцерогенних речовин у повітрі робочої зони (на основі прийняттого індивідуального канцерогенного ризику), покращення санітарно-гігієнічного моніторингу за ними, зниження та повне попередження їх потрапляння у повітря робочої зони; забезпечення працівників засобами індивідуального захисту органів дихання та шкіри, антиканцерогенним харчуванням; раціональний професійний відбір; боротьба з тютюнокурінням; попередження промислових викидів у атмосферне повітря.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: рак бронхів та легень, канцерогенні речовини, робоче місце, профілактика.

Рак бронхів та легень (РБЛ) на теперішній час є найбільш частим видом злоякісних новоутворень людини у світі. З початку ХХ століття захворюваність на РБЛ зросла у десятки разів, особливо виражений такий ріст в індустріально розвинутих країнах, де в структурі онкологічної захворюваності ця патологія займає перше місце [1;8]. Рак цієї локалізації частіше зустрічається серед населення країн із високим рівнем розвитку економіки, ніж серед країн, що розвиваються [9;12].

Рівень стандартизованого показника захворюваності на РБЛ чоловічого населення України за 21 рік спостереження (1976–1996 рр.) достовірно зріс на 35,6% – з 51,7 до 70,1 на 100 тис. відповідного населення, а кумулятивний ризик захворіти збільшився в 1,3 рази [2].

За даними ВООЗ, в етіології РБЛ провідна етіологічна роль належить: курінню тютюну – 80–90% (чол.), 50% (жін.), впливу канцерогенних агентів на робочому місці – 5–10%, техногенному забрудненню навколишнього середовища – 5–10% [6].

Враховуючи, що РБЛ належить до групи злоякісних новоутворень, рівень захворюваності на які піддається контролю заходами профілактики (Резолюції 58-ої сесії Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я "Профілактика раку і боротьба з ним" (WHA58.22)), заходи первинної профілактики є найважливішими у контролі за цією патологією на популяційному рівні [7].

Первинна профілактика РБЛ повинна ґрунтуватись на системі заходів, спрямованих на уникнення і зменшення ступеня впливу факторів ризику: скорочення осіб, що курять тютюн; контроль інгаляційного надходження канцерогенних речовин та агентів на робочому місці та із

довкілля. Вирішення цих завдань повинно бути системним і включати їх реалізацію заходами комунальної (контроль та попередження надходження канцерогенних речовин та агентів у довкілля) та соціальної гігієни (профілактика тютюнокуріння та раціональне харчування) [5].

Натепер в Україні та країнах СНД недостатньо уваги приділяється розробці наукових підходів до первинної профілактики РБЛ професійного ґенезу [4], що і визначило актуальність даного дослідження.

Мета дослідження: виявлення проблем у реалізації заходів первинної профілактики РБЛ професійного ґенезу та визначення науково обґрунтованих шляхів їх розв'язання.

Матеріали і методи. Визначення пріоритетних канцерогенних агентів на робочому місці для виникнення РБЛ проводилося за даними інформаційно-аналітичної системи Європейського Союзу "CAREX" (International Information System on Occupational Exposure to Carcinogens "CARcinogen EXposure", Finnish Institute of Occupational Health) [11] та даних щодо I групи речовин та агентів із доведеною канцерогенністю для людини Міжнародної агенції з дослідження раку ВООЗ ("IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans") [10].

Аналіз відповідності гігієнічного нормування канцерогенних речовин на робочому місці проводився шляхом розрахунку індивідуального ризику (ICR) для працівників при їх експонуванні на робочому місці канцерогенними речовинами, які можуть викликати РБЛ, на рівні ГДК_{р.з.м.р.} відповідно до чинного ГОСТ 12.1.005-88. Розрахунок ICR здійснювався за формулою 1, даних URi (первинні джерела – табл. 2). Розрахунок URo проводився для професійного стажу 40 років (формула 2). Розрахунок безпечного рівня ГДК_{р.з.с.з.} (Ci) проводився виходячи із формули 1,

при небезпечному рівні професійної експозиції $1,0 \times 10^{-3}$. Розрахунок $ГДК_{p,з.с.з.}$ проводився шляхом множення $ГДК_{p,з.с.з.}$ на коефіцієнт – 4,0, як для речовин з високим рівнем кумуляції [3]:

$$ICR = C_i \times UR_o \quad (1)$$

$$UR_o = UR_i \times 249 / 365 \times 40 / 70 \times 10 / 20 = 0,1949 \times UR_i \quad (2)$$

Адекватність моніторингу за канцерогенними речовинами на робочому місці вивчалась за даними, отриманими від центральних СЕС (МОЗ України, на водному транспорті, на залізничному транспорті), Республіканської СЕС АР Крим, 24-и обласних, м. Київ та м. Севастополя СЕС (за даними 2007 р.) та шляхом згрупування отриманих даних із використанням кластерного аналізу.

Заходи первинної профілактики розроблялись відповідно до національних та міжнародних директивних документів: “Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року”, Конвенція МОП №139 “Про боротьбу з небезпекою, що викликана канцерогенними речовинами та агентами у виробничих умовах, і заходи профілактики”, Резолюція 58-ої сесії Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я “Профілактика раку і боротьба з ним” (WHA58.22).

Результати дослідження та їх обговорення. Гігієнічне нормування канцерогенних речовин у повітрі робочої зони. За даними інформаційно-аналітичної системи ЄС “CAREX” нами визначені основні (ключові) канцерогенні речовини (із доведеною канцерогенністю для людини), які формують ризик виникнення РБЛ внаслідок експонування ними на робочому місці працівників різних галузей та виробництв промисловості (табл. 1).

До таких речовин належать: азбест, арсен (As), бенз(а)пірен, берилій (Be), біс(хлорметиловий) ефір, бітуми, смоли, пекі, діоксин (за 2,3,7,8-тетрахлородібензо-пара-діоксин), епіхлоргідрин, кадмій (сполуки) (Cd), нікель (сполуки) (Ni), сажа, силіцію діоксид (кристалічний), хром (VI) (сполуки) (Cr), іприт.

Для ефективної профілактики РБЛ професійного генезу необхідні заходи з попередження експозиції працюючих канцерогенними речовинами та агентами на робочому місці шляхом розробки гігієнічних нормативів для цих речовин у повітрі робочої зони та контроль за дотриманням безпечних умов праці на робочих місцях у канцерогенонебезпечних виробництвах.

Нами розраховані рівні одиночного інгаляційного канцерогенного ризику (UR_i), відповідно до якого визначені рівні середньо-змінної $ГДК_{p,з.с.з.}$ (при максимальному канцерогенному рівні, прийнятному для індивідуальної професійної експозиції на рівні 10^{-3} , на підставі якого визначені максимальні разові рівні $ГДК_{p,з.м.р.}$ – $ГДК_{p,з.с.з.}$ / $ГДК_{p,з.м.р.}$ / $ГДК_{p,з.с.з.}$ 4,0).

Дослідженням встановлено, що чинні в Україні гігієнічні нормативи для:

1) азбесту не відповідають рівню канцерогенної професійної безпеки і потребують переведення гігієнічного нормування цього показника за кількістю волокон в об'ємі повітря (пропонується: $ГДК_{p,з.с.з.}$ – 0,05 волокон/м³; $ГДК_{p,з.м.р.}$ – 0,2 волокон/м³). Доцільним є також часткове приєднання України до Директив ЄС 83/477/ЄЕС від 19 вересня 1983 р. та 2003/18/ЄС від 27 березня 2003 р. шляхом заборони використання у промисловості наступних видів азбесту: актиноліт (CAS № 77536-66-4), грунеріт (амозіт) (CAS № 12172-73-5), антофіліт (CAS № 77536-67-5), крокодиліт (CAS № 12001-28-4), тремоліт (CAS № 77536-68-6). Доцільним є дозвіл на контрольоване використання у промисловості лише хризотилового азбесту (CAS № 12001-29-5), після налагодження гігієнічного нормування та контролю його кількості у повітрі робочої зони;

2) арсену не відповідають рівню канцерогенної професійної безпеки і потребують зниження діючих $ГДК$ (пропонується: $ГДК_{p,з.с.з.}$ – 0,001 мг/м³; $ГДК_{p,з.м.р.}$ – 0,004 мг/м³);

3) бенз(а)пірену – $ГДК_{p,з.м.р.}$ відповідають рівню канцерогенної професійної безпеки і не потребують введення $ГДК_{p,з.с.з.}$;

4) берилію – $ГДК_{p,з.м.р.}$ відповідають рівню канцерогенної професійної безпеки і не потребують введення $ГДК_{p,з.с.з.}$;

5) біс(хлорметиловий)ефіру – відсутнє нормування даної речовини в Україні, що потребує введення $ГДК$ (пропонується: $ГДК_{p,з.с.з.}$ – 0,0004 мг/м³; $ГДК_{p,з.м.р.}$ – 0,001 мг/м³);

6) діоксину (за 2,3,7,8-тетрахлородібензо-пара-діоксин) – $ГДК_{p,з.м.р.}$ відповідають рівню канцерогенної професійної безпеки і не потребують введення $ГДК_{p,з.с.з.}$;

7) епіхлоргідрину – $ГДК_{p,з.м.р.}$ відповідають рівню канцерогенної професійної безпеки, але потрібне введення $ГДК_{p,з.с.з.}$ (пропонується: $ГДК_{p,з.с.з.}$ – 0,2 мг/м³);

8) кадмію та його сполук не відповідають рівню канцерогенної професійної безпеки і потребують зниження діючих $ГДК$ (пропонується: за кадмієм – $ГДК_{p,з.с.з.}$ – 0,001 мг/м³; $ГДК_{p,з.м.р.}$ – 0,004 мг/м³);

9) нікелю та його сполук – $ГДК_{p,з.м.р.}$ відповідає рівню канцерогенної професійної безпеки, але потрібне введення $ГДК_{p,з.с.з.}$ (пропонується: за нікелем – $ГДК_{p,з.с.з.}$ – 0,01 мг/м³);

10) силіцію діоксиду (кристалічного) – не відповідають рівню канцерогенної професійної безпеки і потребують переведення гігієнічного нормування цього показника за чистим SiO_2 (пропонується: $ГДК_{p,з.с.з.}$ – 0,1 мг/м³; $ГДК_{p,з.м.р.}$ – 0,4 мг/м³);

11) хрому (VI) сполук – не відповідають рівню канцерогенної професійної безпеки і потребують зниження чинних $ГДК$ (пропонується: за хромом – $ГДК_{p,з.с.з.}$ – 0,0003 мг/м³; $ГДК_{p,з.м.р.}$ – 0,001 мг/м³);

Таблиця 1. Виробництва із високим ризиком виникнення серед працівників РБЛ, після їх експозиції канцерогенними речовинами та агентами в Україні

Виробництво	Можливе експонування етіологічними факторами РБЛ
Сільське господарство, мисливство, рибальство	азбест, SiO ₂ , As
Добувна галузь	
Добування вугілля	SiO ₂
Добування сирої нафти та природного газу	SiO ₂ , Be, Ni, Cr, ПАВ
Добування металевих руд, неметалевих корисних копалин	SiO ₂ , As, Ni, ПАВ
Добування уранових руд	SiO ₂ , ПАВ, Rn-222
Добування мінеральної сировини	SiO ₂
Обробна галузь	
Виробництво харчових продуктів, напоїв	SiO ₂ , Cr, Ni, епіхлоргідрин, ПАВ
Тютюнове виробництво	SiO ₂ , ПАВ
Текстильне виробництво	SiO ₂ , азбест, Be, Cd, Ni, Cr, ПАВ
Легка, взуттєва, шкіряна промисловість	SiO ₂ , Cd, Ni, Cr, ПАВ
Деревообробне виробництво	азбест, SiO ₂ , As, Cd, Ni, Cr, епіхлоргідрин, ПАВ
Паперове виробництво	азбест, SiO ₂ , Ni, Cr, епіхлоргідрин, ПАВ, діоксини
Поліграфічне виробництво	азбест, SiO ₂ , As, Cd, Ni, Cr, епіхлоргідрин, ПАВ
Хімічна промисловість, переробка та очистка нафти, вугілля	азбест, SiO ₂ , As, Be, Cd, Ni, Cr, біс(хлорметиловий) та метилхлорметиловий ефіри, епіхлоргідрин, ПАВ
Гумове виробництво	азбест, SiO ₂ , Be, Cd, Ni, Cr, епіхлоргідрин, ПАВ
Пластмасове виробництво	азбест, SiO ₂ , Cd, Ni, Cr, епіхлоргідрин, ПАВ, діоксин
Виготовлення продукції із неметалевих мінеральних ресурсів	азбест, SiO ₂ , As, Cd, Ni, Cr, епіхлоргідрин, ПАВ
Скляне виробництво	азбест, SiO ₂ , As, Be, Cd, Ni, Cr, ПАВ
Фаянсово-порцелянове та глиняне виробництво	SiO ₂ , Cd, Ni, Cr, ПАВ
Виробництво заліза та сталі, кольорових металів	азбест, SiO ₂ , As, Be, Cd, Ni, Cr, епіхлоргідрин, ПАВ
Виробництво продукції із металу (в т.ч. зварювальні роботи)	азбест, SiO ₂ , As, Be, Cd, Ni, Cr, епіхлоргідрин, біс(хлорметиловий) та метилхлорметиловий ефіри, ПАВ
Машинобудування, приладобудування (в т.ч. зварювальні роботи)	азбест, SiO ₂ , As, Be, Cd, Ni, Cr, епіхлоргідрин, ПАВ
Меблеве виробництво	SiO ₂ , As, Ni, Cr, епіхлоргідрин, ПАВ
Енергетика	
Виробництво електроенергії	азбест, As, SiO ₂ , Be, Cd, Ni, Cr, ПАВ, Rn-222
Добування та транспортування води (в т.ч. зварювальні роботи)	азбест, SiO ₂ , Cr
Будівництво	
Будівельні роботи (в т.ч. зварювальні роботи)	азбест, SiO ₂ , As, Be, Cd, Ni, Cr, епіхлоргідрин, ПАВ
Транспорт	
Наземний та водний транспорт	азбест, SiO ₂ , Cr, ПАВ
Повітряний транспорт	азбест, SiO ₂ , Be, Cd, Ni, Cr, ПАВ
Обслуговування транспорту (в т.ч. зварювальні роботи)	азбест, SiO ₂ , Cd, Ni, Cr, ПАВ
Зв'язок	азбест, ПАВ
Охорона здоров'я	SiO ₂ , As, Be, Cd, Ni, Cr, епіхлоргідрин, біс(хлорметиловий) та метилхлорметиловий ефіри, ПАВ, Rn-222
Наука, освіта	азбест, SiO ₂ , As, Be, Cd, Ni, Cr, епіхлоргідрин, біс(хлорметиловий) та метилхлорметиловий ефіри, ПАВ, Rn-222

12) бітуму, смол, пеків, саж – існуючі гігієнічні нормативи в Україні потребують анулювання через вміст суміші канцерогенних речовин і введення контролю на робочих місцях за рівнем ПАВ (за бенз(а)піреном);

13) іприту (гірчичного газу) – необхідна заборона даної речовини для використання у про-

мисловості України, як для речовини, що належить до хімічної зброї (відповідно до “Конвенції про заборону розробки, виробництва, нагромадження і застосування хімічної зброї і про її знищення” (Париж, 1993 р.), ратифікованої Україною 16 жовтня 1998 р.) (табл. 2).

Таблиця 2. Оцінка діючих в Україні рівнів ГДК хімічних речовин у повітрі робочої зони, відповідно до їх канцерогенного потенціалу

Канцерогенні речовини	URo ($(\text{мг}/\text{м}^3)^{-1}$) ¹⁾	URi		Умовно-безпечний рівень ³⁾ : ГДК _{р.з.с.з} ГДК _{р.з.м.р} ($\text{мг}/\text{м}^3$)	Відповідно до діючого ГОСТ ⁴⁾ : ГДК _{р.з.с.з} ГДК _{р.з.м.р} ($\text{мг}/\text{м}^3$)	Потреби у зміні діючих ⁵⁾ : ГДК _{р.з.с.з} ГДК _{р.з.м.р}
		$(\text{мг}/\text{м}^3)^{-1}$	Джерело ²⁾			
Азбест (10,0 % / >10,0 %)	63,0	12,28	ТАС	$\leq 4,0 \times 10^{-5}$	–	За кількістю волокон: $5,0 \times 10^{-2}$
				$\leq 1,6 \times 10^{-4}$	4,0 / 2,0 [0,4 / 0,2] ⁶⁾	
	–	0,019 (волок / м^3) ⁻¹	ТАС	$\leq 5,0 \times 10^{-2}$	–	$2,0 \times 10^{-1}$ (волок / м^3)
Арсен (As)	3,3	0,64	ТАС	$\leq 1,0 \times 10^{-3}$	$1,0 \times 10^{-2}$	$1,0 \times 10^{-3}$
				$\leq 4,0 \times 10^{-3}$	$4,0 \times 10^{-2}$	$4,0 \times 10^{-3}$
Бенз(а)пірен	1,1	0,21	ТАС	$\leq 0,004$	–	на рівні ГДК _{р.з.}
				$\leq 0,016$	$1,5 \times 10^{-4}$	м.р ↔
Берилій (Be)	2,4	0,47	IRIS	$\leq 2,0 \times 10^{-3}$	–	на рівні ГДК _{р.з.}
				$\leq 8,0 \times 10^{-3}$	$1,0 \times 10^{-3}$	м.р ↔
Біс(хлорметиловий) ефір	13,0	2,53	RCHAS -S	$\leq 4,0 \times 10^{-4}$	–	$4,0 \times 10^{-4}$
				$\leq 1,6 \times 10^{-3}$	–	$1,0 \times 10^{-3}$
Діоксин (за 2,3,7,8-тетрахлородібензопарадіоксин)	38000	7406,2 0	ТАС	$\leq 1,0 \times 10^{-7}$	–	на рівні ГДК _{р.з.}
				$\leq 4,0 \times 10^{-7}$	$5,0 \times 10^{-13}$	м.р ↔
Епіхлорогідрин	0,023	0,0045	RCHAS -S	$\leq 2,0 \times 10^{-1}$	–	$2,0 \times 10^{-1}$ $\text{мг}/\text{м}^3$
				$\leq 8,0 \times 10^{-1}$	1,0	↔
Кадмій (сполуки) (Cd)	4,2	0,82	ТАС	$\leq 1,0 \times 10^{-3}$	$1,0 \times 10^{-2}$	$1,0 \times 10^{-3}$
				$\leq 4,0 \times 10^{-3}$	$5,0 \times 10^{-2}$	$4,0 \times 10^{-3}$
Нікель (сполуки) (Ni)	0,26	0,05	ТАС	$\leq 1,7 \times 10^{-2}$	–	$1,0 \times 10^{-2}$
				$\leq 7,0 \times 10^{-2}$	$5,0 \times 10^{-2}$	↔
Силіцію діоксид (кристалічний)	0,05	0,10	G.D.F.	$\leq 1,0 \times 10^{-1}$	–	За SiO ₂ : $1,0 \times 10^{-1}$
				$\leq 4,0 \times 10^{-1}$	1,0-10,0 [0,08–1,4] ⁶⁾	$4,0 \times 10^{-1}$
Хром (VI) (сполуки) (Cr)	15,0	2,92	ТАС	$\leq 3,0 \times 10^{-4}$	–	$3,0 \times 10^{-4}$
				$\leq 1,2 \times 10^{-3}$	$1,0 \times 10^{-2}$	$1,0 \times 10^{-3}$
Бітуми, смоли, пекі	–	–	–	–	–	Нормується за бенз(а)піреном
Сажа	–	–	–	–	0,05–0,2 4,0	
Іприт	–	–	–	–	–	Заборонено до використання

Примітки: ¹⁾ URo=URi249/36540/7010/20=0,1949URi; ²⁾ ТАС – Toxic Air Contaminant document, Office of Environmental Health Hazard Assessment (ОЕННА); RCHAS-S – Standard Proposition 65 document, ОЕННА; IRIS – Integrated Risk Information System, U.S. Environmental Protection Agency (US EPA); G.D.F. – Goldsmith D.F. et al., 1995; ³⁾ при професійному ризику на рівні до $1,010^{-3}$; ⁴⁾ ГОСТ 12.1.005-88 та зміни до нього; ⁵⁾ коефіцієнт розбіжності між ГДК_{р.з.м.р} / ГДК_{р.з.с.з} = 4,0 (як для надвисоко кумулятивних речовин); ⁶⁾ у перерахунку на чистий азбест чи кристалічний SiO₂ (відповідно до масової долі у виробничому пилі).

Моніторинг за канцерогенними речовинами на робочому місці. У ході дослідження було визначено, що мережа обласних та спеціалізованих СЕС в Україні не теперішній час (2007 р.) не здатна проводити повноцінний санітарно-гігієнічний моніторинг на робочому місці за більшістю канцерогенних речовин, що викликають РБЛ (табл. 3). Частота проведення моніторингу на робочих містах не відповідає ГОСТу 12.1.005-88 (п. 4.2.5) через відсутність обладнання для проведення

досліджень (78,6%), витратних матеріалів та реактивів (59,5%), метрологічно-атестованих методик та державних аналітичних стандартів (35,7%).

Для поліпшення санітарно-гігієнічного моніторингу за канцерогенними речовинами на робочому місці доцільно створити Національну референт-лабораторію контролю за канцерогенними речовинами та агентами (НРЛК), що дозволить централізовано оснастити її сучасним, високоточним обладнанням, яке має високу вартість.

Таблиця 3. Потенціал мережі центральних та обласних СЕС України щодо забезпечення санітарно-гігієнічного моніторингу за хімічними канцерогенними агентами, за даними кластерного аналізу (2007 р.)

Рівні потенціалу у СЕС	Хімічні канцерогени (% СЕС, які досліджують чи мають можливість досліджувати канцерогенний агент)
“Високий” (80–100%)	– Хрому (VI) сполуки (96,4%) – Епіхлоргідрин (92,8%) – Нікель та його сполуки (89,3%)
“Помірний” (50–79%)	– Силіцію діоксид (71,5%) – Кадмій та його сполуки (71,4%) – Азбест (67,9%) – Арсен і його сполуки (67,8%)
“Низький” (1–49 %)	– Берилій та його сполуки (17,9%) – Бенз(а)пірен (14,2%)
“Відсутній”	– Смоли, бітуми пеки та їх сублимати (0%) – Сажа (0%) – Біс(хлорметиловий)ефір (0%) – Діоксин (2,3,7,8-тетрахлородібензо-пара-діоксин) (0%)

Це дозволить знизити собівартість досліджень, необхідних для проведення моніторингу за канцерогенною небезпекою на робочих місцях, збільшить охоплення підприємств таким моніторингом та розвантажить центральні та обласні СЕС. Доцільною є організація моніторингу за канцерогенними речовинами та агентами наступним чином:

- забір проб на робочому місці та направлення їх до НРЛК – відділ гігієни праці районної (спеціалізованої) СЕС;
- проведення кількісного аналізу та оповіщення обласних та центральних СЕС про їх результати – НРЛК;
- територіальний контроль за канцерогенною небезпекою на робочих місцях – відділ гігієни праці обласної, центральної СЕС.

Вважаємо, що контролю за канцерогенними речовинами та агентами, які належать до I групи за МАДР, підлягають контролю з періодичністю 1 раз на 10 днів, але не рідше одного разу на місяць.

Заходи зі зменшення експозиції канцерогенними речовинами та агентами на робочому місці. Основним напрямком попередження експозиції працівників канцерогенними речовинами та агентами залишаються заходи, спрямовані на:

- заміну канцерогенних речовин, які використовуються у технологічному процесі, на неканцерогенні чи менш канцерогенні (які мають менший канцерогенний потенціал);

- зменшення потрапляння канцерогенних речовин та агентів у повітря робочої зони шляхом застосування санітарно-технічного устаткування (система вентиляції, аспірації тощо), герметизації технологічного обладнання;

- зменшення потрапляння канцерогенних речовин інгаляційним шляхом в організм працюючих шляхом використання ЗІЗ, відповідно до рівнів та кратності перевищення ГДК для канцерогенних речовин у повітрі робочої зони: респіраторів з клапаном видиху (перевищення до 4 ГДК – клас захисту FFP1; до 12 ГДК – FFP2; до 50 ГДК – FFP3), респіраторів-напівмасок та масок зі змінними фільтрами (перевищення з 50 до 100–200 ГДК) (перевищення до 4 ГДК – класи захисту FFP1; до 12 ГДК – FFP2; до 50 ГДК – FFP3).

Рациональний професійний відбір. Важливим напрямком первинної профілактики є недопущення до праці та своєчасне виведення із професії працівників з високим індивідуальним ризиком виникнення РБЛ – факультативні передракові захворювання органів дихання (патологічні стани, при яких спостерігається плоскоклітинна

метоплазія бронхіального епітелію: хронічний рецидивний бронхіт, хронічні абсцеси, бронхоектази, каверни, кісти, пневмофіброз, часті інтер-

стиціальні пневмонії), із частотою малігнізації на рівні 10–15%. Запропоновані нами основні медичні критерії для цього наведені в табл. 4.

Таблиця 4. Медичні критерії недопущення та виведення із професії працівників, які мають високий індивідуальний ризик виникнення РБЛ

Медичні критерії	Недопущення до роботи	Виведення із професії
Абсолютні	<ul style="list-style-type: none"> – вік до 18 років. – наявне чи перенесене раніше злоякісне новоутворення будь-якої локалізації – наявне чи перенесене раніше доброякісне новоутворення органів дихання – наявне хронічне захворювання бронхів чи легень (незалежно від активності патологічного процесу) – наявність будь-якого професійного захворювання – встановлена інвалідність (внаслідок будь-якого захворювання) 	<ul style="list-style-type: none"> – виявлення злоякісного новоутворення будь-якої локалізації – виявлене доброякісне новоутворення органів дихання – встановлення будь-якого професійного захворювання – встановлення інвалідності за загальним захворюванням
Відносні	<ul style="list-style-type: none"> – вік до 30 років – наявність в сімейному анамнезі РБЛ – наявність в професійному анамнезі контакту із речовинами та агентами (при перевищенні ГДК/ГДР і стажі понад 10 років) – індивідуальна неможливість використання ЗІЗ 	<ul style="list-style-type: none"> – підозра на злоякісне новоутворення будь-якої локалізації (тимчасово, до встановлення заключного діагнозу) – підозра будь-якого професійного захворювання (тимчасово, до встановлення заключного діагнозу) – клініко-функціональне прогресування хронічного захворювання бронхів чи легень – індивідуальна неможливість використання ЗІЗ

Заходи популяційної профілактики РБЛ. Хоча такі фактори ризику виникнення РБЛ, як куріння тютюну, проживання в умовах забруднення атмосферного повітря канцерогенними речовинами та агентами, особливості харчування, біологічна схильність, не визначають виникнення РБЛ професійного ґенезу, але вони значно збільшують фоновий рівень та індивідуальний ризик його виникнення під впливом професійної експозиції канцерогенними речовинами, що також визначає необхідність реалізації заходів, спрямованих на їх зменшення шляхом:

- системної боротьби із курінням на робочому місці, попередження пасивного куріння працівників (доступна профілактична освіта та групи позбавлення тютюнової залежності, облаштування окремих кімнат для куріння, заохочення осіб, що не палять);

- попередження промислових викидів у атмосферне повітря, які можуть бути джерелом канцерогенного забруднення (облаштування системи очистки промислових викидів);

- забезпечення працівників, що працюють у канцерогенонебезпечних умовах, під час обідньої перерви та короткочасних перерв антиканцерогенним харчуванням, із 80–100% забез-

печенням добової потреби у селені, вітамінах Е (токоферол) та С (аскорбінова кислота), глютаїні, біофлавоноїдах (кварцетин), фітоестрогенах, поліфенолах та інших біологічно-активних речовин (ізотіоціанати, лікопени, алоцини), поліненасичених жирних кислотах (ω -3), а також клітковині. Шляхом розширення меню харчування за рахунок: сирих та заморожених овочів (білокачанна капуста, броколі, кольорова капуста, хрін, гірчиця, редис, томати, цибуля, кабачки, цукіні, спаржа, шпинат), зелені, фруктів (яблука, авокадо, грейпфрути, персики, суниця, апельсини), волоських горіхів, зеленого чаю, морських видів риби і її печінки чи/та додаткового централізованого забезпечення працівників біологічно-активними добавками, які містять антиканцерогенні харчові речовини.

Висновки

Пріоритетним напрямком зниження захворюваності населення України на РБЛ є реалізація заходів первинної профілактики. Проведеним дослідженням визначено основні проблеми з цього питання та шляхи їх розв'язання:

- необхідність перегляду гігієнічного нормування у повітрі робочої зони відповідно до прийнятого індивідуального канцерогенного ризику для працівників;

- удосконалення санітарно-гігієнічного моніторингу за канцерогенними речовинами та агентами на робочому місці;
- покращення санітарно-технічного та технологічного забезпечення на робочих місцях для зниження та повного попередження потрапляння канцерогенних хімічних речовин у повітря робочої зони;
- забезпечення працівників засобами індивідуального захисту залежно від хімічних особливостей речовин та кратності їх перевищення ГДК у повітрі робочої зони;
- раціонального професійного відбору осіб для роботи у канцерогенонебезпечних умовах;
- боротьби із тютюнокурінням на робочому місці;
- попередження промислових викидів у атмосферне повітря;
- забезпечення працівників антиканцерогенним харчуванням на робочому місці.

Впровадження вищезазначеної системи профілактики РБЛ дозволяє досягти високої ефективності, яка виражається у :

- 1) соціальній ефективності – покращення умов праці на канцерогенонебезпечних виробництвах, підвищення доступності якісного медико-санітарного обслуговування працюючого населення, створення непрямих умов для подовження тривалості життя працюючих;
- 2) економічній ефективності – створення умов для зниження прямих та опосередкованих втрат держави та працедавця за рахунок зниження рівнів захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, інвалідності працюючих у канцерогенонебезпечних виробництвах;
- 3) медичній ефективності – створення умов для зниження рівнів захворюваності, ризиків виникнення РБЛ, запровадження системи ранньої діагностики РБЛ та покращення експертного встановлення професійного раку серед хворих на РБЛ.

Список літератури

1. Давыдов М. И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2004 г. / М. И. Давыдов, Е. М. Аксель // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2006. – № 3, Прил. 1. – 132 с.
2. Захворюваність населення України на злоякісні новоутворення – результати 21-річного моніторингу (1976–1996) / Гулак Л. О., Федоренко З. П., Горюх Є. Л. [та ін.]. – К., 2004. – 64 с.
3. Коршун М. Н. Об установлении максимально разовых и среднесменных ПДК химических веществ в воздухе рабочей зоны / М. Н. Коршун // Укр. журн. з пробл. мед. праці. – 2010. – № 2. – С.48–54.
4. Кундієв Ю. І. Професійний рак: Епідеміологія та профілактика / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, Д. В. Варивончик. – К. : Наукова думка, 2008. – 336 с.
5. Райхман Я. Новое в профилактике рака – системный подход / Я. Райхман [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.all-about-cancer-prevention.com/prf.1.htm>. – Название с экрана.
6. Ревич Б. А. Экологическая эпидемиология / Б. А. Ревич, С. Л. Авалиани, Г. И. Тихонова. – М., 2004. – 384 с.
7. Резолюция 58-й сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения “Профилактика рака и борьба с ним” (WHA58.22). – Женева: ВОЗ, 2005. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_22-ru.pdf. – Заглавие с экрана.
8. Трахтенберг А. Х. Рак легкого / А. Х. Трахтенберг, К. И. Колбанов // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2008. – № 4. – С. 3–9.
9. Doll R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today / R. Doll, R. Peto // J. Natl. Cancer. Inst. – 1981. – Vol. 66. – P. 1191–1308.
10. <http://www.iarc.fr>.
11. <http://www.ttl.fi/en>.
12. Tumours of the lung : Epidemiology and etiology // Pathology and Genetics of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart / WHO, OMS, IARC; eds.: W. D. Travis, E. Brambilla, H. K. Muller-Hermelink, C. C. Harris. – Lyon : IARC Press, 2004. – P. 12–16.

ПРОБЛЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА БРОНХОВ И ЛЕГКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

О. І. Ременник, Д. В. Варивончик (Київ)

Определены основные проблемы в первичной профилактике РБЛ профессионального генеза, предложены мероприятия по их решению – пересмотр подходов к гигиеническому нормированию канцерогенных веществ в воздухе рабочей зоны (на основе приемлемого индивидуального канцерогенного риска), улучшение санитарно-гигиенического мониторинга за ними, снижение и полное предупреждение их попадания в воздух рабочей зоны; обеспечение работников средствами индивидуальной защиты органов дыхания и кожи, антиканцерогенным питанием; рациональный профессиональный отбор; борьба с табакокурением; предупреждение промышленных выбросов в атмосферный воздух.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **рак бронхов и легких, канцерогенные вещества, рабочее место, профилактика.**

PROBLEMS OF PRIMARY PREVENTION OF BRONCHI AND LUNGS CANCER OF OCCUPATIONAL GENESIS AND WAYS OF ITS SOLVING*O. I. Remennyk, D. V. Varyvonchuk (Kyiv)*

Main problems have been highlighted on the primary prevention of bronchi and lungs cancer (BLC) of occupational genesis and measures of their solving have been proposed – review of hygienic rating of cancer substances in the working zone air (based on the distinguished individual cancer risk), improvement of sanitary and hygienic monitoring of such substances, decrease and prevention of their entering the working zone air; provision of workers with anti-cancer nutrition; provision of workers with personal protective equipment for respiratory organs and skin, proper occupational selection, control of tobacco smoking, prevention of industrial emissions in the atmospheric air.

KEY WORDS: bronchi and lungs cancer, carcinogenic substances, workplace, prevention.

Рецензент: д.мед.н., проф. А.М. Нагорна

УДК: 614.2(477.84)

А. Г. ШУЛЬГАЙ, А. О. ГОЛЯЧЕНКО, Н. Я. ПАНЧИШИН, В. Л. СМІРНОВА (Тернопіль)

РЕГІОНАЛЬНІ ЗМІНИ В СТАНІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТА ЙОГО ОХОРОНІ (на прикладі Тернопільської області)

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Досліджені зміни в стані здоров'я і матеріально-технічному забезпеченні охорони здоров'я Тернопільської області за 2004 – 2009 рр. Відмічено дві характерні тенденції: здоров'я населення погіршується, матеріально-кадрові ресурси зростають. Для пояснення цієї невідповідності потрібні подальші дослідження.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: здоров'я, система охорони здоров'я.

В Україні здійснюється програма соціально-економічних заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я народу. Допоки його основні показники погіршувались. Прийнята низка заходів законодавчого характеру, зокрема, реалізується Комплексна Міжгалузева програма «Здоров'я нації на 2002–2011 рр.», кілька десятків цільових комплексних програм, спрямованих на вирішення болючих питань громадського здоров'я. Враховуючи, що термін здійснення основної програми «Здоров'я нації на 2002 – 2011 рр.», наближається до завершення, стає актуальним підведенням проміжних підсумків, зокрема на регіональному рівні [1; 2; 7].

Мета дослідження: проаналізувати основні показники діяльності системи охорони здоров'я Тернопільської області протягом 2004–2009 рр.

Матеріали і методи. В якості основного джерела інформації використали офіційні статистичні дані, що збираються в країні згідно прийнятої системи статистичного обліку здоров'я населення та діяльності медичних закладів.

Результати дослідження та їх обговорення. В таблиці 1 представлені основні демографічні зміни в області протягом досліджуваного періоду. Вони мають дві характерні особливості. Перша полягає в тому, що показники природного руху населення області поліпшились. Число померлих скоротилось на 1838 осіб порівняно з народженими, що призвело до того, що негативний природний приріс скоротився на 1,5 ‰. Друга особливість демографічних процесів полягає в тому, що його визначив не природний, а механічний рух людності. Лише за три роки населення області скоротилось на 33,3 тис. осіб, або на такі райони, як Ланівецький, Монастириський, Шумсь-

Таблиця 1. Основні демографічні зміни в Тернопільській області (2004–2009 рр.)

Показник	2004 р.	2009 р.	Різниця між 2009 і 2004 рр.
Число постійного населення (абс.)	1123351	1090081	- 33270
Народилось (абс.)	11094	12404	1310
Померло (абс.)	16180	15652	- 528
Природне скорочення (абс.)	5086	3248	- 1838
Народжуваність (на 1000 населення)	9,9	11,4	1,5
Смертність (на 1000 населення)	14,4	14,4	-
Природний приріст (на 1000 нас.)	- 4,5	- 3,0	- 1,5
Число померлих дітей до 1 року (абс.)	118	93	- 25
Смертність немовлят (на 1000 нас.)	10,86	7,40	- 3,46

кий (31,3 – 34,6 тис. осіб). Іншими словами, населення області продовжувало покидати рідну землю і шукати прихистку за межами країни.

В таблиці 2 представлена динаміка захворюваності населення області за досліджуваний період. Захворюваність на сифіліс і гонорею, активний туберкульоз серед сільського населення, алкогольні психози зменшилася, інші показники захворюваності погіршились. Загальна

захворюваність зросла на 12,3%, серед дорослих – на 13,1, а дітей – на 9,1%. Зросли найважливіші хронічні дегенеративні хвороби – системи кровообігу (на 23,1%), злоякісні новоутворення (на 1,7%).

Зниження числа хворих на сифіліс і гонорею «компенсував» ріст числа ВІЛ-інфікованих (на 64,7%), зростала поширеність хронічного алкоголізму (на 26,4%).

Таблиця 2. Динаміка захворюваності населення Тернопільської області в 2004–2009 рр.

Показник	2004 р.	2009 р.	Темп росту в 2009 р., %
Поширеність хвороб на 100 тис. населення	161183,8	180963,6	112,3
Поширеність хвороб серед дорослих і підлітків (на 100 тис. населення)	161529,9	182696,7	113,1
Поширеність хвороб серед дітей (на 100 тис. населення)	159558,0	174076,0	109,1
Поширеність хвороб системи кровообігу (на 100 тис. населення)	56060,9	69066,5	123,2
Захворюваність на злоякісні новоутворення (на 100 тис. населення)	288,1	292,9	101,7
Захворюваність на активний туберкульоз (на 100 тис. населення)	65,4	56,3	86,1
Захворюваність сільських жителів на активний туберкульоз (на 100 тис. населення)	59,6	64,0	107,4
Захворюваність інфекційними хворобами (на 100 тис. населення)	10029,5	15452,3	154,1
Захворюваність сифілісом (на 100 тис. населення)	25,0	15,2	60,8
Захворюваність гонореею (на 100 тис. населення)	63,6	20,1	31,6
Число ВІЛ-інфікованих (абс.)	51	84	164,7
Поширеність алкоголізму (на 10 тис. населення)	9,1	11,5	126,4
Захворюваність алкогольними психозами (на 10 тис. населення)	1,7	1,5	88,2

Зміни в мережі закладів охорони здоров'я, їхньої діяльності та фінансування наведені в таблиці 3. Усі ці показники мають позитивну динаміку: зросла забезпеченість лікарями на 6,8%, число шпиталізованих – на 8,8%, особливо в денних стаціонарах (на 39,2%) і стаціонарах вдома (на 35,2%), відвідуваність – на 4,5%. Зниження термінів перебування хворих в стаціонарі (на 7,3%) слід оцінювати теж позитивно, вважаючи, що воно зумовлене посиленням інтенсивності лікування та його якості. Суттєво зросли асиг-

нування на охорону здоров'я одного мешканця (більше трьох разів), однак маємо брати до уваги початковий мізерний рівень. Крім того, слід мати на увазі інфляційні процеси в країні.

Висновки

1. Здоров'я населення Тернопільської області з 2004 до 2009 року в цілому поліпшилося. Показники природного приросту поліпшились, а механічного руху продовжували характеризуватися негативними тенденціями. Показники захворюваності населення зросли, особливо на

Таблиця 3. Зміни в мережі закладів охорони здоров'я, їхній діяльності та фінансуванні

Показник	2004 р.	2009 р.	Відношення 2009 до 2004 р.
Число лікарів на 10 тис. населення	45,7	48,8	106,8
Забезпеченість лікарняними ліжками (на 10 тис. населення)	88,5	89,2	100,8
Число шпиталізованих (на 100 мешканців)	21,7	23,6	108,8
Середнє перебування хворого на ліжку (дні)	13,8	12,8	92,7
Число ліжок в денних стаціонарах (на 10 тис. населення)	12,6	14,7	116,7
Число шпиталізованих в денних стаціонарах (абс.)	71329	99313	139,2
Число пролікованих в стаціонарах вдома (абс.)	62229	84119	135,2
Відвідування на 1 мешканця	11,0	11,5	104,5
Число амбулаторій ЗП/СМ (абс.)	121	146	120,7
Число пологів в стаціонарах (абс.)	10874	12400	114,0
Число абортів в стаціонарах (абс.)	3700	2960	80,0
Асигнування на охорону здоров'я (гривень на 1 мешканця)	147,2	554,4	3,77 р.
Вартість медикаментів на 1 ліжко-день	3,64	18,89	5,19 р.
Вартість харчування на 1 ліжко-день	2,36	7,11	3,01 р.

соціальні хвороби (серцево-судинні захворювання, ВІЛ, алкоголізм).

2. Кількісні показники забезпеченості населення матеріально-кадровими ресурсами охорони здоров'я зросли, особливо стосовно розвитку денних і домашніх стаціонарів, росту амбулаторій загальної практики / сімейної медицини і обсягів фінансування.

3. Показники здоров'я населення і кількісний ріст матеріально-кадрових ресурсів системи охорони здоров'я не зовсім корелюють між собою, потребують подальших досліджень.

Перспективи подальших досліджень полягають у спостереженні за виконанням комплексної міжгалузевої програми «Здоров'я нації на 2002–2011 роки.»

Список літератури

1. *Комплексна міжгалузева програма «Здоров'я нації на 2002 – 2011 рр.»* – К., 2002. – 52 с.
2. *Концепція розвитку охорони здоров'я населення України.* – К., 2001. – 28 с.
3. *Леонова Н.В.* Практикум по социальной статистике. / Н.В. Леонова, И.В. Панасенко – Донецк: ДонНУ, 2008. – 98 с.
4. *Нікберг І.І.* – Гігієна з основами екології. / І.І. Нікберг, І.В. Сергета, Л.І. Цимбалюк – К.: Здоров'я, 2001. – 504 с.
5. *Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області.* – Тернопіль, 2007. – 126 с., 2008. – 128 с., 2009. – 127 с.
6. *Реформа охорони здоров'я в Україні / за ред. О.М. Голяченка.* – Тернопіль:, Лілея, 2006. – 160 с.
7. *Статистичний щорічник України на 2009 рік / за ред. О.Г. Осауленка* – К.: Консультант, 2007. – 598 с.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ЕГО ОХРАНЕ (на примере Тернопольской области)

А. Г. Шульгай, А. А. Голяченко, Н. Я. Панчишин, В. Л. Смирнова (Тернополь)

Исследованы изменения в состоянии здоровья и материально-техническом обеспечении здравоохранения Тернопольской области за 2004 – 2009 гг. Отмечены две характерные тенденции: здоровье населения ухудшается, материально-кадровые ресурсы растут. Для объяснения этого несоответствия требуются дальнейшие исследования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **здоровье, система здравоохранения.**

REGIONAL CHANGES IN A STATE OF POPULATION HEALTH AND THE HEALTH PROTECTION SYSTEM (by the example of Ternopil region)

A. Shulgay, A. Golyachenko, N. Panchyshyn, V. Smirnova (Ternopil)

Changes in a health state and logistical support of health protection are explored in the Ternopil area for 2004 – 2009. Two characteristic tendencies are marked: the health of population gets worse, material-skilled resources grow. For explanation of this disparity further researches are required.

KEY WORDS: **health, health protection system.**

Рецензент: д. мед. н., проф. О. М. Голяченко

УДК 614.2.003.2:008(477)

А.В. СКОРОХОД (Київ)

ШЛЯХИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Київський міський урологічний центр

Проведено аналіз різних форм фінансування системи охорони здоров'я, обговорюється можливість запровадження однієї з них на теренах України.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: фінансування охорони здоров'я, позабюджетні джерела фінансування, медичне страхування.

Реформи в галузі охорони здоров'я є однією з найважливіших складових тих перетворень, що зараз відбуваються в Україні. Створення в охороні здоров'я умов подальшої реалізації принципів справедливості, рівності, доступності та доцільності дасть можливість підвищити рівень ефективності та якості надання медичної допомоги населенню країни. Відповідно до цього характерними рисами системи охорони здоров'я повинні бути її мобільність, динамічність та гранична функціональність. Серед проблем, вирішення яких дозволить підвищити рівень здравоохоронних заходів, необхідно виділити проблему пошуку нових позабюджетних джерел фінансування.

Довгий час єдиним джерелом фінансування охорони здоров'я в Україні був та залишається державний бюджет. Бюджетний метод фінансування орієнтований на можливості бюджету, а не на реальні витрати галузі. Не випадково видатки на охорону здоров'я із загального і спеціального фондів Державного бюджету України на 2009 р. на охорону здоров'я зменшилися порівняно з 2008 р. на 3,48%. Це вимагає пошуку нових джерел фінансування.

Одним із них є добровільне медичне страхування. На даний час в Україні здійснюють свою діяльність понад 50 страхових компаній, що володіють досвідом, авторитетом і надійністю у виконанні взятих на себе зобов'язань. Різноманітні благодійні та громадські організації, фонди, створені на добровільних засадах (лікарняні каси, кредитні спілки, тощо), щорічно залучають на свої рахунки понад 3 млрд грн. 4805 благодійних організацій і фондів роблять свої внески у фінансування закладів охорони здоров'я України.

Таким чином, перехід до страхової медицини обумовлений специфікою ринкових відносин в

охороні здоров'я. Медичне страхування дозволяє людині зіставити необхідні витрати на охорону здоров'я зі станом свого здоров'я. Воно передбачає адміністративно-господарську самостійність лікувально-профілактичних закладів, бездефіцитність їх фінансування, забезпечення соціальних гарантій при наданні послуг соціально незахищеним верствам населення.

Обов'язкове (соціальне) страхування виникло 110 років тому у Німеччині і тепер у багатьох країнах становить основу фінансування системи охорони здоров'я. При обов'язковому медичному страхуванні кожний громадянин віддає певну частку особистого прибутку у вигляді страхового внеску (чи за нього це робить хтось інший). Незалежно від розміру цього внеску всі громадяни мають рівні права на отримання певного обсягу медичної допомоги, оплата якої здійснюється за рахунок страхових коштів. За умови використання такої системи півтора мільйони безробітних, що зараз мешкають в Україні, зможуть отримати медичну допомогу, не сплачуючи страхових внесків.

Медико-демографічну ситуацію, що склалася в Україні останнім часом, ряд авторів визначають як кризову, з низьким рівнем здоров'я дитячого й дорослого населення. Статеві-вікова структура характеризується постарінням населення. Частка осіб, старших працездатного віку, складає 23,3%. Усе це призводить до зміни структури навантаження населення працездатного віку дітьми та людьми похилого віку, яких припадає 768 на 1000 осіб працездатного за віком населення, причому навантаження дітьми зменшилося на 7,6%, а особами похилого віку – збільшилось на 1,5%.

Результати дослідження та їх обговорення. Все це, але в різних формах спостерігається в різних областях України. Наприклад, в Сумській області видатки на охорону здоров'я задовольняють потребу галузі лише на 40–50%.

Незважаючи на це, обсяги фінансування щорічно збільшуються і в 2009 р. склали 682,4 млн грн (6 міс. 2010 р. – 839,9 млн грн, 2005 р. – 274,5 млн грн, 2006 р. – 363,4 млн грн, 2007 р. – 465,8 млн грн, 2008 р. – 625,7 млн грн).

Витрати на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя – 586,54 грн в 2009 р. (6 міс. 2010 р. – 319,74 грн). Вартість одного ліжко-дня в стаціонарах області досягла в 2010 р. 122,16 грн (2009 р. – 7,14 грн та 11,67 грн), водночас фінансування одного амбулаторного відвідування по статті “медикаменти” навіть зменшилась – з 1,15 грн у 2006 р. до 1,03 грн у 2007 р.

Ось чому фахівці розглядають реформу системи охорони здоров'я в країні як необхідний комплекс державних, громадських та медичних заходів, що спрямовані на зміцнення та відновлення здоров'я нації. Розробка ефективної стратегії реформування системи охорони здоров'я можлива лише за умов урахування інтересів населення в охороні здоров'я. Такий підхід співпадає з принципами реформування систем охорони здоров'я в розвинутих країнах, проголошених ВООЗ для сучасного етапу.

Деякі автори підкреслюють, що оскільки головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни є джерела фінансування, кожна країна має визначити способи їх дослідження по-своєму, керуючись політичною системою, традиціями, економічним статусом та іншими параметрами [1].

Експерти ВООЗ відмічають складність наукового визначення тієї частини національних ресурсів, яка повинна асигнуватися на служби охорони здоров'я. Країнами з відносно невеликими прибутками на потреби охорони здоров'я витрачається не більше 2,5% валових національних продуктів (ВНП), у більшості ж розвинених держав – всього лише 1–2% ВНП, тоді як, наприклад, Німеччина витрачає на це 9,5% ВНП.

До теперішнього часу в світі склалися три основні форми фінансування охорони здоров'я: приватна, бюджетна (державна) і страхова.

При приватній формі фінансування весь обсяг медичної допомоги оплачує сам пацієнт. Бюджетна схема передбачає фінансування охорони здоров'я із загальних податкових надходжень до державного бюджету і охоплює всі категорії населення. При цьому основна частина медичних установ належить державі, управління здійснюється центральними і місцевими органами влади за ієрархічним принципом. Така модель отримала розвиток в Англії, Канаді, Італії, Швеції, Фінляндії і країнах СНД. З бюджету Швеції покривається 91% витрат на охорону здоров'я, Італії – 87%, Канади – 76%. Ця форма має багато спільного з системою, що існувала в колишньому СРСР, відрізняючись лише мірою

централізації управління і розвитком приватної медицини [1].

Системи фінансування охорони здоров'я з використанням механізмів медичного страхування набули поширення в більшості країн світу. При цьому передбачається більша або менша участь урядів у фінансуванні страхових фондів, регулюванні страхової моделі, що склалася сторіччями. Найбільших успіхів у розвитку систем страхування здоров'я досягли такі країни, як Німеччина, Франція, Нідерланди, Австрія, Японія, Бельгія, Канада, Італія, Швеція, Фінляндія. Фінансування охорони здоров'я в цих країнах здійснюється з використанням цільових внесків підприємців і особистих внесків громадян. Питомо вага коштів підприємців і працюючих громадян в різних країнах складає в середньому від 4 до 20% загального об'єму коштів, що витрачаються на охорону здоров'я.

В сучасних економічних умовах для України одним із необхідних напрямків реформування є перехід від системи виключно бюджетного фінансування охорони здоров'я до нової бюджетно-страхової моделі, що ґрунтується на різних формах медичного страхування.

При такій системі держава визначає основні правила функціонування системи, перелік основних послуг, які надаються застрахованим, перелік груп населення, що підлягають страхуванню, регулює розмір страхового внеску, вирішує спірні питання.

Впроваджуючи загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, можна вирішити наступні завдання:

- відійти від залишкового методу формування ресурсів галузі, поєднати бюджетні та позабюджетні кошти та забезпечити стале фінансування галузі;
- чітко визначити обсяг державних гарантій щодо медичної допомоги та пов'язати його з фінансовими можливостями системи;
- посилити соціально-економічну та юридичну відповідальність закладів охорони здоров'я за результати своєї діяльності;
- впровадити принцип соціальної солідарності на рівні держави;
- забезпечити незалежний, більш ефективний контроль за діяльністю медичних закладів, за якістю та ефективністю медичної допомоги.

Передбачається, що в системі медичного страхування надання медичної допомоги має здійснюватися закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування, за умови проходження державної акредитації та наявності відповідної ліцензії. При цьому вони несуть всю повноту відповідальності за результати своєї лікувальної та фінансово-господарської діяльності.

Державний бюджет повинен взяти на себе фінансування соціально-значимих медико-санітарних і оздоровчих цільових програм, включаючи фінансування закладів психіатричної, наркологічної, протитуберкульозної служб, санаторно-курортних та санітарно-епідеміологічних закладів, забезпечення пільгових груп громадян лікарськими засобами і виробами медичного призначення, державних цільових програм, фінансування державних капіталовкладень, тощо. Мобілізація фінансових ресурсів, необхідних для фінансування системи медичного страхування, повинна здійснюватися за рахунок:

- запровадження обов'язкових страхових внесків роботодавців (у вигляді нарахувань на фонд оплати праці найманих працівників) та застрахованих осіб (відраховуються безпосередньо із заробітної плати);
- залучення коштів державного та місцевого бюджетів на сплату страхових внесків за відповідні категорії застрахованих;
- залучення коштів фондів соціального страхування;
- залучення власних коштів зайнятого та не зайнятого у народному господарстві населення.

Іншою формою медичного страхування є лікарняні каси. На території України перша лікарняна каса була створена в 1870 р. на адміралтейському заводі "Россуд" у м. Миколаєві. Підприємці уклали угоду для надання медичної допомоги з Миколаївським військово-морським шпиталем. Згідно з угодою про медичне забезпечення, робітникам заводу надавалася медична допомога у разі нещасних випадків, а відшкодування витрат здійснювалося через лікарняну касу за рахунок підприємства. Далі розвиток страхової медицини в Україні пішов шляхом створення лікарняних кас.

Ця форма медичного страхування носить добровільний характер і набуває поширення в Україні. Зараз в країні створено понад 200 лікарняних кас, що об'єднують біля 1 млн громадян [3;4].

Таким чином, розвиток страхової медицини в Україні може піти кількома шляхами. Доцільність запровадження однієї з форм фінансування охорони здоров'я визначається, насамперед, економічним станом регіону, його медико-демографічними показниками та рівнем захворюваності.

Слід зазначити, що запровадження будь-якої форми страхової медицини вимагає, насамперед, розробки медичних стандартів, які б стали основою для визначення обсягів та якості надання медичної допомоги провайдером медичних послуг, тобто лікувально-профілактичними закладами.

Сьогодні стан розробки медичних стандартів в Україні знаходиться на початковому рівні.

Міжнародний досвід розробки та застосування медичних стандартів, клінічних протоколів тощо показала діяльність проектів Євросоюзу в Україні [5].

Іншим системоутворюючим важелем є законодавча база. Всю законодавчу базу, яка повинна підтримувати процес запровадження медичного страхування, можна розділити на кілька функціональних блоків.

Основою законотворчих процесів для системи загальнодержавного обов'язкового соціального медичного страхування є Конституція України, у ст. 3 якої зазначається, що "людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визначаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави"; а у ст. 49 зазначено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Стаття 46 визначає право громадян на соціальний захист, в тому числі у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності [2].

Роль лікувально-профілактичних закладів як надавачів медичних послуг регулюють на даному етапі "Основи законодавства України про охорону здоров'я" (ст. 16) [4]. Можливість запровадження медичного страхування регламентується у ст. 18, де говориться, що "державою забезпечується створення і функціонування системи медичного страхування населення. Страхування громадян здійснюється за рахунок Державного бюджету України, коштів підприємств, установ і організацій та власних внесків громадян".

Частково права пацієнта теж регламентуються в "Основах законодавства України про охорону здоров'я" (розділ V). Але цього недостатньо для впровадження будь-якої форми медичного страхування. Необхідна розробка законодавчих документів щодо прав пацієнта та статусу медичного закладу. Це саме стосується і розробки та прийняття законодавчих актів, що регламентуватимуть застосування медичних стандартів, інформаційного забезпечення тощо.

Висновки

Таким чином, основними проблемами при зміні системи фінансування охорони здоров'я в Україні є розробка відповідної нормативно-правової бази, соціально-економічне обґрунтування запровадження певної форми фінансування та розробка медичних стандартів, які повинні стати основою не тільки для підвищення якості надання медичної допомоги, але й для визначення обсягів медичної допомоги на кожному з рівнів її надання.

Список літератури

1. *Классификация наиболее известных систем здравоохранения развитых стран // Здравоохран. за рубежом.* – 2007. – № 2. – С. 3–10.
2. *Конституція України // ВВР.* – 1996. – № 30.
3. *Лікарняна каса [Електронний ресурс].* – Режим доступу : <http://uk.wikipedia.org/wiki/>. – Назва з екрану.
4. *Основи законодавства України про охорону здоров'я // ВВР.* – 1993. – № 4.
5. *Про взаємодію лікарняних кас, органів державної влади, органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України №400 від 11.08.2005 [Електронний ресурс].* – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. *Про затвердження галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року : наказ МОЗ України № 341 від 25.06.2008 р. [Електронний ресурс].* – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.

ПУТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

А. В. Скороход (Киев)

Проведен анализ разных форм финансирования системы здравоохранения, обсуждается возможность внедрения одной из них на территории Украины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **финансирование здравоохранения, внебюджетные источники финансирования, медицинское страхование.**

WAYS OF REFORMING OF FINANCING HEALTH CARE SYSTEM IN UKRAINE

A. V. Skorokhod (Kyiv)

Analysis of different forms of financing health care system has been carried out; the opportunity of introduction of one of them in territory of Ukraine is discussed.

KEY WORDS: **financing of health care, unbudgetary sources of financing, medical insurance.**

Рецензент: д.мед.н. О. С. Коваленко

УДК 614.2:725.511.007(477)

Н.В. МЕДВЕДОВСЬКА (Київ)

СУЧАСНИЙ СТАН ТА РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ МОЗ УКРАЇНИ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

У статті охарактеризований сучасний стан кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я в цілому та за рівнями (первинним та вторинним) надання медичної допомоги. Описані зміни кадрового забезпечення, які відбулися останніми роками, та висвітлені його регіональні особливості. Отримані результати можуть бути використані при прийнятті управлінських рішень, спрямованих на підвищення доступності медичного допомоги для населення всіх регіонів України.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **охорона здоров'я, кадровий потенціал, регіональні особливості.**

Кадрові ресурси є одним з ключових факторів, які визначають якість та ефективність надання медичної допомоги. Необхідною умовою для ефективної діяльності системи охорони здоров'я будь-якої країни світу є кваліфікований і мотивований персонал, який має необхідні навички,

вчиться протягом усієї професійної кар'єри та отримує гідну винагороду за свою працю [1;3;6].

Актуальною залишається посилена увага керівників охорони здоров'я та органів управління в галузі до підготовки та розподілу кадрів з цільовим спрямуванням щодо комплектації штатів медичних закладів, особливо у сільських

© Н. В. Медведовська, 2010

адміністративних районах (лікарень, амбулаторій, ФАПів) [4;5].

Однією із складових успішного функціонування будь-якої галузі, у тому числі охорони здоров'я, є її кадрова політика. Стратегічним документом – Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України – було передбачено реформування кадрової політики та удосконалення системи кадрового забезпечення [1]. Цей процес полягає у визначенні потреби у кадрах різних спеціальностей, їх підготовки та раціонального регіонального розподілу.

Пріоритетним завданням МОЗ України залишається розвиток медичної освіти та післядипломна підготовка висококваліфікованих кадрів для охорони здоров'я.

Мета роботи: системна оцінка кадрового потенціалу вітчизняної системи охорони здоров'я, особливостей його змін в динаміці та регіональних особливостей.

Матеріали і методи. У дослідженні використані статистичний (матеріали галузевої та державної статистичної звітності України за 1996–2009 рр.) та метод системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз кадрової складової системи охорони здоров'я України у 2009 р. засвідчив збереження тенденції до скорочення абсолютної чисельності середнього медичного персоналу та призупинення аналогічні тенденції щодо кількості лікарів [5]. Це відбувається на тлі зменшення загальної кількості населення і, як наслідок, відображається на динаміці показників у розрахунку на 10 тис. населення. За підсумками 2009 р. в закладах охорони здоров'я системи МОЗ зайнято понад 1 млн чоловік, з них 197 648 лікарів (без зубних), 430 821 особа середнього медичного персоналу (СМП) та 381 900 молодших медичних сестер по догляду за хворими, лаборантів та інших медичних сестер (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка змін кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я системи МОЗ України у 2005–2009 рр.

Показник	Рік				
	2005	2006	2007	2008	2009
Чисельність лікарів, включаючи зубних, (усього)	197 116	198 235	195 555	198 358	199 725
на 10 тис. населення	42,3	42,7	42,3	43,16	43,4
лікарів, без зубних (усього)	194 731	195 956	195 555	196 198	197 648
на 10 тис. населення	41,7	42,0	42,3	42,69	43,0
Чисельність СМП (усього)	438 781	435 686	433 445	430 090	430 821
на 10 тис. населення	98,7	93,8	93,8	93,6	93,7

В динаміці загальної чисельності лікарів системи МОЗ України, особливо за останні два роки, намітилися тенденції до зростання їх чисельності. Рівень забезпеченості населення всіма лікарями (включаючи зубних) підвищився за останні

5 років з 42,3 у 2005 р. до 43,4 у 2009 р. на 10 тис. населення (рис. 1).

За прогностичними оцінками, чисельність лікарів для галузі в цілому (усі форми відомчого підприємства та власності) у 2010 р. становитиме

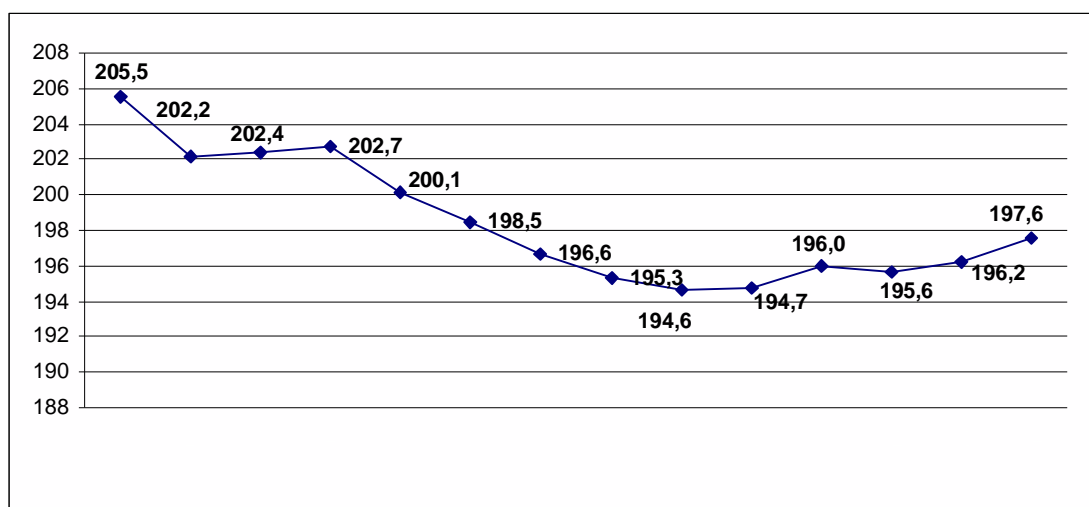


Рис. 1. Динаміка чисельності лікарів у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за 1996–2009 рр. (на 10 тис. населення)

218,6 тис., а у 2015 р. – 210,7 тис. Відповідно, зміни щодо кількості лікарів у закладах системи МОЗ України можуть характеризуватися такими показниками: у 2010 р. – 192,6 тис., у 2015 р. – 185,3 тис. Це пов'язано, насамперед, зі змінами у демографічній ситуації, за якої чисельність населення в Україні постійно скорочується. За прогнозами Інституту демографії та соціальної політики НАН України, кількість населення України у 2010 р. може зменшитися до 45,1 млн, у 2015 р. – 43,0 млн осіб.

Дані світової статистики охорони здоров'я свідчать, що в цілому у світі на 10 тис. населення припадає 13 лікарів при досить суттєвих відмінностях між країнами та регіонами. В Африканському регіоні – лише 2 лікарі на 10 тис. населення, в Європейському – 32. Щодо СМП, то в цілому у

світі на 10 тис. населення припадає 28 медичних сестер і акушерок, величина даного показника коливається від мінімального (11 на 10 тис. – в Африканському регіоні) до максимального (79 на 10 тис. – в Європейському регіоні). За оцінками ВООЗ, країни з чисельністю медичних працівників (лікарі, медичні сестри і акушерки), меншою за 23 на 10 тис. населення, навряд чи зможуть досягнути найкращих показників охоплення населення основними видами первинної медико-санітарної допомоги, яким надається пріоритет у рамках Цілей розвитку, сформульованих в Декларації тисячоліття [2].

Україні притаманні середньоєвропейські показники забезпеченості лікарями. Лише у Франції, Норвегії, Італії та Литві зазначені показники вищі за українські (рис. 2, 3).

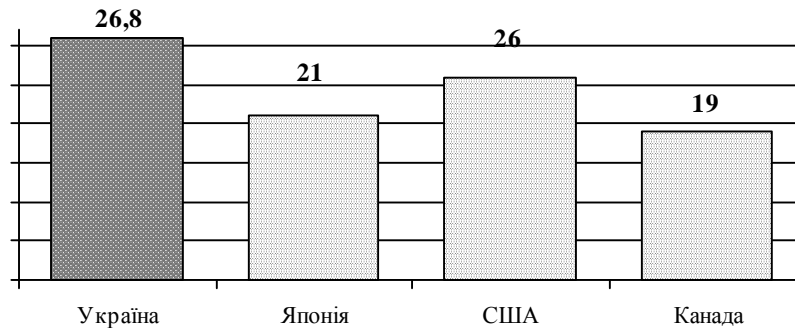
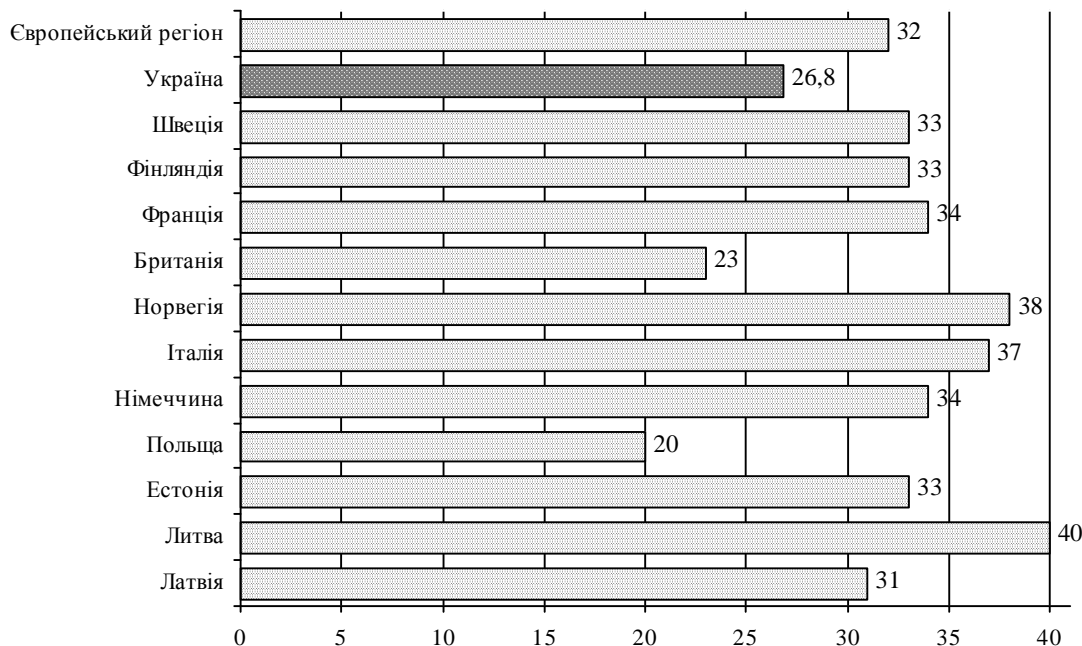


Рис. 2. Забезпеченість лікарями, які займаються безпосередньо лікувальною діяльністю, у деяких країнах Американського та Азіатського регіонів (на 10 тис. населення)

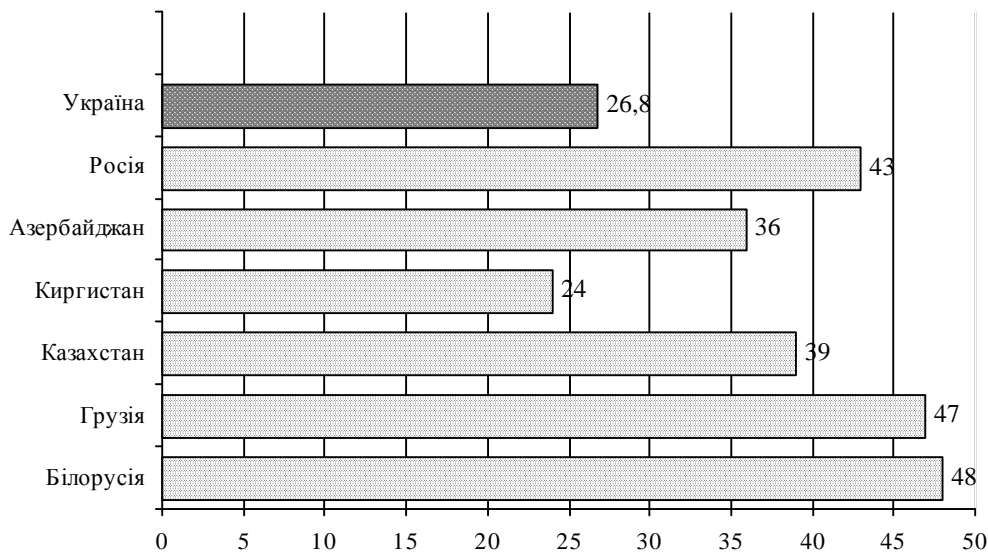


Примітка: джерело – світова статистика охорони здоров'я, 2009 р.

Рис. 3. Забезпеченість населення лікарями, які займаються безпосередньо лікувальною діяльністю, у деяких країнах Європейського регіону (на 10 тис. населення)

Щодо показників забезпеченості лікарями в країнах СНД та Україні, то в Російській Федерації, Республіці Білорусь, Грузії вони перевищують аналогічний показник в Україні на 30–

50%, за винятком Киргизстану, де величина показника забезпеченості лікарями нижча на 30% і становить 24 на 10 тис. населення (рис. 4).



Примітка: джерело – світова статистика охорони здоров'я, 2009 р.

Рис. 4. Забезпеченість населення лікарями, які займаються безпосередньо лікувальною діяльністю у країнах СНД (на 10 тис. населення)

У цілому по Україні забезпеченість населення лікарями всіх спеціальностей станом на 31.12.2009 р. становила 42,7 на 10 тис. населення; лікарями, які займаються безпосередньо лікувальною діяльністю (за винятком керівників, стоматологів, статистиків, методистів), – 26,8 на 10 тис. населення. В розрізі окремих спеціальностей показник забезпеченості в різних областях коливається в таких межах: терапевти – 1,5–5,5, хірурги – 1,1–2,2, педіатри – 1,6–3,6, фтизіатри – 0,4–0,8, онкологи – 0,3–0,5 на 10 тис. населення.

Проблемною залишається забезпеченість практикуючими лікарями у сільських адміністративних районах (2009 р. – 26,8 на 10 тис. населення). Незважаючи на направлення значної частки випускників вищих медичних навчальних закладів у сільську місцевість, тут залишаються вакантними 4,8 тис. посад лікарів. При цьому протягом останніх двох років (2008–2009 рр.) намітилися позитивні зрушення до деякого збільшення абсолютної чисельності лікарів, які обслуговують сільське населення (2008 р. – на 579 осіб, 2009 р. – на 345).

Забезпеченість лікарями на 10 тис. сільського населення повільно підвищується: від 25,01 у 1996 р. до 26,75 у 2009 р. Питома вага лікарів у сільських адміністративних районах має відносно сталий характер – від 29,01% загальної

чисельності лікарів у закладах системи МОЗ України у 1996 р. до 25,82% у 2002 р. та 28,04% у 2009 р. Однак характер змін абсолютної чисельності лікарів сільських адміністративних районів у довготривалих динамічних рядках має вигляд поліноміальної залежності, за допомогою якої графічно представлено темпи змін – зниження у 1996–2007 рр. зі стабілізацією величини показника за останні два роки (рис. 5). У сільській місцевості працює близько 5% лікарів із загальної їх кількості в системі МОЗ України.

Дещо стабілізувалися показники зростання абсолютної чисельності організаторів охорони здоров'я в закладах МОЗ України. Для їх динаміки характерні незначні темпи приросту останніми роками (рис. 6). При цьому майже 20% усіх керівників пенсійного віку.

Забезпеченість населення лікарями в розрізі адміністративно-територіальних одиниць має переважно сталий характер: розбіжність показників забезпеченості відносно середнього рівня в Україні становить від +20% у АР Крим, Івано-Франківській, Харківській, Чернівецькій областях до -20% у Житомирській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Рівненській, Сумській та Чернігівській. Показник забезпеченості лікарями у м. Києві – найвищий (більш ніж на 40% перевищує рівень аналогічного показника по Україні) (табл. 2).

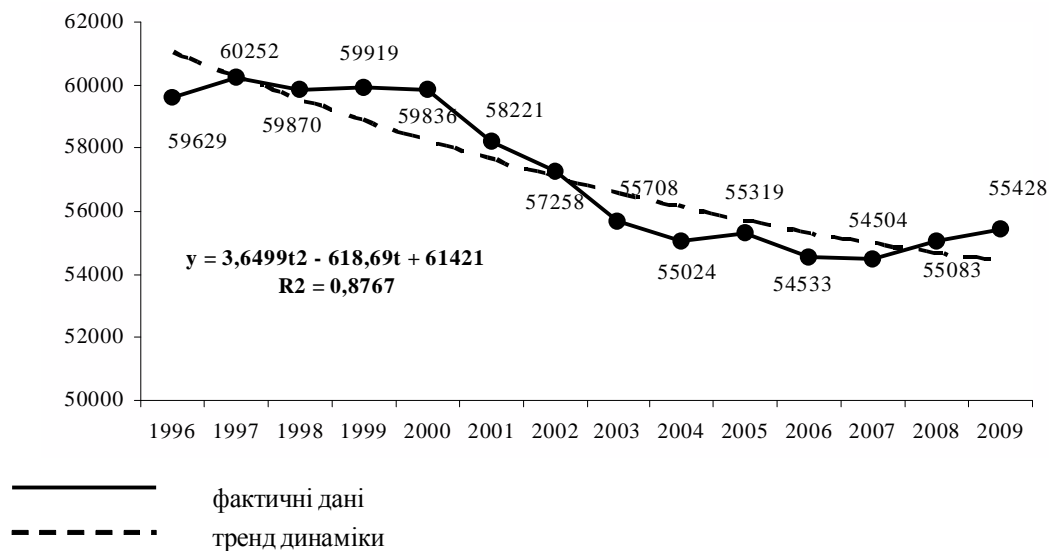


Рис. 5. Динаміка чисельності лікарів сільських адміністративних районів у закладах охорони здоров'я України за 1996–2009 рр. (тис. осіб)

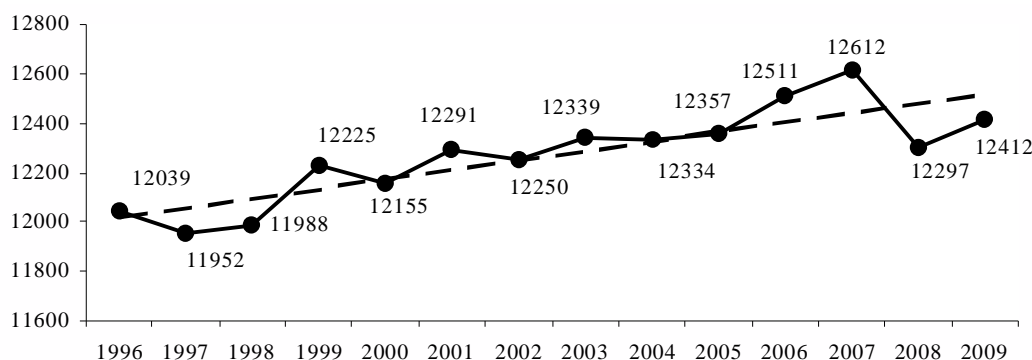


Рис. 6. Динаміка чисельності лікарів з організації та управління охороною здоров'я в закладах охорони здоров'я України за 1996–2009 рр. (тис. осіб)

Чисельність медичних кадрів в регіонах залежить від наявності розгалуженої сітки науково-дослідних установ, вищих та середніх медичних навчальних закладів, наявності розвинутої інфраструктури санаторно-курортних закладів, особливостей соціально-економічного розвитку регіону. Так, кількість лікарів у Дніпропетровській, Донецькій, Львівській, Одеській, Харківській областях та м. Києві та їх питома вага серед усіх лікарів країни мають найвищі значення (табл. 2).

Загальну чисельність лікарів за спеціальностями та рівнями кваліфікаційних категорій наведено в таблиці 3.

У системі МОЗ України у структурі лікарів за спеціальностями найбільшу питому вагу займали у 2009 р. лікарі-терапевти (9,9%), стоматологи (7,8%), педіатри (6,4%), акушери-гінекологи (6,4%), хірурги (4,6%), лікарі загальної практики/сімейної медицини (4,1%); 61,6% усіх лікарів становлять жінки, з них 7,5% зайняті на основній

роботі в закладах підготовки кадрів, науково-дослідних інститутах та апарату органів управління; 27,9% мають вищу кваліфікаційну категорію, 25,8% – першу, 13,1% – другу, 33,1% – без кваліфікаційної категорії (рис. 7).

Рівень кваліфікації медичних працівників постійно підвищується: у 2000 р. кількість лікарів, атестованих на вищу та першу категорії, становила 41,4%, 2009 р. – 55,16%, група лікарів без категорії відповідно зменшилася з 39,2 до 31,8% (рис. 7).

Дещо нижчими є показники з атестації середнього медичного персоналу: у 2009 р. їх чисельність з першою та вищою кваліфікаційними категоріями була на рівні 51,23%, без категорії – 37,42%.

У галузі спостерігаються проблеми щодо укомплектованості штатних посад медичними працівниками, останніми роками ситуація не поліпшилася (табл. 4).

Таблиця 2. Показники чисельності лікарів у розрізі адміністративно-територіальних одиниць та показники їх змін у 2009 р. порівняно з 2005 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість лікарів (без зубних), фізичних осіб		Середньгеометричний індекс змін у чисельності лікарів у 2009 рр. порівняно з 2005 р. (%)	Питома вага чисельності лікарів регіону в чисельності лікарів України у 2009 р. (%)
	2005 р.	2009 р.		
АР Крим	8954	8935	100,05	4,53
<i>Область</i>				
Вінницька	7519	7582	99,79	3,80
Волинська	3792	3741	100,34	1,92
Дніпропетровська	14200	14440	99,58	7,18
Донецька	18382	18581	99,73	9,30
Житомирська	4583	4533	100,27	2,32
Закарпатська	4710	4610	100,54	2,38
Запорізька	7765	7806	99,87	3,93
Івано-Франківська	7859	6708	104,04	3,98
Київська	6540	6247	101,15	3,31
Кіровоградська	3333	3236	100,74	1,69
Луганська	8993	9005	99,97	4,55
Львівська	12954	12555	100,79	6,55
Миколаївська	3767	3807	99,74	1,91
Одеська	10280	10218	100,15	5,20
Полтавська	6649	6633	100,06	3,36
Рівненська	4376	4243	100,77	2,21
Сумська	4096	4132	99,78	2,07
Тернопільська	5314	5251	100,30	2,69
Харківська	13269	13293	99,95	6,71
Херсонська	3402	3554	98,91	1,72
Хмельницька	5003	4854	100,76	2,53
Черкаська	4509	4626	99,36	2,28
Чернівецька	5444	4938	102,47	2,75
Чернігівська	3905	3972	99,58	1,98
<i>Місто</i>				
Київ	16403	16317	100,13	8,30
Севастополь	1647	1647	100,00	0,83
Україна	197 648	195 555	100,27	-

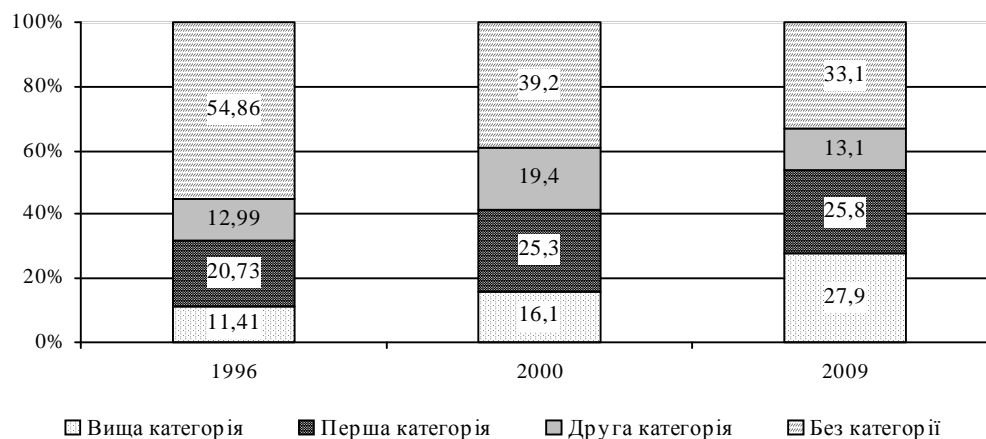


Рис. 7. Динаміка змін структури рівня кваліфікації лікарів за кваліфікаційними категоріями у 2009 р. порівняно з 1996 та 2000 рр. (%)

Таблиця 3. Загальна чисельність лікарів за спеціальностями та рівнями кваліфікаційних категорій у 2009 р.

Показник	Усього	Питома вага груп спеціалістів у загальній чисельності лікарів, %	У т.ч. на основній роботі в закладах підготовки кадрів, НДІ та апарату органів управління	Кваліфікаційна категорія		
				вища	перша	друга
1	2	3	4	5	6	7
Кількість лікарів (без зубних) у т. ч.:	197648	100,0	15079	59245	49777	25737
терапевти, усього	19471	9,85	2177	510	6153	2930
пульмонологи	631	0,32	39	286	146	64
кардіологи	3014	1,52	146	1335	668	371
ревматологи	446	0,23	23	194	109	57
гастроентерологи	1007	0,51	90	471	202	114
нефрологи	453	0,23	22	196	84	42
ендокринологи	1639	0,83	80	550	396	250
алергологи	307	0,16	15	144	63	25
гематологи	387	0,20	17	176	70	51
дієтологи	102	0,05	1	31	12	9
фізіотерапевти	1499	0,76	124	617	325	174
з лікувальної фізкультури та спортивної медицини	586	0,30	61	180	103	69
з функціональної діагностики	1609	0,81	36	541	379	227
хірурги	9123	4,62	1247	3330	2503	1359
серцево-судинні хірурги	387	0,20	51	159	57	47
торакальні хірурги	270	0,14	16	144	37	29
нейрохірурги	684	0,35	53	302	155	99
анестезіологи	8013	4,05	280	3104	1859	1270
ортопеди-травматологи	4289	2,17	243	1412	1258	725
урологи	1902	0,96	121	677	548	321
ендоскопісти	885	0,45	9	361	216	104
проктологи	212	0,11	12	85	38	41
трансфузіологи	439	0,22	3	161	99	54
онкологи	843	0,43	110	180	167	141
онкологи-хірурги	777	0,39	78	346	166	102
онкологи-гінекологи	273	0,14	18	125	44	37
онкологи-отоларингологи	34	0,02	2	15	6	4
радіологи	580	0,29	42	255	113	71
стоматологи	15473	7,83	928	3144	5211	2673
стоматологи-хірурги	1875	0,95	223	534	574	296
стоматологи-ортопеди	3019	1,53	321	755	887	449
стоматологи-ортоданти	527	0,27	55	124	123	89
акушери-гінекологи	12252	6,20	977	3240	4675	2277
педіатри	12611	6,38	1273	3850	4245	1534
педіатри-неонатологи	1711	0,87	81	690	402	214
рентгенологи	3731	1,89	101	1172	834	528
з ультразвукової діагностики	2218	2,12	42	634	532	407
офтальмологи	3791	1,92	251	1257	1089	535
отоларингологи	3409	1,72	204	947	1139	512
фтизіатри	2824	1,43	153	898	704	381
у т.ч. фтизіатри дитячі	451	0,23	5	122	130	60

Продовження табл. 3

1	2	3	4	5	6	7
невропатологи	6726	3,40	439	2465	1692	1071
психіатри	3969	2,01	233	1425	995	552
психотерапевти	301	0,15	45	73	45	39
сексопатологи	74	0,04	16	32	9	7
наркологи	1373	0,69	18	398	386	219
дерматовенерологи	3390	1,72	265	1161	921	577
патологоанатоми	1105	0,56	242	398	200	138
медицина невідкладних станів	5399	2,73	61	1826	1722	763
генетики	119	0,06	22	42	21	13
імунологи	221	0,11	62	54	43	29
лаборанти-генетики	26	0,01	0	10	7	3
інфекціоністи	2684	1,36	427	1015	597	295
токсикологи	48	0,02	17	10	7	4
бактеріологи і вірусологи	1684	0,85	148	786	330	125
епідеміологи, дезінфекціоністи, паразитологи	2379	1,20	211	1044	370	236
санітарні лікарі з: комунальної гігієни	797	0,40	70	287	137	106
гігієни праці	716	0,36	68	323	100	63
гігієни харчування	775	0,39	27	355	151	77
гігієни дітей та підлітків	503	0,25	15	243	83	41
загальної гігієни	1015	0,51	300	332	104	68
радіаційної гігієни	114	0,06	4	71	7	10
судово-медичної експертизи	1484	0,75	79	458	390	302
санологи	66	0,03	0	10	6	4
лаборанти	2780	1,41	411	871	511	290
загальної практики / сімейної медицини	8112	4,10	145	1270	2152	1094
інтерни	14413	7,29	2	0	0	0
інші	1342	0,68	958	101	50	43

Таблиця 4. Характеристика кадрового потенціалу у 2009 р. порівняно з 2005 р.

Показник	Рік	
	2005	2009
Лікарі (без зубних), тис.	194,7	197,6
Рівень укомплектованості штатних посад лікарів фізичними особами (%)	80,8	80,4
Особи пенсійного віку (%)	21,0	23,2
Середні медичні працівники (тис.)	438,8	430,8
Рівень укомплектованості штатних посад середнього медичного персоналу фізичними особами (%)	97,6	95,2
Особи пенсійного віку (%)	13,5	15,2

Із загальної кількості працюючих лікарів п'яту частину (22,9%) становлять особи пенсійного віку, з них 44,6% – у Дніпропетровській, Донецькій, Львівській, Одеській, Харківській областях та у м. Києві (питома вага лікарів пенсійного віку складає близько 25%). Серед середнього медичного персоналу близько 15% є працюючими пенсіонерами. Аналіз гендерних аспектів кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я України свідчить,

що жінки складають переважну більшість медичних кадрів України – понад 60% лікарів первинної ланки і 94% середнього медичного персоналу, що опосередковано свідчить про зменшення популярності медичної професії в суспільстві.

Динаміка чисельності середнього медичного персоналу, як і укомплектованість посад середніх медичних працівників, мають тенденцію до зниження (рис. 8). Зареєстровано зменшен-

ня показників забезпечення населення середнім медичним персоналом з 98,7 на 10 тис. населення у 2005 р. до 93,7 у 2009 р. За рахунок випередження темпів зниження чисельності середнього медичного персоналу порівняно з лікарями зафіксовано стабілізацію показника

співвідношення лікарів і середнього медичного персоналу (1:2,2 – у 2009 р.).

Медичні сестри залишають охорону здоров'я на користь інших секторів економіки передусім через низьку заробітну плату і відсутність можливостей службового росту.

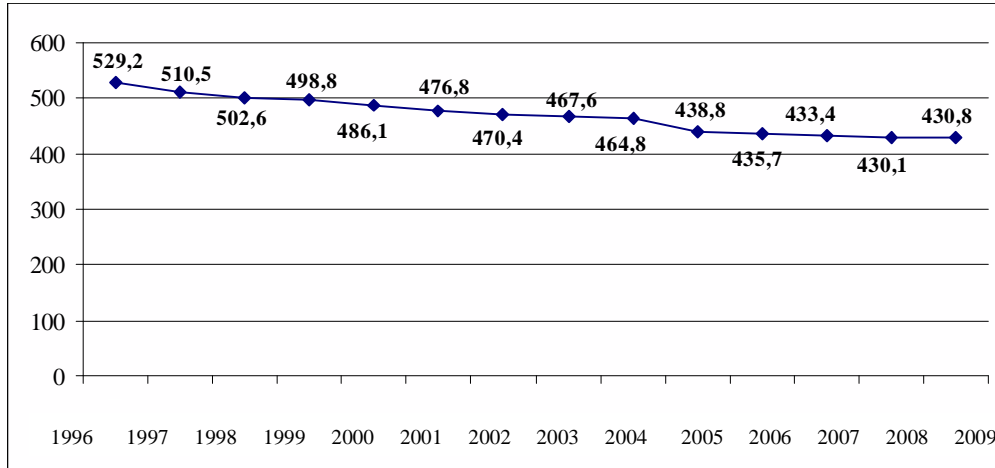


Рис. 8. Динаміка чисельності середніх медичних працівників у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 1996–2009 рр. (тис. осіб)

Таким є кадрове забезпечення галузі в цілому, але особливої уваги потребує його вивчення за рівнями надання медичної допомоги, особливо починаючи з первинного, у тому числі надання медичної допомоги на засадах загальної практики/сімейної медицини.

Одним з основних проблемних питань ПМСД залишається кадрове забезпечення, яке є

вкрай незадовільним, і ситуація з кожним роком загострюється (табл. 5).

Починаючи з 2000 р., відмічається позитивна тенденція зростання чисельності та забезпеченості населення лікарями ЗП/СМ, основні тенденції графічно зображено на рис. 9 за допомогою експоненціальної функції.

Таблиця 5. Динаміка впровадження сімейної медицини в Україні за 2006-2009 рр.

Показник	2006 р.	2007 р.	2008 р.	2009 р.	Абсолютний приріст	Темп приросту (%)
Кількість						
- закладів (підрозділів) сімейної медицини, усього	3594	3966	4228	4404	810	22,5
- штатних посад лікарів ЗП/СМ, усього	7729,25	9027,25	9930	10 512,25	2783	36,0
- фізичних осіб лікарів ЗП/СМ, усього	6263	7362	8061	8367	2104	33,6

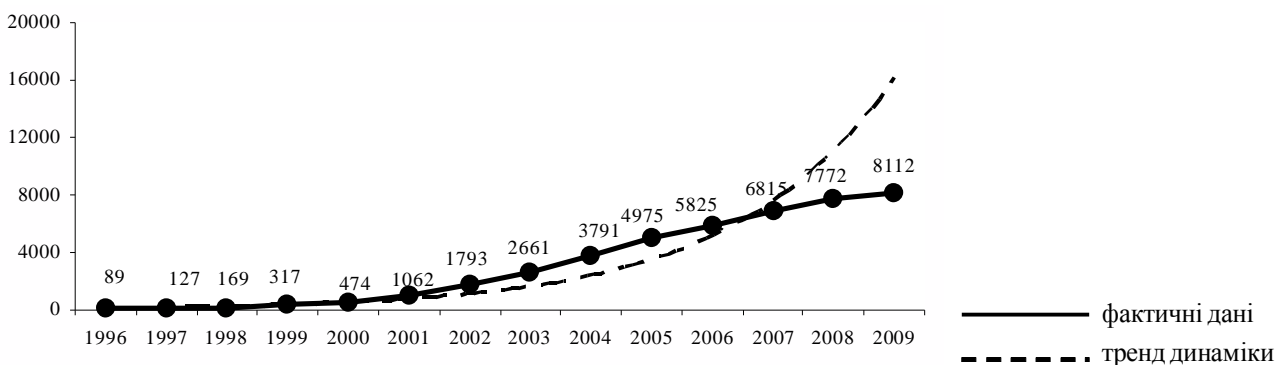


Рис. 9. Динаміка чисельності лікарів загальної практики/сімейної медицини у закладах охорони здоров'я України за 1996–2009 рр.

Кількість штатних посад лікарів ЗП/СМ становила 10 512,25, із них у сільській місцевості працюють 6884,75, у містах – 3627,5.

За даними 2009 р., укомплектованість штатних посад лікарів ЗП/СМ фізичними особами залишалася невисокою – 79,59% загалом по Україні,

з коливанням від 67,27% у Кіровоградській до 96,38% у Львівській області (табл. 6).

Чисельність лікарів цієї ланки у 1,5 разу нижча за аналогічний показник у країнах ЄС (Україна – 6,3 лікаря на 10 тис. населення, ЄС – 9,4 на 10 тис. населення).

Таблиця 6. Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами

Адміністративно-територіальна одиниця	Штатні посади (абс.)	На 10 тис. населення	Фізичні особи (абс.)	На 10 тис. населення	Укомплектованість (%)
АР Крим	442,75	2,25	353	1,80	79,73
<i>Область</i>					
Вінницька	643,25	3,89	520	3,15	80,84
Волинська	295,75	2,85	215	2,07	72,70
Дніпропетровська	309,0	0,92	239	0,71	77,35
Донецька	547,0	1,22	378	0,85	69,10
Житомирська	585,5	4,55	478	3,71	81,64
Закарпатська	651,0	5,23	568	4,56	87,25
Запорізька	248,0	1,37	191	1,05	77,02
Івано-Франківська	366,5	2,65	257	1,86	70,12
Київська	329,0	1,91	254	1,47	77,20
Кіровоградська	165,0	1,62	111	1,09	67,27
Луганська	233,0	1,01	175	0,76	75,11
Львівська	704,5	2,76	679	2,66	96,38
Миколаївська	300,0	2,52	221	1,86	73,67
Одеська	383,0	1,60	291	1,22	75,98
Полтавська	649,75	4,33	518	3,45	79,72
Рівненська	228,5	1,98	178	1,55	77,90
Сумська	299,25	2,55	237	2,02	79,20
Тернопільська	501,25	4,60	424	3,89	84,59
Харківська	967,25	3,49	724	2,61	74,85
Херсонська	201,75	1,84	157	1,43	77,82
Хмельницька	314,0	2,35	273	2,05	86,94
Черкаська	387,25	2,99	295	2,28	76,18
Чернівецька	314,0	3,47	258	2,85	82,17
Чернігівська	243,0	2,19	199	1,79	81,89
<i>Місто</i>					
Київ	117,25	0,42	98	0,35	83,58
Севастополь	85,75	2,25	76	2,00	88,63
Україна	10 512,25	2,29	8367	1,82	79,59

Реальна потреба населення у сімейних лікарях, яка за розрахунками становить близько 35 тис., сьогодні задоволена лише на 23,9%. Незважаючи на це, станом на кінець 2009 р. сімейними лікарями в Україні обслуговувалося 17 690 349 осіб, що становить 38,47% населення (загальна кількість населення України, за даними Держкомстату, – 45 982 936).

Кількість закладів первинної медико-санітарної допомоги на 10 тис. населення в Україні утричі менша, ніж у країнах ЄС (Україна – 1,2 закладу на 10 тис. населення, ЄС – 4,9), чисельність лікарів цієї ланки у 1,5 разу нижча за аналогічний показ-

ник у країнах ЄС (Україна – 6,3 лікаря на 10 тис. населення, ЄС – 9,4 на 10 тис. населення).

Для ефективної роботи сімейних лікарів досить важливою є наявність необхідної кількості помічників – молодшого та середнього медичного персоналу, встановлено єдиний норматив вищезгаданого співвідношення – 1:2, але середній показник по Україні у 2009 р. був не надто високий – 1:1,29. Також слід відмітити регіональні коливання цього показника, найнижчим він є у м. Севастополі (1:0,59) та Волинській області (1:0,97); найвищим – у Миколаївській (1:1,83) та Харківській областях (1:1,73) (табл. 7).

Таблиця 7. Співвідношення штатних посад медичних сестер загальної практики /сімейної медицини до сімейних лікарів у 2009 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Штатні посади		Співвідношення медичних сестер ЗП/СМ до лікарів ЗП/СМ
	лікарів ЗП/СМ (абс.)	медсестер ЗП/СМ (абс.)	
АР Крим	442,75	485,5	1:1,10
<i>Область</i>			
Вінницька	643,25	859,75	1:1,34
Волинська	295,75	287,25	1:0,97
Дніпропетровська	309,0	378,5	1:1,22
Донецька	547,0	732,0	1:1,34
Житомирська	585,5	655,5	1:1,12
Закарпатська	651,0	892,75	1:1,37
Запорізька	248,0	372,0	1:1,50
Івано-Франківська	366,5	485,75	1:1,33
Київська	329,0	417,5	1:1,27
Кіровоградська	165,0	218,5	1:1,32
Луганська	233,0	341,5	1:1,47
Львівська	704,5	805,25	1:1,14
Миколаївська	300,0	548,5	1:1,83
Одеська	383,0	555,5	1:1,45
Полтавська	649,75	800,75	1:1,23
Рівненська	228,5	258,0	1:1,13
Сумська	299,25	423,25	1:1,41
Тернопільська	501,25	570,75	1:1,14
Харківська	967,25	1674,25	1:1,73
Херсонська	201,75	215,25	1:1,07
Хмельницька	314,0	316,75	1:1,01
Черкаська	387,25	379,75	1:0,98
Чернівецька	314,0	434,5	1:1,38
Чернігівська	243,0	259,25	1:1,07
<i>Місто</i>			
Київ	117,25	124,25	1:1,06
Севастополь	85,75	50,5	1:0,59
Україна	10 512,25	13 543,0	1:1,29

Загалом в Україні до сімейного лікаря здійснено 51 352 405 візитів пацієнтів з різною патологією, з них 14 980 853 – з профілактичною метою, 36 384 358 – з приводу захворювань (29 413 727 дорослих та 6978 471 дитина віком до 17 років).

Частину пацієнтів з найбільш складною патологією направлено на консультацію до лікарів вузького профілю (2049 399, або 5,63% від загальної чисельності пацієнтів, що звернулися до лікаря ЗП/СМ), на стаціонарне лікування до лікарень вторинного та третинного рівнів – 918 233, або 2,52%. На рівні лікаря ЗП/СМ закінчив лікування 18 716 151 пацієнт, або 51,44% від тих, хто звернувся по допомогу (табл. 8).

Надаючи медичну допомогу на вторинному рівні лікарі повинні оперативнo вирішувати складні тактичні та стратегічні завдання, що робить надзвичайно актуальним питання не тільки про необхідність адекватної сучасним вимогам професійної підготовки цих фахівців, але і про

формування у них специфічного типу мислення та стереотипу активної поведінки. На 31.12.2009 р. у дільничних лікарнях число штатних посад лікарів становило 2894,25, а показник укомплектованості – 2097,00. Тобто у дільничних лікарнях не вистачало 797,25 лікаря. У міських лікарнях кількість штатних посад лікарів дорівнювала 46 637,75, а фізичних осіб – 44 272,25. Дефіцит лікарів – 2365,5 лікаря. У центральних районних лікарнях число штатних посад лікарів становило 41 525,0, а зайнятих посад лікарів – 31 496,00. Дефіцит – 10 029 лікарів. Загалом не вистачало для надання вторинної медико-санітарної допомоги у дільничних лікарнях, міських лікарнях і центральних районних лікарнях 5471,25 лікаря.

У дільничних лікарнях кількість штатних посад середнього медичного персоналу становила 7420,75, а зайнятість – 7125,75. Недоукомплектовано 295 ставок середнього медичного персоналу у дільничних лікарнях.

Таблиця 8. Кількість відвідувань дорослим населенням сімейних лікарів у 2009 р. (% від усіх відвідувань з приводу захворювань)

Адміністративно-територіальна одиниця	Закінчили лікування		Направлено до вузьких спеціалістів		Госпіталізовано до лікарень вторинного та третинного рівнів	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
АР Крим	623408	46,03	120743	8,92	25200	1,86
<i>Область</i>						
Вінницька	1 203 498	52,78	93 954	4,12	60 367	2,65
Волинська	638 203	57,15	61 294	5,49	27 651	2,48
Дніпропетровська	357 844	36,98	58 200	6,01	26 480	2,74
Донецька	876 331	56,36	66 007	4,25	35 883	2,31
Житомирська	1 894 203	72,55	109 321	4,19	60 471	2,32
Закарпатська	1 015 736	56,93	209 854	11,76	89 765	5,03
Запорізька	346 369	49,07	27 458	3,89	13 452	1,91
Івано-Франківська	390 715	38,59	51 102	5,05	39 060	3,86
Київська	609 497	61,37	57 233	5,76	38 218	3,85
Кіровоградська	374 462	54,44	37 221	5,41	17 059	2,48
Луганська	267 990	38,30	45 671	6,53	15 021	2,15
Львівська	127 4429	49,42	147 494	5,72	36 807	1,43
Миколаївська	309 183	30,67	33 488	3,32	15 227	1,51
Одеська	498 851	44,66	82 829	7,41	30 805	2,76
Полтавська	1 320 595	60,78	110 866	5,10	39 153	1,80
Рівненська	507 338	72,80	63 797	9,15	30 966	4,44
Сумська	787 290	72,22	31 602	2,90	18 891	1,73
Тернопільська	576 656	27,82	79 647	3,84	50 911	2,46
Харківська	1 332 634	40,40	219 611	6,66	81 804	2,48
Херсонська	532 429	73,64	46 996	6,50	21 384	2,96
Хмельницька	301 719	32,41	64 443	6,92	23 452	2,52
Черкаська	593 153	34,55	67 465	3,93	59 350	3,46
Чернівецька	900 699	70,35	63 313	4,94	21 079	1,65
Чернігівська	673 815	65,95	42 392	4,15	32 045	3,14
<i>Місто</i>						
Київ	407 408	74,03	45 762	8,32	3479	0,63
Севастополь	101 696	28,43	11 636	3,25	4243	1,19
Україна	18 716 151	51,44	2 049 399	5,63	918 223	2,52

У міських лікарнях число штатних посад середнього медичного персоналу дорівнювало 93 265,25. Укомплектовано 91 204,5 посади. Дефіцит кадрів – 2060,75 середнього медичного персоналу.

У центральних районних лікарнях кількість штатних посад середнього медичного персоналу становила 81 729,50, а зайнято 80 591,25. Дефіцит – 1138,25 фахівця середнього медичного персоналу. Усього у вищезгаданих ЛПЗ не укомплектовано 3024,5 ставки середнього медичного персоналу.

Україна – не єдина країна, у якій спостерігаються проблеми кадрового дефіциту. За прогнозами міжнародних організацій, ця проблема є актуальною для більшості країн світу. Наприклад, у Данії, Ісландії, Норвегії, Франції та Швеції відмічається постаріння середнього медичного персоналу: середній вік працюючих медсестер становить 41–45 років. В Об'єднаному Королівстві

кожна п'ята медична сестра віком 50 років і більше, майже половина – старші 40 років; за прогнозами, в 2010–2011 рр. дефіцит кваліфікованих медсестер становитиме 14 тис. осіб. Протягом наступного десятиліття додаткові потреби в медичних сестрах у Нідерландах дорівнюватимуть 7000, у Норвегії – 3300, у Швейцарії – 3000 осіб.

Міграція медичних працівників постійно відбувалася і в попередні роки, однак це питання нині вийшло на перший план у більшості країн світу. Багато країн, особливо в центральній і східній частинах Європейського регіону, не в змозі утримувати підготовлені ними кадри охорони здоров'я, тому дедалі частіше лунають заклики до більш ретельного дотримання етичних принципів при міжнародному наймі медичного персоналу. Одночасно західноєвропейські країни активно залучають на роботу медиків з інших країн. За останні 30 років у країнах Західної Європи значно зросла чисельність медичних

працівників, які отримали освіту за кордоном. Так, наприклад, у 1970–2005 рр. частка таких працівників зросла в Нідерландах і Франції з 1% до 6%, у Данії – з 3% до 11%. Аналогічні проблеми спостерігаються і в Україні, особливо стосовно зовнішньої міграції кваліфікованих медичних кадрів у країни ЄС, США, Російську Федерацію, Білорусь [3].

У 2009 р. МОЗ України вжито цілу низку системних і соціальних заходів, що дало змогу прийняти на перший курс медичних вузів понад 920 осіб з числа сільської молоді з цільовими направленнями. Повністю виконано план державного замовлення з підготовки медиків і фармацевтів, суттєво збільшилася кількість підготовлених дитячих лікарів та гігієністів, нестача яких особливо відчутна. У Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика створено Інститут сімейної медицини та створюється Інститут менеджменту.

Крім того, 4322 випускникам, які навчалися за державним замовленням, надано перше робоче місце (99,8% загального випуску). Близько половини випуску (2028 осіб) направлено на роботу у заклади сільської місцевості, з них 464 – на посади лікарів ЗП/СМ та 101 – на посади лікарів-фтизіатрів.

У 2009 р. проводилася активна робота щодо відновлення престижу професії медика. Спільно з представниками християнських церков запроваджено вищу галузеву нагороду МОЗ України – Хрест Пантелеймона Цілителя, яким відзначаються найбільш видатні медики за милосердя, професіоналізм і відданість справі. Впроваджено «Національну Медичну Премію» – незалежний конкурс серед медичних працівників, завдяки якому визначатимуться кращі з кращих.

Висновки

Для України основні завдання щодо ефективного використання кадрових ресурсів лежать в площині комплексного підходу до удосконалення і управління галуззю, підготовки і збереження медичних кадрів, оптимізації інфраструктури і ресурсного забезпечення: фінансового, матеріально-технічного, у т.ч. інформатизації системи охорони здоров'я України [6].

Рівень забезпеченості населення лікарями залежить від: наявності в регіоні медичного навчального закладу, наявності науково-дослідних установ; особливостей соціально-економічного розвитку регіону, в т.ч. розвитку санаторно-курортної мережі установ.

Уявлення про значний надлишок лікарських кадрів в Україні є надто спрощеним, адже якщо

порівняти кількість лікарів на Україні, які безпосередньо займаються лікуванням хворих (без спеціалістів, які працюють в системі санітарно-епідеміологічного нагляду, в адміністративному апараті, у допоміжних діагностичних та лікувальних підрозділах, стоматологів), з аналогічною кількістю в країнах Європейського регіону, виявляється, що показник забезпеченості лікарями в Україні близький до середньоевропейського. Враховуючи стан здоров'я нашого населення (загальний рівень смертності в 1,5 разу перевищує аналогічний показник в країнах ЄС, середня очікувана тривалість життя на 10 років нижча, ніж в країнах ЄС, за 1990–2009 рр. рівень первинної захворюваності зріс в 1,2 разу, а загальної захворюваності у 1,7 разу, індекс хронізації захворювань за цей період збільшився з 1,7 до 2,5 тощо), потреба в лікарях, які безпосередньо надають медичну допомогу на первинному рівні, особливо у сільській місцевості, в нашій країні переросла в дефіцит.

Диспропорції у розвитку первинної і спеціалізованої медичної допомоги зумовлюють диспропорції в розподілі медичних кадрів, передусім спеціалізованої медичної допомоги. Ключовим моментом усунення диспропорції в розподілі лікарів є формування оптимального співвідношення кількості фахівців загальної практики/сімейної медицини до вузьких спеціалістів, яке в кожній державі індивідуальне і залежить від регіональних особливостей потреб населення в медичній допомозі. В Україні частка лікарів ЗП/СМ в різних областях коливається від 5% до 2% (в деяких країнах Європи сягає 50%).

Аналіз гендерного та вікового складу кадрового потенціалу медичної галузі виявив значну частку жінок пенсійного віку серед медичного персоналу, що при заробітній платі, у 1,8 разу нижчій, ніж у промисловості, та в десятки разів нижчій, ніж у медичного персоналу в західних країнах, свідчить про відсутність престижу медичної освіти в нашій державі.

Перспективи подальших досліджень.

Оскільки найближчими роками зберігатимуться диспропорції в розподілі медичних кадрів, перш за все спеціалізованої медичної допомоги, постане необхідність їх усунення. Йдеться про необхідність збільшення питомої ваги лікарів та медичних сестер первинного рівня надання медичної допомоги; поліпшення якісних характеристик медичних кадрів, насамперед гендерного та вікового їх складу, і в цілому про необхідність підняття престижу медичної освіти в нашій державі.

Список літератури

1. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України : зб. офіц. матеріалів. – К., 2001. – С. 25–28.
2. Латишев Є. Є. Управління кадровими ресурсами вітчизняної галузі охорони здоров'я на шляху до європейської інтеграції / Є. Є. Латишев // Одеський вісн. – 2005. – № 1. – С. 109–115.
3. Наукові засади Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” / за ред. А. М. Сердюка. – К. : Фірма “Деркул”, 2007. – Вип. 1. – 288 с.

4. *Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи* / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко [та ін.]. – К., 2009. – 439 с.
5. *Пономаренко В. М. Забезпечення населення України медичними кадрами* / В. М. Пономаренко, Г. М. Москалець // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 4. С. 77–85.
6. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік.* – К., 2009. – 384 с.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СИСТЕМЫ МЗ УКРАИНЫ

Н. В. Медведевская (Київ)

В статье охарактеризовано современное состояние кадрового обеспечения отрасли здравоохранения в целом и по уровням (первичному и вторичному) оказания медицинской помощи. Описаны изменения кадрового обеспечения, произошедшие в последние годы, и освещены его региональные особенности. Полученные результаты могут быть использованы при принятии управленческих решений, направленных на повышение доступности медицинской помощи населению всех регионов Украины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **здравоохранение, кадровый потенциал, региональные особенности.**

MODERN CONDITION AND REGIONAL FEATURES OF PERSONNEL PROVIDE OF MEDICAL ESTABLISHMENTS OF MOH SYSTEM OF UKRAINE

N. V. Medvedovskaya (Kyiv)

In article the modern condition of personnel provide of health care as a whole and on levels (primary and secondary) rendering of medical care has been characterized. The changes of the personnel provide which has occurred last years are described, and its regional features have been covered. The received results can be used at acceptance of administrative decisions directed on increase of availability of medical care to the population of all regions of Ukraine.

KEY WORDS: **health care, personnel potential, regional features.**

Рецензент: к.мед.н., доц. Г.В. Курчатова

УДК 616-083.98.007:001.8

Ю.І. МАРКОВ (Київ)

АНАЛІЗ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТАНЦІЇ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Проведено анкетування 173 лікарів станції швидкої медичної допомоги м. Києва. Вивчено рівень кваліфікації, стаж роботи, стать, вік та організаційні аспекти професійної діяльності респондентів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **станція швидкої медичної допомоги, лікар, кваліфікація.**

Покращення медичної допомоги, а саме – підвищення її ефективності, залежить від багатьох складових. Суттєве значення має якість надання допомоги на місці пригоди (забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів, зупинка зовнішньої кровотечі, іммобілізація, вве-

дення знеболюючих препаратів) [4]. Але при дотриманні всіх вимог до надання екстреної та невідкладної медичної допомоги – своєчасність, повнота, дотримання алгоритмів надання допомоги – кінцевий результат роботи з хворим буде залежати від того, хто, на якому рівні і в якому обсязі надає хворому допомогу на догоспітально-

© Ю. І. Марков, 2010

му етапі [3]. Тому важливо знати кадровий склад виїзних бригад швидкої медичної допомоги (ШМД) для удосконалення діяльності служби. Однією з ключових кадрових фігур догоспітального етапу є виїзний лікар ШМД. Він повинен володіти повним об'ємом обов'язкових знань та навичок надання першої кваліфікованої медичної допомоги в позалікарняних умовах при будь-яких захворюваннях, травмах та нещасних випадках [1].

Мета дослідження: вивчити структуру кадрового складу виїзних бригад ШМД шляхом проведення анкетування лікарів Київської станції ШМД.

Матеріал і методи дослідження. У середині III кварталу 2010 р. здійснено анонімне анкетування лікарів Київської станції ШМД (далі – Станції) з метою дослідження їх рівня кваліфікації та професійного потенціалу. Серед інших в анкетах були задані питання, що характеризують працюючих лікарів за наступними напрямками: стать, вік, стаж роботи на Станції, кваліфікаційна категорія, проходження спеціалізації та курсів підвищення кваліфікації з медицини невідкладних станів, наявність досвіду роботи з інших лікарських спеціальностей, регулярність роботи з науково-медичною літературою, джерела інформації про нові методи діагностики, лікування та організацію невідкладної медичної допомоги. Також вивчали ступінь задоволеності роботою та інші чинники. Визначали наступні статистичні показники: середньоарифметичні величини (M), похибки середніх величин ($\pm m$). Достовірність різниці двох порівнюваних величин оцінювали за критерієм Стьюдента (t) з визначенням значимості зрівнюваних груп (p). Критичне значення рівня значимості приймалося рівним 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення. Лікар Станції належить до професійної групи “Професіонали”. Серед професіоналів на Станції працюють: лікарі вищої, першої, другої кваліфікаційних категорій та із сертифікатом лікаря-спеціаліста [2].

Серед респондентів було 82 (47,4%) жінки та 91 (52,6%) чоловік. Середній вік лікарів становив $42,4 \pm 0,9$ року

Стаж роботи 0–5 років мають 33 (19,1%) респонденти, 6–10 років – 44 (25,4%), 11–15 років – 17 (9,8%), 16–20 років – 31 (17,9%), 21 і більше років – 48 (27,8%) лікарів.

Вищу кваліфікаційну категорію мають 53 (30,6%) лікарі, першу – 31 (17,9%), другу – 37 (21,4%). Наявність сертифіката спеціаліста констатовано у 52 респондентів (30,1%). Встановлено: найчисельнішими серед опитуваних є групи професіоналів з граничними значеннями кваліфікаційних категорій – з вищою та наявністю сертифіката лікаря-спеціаліста (61,6% спостережень).

Переважає більшість респондентів відмічають проходження курсів спеціалізації з медицини невідкладних станів – 162 (93,6%) випадків. Заперечують проходження спеціалізації 11 (6,4%) лікарів. Проходження курсів спеціалізації відмічають 48 ($90,6 \pm 4,0\%$) респондентів з вищою кваліфікаційною категорією, 31 ($100 \pm 0\%$) – з першою, 35 ($94,6 \pm 3,7\%$) – з другою та 48 ($92,3 \pm 0,7\%$) – із сертифікатом спеціаліста. Серед респондентів із спеціалізацією за фахом “Медицина невідкладних станів” $93,9 \pm 2,6\%$ осіб чоловічої статі.

Останні курси підвищення кваліфікації у закладах післядипломної освіти респонденти проходили $1,7 \pm 0,1$ року тому. Проходження курсів відмічають $39,4 \pm 8,5\%$ лікарів з найменшим виробничим стажем (0–5 років) та $87,5 \pm 4,8\%$ – з найбільшим стажем роботи на Станції. Відмінність у цьому питанні між обома групами респондентів є статистично достовірною ($p < 0,05$).

Респонденти зазначають наявність досвіду роботи з інших лікарських спеціальностей: кардіологом – 23 (13,3%) опитаних, педіатром – 16 (9,2%), терапевтом – 14 (8,1%), анестезіологом – 11 (6,4%), невропатологом – 7 (4,1%), лікарем загальної практики/сімейної медицини – 5 (2,9%), хірургом – 4 (2,3%), наркологом та психіатром – по 2 (1,2%) випадки. Решта лікарських спеціальностей були представлені по 1 (0,6%) випадку: акушер-гінеколог, імунолог, рефлексотерапевт, функціональна діагностика (по серцево-судинній системі), гематолог, токсиколог. Таким чином, досвід роботи з інших лікарських спеціальностей мають понад половина респондентів – 92 (53,2%) особи. Це свідчить про широкий клінічний світогляд та певною мірою про те, що частина лікарів не реалізували себе у інших лікарських спеціальностях. Деякі з перерахованих спеціальностей є надзвичайно важливими для догоспітального етапу (лікар-анестезіолог, кардіолог, педіатр), оскільки нерідко саме на догоспітальному етапі слід вирішувати нагальні питання надання невідкладної допомоги за профілем відповідного фаху.

Регулярно беруть участь у проведенні тренінгів на підстанціях ШМД 110 респондентів (63,6%), решта 63 (36,4%) лікаря заперечують свою участь в регулярних тренінгах. Свою участь у тренувальних заняттях зазначають $68,1 \pm 4,9\%$ чоловіків та $58,5 \pm 5,4\%$ жінок. Тренінги частіше проходять лікарі з виробничим стажем 21 і більше років, ніж лікарі із стажем 0–5 років, – $75,0 \pm 6,3\%$ і $54,5 \pm 8,7\%$ відповідно ($p > 0,05$). У групі дослідження опитуваних зі стажем 6–10 років беруть участь у тренінгах $45,5 \pm 7,5\%$ лікарів, що достовірно менше ($p < 0,05$), ніж у групі лікарів зі стажем 21 рік і більше. Серед опитаних зі стажем 11–15 років відмічають регулярні трену-

вальні заняття на роботі $82,4 \pm 9,2\%$, що перевищує відповідний показник у групі зі стажем 21 і більше років ($p > 0,05$). Не має суттєвої різниці ($p > 0,05$) питома вага тренінгів між групами зі стажем 16–20 років та 20 і більше років, що становить $71,0 \pm 8,2\%$ та $75,0 \pm 6,3\%$ відповідно.

Важливе значення у підвищенні рівня професійної майстерності відіграє робота з науковою літературою. Як свідчать результати нашого дослідження, 74 (42,8%) лікарів постійно працюють з науковою медичною літературою, а 82 (47,4%) лікарі відповіли, що “в основному так”. Негативні відповіді отримано у 2 (1,2%) випадках; 9 (5,2%) респондентів стверджують, що “в основному ні”. Не визначилися з відповіддю 6 (3,4%) респондентів. Частіше регулярно працюють з науковою медичною літературою лікарі жіночої статі, ніж чоловічої, – $47,6 \pm 5,5\%$ і $38,5 \pm 5,1\%$ відповідно ($p > 0,05$). Також частіше ($p > 0,05$) працюють у цьому напрямі професіонали вищої кваліфікаційної категорії, ніж першої, – $52,8 \pm 6,9\%$ і $45,2 \pm 8,9\%$ випадків відповідно та другої – $32,4 \pm 7,7\%$. Лікарі вищої категорії працюють з науковою медичною літературою частіше ($p > 0,05$), ніж респонденти з сертифікатом лікаря-спеціаліста, – $52,8 \pm 6,9\%$ і $38,5 \pm 6,7\%$ відповідно.

Спеціалісти першої кваліфікаційної категорії частіше працюють з медичною літературою, ніж другої, – $45,2 \pm 8,9\%$ і $32,4 \pm 7,7\%$ спостережень відповідно ($p > 0,05$) та респонденти із наявним сертифікатом лікаря-спеціаліста – $38,5 \pm 6,7\%$ ($p > 0,05$).

У практичній діяльності лікаря ШМД важливе значення мають нові методи діагностики, лікування та організації невідкладної медичної допомоги. У нашому дослідженні ми з'ясували, якими шляхами професіонали дізнаються про новачі у своїй спеціальності. Серед таких 135 (78,0%) лікарів вказують на наукові конференції, 131 (75,7%) респондент зазначив курси підвищення кваліфікації, 83 (47,9%) називають семінари у лікувально-профілактичних закладах, а 42 опитуваних (24,3%) – ресурси Інтернету. Серед інших джерел інформації респонденти назвали медичну наукову літературу (29 спостережень – 16,8%) та періодичні видання (20 випадків – 11,6%).

Під час дослідження також вивчали ступінь задоволеності/незадоволеності лікарів Станції

своєю роботою. Своєю задоволеністю роботою на ШМД підкреслює 81 (46,8%) респондент. Нездоволені своєю роботою 30 (17,3%) лікарів. Серед позитивних відповідей переважають думки осіб чоловічої статі ($52,7 \pm 5,2\%$ випадків), ніж жіночої – $40,2 \pm 5,4\%$ ($p > 0,05$). Негативно оцінювали свою роботу на Станції приблизно однакова кількість респондентів обох статей.

У ході дослідження виявлено залежність ступеня задоволеності роботою від тривалості роботи на Станції. Так, лікарі зі стажем 21 і більше років ($56,3 \pm 7,2\%$) частіше ($p > 0,05$) були задоволені роботою, ніж їхні колеги зі стажем 0–5 років ($36,4 \pm 8,4\%$), 6–11 років ($50,0 \pm 7,5\%$), 11–15 років ($47,1 \pm 12,1\%$) та 16–20 років ($45,3 \pm 6,8\%$).

Серед респондентів з різними кваліфікаційними категоріями такої залежності не виявлено. Так, лікарі першої ($51,6 \pm 9,0\%$) та другої ($51,4 \pm 8,2\%$) кваліфікаційних категорій частіше ($p > 0,05$) були задоволені своєю роботою, ніж лікарі вищої категорії ($45,3 \pm 6,8\%$). А питома вага позитивних оцінок професіоналів із сертифікатом лікаря-спеціаліста та лікарів вищої категорії приблизно співпадали: становили відповідно $42,3 \pm 6,9\%$ та $45,3 \pm 6,8\%$ ($p > 0,05$).

Жоден із респондентів не відповів ствердно про відповідність заробітної плати обсягу і якості виконуваної праці. Нечітку позитивну відповідь дали 5 (2,9%) опитуваних. Переважна більшість лікарів – 88,4% (153 випадки) – висловили своє незадоволення рівнем заробітної плати. Ще 8,7% (15 респондентів) надали нечітку негативну оцінку.

Висновки

1. Важливе значення у досягненні позитивного результату надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі належить медичним кадрам виїзної бригади ШМД.

2. Серед професійних вимог до лікарів ШМД: високий рівень професійної майстерності, проходження спеціалізації за фахом “Медицина невідкладних станів”, продовження навчання у закладах післядипломної освіти, компетентність у питаннях з різних розділів медицини, регулярна участь у тренінгах на станції (підстанції), робота з науковою медичною літературою.

3. Задоволеність роботою на станції ШМД висловлюють близько половини працюючих лікарів.

Список літератури

1. *Безперервна* професійна освіта лікарів на післядипломному етапі – запорука підвищення ефективності екстреної та невідкладної допомоги хворим неврологічного профілю на догоспітальному та госпітальному рівнях / Ткаченко О. В., Корженевський Л. В., Новікова А. В. [та ін.] // Матер. симп. [“Проблемні питання медицини невідкладних станів”], (Київ, 5–6 квіт. 2007 р.). – К., 2007. – С. 138–140.
2. *Медицина* неотложных состояний: учебн. / И. С. Зозуля, А. В. Вершигора, В. И. Боброва [и др.]; под ред. И. С. Зозули. – К.: Медицина, 2008. – 696 с.

3. *Посадові інструкції. Охорона здоров'я. (Керівники, професіонали в галузі лікувальної справи) (Кадри підприємства) / Пашутинський Є. К. – К. : КНТ, 2005. – 356 с.*
4. *Черепно-мозгова травма: современные принципы неотложной помощи : учеб.-метод. пособ. / Е. Г. Педаченко, И. П. Шлапак, А. П. Гук, М. Н. Пилипенко. – 2-е изд. – К. : Віпол, 2009. – 216 с.*

АНАЛИЗ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ю. И. Марков (Киев)

Проведено анкетирование 173 врачей станции скорой медицинской помощи г. Киева. Изучены уровень квалификации, рабочий стаж, пол, возраст и организационные аспекты профессиональной деятельности респондентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: станция скорой медицинской помощи, врач, квалификация.

THE ANALYSIS OF AMBULANCE STAFFING

Y. I. Markov (Kyiv)

The public questionnaire of 173 doctors at Kyiv emergency care station has been conducted. The level of proficiency, experience, gender, age and organizational aspects of respondents' professional activity has been studied.

KEY WORDS: emergency care station, doctor, level of proficiency.

Рецензент: к.е.н. І. І. Волинкін

УДК 616.361.2-07-084:316.65

О. К. ТОЛСТАНОВ (Житомир)

РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ЗНАТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З ПРОБЛЕМИ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СТРАТЕГІЧНИХ НАПРЯМКІВ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІАГНОСТИЧНОЇ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Управління охорони здоров'я Житомирської облдержадміністрації

Проведено соціологічне дослідження шляхом анкетування 402 студентів Житомирського інституту медсестринства і 330 сімейних лікарів з метою визначення якості їхніх знань з проблеми парентеральних вірусних гепатитів і, передусім, можливих шляхів передачі інфекції. Визначено недостатній рівень знань з цього розділу і необхідність удосконалення навчальних програм та інформаційного забезпечення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: парентеральні вірусні інфекції, діагностика, інформаційне забезпечення.

Відомо, що однією з важливих складових лікувально-діагностичного процесу є професійний рівень медичних працівників та доступність для них сучасних інформаційних технологій в додипломній і післядипломній підготовці та самоосвіті [1;4;5].

Аналіз літературних джерел і нормативних документів з організації діагностичної та профі-

лактичної роботи щодо парентеральних вірусних інфекцій (гепатити В і С, ВІЛ-інфекція) в Україні та в деяких країнах ближнього і дальнього зарубіжжя дозволяє стверджувати, що більшість дослідників не задовольняє ні існуюча система організації діагностичного процесу, ні рівень інформаційного забезпечення лікарів і середніх медичних працівників з цієї проблеми [2;4;5].

© О. К. Толстанов, 2010

Враховуючи гостроту проблеми, актуальними є питання визначення рівня поінформованості лікарів загальної практики та помічників сімейного лікаря щодо джерел інфікування та шляхів передачі парентеральних вірусних інфекцій для удосконалення діагностики цих захворювань і належної організації профілактичної роботи [3;5].

Метою дослідження стало визначення рівня обізнаності студентів різних вікових груп, що навчаються в Житомирському інституті медсестринства, та сімейних лікарів, які проходять спеціалізацію на кафедрі “Загальна практика – сімейна медицина” факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, з проблеми парентеральних вірусних гепатитів.

Матеріали і методи. Джерелом інформації слугували результати анкетування 402 студентів Житомирського інституту медсестринства та 330 лікарів загальної практики. Дослідження проводилось з 01.01.2008 р. по 30.06.2008 р. При цьому були представлені в достатній кількості обидві статі, жителі міста і села тощо.

Для досягнення поставленої мети використувався клініко-статистичний метод обробки даних за допомогою прикладної програми Statistica 5.5, ліцензія №AX 908 A 290603 AL, що належить Інституту стратегічних досліджень МОЗ України.

Результати дослідження та їх обговорення. За віком респонденти розподілились на-

ступним чином: студенти, які вступили до інституту після 9-го класу, віком 15–17 років – 198 осіб (49,3±2,49%), студенти, які вступили після 11 класів, віком 18–25 років – 204 (50,7±2,49%), лікарі віком 26–72 роки – 330.

Чоловіків було 213 (29,1±1,68%), жінок – 519 (70,9±1,68%), жителів міста – 461 (63,0±1,78%), сільських жителів – 271 (37,0±1,78%).

Серед 14 варіантів відповіді про можливі шляхи інфікування 10 належали до добре відомих на сьогодні шляхів, решта 4 – до неможливих.

Кількість, питома вага та рейтингове місце ствердних відповідей про можливі шляхи інфікування парентеральним вірусним гепатитом за результатами опитування студентів інституту медсестринства та сімейних лікарів наведені в таблиці 1.

Привертає увагу низький рівень обізнаності респондентів стосовно ін'єкційного шляху інфікування у наркоманів. Сімейні лікарі віддали цьому шляху інфікування 7 рейтингове місце з 14. Студенти виявились краще обізнаними з цим шляхом зараження і поставили його на 5 місце.

Низьке рейтингове місце – 9-е у відповідях сімейних лікарів та 10–11-е студентів – посіли ствердні відповіді про статевий шлях зараження.

Водночас інфікування через їжу і воду студенти поставили на 3 рейтингове місце, що свідчить про недостатню їх обізнаність щодо відмінностей шляхів інфікування вірусним гепатитом А, В і С.

Таблиця 1. Кількість, питома вага та рейтингове місце ствердних відповідей про можливі шляхи інфікування парентеральним вірусним гепатитом за результатами опитування студентів Житомирського інституту медсестринства та лікарів загальної практики

Варіант відповіді	Студенти перших курсів			Студенти старших курсів			Сімейні лікарі		
	абс.	%	РМ*	абс.	%	РМ	абс.	%	РМ
Відвідування стоматологічного кабінету	20	10,1±2,13	9	26	12,7±2,35	8-9	303	91,8±1,49	1
Під час проведення ін'єкцій	36	18,2±2,73	3-4	55	27,0±3,11	2	302	91,5±1,57	2-3
Оперативне втручання	18	9,1±2,12	11-12	28	13,7±2,35	7	302	91,5±1,57	2-3
Переливання крові	48	24,2±3,04	2	64	31,4±3,24	1	275	83,3±2,07	4
Татування	19	9,6±2,13	10	32	15,7±2,57	4-5	228	69,1±2,55	5
Послуги косметичного салону	11	5,6±1,55	13-14	20	9,8±2,10	12	188	57,0±2,73	6
Вживання ін'єкційних наркотиків	26	13,1±2,39	5-6	32	15,7±2,57	4-5	176	53,3±2,75	7
Внутрішньоутробне зараження плода від хворої матері	26	13,1±2,39	5-6	31	15,2±2,50	6	165	50,0±2,75	8
Статевий шлях	18	9,0±2,03	11-12	21	10,3±2,10	10-11	144	43,6±2,73	9
Користування туалетним приладдям хворих	64	32,3±3,32	1	26	12,7±2,35	8-9	136	41,2±2,71	10
Через їжу і воду	36	18,2±2,73	3-4	36	17,6±2,69	3	50	15,1±1,97	11
Під час поцілунків	24	12,1±2,31	8	17	8,3±1,90	13	38	11,5±1,79	12
Послуги лазні	11	5,6±1,69	13-14	8	3,9±1,37	14	20	6,1±1,31	13
При кашлі	25	12,6±2,39	7	21	10,3±2,10	10-11	10	3,1±0,94	14

Примітка: *РМ – рейтингове місце.

Результати опитування респондентів, що дали заперечні відповіді щодо можливих шляхів інфікування парентеральним вірусним гепатитом, наведені в таблиці 2.

Таблиця 2. Кількість, питома вага та рейтингове місце заперечних відповідей про можливі шляхи інфікування парентеральним вірусним гепатитом за результатами опитування студентів Житомирського інституту медсестринства та лікарів загальної практики

Варіант відповіді	Студенти перших курсів, віком 15-17 років			Студенти старших курсів, віком 18-25 років			Сімейні лікарі		
	абс.	%	PM	абс.	%	PM	абс.	%	PM
Під час поцілунків	104	52,5±3,55	4	80	39,2±3,41	6	292	88,5±1,79	1
При кашлі	79	39,9±3,48	9	124	60,8±3,41	1	280	84,9±1,97	2
Через їжу і воду	91	46,0±3,54	6	122	59,8±3,43	2	254	77,0±2,32	3
Послуги лазні	88	44,4±3,53	8	116	56,9±3,47	4	247	74,8±2,38	4
Користування туалетним приладдям хворих	58	29,3±3,26	13	68	33,4±3,29	10-11	156	47,3±2,75	5
Послуги косметичного салону	134	67,7±3,32	1	99	48,5±3,50	5	118	35,7±2,64	6
Внутрішньоутробне зараження плода від хворої матері	48	24,2±3,04	14	59	28,9±3,18	12	103	31,2±2,55	7
Татуювання	108	54,5±3,54	3	68	33,3±3,29	10-11	76	23,0±2,32	8
Переливання крові	66	33,3±3,34	11	41	20,0±2,80	14	55	16,7±2,07	9
Вживання ін'єкційних наркотиків	67	33,8±3,37	10	52	25,5±3,03	13	44	13,3±1,85	10
Статевий шлях	90	45,5±3,54	7	117	57,4±3,47	3	42	12,6±1,85	11
Під час проведення ін'єкцій	63	31,8±3,29	12	72	35,3±3,34	9	28	8,5±1,57	12-13
Оперативне втручання	94	47,5±3,55	5	78	38,2±3,40	7	28	8,5±	12-13
Відвідування стоматологічного кабінету	120	60,6±3,47	2	76	37,3±3,38	8	27	8,2±1,49	14

Примітка: РМ – рейтингове місце.

Понад половина студентів (57,4±3,47%) старших курсів і 45,5±3,54% підлітків заперечують статевий шлях зараження.

Кількість, питома вага та рейтингове місце відповідей “не знаю” про можливі шляхи інфікування парентеральним вірусним гепатитом наведені в таблиці 3. Серед непевних відповідей звертає на себе увагу перше рейтингове місце статевого шляху зараження, на яке його поставили сімейні лікарі. Понад половина опитуваних студентів не впевнені в можливості інфікування при вживанні ін'єкційних наркотиків і не знають про можливість внутрішньоутробного зараження плода від хворої на гепатит матері. На третє рейтингове місце серед непевних відповідей сімейні лікарі і підлітки поставили послуги лазні.

Визнали, що зовсім не обізнані з проблемою, 5,0±0,81% респондентів, мають загальне уявлення 67,0±1,74%, 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±0,37% від всіх опитаних осіб.

На питання, чи мають вони знайомих, інфікованих вірусами В і С або з негативними наслідками цієї хвороби, заперечну відповідь дали 55,0±1,84% опитаних, ствердну – 15,0±1,32%, не знають 30,0±1,69%.

Найбільш вразливими контингентами населення респонденти назвали: все населення – 29,0±1,68%; споживачів ін'єкційних наркотиків – 11,0±1,16%; дітей 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 – 3,0±0,63%; не визначилися з відповіддю 20,0±1,48%.

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

Таблиця 3. Кількість, питома вага та рейтингове місце відповідей “не знаю” про можливі шляхи інфікування парентеральним вірусним гепатитом за результатами опитування студентів Житомирського інституту медсестринства та лікарів загальної практики

Варіант відповіді	Студенти перших курсів, віком 15-17 років			Студенти старших курсів, віком 18-25 років			Разом		
	абс.	%	РМ	абс.	%	РМ	абс.	%	РМ
Статевий шлях	90	45,5±3,54	6	66	32,3±3,27	12	144	43,6±2,73	1
Вживання ін'єкційних наркотиків	105	53,1±3,55	2	120	58,8±3,44	1	110	33,4±2,59	2
Послуги лазні	99	50,0±3,55	3-4	80	39,2±3,41	10	63	19,1±2,16	3
Внутрішньоутробне зараження плода від хворої матері	124	62,7±3,43	1	114	55,9±3,48	2	62	18,8±2,16	4
При кашлі	94	47,5±3,55	5	59	28,9±3,18	13	40	12,1±1,79	5
Користування туалетним приладдям хворих	76	38,4±3,45	9	110	53,9±3,49	3	38	11,5±1,72	6
Татуювання	71	35,9±3,41	10-11	104	51,0±3,50	5	26	7,9±1,49	7-8
Через їжу і воду	71	35,8±3,41	10-11	46	22,6±2,95	14	26	7,9±1,49	7-8
Послуги косметичного салону	53	26,7±3,16	14	85	41,7±3,46	9	24	7,3±1,41	9
Під час поцілунків	70	35,4±3,39	12	107	52,5±3,50	4	0	0	10-14
Оперативне втручання	86	43,4±3,52	7	98	48,1±3,52	8	0	0	10-14
Переливання крові	84	42,5±3,51	8	99	48,6±3,50	7	0	0	10-14
Під час проведення ін'єкцій	99	50,0±3,55	3-4	77	37,7±3,38	11	0	0	10-14
Відвідування стоматологічного кабінету	58	29,3±3,26	13	102	50,0±3,50	6	0	0	10-14

Примітка: РМ – рейтингове місце.

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

Висновки

1. Рівень обізнаності з проблеми парентеральних вірусних гепатитів як студентів інституту медсестринства, так і сімейних лікарів, є недостатнім, незважаючи на те, що переважна більшість з них вважають ситуацію загрозливою.

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

3. Парентеральні вірусні інфекції є гострою медичною і соціальною проблемою, яка для свого вирішення вимагає удосконалення рівня знань і професійної підготовки, а також суттєвого покращення інформаційного забезпечення.

4. Враховуючи отримані результати, в навчальних програмах додипломної і післядипломної підготовки медичних працівників та курсів тематичного удосконалення сімейних лікарів доцільно розширити розділи щодо діагностики та санітарно-просвітницької роботи з питань профілактики парентеральних вірусних інфекцій.

Перспективи подальших досліджень в цьому напрямку полягають в науковому обґрунтуванні перспективних напрямків діагностики парентеральним вірусних інфекцій з використанням автоматизованих систем на основі сучасних комп'ютерних технологій.

Список літератури

1. Досвід використання сучасних інформаційних технологій у Житомирському обласному медичному центрі / В. Д. Парій, Т. В. Сорочинська, В. В. Шимотюк [та ін.] // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 1. – С. 23–26.
2. 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 / Чабанов Ф. А., Мороз Л. В., Рудинський В. Ф. [та ін.] // Клінічні проблеми боротьби з інфекційними хворобами. – Київ–Вінниця, 2002. – С. 440–442.

4. Уваренко А. Р. Доказова медицина у спектрі наукової медичної інформації та галузевої інноваційної політики : [монографія] / А. Р. Уваренко. – Житомир : Полісся, 2005. – 188 с.
5. Шатило В. Й. Медико-соціальні наслідки парентеральних вірусних гепатитів В і С / В. Й. Шатило. – Житомир : Полісся, 2007. – 260 с.

РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ПРОБЛЕМЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАТЕГИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

А. К. Толстанов (Житомир)

Проведено соціологічне дослідження шляхом анкетування 402 студентів Житомирського інституту медсестринства і 330 сімейних лікарів з метою визначення якості знань по проблемі парентеральних вірусних гепатитів і, в першу чергу, можливих шляхів передачі інфекції. Визначено недостатній рівень знань по цьому розділу і необхідність удосконалення навчальних програм і інформаційного забезпечення.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронические вирусные инфекции, диагностика, информационное обеспечение.

RESULTS OF SOCIOLOGICAL RESEARCH THE PROFESSIONAL KNOWLEDGE OF THE MEDICAL WORKERS ON A PROBLEM OF PARENTERAL VIRUS INFECTIONS FOR DEFINITION THE STRATEGIC DIRECTIONS OF ORGANIZATION THE DIAGNOSTIC AND PREVENTIVE WORK AT A REGIONAL LEVEL

A. K. Tolstanov (Zhitomir)

The sociological research is carried out by the questionnaire of 402 students of Zhitomir Nursing Institute and 330 family doctors with the purpose of definition of their quality knowledge on a problem of virus hepatitis and first of all, about possible ways of infection. Insufficient level of knowledge of this section and necessity of perfection of the educational programs and information maintenance has been determined.

KEY WORDS: parenteral virus infections, diagnostic, information provide.

Рецензент: д.мед.н. В. Й. Шатило

УДК 616-036.882-08.005

Г. О. СЛАБКИЙ, Г. Я. ПАРХОМЕНКО, В. М. ЯКИМЕЦЬ (Київ)

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РЕСУРСНОГО ХАРАКТЕРУ В ОРГАНІЗАЦІЇ ІНТЕНСИВНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Проаналізовано стан ресурсного забезпечення підрозділів інтенсивної терапії в лікувально-профілактичних закладах України. Недостатній рівень ресурсного забезпечення суттєво зменшує можливості ЛПЗ надавати якісну медичну допомогу на вторинному і третинному рівні пацієнтам з невідкладними станами.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: підрозділи інтенсивної терапії, ресурсне забезпечення, недоліки.

Основними принципами сучасної інтенсивної терапії є своєчасна діагностика порушень життєво важливих функцій організму, їх швидка та активна корекція і штучна підтримка функцій уражених органів та систем, аж до їх повного відновлення.

Щорічно по невідкладну медичну допомогу звертається кожний третій житель країни [6]. У зв'язку з цим відділення інтенсивної терапії стали невід'ємними структурними підрозділами сучасного лікувально-профілактичного закладу.

Надання інтенсивної медичної допомоги в Україні має багато невирішених організаційних

© Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, В. М. Якимець, 2010

проблем, основними з яких є пролонгований фактор часу та недостатня її якість [4]. За науковими оцінками, показник летальності можна зменшити на 20–50% за умови усунення перешкод організаційного характеру [2]. Як вказують літературні джерела, в Україні існує невелика кількість стаціонарів, робота яких ґрунтується на сучасних організаційних принципах надання інтенсивної медичної допомоги [1;5].

Численні дослідження свідчать, що провідними причинами смерті хворого є різного роду ускладнення, виникнення яких можна було б попередити [2;4]. В Україні ця проблема не вивчалася, що зумовило актуальність даного дослідження, його мету і завдання.

Мета роботи: встановити проблемні питання ресурсного характеру в організації інтенсивної медичної допомоги дорослому населенню України.

Матеріали і методи. У ході роботи використані наступні методи наукового дослідження: системного аналізу, бібліосемантичний, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідженням встановлено, що із 486 ЦРЛ ліжка інтенсивної терапії (ІТ) відсутні у 117 (24,1%), з 243 МЛ ліжка ІТ відсутні у 63 (25,9%). Отже, 180 (24,7%) ЛПЗ другого рівня надання медичної допомоги не мають можливості надавати інтенсивну медичну допомогу пацієнтам. Серед підрозділів ІТ переважають відділення потужністю 6–11 ліжок (70,3%) та потужністю 1–5 ліжок (17,7%). Відділення потужністю 12 і більше ліжок складають 12,0%. В лікарнях ШМД розгорнуто 6475 ліжок, з яких 260 (4,02%) становлять ліжка ІТ з коливанням по лікарнях від 10,38% в лікарні ШМД м. Дніпродзержинська до 2,93% в лікарні ШМД м. Чернівців. Відповідно до нормативної бази потужність підрозділів ІТ є основою для їх кадрового та матеріально-технічного забезпечення.

У ЛПЗ загальної профілю II–III рівнів надання медичної допомоги дорослому населенню функціонує 4478 ліжок ІТ, що становить 1,03 ліжка на 10 тис. відповідного населення з коливаннями від 0,59 у ЛПЗ Сумської до 1,65 в ЛПЗ Чернігівської області. Найбільша кількість ліжок сконцентрована в ЦРЛ – 2124 (47,43%) та в МЛ – 1698 (37,92%). В ОЛ сконцентровано 656 (14,65%) ліжок ІТ. Питома вага ліжок ІТ в загальному ліжковому фонді ЛПЗ становить 2,21%, з коливаннями від 1,15% в ЛПЗ Сумської до 3,64% в ЛПЗ Запорізької області. В ОЛ цей показник коливається від 0,79 в ЛПЗ Полтавської до 7,01% в ЛПЗ Одеської області. В ЛПЗ країн ЄС питома вага ліжок ІТ коливається в межах 5–20%.

У підрозділах ІТ введено 5714,75 штатної посади лікаря-анестезіолога, що складає їх забезпеченість у кількості 1,55 на 10 тис. населення.

Укомплектованість штатних посад лікарів-анестезіологів підрозділів ІТ в ЛПЗ України становить 75,26%, з коливаннями від 60,35% в ЛПЗ Кіровоградської до 104,66% в ЛПЗ Чернівецької областей. При цьому укомплектованість штатних посад лікарів-анестезіологів в ОЛ становить 77,61%, з коливаннями від 62,86% в ЛПЗ Харківської до 133,33% в ЛПЗ Чернівецької областей; в МЛ – 81,63%, з коливаннями від 53,85% в ЛПЗ Кіровоградської до 114,71% в ЛПЗ Вінницької областей; в ЦРЛ – 70,75%, з коливаннями від 57,14% в ЛПЗ Київської до 95,69% в ЛПЗ Чернівецької областей.

Укомплектованість штатних посад лікарів-анестезіологів в лікарнях ШМД становить 83,9%, з коливаннями від 61,3% в лікарні ШМД м. Дніпродзержинська до 104,0% в лікарні ШМД м. Вінниці. Питома вага атестованих на вищу кваліфікаційну категорію складає 38,57%, з коливаннями від 29,26% в ЦРЛ до 48,25% в ОЛ. Частка не атестованих лікарів становить 14,95%, з коливаннями від 17,36% в ЦРЛ до 13,97% в ОЛ. Найбільшу частку неатестованих лікарів-анестезіологів (28,26%) виявлено в ЛПЗ Луганської області. Питома вага лікарів-анестезіологів пенсійного та передпенсійного віку становить 16,16%, з коливаннями від 9,22% в ЛПЗ АР Крим до 23,23% в ЛПЗ Чернігівської області.

Укомплектованість штатних посад медичних сестер в підрозділах ІТ ЛПЗ України становить 88,39%, з коливаннями від 78,7% в ЛПЗ Рівненської до 105,88% в ЛПЗ Чернівецької областей. В лікарнях ШМД показник укомплектованості становить 85,8%, з коливанням від 54,9% в лікарні ШМД м. Дніпродзержинська до 110,1% в лікарні ШМД м. Львова.

Вивчення матеріально-технічного забезпечення підрозділів ІТ базовим обладнанням, від чого залежить ефективність медичної допомоги та безпека пацієнтів, показало, що в цілому забезпеченість апаратами ШВЛ (при нормативі 1 апарат на ліжко) складає 0,64, з коливаннями від 0,23 в ЛПЗ Чернігівської до 1,19 в ЛПЗ Сумської області. Із загальної кількості (2875) апаратів 338 (15,1%) не функціонують і не підлягають ремонту. При цьому питома вага дихальних апаратів високого класу складає 3,97%, з коливаннями від 0,71% в ЛПЗ Запорізької до 13,64% в ЛПЗ Хмельницької областей; в ЛПЗ п'яти областей апарати такого класу відсутні. Вивчення забезпеченості дихальною апаратурою ОЛ показало, що кількість апаратів ШВЛ на одне ліжко ІТ становить 0,46, з коливаннями від 0,11 в ЛПЗ Волинської до 2,33 в ЛПЗ Полтавської областей, при цьому питома вага дихальних апаратів терміном експлуатації понад 10 років становить 73,24%, а в ЛПЗ 7 областей питома вага таких апаратів складає 100%. В МЛ цей показник ста-

новить 0,46, з коливаннями від 0,12 в ЛПЗ Сумської до 1,33 в ЛПЗ Чернівецької областей. На рівні ЦРЛ забезпеченість дихальною апаратурою дещо вища і становить 0,54, з коливаннями від 0,15 на одне ліжко ІТ в ЛПЗ Чернігівської до 1,79 в ЛПЗ Сумської областей. Забезпеченість лікарень ШМД апаратами ШВЛ становить 0,59 на одне ліжко ІТ, з коливаннями від 0,25 в ЛШМД м. Черкас до 1,33 в ЛШМД м. Чернівці; вони відсутні в ЛШМД м. Кіровограда. Проведений аналіз вказує як на край недостатній, так і деформований рівень забезпеченості дихальною апаратурою, що, з одного боку, унеможлиблює надання якісної інтенсивної медичної допомоги, а з іншого – призводить до нераціонального використання наявних ресурсів.

Враховуючи, що комплексний моніторинг вітальних функцій організму пацієнтів, які перебувають у тяжкому та критичному станах, став одним з головних технологічних стандартів в ІТ, що забезпечив значно вищу ефективність інтенсивної медичної допомоги та покращив виживаність пацієнтів, було вивчено забезпеченість підрозділів ІТ моніторинговою апаратурою, норматив якої становить 7 апаратів на 6 ліжок ІТ, тобто 1,17 апарату на ліжко ІТ. В цілому забезпеченість моніторинговою апаратурою склала 0,4 на ліжко ІТ, з коливаннями від 0,15 в ЛПЗ Чернігівської до 0,79 в ЛПЗ Сумської областей. В ОЛ забезпеченість моніторинговою апаратурою склала 0,45 на одне ліжко ІТ, з коливаннями від 0,1 в ЛПЗ АР Крим до 2,0 в ЛПЗ Сумської та Полтавської областей. На рівні МЛ відповідний показник склав 0,3, з коливаннями від 0,12 в ЛПЗ Сумської до 0,74 в ЛПЗ Хмельницької області та відсутністю в ЛПЗ Закарпатської області. ЦРЛ забезпечені моніторинговою апаратурою в кількості 0,31 апарату на ліжко ІТ, з коливаннями від 0,05 в ЛПЗ Миколаївської до 1,1 в ЛПЗ Сумської областей. При цьому в 15,84% ЦРЛ України такі апарати відсутні. Найбільша питома вага ЦРЛ, в підрозділах ІТ яких відсутнє моніторингове обладнання, встановлена в Кіровоградській (57,14%), Чернігівській (47,62%), Харківській (26,09%) областях та АР Крим (47,62%). В ЛШМД забезпеченість моніторинговою апаратурою складає 0,4 на одне ліжко ІТ, з коливаннями від 0,19 в ЛШМД м. Львова до 1,17 в ЛШМД м. Маріуполь та відсутня в ЛШМД м. Миколаєва.

Однією із складових структури є інформаційна компонента, яка вивчалася шляхом встановлення рівня комп'ютеризації підрозділів ІТ, доступу до мережі Internet та рівня комп'ютерної грамотності лікарів-анестезіологів.

Встановлено, що комп'ютерною технікою забезпечені 40,0% підрозділів ІТ ЛПЗ II–III рівнів надання медичної допомоги, з коливаннями від

7,7% в ЛПЗ Чернігівської області до 75,0% ЛПЗ м. Севастополь. Забезпечені доступом до мережі Internet 11,03% підрозділів ІТ, у т.ч. 46,4% ОЛ, 13,1% МЛ та 4,1% ЦРЛ. Відмічено значні коливання даного показника в розрізі ЛПЗ адміністративних територій: від повної відсутності доступу до Інтернету підрозділів ІТ в ЛПЗ Полтавської та Чернігівської областей до 27,6% в ЛПЗ Миколаївської та 25,0% в ЛПЗ Херсонської областей.

Таким чином, основними недоліками ресурсного характеру є:

1) невідповідність ліжкового фонду підрозділів ІТ потребам пацієнтів з невідкладними станами. У ЛПЗ II рівня надання медичної допомоги він становить від 1,27% у ЛПЗ Кіровоградської до 4,62% у ЛПЗ Тернопільської областей, у ОЛ – від 0,79% у Полтавській до 7,01% в Одеській областях (при потребі 5–20%);

2) невідповідність оснащення базовим діагностичним обладнанням для проведення ІТ у ЛПЗ 23 областей України;

3) невідповідність оснащення обладнанням для моніторингу за станом здоров'я пацієнтів у підрозділах ІТ ЛПЗ всіх областей;

4) укомплектованість лікарями ВАІТ нижче 75% у ЛПЗ 13 областей України;

Все це суттєво зменшує можливості ЛПЗ надавати якісну медичну допомогу пацієнтам з невідкладними станами.

Висновки

1. Встановлено, що у лікарнях II–III рівнів надання медичної допомоги населенню функціонує 4478 ліжок інтенсивної терапії (1,03 ліжка на 10 тис. населення), на які припадає 2,21% в загальному ліжковому фонді лікарень (від 1,15% в Сумській до 3,64% в Запорізькій областях, при нормативі 5%). Служба АІТ забезпечена лікарями-анестезіологами на 81,6% від нормативу по Україні з коливаннями в областях від 65,8% в Кіровоградській до 111,8% – у Львівській. Число штатних посад складає від 1,13 на 10 тис. населення в Запорізькій до 2,3 в Івано-Франківській області. При цьому в ОЛ 16,8% лікарів-анестезіологів передпенсійного та пенсійного віку (понад 30% – в Закарпатській, Черкаській, Київській областях); в МЛ – 18,1% (понад 30% – в Київській області); в ЦРЛ – 13,6% (більше всього у Донецькій та Чернігівській областях – по 24%). Вищу кваліфікаційну категорію мали 38,6% лікарів-анестезіологів, в обласних лікарнях – 48,2%, в міських – 42,5%, в ЦРЛ – 29,3%.

2. Доведено, що матеріально-технічний стан служби АІТ недостатній – на одне ліжко припадає: 0,64 одиниці дихального обладнання, що майже вдвічі нижче нормативу; 0,4 – моніторингової техніки, що втричі менше нормативу; 0,21 – апаратів для дозованого введення ліків, що

майже в п'ять разів нижче нормативу; найгірша забезпеченість базовим обладнанням в ЦРЛ – 0,54; 0,31; 0,13 відповідно. Аналіз забезпеченості апаратами ШВЛ за країнами-виробниками показав, що найчастіше підрозділи оснащені апаратами виробництва Росії (39,4%) та України (37,5%). Лише 5,3% припадає на апарати виробництва країн Західної Європи, США, Японії, тоді як на апарати виробництва часів СРСР – 16,5%.

3. Встановлено низький рівень інформаційного забезпечення служби ІТ персональними

комп'ютерами (37,7% закладів): в ЦРЛ цей показник складає 32,3%, в міських лікарнях – 37,5%, обласних – 67,4%. Аналіз показав, що 62,9% ЛПЗ II–III рівнів надання медичної допомоги в Україні мають доступ до Інтернету і тільки 11,0% підрозділів служби АІТ цих закладів забезпечені доступом до нього. За типами закладів цей показник розподіляється наступним чином – 92,3% ОЛ мають доступ до мережі Інтернет, з них 43,8% – підрозділи АІТ, міські – 50,6% та 12,8%, ЦРЛ – 67,5% та 4,12% відповідно.

Список літератури

1. Аналітична характеристика організації та структури служби інтенсивної терапії міських лікарень України / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // *Здоровье женщины*. – 2009. – № 1 (37). – С. 28–32.
2. Вплив основних складових лікувально-діагностичного процесу на летальність у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // *Здоровье женщины*. – 2009. – № 6 (43) – С. 17–20.
3. *Здоров'я нації*. 2008 / за ред. В. М. Князевича. – К., 2009. – 138 с.
4. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // *Охорона здоров'я України*. – 2008. – № 3 (31). – С. 5–19.
5. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2008 рік / за ред. В. М. Князевича. – К., 2009. – 384 с.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік / за ред. В. М. Князевича. – К., 2009. – 360 с.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ РЕСУРСНОГО ХАРАКТЕРА В ОРГАНИЗАЦИИ ИНТЕНСИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Г. А. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, В. Н. Якимец (Киев)

Проанализировано состояние ресурсного обеспечения подразделений интенсивной терапии в лечебно-профилактических учреждениях Украины. Недостаточный уровень ресурсного обеспечения существенно уменьшает возможности ЛПУ оказывать качественную медицинскую помощь на вторичном и третичном уровне пациентам с неотложными состояниями.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: подразделения интенсивной терапии, ресурсное обеспечение, недостатки.

EXISTENT PROBLEMS OF RESOURCE CHARACTER IN THE ORGANIZATION OF INTENSIVE MEDICAL CARE TO POPULATION

G. A. Slabkyi, G. J. Parhomenko, V. N. Yakimets (Kyiv)

Condition of resource provide of intensive therapy divisions in treatment-and-prophylactic establishments (TPE) of Ukraine has been analysed. The insufficient level of resource supply essentially reduces opportunities TPE to render qualitative medical care at a secondary and tertiary level to patients with urgent states.

KEY WORDS: divisions of intensive therapy, resource supply, lacks.

Рецензент: д.мед.н. О. М. Ковальова

УДК 614.2:368.06.003.1(048)

М. В. ШЕВЧЕНКО, О. О. ЗАГЛАДА, Л. А. КАРАМЗІНА, В. Я. БОЙКО (Київ)

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНИХ ВІДНОСИН ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (аналітичний огляд наукової літератури)

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Системи охорони здоров'я всього світу знаходяться у постійному процесі реформування своїх структур та служб. І країни, що розвиваються, і розвинені країни перебувають у пошуку шляхів оптимізації організації та механізмів функціонування системи охорони здоров'я. В Україні назріла необхідність розробки та впровадження нових механізмів, які б дозволили більш ефективно підійти до вирішення проблем щодо забезпечення потреб населення у медичних послугах. Це можливо за умови раціоналізації сектору охорони здоров'я, передусім ефективного і раціонального використання наявних ресурсів та забезпечення належної якості та доступності медичних послуг.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: моделі організації охорони здоров'я, соціальне медичне страхування, рівні допомоги, подушова оплата, глобальний бюджет, діагностично-споріднені групи (ДСГ).

Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні, які визначені положеннями постанови Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. "Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я", передбачають розмежування первинного, вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги, визначення переліку медичних послуг відповідно до рівня її надання, особливостей фінансування закладів охорони здоров'я, що надають первинну та вторинну медичну допомогу тощо. Тому вивчення найкращого світового та вітчизняного досвіду з питань удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я є актуальним.

Мета дослідження: висвітлити та обґрунтувати напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин у сфері охорони здоров'я.

Матеріали і методи. У дослідженні використано бібліосемантичний та інформаційно-аналітичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення. З точки зору організаційно-фінансових особливостей можна виділити наступні основні моделі організації охорони здоров'я: переважно приватну, національну, державну та страхову. Практично немає країн, які використовують тільки одну з цих моделей, у більшості з них є поєднання 2–3 різних форм з переважанням однієї моделі [42]. Більшість країн віддають перевагу системам загального медичного страхування, які ґрунтуються на принципах рівності та солідарності [56].

У багатьох країнах, що розвиваються, і країнах з перехідною економікою реформи системи охорони здоров'я і запровадження соціального медичного страхування були здійснені з метою підвищення ефективності для посилення конкуренції та ефективності регулювання, фінансування і забезпечення виконання основних функцій сектору. Моделі системи охорони здоров'я відрізняються особливостями збору та адміністрування фінансових ресурсів, обраними пакетами медичних послуг, вимогами до акредитації надавачів і контролем за наданням послуг.

Соціальне медичне страхування (далі – СМС) дуже поширене у світі і визначає напрями діяльності більшості систем охорони здоров'я країн Західної Європи [51;55]. Так, у Австрії, Бельгії, Франції, Німеччині, Люксембургу, Нідерландах та Швейцарії СМС є визначним інструментом надання і фінансування медичної допомоги. Окремі інструменти системи соціального медичного страхування використовуються і в країнах із суто податковою системою формування ресурсів для фінансування охорони здоров'я (Фінляндія, Швеція, Велика Британія, Греція та Португалія). Крім того, значна частина країн Центральної та Східної Європи запровадили адаптовані моделі СМС, серед яких Угорщина (з 1989 р.), Литва (з 1991 р.), Чехія (з 1992 р.), Естонія (з 1992 р.), Латвія (з 1994 р.), Словаччина (з 1994 р.) та Польща (з 1999 р.).

Серед сусідніх країн значний досвід у запровадженні СМС мають Румунія [5], Польща [50;57],

Росія [16;45], Грузія [48;53], Киргизстан [37], Молдова [60], країни Балтії.

Модель організації охорони здоров'я (ОЗ) багато в чому визначає доступні механізми господарювання та принципи регулювання відносин між основними складовими системи. Чинне законодавство України дозволяє залучення позабюджетних коштів, розвиток медичного страхування, створення приватних медичних закладів [33;35;38;44].

В Україні охорона здоров'я населення забезпечується діяльністю державної, комунальної та приватної систем охорони здоров'я, що необхідно враховувати при здійсненні державного регулювання та визначенні найбільш оптимальних механізмів господарювання у галузі [2;31]. Основними формами фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні є бюджетне фінансування, добровільне медичне страхування, кошти від надання платних послуг, благодійництво та спонсорство [40]. Традиційно найвагомішим джерелом фінансового забезпечення охорони здоров'я є кошти державного та місцевих бюджетів (бюджетне фінансування), тоді як кошти, отримані з інших джерел, – лише додатковий фінансовий ресурс. Так, на сьогодні ОЗ практично повністю фінансується із загальних державних фондів, частка яких у сукупному офіційному бюджеті протягом останніх років становила 98%. Платні медичні послуги, різні благодійні (добровільні) і так звані децентралізовані джерела фінансування становлять близько 2–7% від загального обсягу бюджетного фінансування [31;40;51].

Такі форми, як кредитування та інвестування, характерні для юридичних і фізичних осіб, що займаються приватною медичною практикою. Крім того, у період переходу до ринкової економіки державним і комунальним закладам охорони здоров'я дозволили некомерційну господарську діяльність (медичну та немедичну), щоб у такий спосіб вони мали змогу залучити додаткові фінансові ресурси. У результаті набула значного поширення така форма фінансового забезпечення, як некомерційне самофінансування. Останнє полягає в тому, що його здійснюють на принципах самоокупності і воно передбачає просте відтворення витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги [40;44].

Протягом останніх років акцент у вирішенні проблеми недостатнього фінансування галузі охорони здоров'я робиться на запровадження обов'язкового медичного страхування як потенційного джерела залучення в систему додаткових коштів [41]. Найважливішим завданням вирішення проблеми фінансування охорони здоров'я та загальноновизнаним напрямком якісного реформування медицини є запроваджен-

ня прозорого багатоканального фінансування, яке дозволить вирішити багато економічних, організаційних, кадрових та технологічних проблем охорони здоров'я. Як варіанти залучення додаткових коштів розглядаються: перспективи введення загальнообов'язкового соціального медичного страхування, поширення практики діяльності "лікарняних кас", створення суспільно-солідарного сектора [36;46]. Останній є об'єднанням муніципальних медичних закладів, медичних підприємств і лікувальних установ інших організаційно-правових форм, а також лікарів з приватною практикою, пов'язаних між собою єдиним замкненим лікувально-діагностичним технологічним процесом надання медичних послуг і єдиною системою фінансування з позабюджетних (страхових, суспільно-солідарних цільових фінансових і благодійних фондів) і комерційних джерел [10;11;30].

Одним з основних стратегічних напрямів у визначенні оптимальних і дієвих організаційно-правових форм є запровадження автономізації закладів охорони здоров'я та зміна їх господарського статусу [17;24;27]. Однак при цьому, як свідчить дані окремих дослідників, некомерційні комунальні підприємства стають вразливими, оскільки місцеві ради та адміністрації, як правило, скорочують їм обсяги бюджетного фінансування на суму залучених в попередній звітний період позабюджетних коштів, посилячись на їхній новий статус [24;35].

Окремі дослідники наголошують, що новий статус закладів охорони здоров'я має бути комплексно врегульований законодавчо, тобто отримати повноцінне нормативно-правове поле [4;6;28;34].

Крім забезпечення фінансування заходів та програм з охорони здоров'я відповідно до потреб населення, система охорони здоров'я потребує запровадження дієвих організаційно-правових форм діяльності медичних закладів та ефективного використання виділених коштів консолідованого бюджету [15;43]. Одним із важливих елементів переведення системи ОЗ на засади ефективної діяльності та прозорості використання ресурсів є подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги, розмежування фінансування послуг первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, що закладено в сучасну концепцію реформування сектору охорони здоров'я [25;32;43].

Важливе значення для розвитку галузі має запровадження перетворень і у приватному секторі. Як і у більшості розвинених країн, а також країн з ефективними перетвореннями у галузі, для покращення ефективності надання послуг та якості обслуговування населення, раціональним кроком є надання рівних прав державному

та приватному сектору при виконанні державного замовлення за умови надання ними медичних послуг відповідно до визначених державою медичних стандартів та цінової політики [38–40]. При цьому доцільним є сприяння створенню приватних загальнолікарських практик шляхом надання в оренду необхідних приміщень і обладнання на пільгових умовах, а також визначення на контрактній основі обсягу послуг та їхньої вартості, що могли б закуповуватися державою у закладів будь-якої форми власності [18;23;26].

У відомчій медицині необхідно також розглянути такі перетворення, як концентрація всіх коштів з державного бюджету на рівні МОЗ України та передача таких закладів охорони здоров'я у підпорядкування місцевих органів влади, а також чітке визначення обсягів медичної допомоги і, відповідно, потреби у кадровому, матеріально-технічному та фінансовому забезпеченні таких закладів [12].

Розмежування рівнів надання медичної допомоги, а отже і функцій закладів ОЗ відповідно до рівнів надання допомоги, необхідно проводити, зокрема, шляхом створення окремих центрів первинної медико-санітарної допомоги, що визначатимуть надання допомоги на первинному рівні, госпітальних округів для забезпечення ефективності діяльності медичних закладів вторинної ланки [1;39], а також створення високоспеціалізованих центрів, університетських клінік та їх ресурсного забезпечення [6;15;23;34;43].

Такий підхід дозволить запровадити більш раціональні методи фінансування, що вже довели свою ефективність у різних країнах світу [3]. Так, передбачається, що на первинному рівні всі кошти (бюджети сіл, селищ, міст районного значення) концентруються на районному рівні із застосуванням подушної оплати.

Ефективність рішень щодо розмежування фінансування первинної та вторинної ланки, поступового запровадження механізму розділення фінансових потоків по рівнях надання послуг у практичній діяльності вже доведено на прикладах ряду областей, районів та міст України [20]. Це повністю відповідає кращому досвіду у світовому масштабі і пріоритетам розбудови національної системи охорони здоров'я [8;19].

Для вторинного рівня раціональним підходом до розміщення фінансових ресурсів є концентрація коштів на рівні області, запровадження фінансування закладів за методом “глобального бюджету” із поступовим визначенням вартості та обсягу послуг, що закуповуватимуться у кожного закладу відповідного до його потужності, спеціалізації тощо.

Для третинного рівня (високоспеціалізована медична допомога) також найбільш прийнят-

ним на даному етапі є метод “глобального бюджету” в залежності від структури та обсягів наданої допомоги. Найчастіше діяльність закладів третинної медичної допомоги відбуватиметься на умовах корпорації, тим самим передбачаючи, що частина коштів із бюджетів університету та інших закладів, що входять в об'єднання, у вигляді трансферту передаються на лікарню, що виступає як центральна ланка корпорації. Витрати здійснюються відповідно до затвердженого порядку.

Метод “глобального бюджету” для фінансування закладів стаціонарної допомоги вторинної та третинної ланки найбільш поширений у країнах ЄС. Разом з тим все більшого поширення набуває запровадження фінансування лікарняних закладів за методом визначення “портфелю послуг” (*case-mix*), що закуповуються для обслуговування застрахованого населення в межах пакету соціального медичного страхування або гарантованого державою обсягу послуг. Формування та облік “портфелю послуг” відбувається найчастіше із використанням групування послуг у діагностично-споріднені групи (ДСГ). ДСГ були вперше використані і застосовуються у США, а сьогодні із певними модифікаціями – у всіх країнах ЄС, а також інших розвинених країнах світу (Канаді, Австралії, Новій Зеландії, Кореї та ін.) [52].

Ціноутворення щодо медичних і сервісних послуг закладів охорони здоров'я відіграє важливу роль у забезпеченні ефективного та якісного функціонування системи ОЗ [9;21;22]. Застосування методики ДСГ ґрунтується на об'єднанні пацієнтів у групи за клінічно визначеними категоріями з однорідним споживанням ресурсів – на основі таких складових, як основний діагноз, наявність ускладнюючих діагнозів, характеру медичного втручання, віку та статі. За результатами застосування методики усі медичні випадки групуються та отримують код за ДСГ. Важливим є визначення базової вартості стандартного випадку згідно з ДСГ та розробка коефіцієнтів затратоємкості для обчислення кожного ДСГ залежно від відділення та процедур, що були включені до курсу лікування пацієнтів. Кількість груп ДСГ в різних країнах різна, але найчастіше вона коливається від 500 до 750. При цьому в залежності від спеціалізації закладів, де надається допомога, а також приналежності їх до вторинної чи третинної ланки надання медичної допомоги, вводяться поправочні коефіцієнти для обрахунку сум відшкодування за проліковані випадки.

Адаптація підходу до систем охорони здоров'я в різних країнах призвела до розробки специфічних критеріїв визначення групування пацієнтів та встановлення базових сум відшко-

дувань за обсяг наданих послуг медичними закладами [54;59]. Адаптовані системи кодування медичних послуг були розроблені у Німеччині, Франції, Нідерландах і Великій Британії, Іспанії та Італії, Скандинавських країнах, а також в Російській Федерації, Казахстані та ін. [47;49;61;62]. Країни ЄС сьогодні активно працюють над запровадженням єдиної для країн ЄС системи ДСГ [58].

У Європі декілька міжнародних організацій (Рада Європи, Організація економічного співробітництва та розвитку, Європейське бюро ВООЗ, Європейський союз, Європейський комітет із систем класифікації хворих і Європейський комітет зі стандартизації) стимулюють дослідження із впровадження ДСГ у практичну діяльність лікарень, крім того, розпочали працювати два міжнародні проекти з вивчення впровадження системи ДСГ у Європі – проекти Case Mix and Severity і Case Mix and Resource Management. У Франції DRG одержали найменування однорідних груп пацієнтів (groups Homogenes de malades) [58].

Процес адаптації методології згідно з ДСГ складається з ряду етапів. На першому етапі обирається ряд закладів, у яких проводиться точне кодування процедур та облік схем надання медичних послуг із детальним визначенням вартості на кожному етапі обслуговування пацієнтів. Такі дані обробляються і коригуються, після чого ДСГ апробується у тестовому режимі на ряді обраних територій. Після цього ДСГ поступово впроваджується у загальну практику розподілу фінансових ресурсів із постійним поточним оновленням та щорічним коригуванням відповідно до потреб галузі.

Важливо зазначити, що методика групування послуг довела свою дієвість як у країнах, де застосовується соціальне медичне страхування,

так і у країнах, де фінансування систем охорони здоров'я засновується на принципах загально-го оподаткування населення [7;29].

Висновки

1. У переважній більшості країн ефективно поєднуються різні форми організації охорони здоров'я з елементами приватного, державного та страхового регулювання з переважанням якоїсь однієї моделі. В Україні охорона здоров'я населення забезпечується діяльністю державної, комунальної та приватної систем охорони здоров'я, де традиційно найвагомішим джерелом фінансового забезпечення охорони здоров'я є кошти державного та місцевих бюджетів (бюджетне фінансування).

2. Соціальне медичне страхування дуже поширене у світі і визначає напрями діяльності більшості систем охорони здоров'я світу і дозволяє впроваджувати найбільш дієві та раціональні важелі регулювання сектору охорони здоров'я.

3. Основні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні, враховуючи найкращий світовий досвід, стосуються проведення структурної реорганізації галузі та удосконалення системи її фінансування, удосконалення системи профілактики захворювань, поліпшення стану надання медичної допомоги шляхом інституційного розмежування первинного, вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги та запровадження нового господарсько-фінансового механізму в діяльності закладів охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень полягають у детальному вивченні окремих напрямків удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я для використання найкращого світового і вітчизняного досвіду при проведенні реформ сектору охорони здоров'я України.

Список літератури

1. Автономізація закладів первинної медико-санітарної допомоги – один із шляхів підвищення ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я / Лехан В. М., Матюха Л. Ф., Надутий К. О. [та ін.] // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. [«Медико-технологічні нормативи в роботі лікувальних закладів : сучасний стан проблеми в Україні»], (Київ, 15–16 жовт. 2009 р.) – К., 2009. – С. 41–42.
2. Буздуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / Я. Буздуган // Вече. – Режим доступу : <http://www.viche.info/journal/960/> – Назва з екрану.
3. Виноградов О. В. Державне управління багатоканальним фінансуванням закладів охорони здоров'я / О. В. Виноградов // Статистика України. – 2006. – № 2. – С. 65–67.
4. Гладун З. Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу / З. Гладун // Право України. – 2003. – № 6. – С. 56–62.
5. Доклад CNAS, 2004 г. [Доклад Национального фонда медицинского страхования, 2004 г.] / Национальный фонд медицинского страхования. – Бухарест, 2004 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.casan.ro/> – Название с экрана.
6. Долот В. Д. Державне управління стаціонарною медичною допомогою в Україні: стан і тенденції розвитку : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. / В. Д. Долот. – К., 2006 – 21 с.
7. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / за заг. ред. В. Г. Черненка, В. М. Рудого. – К. : Академпрес, 2002. – 112 с.
8. Звіт про стан охорони здоров'я у світі: Первинна медико-санітарна допомога. Сьогодні актуальніше, ніж коли-небудь [Електронний ресурс] / ВООЗ, 2008 р. – Режим доступу : <http://www.who.int/ru/>. – Заголовок з екрану.

9. *Кади́ров Ф. Н.* Ценообразование медицинских и сервисных услуг учреждения здравоохранения / Ф. Н. Кади́ров. – М.: ГРАНТЬ, 2001. – 424 с.
10. *Карамише́в Д. В.* Теоретичні аспекти та узагальнення основних понять управління системою охорони здоров'я в умовах трансформації суспільства / Д. В. Карамише́в // Зб. наук. пр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України / за заг. ред. В. І. Лугового, В. М. Князе́ва. – К.: Вид-во НАДУ, 2005. – Вип. 1. – 512 с.
11. *Карамише́в Д. В.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Д. В. Карамише́в // Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. – Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2005. – № 1. – С. 9–17.
12. *Кузнецова Т. В.* Характеристики организационно-правовых форм медицинских организаций [Электронный ресурс] / Т. В. Кузнецова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – № 3 (7). – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/86/30/> – Заголовок з екрану.
13. *Кучеренко В. З., Вялков А. И., Денисов И. Н.* [и др.] Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования. – М.: ФФОМС, 2000.
14. *Лікарня в XXI столітті: організація та управління медичною допомогою: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 5–6 черв. 2008 р., Київ / за ред. Г.О. Слабкого; Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України, ДЗ “Клін. поліклініка №1” Держ. упр. справами Президента України.* – К., 2008. – 144 с. – Бібліогр.: С. 125–140. – укр.
15. *Літвак А. І.* Дослідження систем управління медичного закладу / А. І. Літвак. – Одеса : ОРДУ НАДУ, 2005. – 142 с.
16. *Матинян Н. С.* Реформирование национальных систем здравоохранения как адаптация к глобальным процессам. ЦНИИОИЗ Рос здрава [Электронный ресурс] / Н. С. Матинян, Е. И. Скачкова // Соц. аспекты здоровья населения. – 2008. – № 3 (7). – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/74/30/> – Название с экрана.
17. *Методичні рекомендації щодо реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні неприбуткові підприємства (на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги) / Слабкий Г. О., Нечай А. А., Рудий В. М.* [та ін.]; за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2010. – 35 с.
18. *Мних М. В.* Медичне страхування за кордоном та можливість його реалізації в Україні / М. В. Мних // Держава і економіка. – 2006. – № 11. – С. 39–41.
19. *Модель наступності медичної допомоги сільському населенню в умовах впровадження сімейної медицини : метод. реком. / Весельський В. Л., Слабкий В. Г., Яценко Ю. Б.* [и др.]. – К. : МОЗ; УІСД, 2010. – 19 с.
20. *Москаленко М. Ф.* Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія / М. Ф. Москаленко. – К. : Книга плюс, 2008. – 320 с.
21. *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.
22. *Надюк З. О.* Ринок медичних послуг: роль держави у фінансуванні системи охорони здоров'я України / З. О. Надюк // Держ. упр. – 2008. – №4. – С. 100–103.
23. *Оболєнський О. Ю.* Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід / О. Ю. Оболєнський, І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло [та ін.]. – К. : Асоціація міст України та громад, 2007. – 191 с.
24. *Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України : метод. реком. / Гойда Н. Г., Матюха Л. Ф., Слабкий В. Г., Полікова Л. В.* – К. : УІСД, НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2010. – 25 с.
25. *Організаційна модель первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в сільській місцевості / Слабкий Г. О., Лехан В. М., Гойда Н. Г.* [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2009. – Вип. 30–31, № 245/31/09. – С. 153–154.
26. *Пліш Б.* Державне управління охороною здоров'я в країнах Східної Європи: досвід та можливість використання в Україні : автореф. дис. канд. наук. з держ. упр. : спец. 25.00.02 / Б. Пліш. – К., 2005. – 20 с.
27. *Полікова Л. В.* Медики близнюківщини забезпечили стовідсоткове обслуговування населення сімейними лікарями – одні з найперших в області [Виступ на розширеній колегії Національної Ради з питань охорони здоров'я від 30.03.09 р.] [Електронний ресурс] / Л. В. Полікова – Режим доступа : http://www.simmed.com.ua/journals.php?article_id=75. – Назва з екрану.
28. *Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги : наказ МОЗ України № 735 від 30.08.2010 р.* [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://www.nau.kiev.ua/index.php?page=hotline&file=338346-30082010-0.txt&code=v0735282-10> – Заголовок з екрану.
29. *Радиш Я.* Зарубіжний досвід створення нормативно-правової бази з державного управління системою охорони здоров'я / Я. Радиш, О. Тарахонич // Вісник УАДУ. – 2002. – № 1. – С. 144–149.
30. *Рогова О. Г.* Основні напрямки реформування системи охорони здоров'я України / О. Г. Рогова // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2008. – № 2 (34). – 520 с.
31. *Рожкова І. В.* Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні : монографія / І. В. Рожкова, І. М. Солоненко. – К. : Фенікс, 2008. – 176 с.
32. *Розмежування фінансування первинної та вторинної медичної допомоги в законодавстві України: сучасний стан і пропозиції щодо вдосконалення : звіт проекту ТАСІС “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні”, 2009* [Електронний ресурс]. – Режим доступа : http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/exspert_letters/4_VR_PHC&SHC%20Split_150209_final.pdf. – Заголовок з екрану.
33. *Рудень В. В.* Передумови запровадження обов'язкового медичного страхування / В. В. Рудень, О. М. Сидорчук // Фінанси України. – 2006. – № 10. – С. 71–73.
34. *Рудий В. М.* Законодавство як інструмент визначення та реалізації державної політики і вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні / В. М. Рудий // Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я України; за заг. ред проф. В. М. Лехан. – К. : Сфера, 2001. – С. 151–174.
35. *Рудий В.* Регуляторна основа для запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні / В. Рудий / Гл. врач. – 2004. – № 5. – С. 74–76.

36. Сердюк В. І. Реформи у системі надання медичних послуг та їх фінансування / В. І. Сердюк // Фінанси України. – 2001. – № 9. – С. 143–146.
37. Системы здравоохранения в переходном периоде: Кыргызстан / Мейманалиев А. С, Ибраимова А., Элебесов Б., Речел Б. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2005.
38. Слабкий Г. О. Інноваційні підходи до надання медичної допомоги населенню / Г. О. Слабкий // Тези круглого столу в рамках проекту ЄС “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні” [“Сучасні методи управління охороною здоров’я та можлива модель реформування галузі”], (Київ, 15 січня 2010 р.). – К., 2010. – С. 1–17
39. Слабкий Г. О. Модель організації стаціонарної допомоги другого рівня у великому місті / Г. О. Слабкий, В. В. Лазоришинець, В. Л. Подоляка // Реєстр галузевих нововведень. – 2009. – Вип. 30–31, №238/31/09. – С. 149–150.
40. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров’я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. – К. : Фенікс, 2008. – 276 с.
41. Солоненко Н. Д. Економіка охорони здоров’я : навч. посіб. / Н. Д. Солоненко. – К. : Вид-во НАДУ, 2005. – 416 с.
42. Стеценко В. Ю. Медичне страхування у системі організації охорони здоров’я громадян: порівняльно-правовий аспект [Електронний ресурс] / В. Ю. Стеценко // Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції [«Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)»], (Львів, 17–18 квітня 2008 р.). – Режим доступу : http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_325.pdf. – Назва з екрану.
43. Удосконалення економічного механізму управління галуззю / Левицький О. І., Вовк М. Г., Підгорна Л. М., Шевченко М. В. // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2008 рік. – К., 2007. – С. 41–54.
44. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров’я в Україні / І. І. Фуртак // Матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. [«Медичне право України: проблеми становлення та розвитку»], (Львів, 19–20 квіт. 2007). – Л., 2007. – С. 318–323.
45. Царева О. В. Актуальные вопросы нормативного правового регулирования перехода к одноканальному финансированию и оплате медицинской помощи по полному тарифу через систему ОМС / О. В. Царева // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2010. – № 1. – С. 43–48.
46. Черниш О. І. Проблеми формування ринку медичних послуг в Україні // Фінансовий механізм державного управління економікою України : зб. наук. пр. ДонДАУ. – Донецьк, 2005. – Т. 6, Вип. 49. – С. 87–99. – (Сер. “Державне управління”).
47. Bellanger M. M. The search of the Holy Grail: combining decentralised planning and contracting mechanisms in the French Health Care System / M. M. Bellanger, P. R. Mosse Health Econ. – 2005. – Vol. 14 (2). – P. 119–33.
48. Collins T. The Aftermath of Health Sector Reform in the Republic of Georgia: Effects on People’s Health / T. Collins // J. of Community Health. – 2003. – Vol. 28(2). – P. 99–113.
49. Cost accounting and public reimbursement schemes in Spanish hospitals / Sanchez–Martinez F., Abellan–Perpignan J.–M. [et al.] // Health Care Management Science. – 2006. – Vol. 9 (3). – P. 225–232.
50. Definition of the “Health Benefit Basket” in Poland / Kozierekiewicz A., Trabka W., Romaszewski A. [et al.] // Eur. J. Health Econ. – 2005. – Vol. 6 (Suppl. 1). – P. 58–65.
51. Doetinchem Ole The Benefits and Challenges of Social Health Insurance for Developing and Transitional Countries / Ole Doetinchem, Bernd Schramm, Jean–Olivier Schmidt // Financing Health Care – A Dialogue between South Eastern Europe and Germany. – 2006. – Vol. 18, Lage. – (Series International Public Health).
52. Francis H. Roger France. Case mix use in 25 countries: a migration success but international comparisons failure / Francis H. Roger France. // International J. of Medical Informatics. – 2003. – Vol. 70 (20). – P. 215–219.
53. Georgia: Health system review / Chanturidze T., Ugulava T., Duran A. [et al.] // Health Systems in Transition. – 2009. – Vol. 11(8). – P. 1–116.
54. Healy J. Reforming Hospital Systems in Turbulent times / J. Healy, M. McKee // Eurohealth. – 2001. – Vol. 7, № 3. – P. 2–7.
55. Josep Figueras M. M. Social health insurance systems in Western Europe / M. M. Josep Figueras, Elias Mossialos, Richard B. Saltman ; ed R. B. Saltman. – NY : Open University Press, 2004.
56. Kifmann M. Health insurance in a democracy: Why is it public and why are premiums income related? / M. Kifmann // Public Choice. – 2005. – Vol. 124(3). – P. 283–308.
57. Kuszewski K. Health Systems in Transition: Poland / K. Kuszewski, C. Gericke. – Copenhagen : WHO, 2005.
58. Kutzin Joseph. A descriptive framework for country–level analysis of health care financing arrangements / Joseph Kutzin // Health Policy. – 2001. – Vol. 56. – P. 121–204.
59. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries / Schreyogg J., Stargardt T. [et al.] // Health Care Management Science. – 2006. – Vol. 9 (3). – P. 215–223.
60. Moldova: Health system review / Atun R., Richardson E., Shishkin S. [et al.] // Health Systems in Transition. – 2008. – Vol. 10 (5). – P. 1–138.
61. Oostenbrink J. Cost assessment and price setting of inpatient care in the Netherlands. The DBC case-mix system / J. Oostenbrink, F. Rutten // Health Care Management Science. – 2006. – Vol. 9 (3). – P. 287–294.
62. Schreyogg J. T. O. Cost accounting to determine prices: how well do prices reflect costs in the German DRG–system? / J. T. O. Schreyogg, R. Busse // Health Care Management Science. – 2006. – Vol. 9 (3) – P. 269–279.

НАПРАВЛЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)

М. В. Шевченко, Е. А. Заглада, Л. А. Карамзина, В. Я. Бойко (Киев)

Системы здравоохранения всего мира находятся в постоянном процессе реформирования своих структур и служб. И развивающиеся страны, и развитые находятся в поиске путей оптимизации организации и механизмов функционирования системы здравоохранения. В Украине назрела необходимость разработки и внедрения новых механизмов, которые бы позволили более эффективно подойти к решению проблемы обеспечения нужд населения в медицинских услугах. Это возможно при условии рационализации сектора здравоохранения, в первую очередь эффективного и рационального использования имеющихся ресурсов и обеспечения надлежащего качества и доступности медицинских услуг.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: модели организации здравоохранения, социальное медицинское страхование, подушная оплата, глобальный бюджет, диагностически родственные группы (ДСГ).

DIRECTIONS OF IMPROVEMENT OF FINANCIAL AND ECONOMIC RELATIONS OF HEALTH CARE SYSTEM (SCIENTIFIC LITERATURE REVIEW)

M. V. Shevchenko, O. O. Zaglada, L. A. Karamzina, V. Ya. Boyko (Kyiv)

Health care systems in the whole world are in constant process of reforming their structures and services. Both developing countries, as well as developed ones, are in searching for the best possible organizational structures and functional mechanism for their health care system. In Ukraine there is a need to develop and introduce new mechanisms, which allow more effectively approach the problem of the satisfaction of population needs in medical services. This is only possible to achieve through rationalization of the health care sector, starting with rational utilization of available resources, as well as provision of accessible and good quality medical services.

KEY WORDS: organizational models of health care system, social health insurance, per capita payment, global budget, diagnostic related groups (DRG).

Рецензент: к.е.н. І.І. Волинкін

УДК: 364.444:614.1(477)

О. М. КРЕКОТЕНЬ (Вінниця)

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЕКОНОМІЧНО АКТИВНОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Наведено аналітичні дані наукової літератури щодо питання медико-соціальних проблем працездатного населення України.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інвалідність, чинники ризику, розповсюдженість, структура, економічно активне населення.

В сучасних економічних умовах значно підвищується роль виробників матеріальних благ, зайнятих у промисловому виробництві, в першу чергу – великих державних, акціонерних, орендних товариствах, що забезпечують основний внесок у національний прибуток держави. Лише за умови збереження і відтворення виробничих

сил можливий позитивний баланс в економіці, а отже, і реформуванні інших галузей, в тому числі й охорони здоров'я населення [1; 2; 4].

Мета дослідження: провести поглиблений систематичний огляд літературних джерел (вітчизняних та іноземних) щодо встановлення медико-соціальних проблем економічно активного населення України та за її межами.

© О. М. Кречотень, 2010

Матеріали і методи. Систематичному огляду щодо даної проблематики підлягали 34 періодичних джерела, з них 25 вітчизняних та 9 іноземних, п'ять авторефератів дисертацій (2 – кандидатські і 3 – докторські), дві кандидатські дисертації (Україна, Росія), п'ять докторських дисертацій (2 – вітчизняні, 2 – Росія, одна – Білорусь) з використанням аналітичного та історичного методів дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Вирішення проблеми охорони здоров'я працівників в сучасних економічних умовах потребує нових нестандартних підходів, найбільш результативними з яких є комплексність, системність в діяльності різних служб і суспільних формувань різних галузей, що забезпечуються створенням ефективних технологій управління [4; 8; 9].

Про необхідність реформування управління системою охорони здоров'я працівників свідчать і результати соціологічного дослідження. Умови праці на своєму робочому місці оцінили як сприятливі лише 38,0%, умови промислового побуту – 61,6% опитуваних. 77,3% працюючих харчуються в їдальнях, 15,1% – на робочих місцях, 35,3% респондентів не встигають під час обідньої перерви прийняти їжу. Багато робітників, особливо основних виробничих цехів і професій, позбавлені можливості одержувати дієтхарчування через трьохемний режим праці та відсутність підміни [4].

Зменшився інтерес до різних форм фізкультурно-оздоровчої роботи. 93,3% респондентів відповіли, що виробнича гімнастика в їхніх цехах не проводиться. Фізичною культурою займаються 36,2% опитаних, спортом – 17,5%, групи здоров'я відвідують 4,6% респондентів. Основні причини: нестача часу, втомата після тяжкої шкідливої праці, відсутність умов для занять. Якщо врахувати, що 48,2% опитаних курять, 51,1% вживають алкоголь, то говорити про здоровий спосіб життя робітників передчасно [4].

Установлено, що за тридцятирічний період рівні професійної захворюваності пневмоконіозами і хронічним пиловим бронхітом від 1,0-3,0 випадків збільшилися до 11,0 випадків на 10000 працюючих. У структурі найбільшу питому вагу займають захворювання органів дихання ($47 \pm 4,6\%$). У півтора разу зросла кількість випадків захворювань з тимчасовою втратою працездатності (з $82,93 \pm 12,5$ до $129,75 \pm 13,6$ на 100 працюючих), більш ніж у два рази збільшилась кількість днів тимчасової непрацездатності (з $1037,81 \pm 56,4$ до $2372,62 \pm 73,6$) [7].

Медична допомога робітникам зі шкідливими умовами праці обсягом і якістю за останнє десятиліття погіршилась, що пов'язано, насамперед, зі скороченням на 60% медичних уста-

нов і на 25,0% чисельності медичного персоналу, який надає медичну допомогу робітникам зі шкідливими умовами праці, значним зменшенням (майже на 70%) медичних ресурсів для реабілітації [6; 7; 9].

Спадкоємність між стаціонарами міських лікарень та амбулаторно-поліклінічними відділеннями, медично-санітарними частинами, санаторіями-профілакторіями, цехами здоров'я здійснюється формально. Рекомендації лікарів стаціонарів виконуються лише в 25,0% випадку. В основному, з причини погано організованої спадкоємності як між установами, так і в повному обсязі і з високою ефективністю (повне одужання) становить лише 5,7%. Кількість випадків та тривалість загострень основної хвороби після виписки із стаціонару детерміновані частотою лікарських рекомендацій ($r_{xy} = -0,93$; $p < 0,05$) та повнотою проведення реабілітаційних заходів ($r_{xy} = -0,94$; $p < 0,05$). Як встановлено дослідженнями, потреба спадкоємності між окремими ланками системи реабілітації може бути реально вирішена шляхом оцінки результатів діяльності спеціалістів за показниками здоров'я кожного пацієнта, що одержав реабілітаційну допомогу на окремих етапах функціонування системи [4].

Деструктивні процеси в організації лікувально-реабілітаційної допомоги та відсутність коштів у більшості хворих на лікування та відновну терапію призводять до інвалідності навіть у тих випадках захворювань, при яких якісне лікування і проведення реабілітаційних заходів у повному обсязі раніше давали змогу відновити працездатність хворого [3].

Вивчення динаміки інвалідності населення працездатного віку показало, що, на відміну від дорослого населення, для якого за період 1995-2004 рр. характерна тенденція до зниження, у працездатному віці встановити таку тенденцію неможливо ні методом вирівнювання динамічного ряду, ані методом згладжування через вплив комплексу соціально-економічних причин, які не є випадковими. До цих причин належать безробіття серед економічно активної частки населення, встановлення інвалідності з соціальних причин (через відсутність можливості працевлаштування хворого), стимулюючий вплив підвищення розміру пенсій за інвалідністю, розміру пільг [3; 10; 12].

За результатами вивчення вікових особливостей інвалідності серед осіб, які були вперше визнані інвалідами, встановлено, що середній вік виходу на інвалідність дорівнює $44,4 \pm 13,7$ року, як серед чоловіків, так і серед жінок. З урахуванням того, що пенсію за віком жінки отримують у 55 років, чоловіки – у 60 років, збитки держави та суспільства через передчасне пенсіювання

на утримання інвалідів (особливо це стосується інвалідності дітей, інвалідності з дитинства, осіб у молодому віці та продуктивної частки населення у працездатному віці), що підкреслює пріоритетність завдання щодо запобігання інвалідності.

Первинна інвалідність є проблемою молодого та працездатного віку за 10 класами хвороб, при яких їхня питома вага перевищує 80,0% [5; 6; 12].

У цілому інвалідність населення у працездатному віці зумовлена переважно інвалідністю працюючого населення (12,0%).

Переважну частку структури первинної інвалідності населення у працездатному віці традиційно формують хвороби системи кровообігу (ХСК) – 19,8-21,3% з незначним коливанням у відсотковому вираженні, новоутворення – 15,5 -16,9%, травми та отруєння – 13,1%, хвороби кістково-м'язової системи – 8,2-9,8%, що зумовлюють близько 60,0% усієї первинної інвалідності в цьому віці (58,1-58,7%). У віці до 39 років включно перші п'ять місць посідають: травми (17,6%), розлади психіки та поведінки (16,1%), хвороби нервової системи (10,1%), новоутворення (9,4%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (8,3%, у тому числі туберкульоз – 7,8%) [12].

Вплив місцевих умов позначається не тільки на рівнях інвалідності у працездатному віці, але й на її структурі. Так, в областях, населення яких потерпіло від аварії на ЧАЕС, новоутворення посідають перше місце за хворобами системи кровообігу (Житомирська – по 11,3 випадку), або випереджають ці хвороби (Київська область – 11,1 проти 9,8 випадку внаслідок хвороб системи кровообігу) [10-12].

У Донецькій області з високим рівнем побутового та виробничого травматизму інвалідність внаслідок травм випереджає інвалідність внаслідок хвороб системи кровообігу і новоутворень та посідає перше місце у структурі інвалідності у працездатного віці – 12,0 проти 9,0 випадку внаслідок хвороб кровообігу та внаслідок новоутворень – 8,2 випадку [10-12].

У ряді областей, переважно Західного регіону України інвалідність внаслідок хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини випереджає не тільки серед дорослого населення, але й серед осіб працездатного віку інвалідність внаслідок травм: у Житомирській, Закарпатській, Чернігівській областях.

Первинна інвалідність внаслідок травм серед осіб працездатного віку протягом останніх 10 років постійно перевищує рівні серед дорослого насе-

лення, хоча її показники дещо стабілізувалися. Високі рівні інвалідності внаслідок травм постійно спостерігаються переважно у великих промислових та вугільних регіонах; уповільнює зниження показників інвалідності внаслідок травм зменшення числа продовження листків непрацездатності та зниження його ефективності [10-12].

Первинна інвалідність формується переважно за рахунок міських жителів, які становлять 68,2% у працездатному віці, за винятком областей з низьким рівнем урбанізації, де питома вага сільського населення переважає над міським (Закарпатській, Івано-Франківській, Тернопільській, Чернівецькій областях). Але в останнє десятиріччя показники первинної інвалідності сільського населення працездатного віку постійно перевищує показники міського населення. Таке перевищення спостерігається також з основних інвалідизуючих захворювань: внаслідок хвороб системи кровообігу – на 15,5%, новоутворень – на 19,6%, травм та захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини – на 53,1%, з туберкульозу – на 33,3% [11-13].

Висновки

Існують різноманітні погляди на формування інвалідності. Одні дослідники розглядають інвалідність виключно як соціальні наслідки захворювань та патологічних станів, інші вважають її похідною від захворюваності, тобто перебіг патологічного процесу у частки хворих призводить до формування інвалідності. Більшість характеризує формування інвалідності як результат взаємодії комплексу факторів. Розуміння багатофакторності проблеми інвалідності від різних чинників громадського життя має велике значення для цілеспрямованого впливу на чинники, що її формують, та проведення відповідних заходів з профілактики і зниження інвалідності. Особливий інтерес підлягає вивчення впливу медичних факторів на формування і профілактику інвалідності [5; 8].

Перспективи подальших досліджень. Доцільними стають розробка ефективних шляхів удосконалення умов праці, методичних основ проведення періодичних медичних оглядів та використання інших сучасних профілактичних заходів як сукупності взаємопов'язаних послідовних методів та дій, спрямованих на отримання найбільш ефективних процесів та результатів з метою збереження здоров'я економічно активного населення.

Список літератури

1. Абдулнагимов И. Г. Сравнительная оценка первичной инвалидности трудоспособного населения, проживающего на территориях с различной экологической нагрузкой [Текст] / И. Г. Абдулнагимов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 1. – С. 39-41.
2. Анализ инвалидности населения трудоспособного возраста в Республике Башкортостан за 2000-2007 гг. [Текст] / Ю. С. Томилов [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 4. – С. 24-27.
3. Вяльцин С. В. Мнение врачей первичного звена здравоохранения о проблемах инвалидности [Текст] / С. В. Вяльцин, Н. Е. Вяльцина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины : Науч.-практ. журн. – 2009. – № 6. – С. 17-19.
4. Єрошкіна Т. В. Наукові основи системи охорони здоров'я працівників промислових підприємств : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 / Т. В. Єрошкіна / Дніпропетровськ, 1993. – 48 с.
5. Иванова Л. Е. Состояние здоровья и инвалидность [Текст] / Л. Е. Иванова, Э. В. Кондракова // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2006. – № 2. – С. 15-27.
6. Карасаева Л. А. Нерешенные проблемы в системе профессиональной реабилитации инвалидов [Текст] / Л. А. Карасаева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 2. – С. 10-14.
7. Латишев Є. Є. Гігієнічна характеристика умов праці та ризиків розвитку професійних захворювань гірників вугільних шахт в сучасних умовах : автореф. дис. канд... мед. наук : 14.02.01 / Є. Є. Латишев – Донецьк, 2003. – 16 с.
8. Лехан В. М. Характеристика якості медичного обслуговування хворих у період до встановлення інвалідності [Текст] / В. М. Лехан, А. В. Іпатов // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 65-70.
9. Лучкина В. В. Медико-социальное состояние лиц трудоспособного возраста, имеющих хронические заболевания, и совершенствование системы их реабилитации (на примере Читинской обл.) : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / В. В. Лучкина – Красноярск, 2009. – 131 с.
10. Молодцова Л. О. Динамика первичной инвалидности у лиц трудоспособного возраста в Тульской области за 1998-2007 гг. [Текст] / Л. О. Молодцова, О. И. Литвяк, Н. И. Жернакова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 4. – С. 28-33.
11. Пугиев Л. И. Сравнительный анализ структуры первичной и общей инвалидности по классам болезней у лиц молодого возраста в Российской Федерации [Текст] / Л. И. Пугиев // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 1. – С. 27-28.
12. Сучасний стан первинної інвалідності населення працездатного віку в Україні [Текст] / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Т. Г. Войтчак, В. В. Коваленко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 1. – С. 32-37.
13. Шумов А. В. Потери здоровья населения за счет смертности и инвалидности [Текст] / А. В. Шумов, А. Г. Ивановский // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2006. – № 6. – С. 46-52.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИЧЕСКИ АКТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Е. Н. Кречотень (Винница)

Приведены аналитические данные научной литературы по вопросу медико-социальных проблем трудоспособного населения Украины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **инвалидность, факторы риска, распространенность, структура, экономически активное население.**

THE MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF ECONOMICALLY ACTIVE POPULATION OF UKRAINE

О. М. Krekoten (Vinnytsya)

The analytical data of the scientific literature on a question of the medico-social problems of able to work age population Ukraine are resulted.

KEY WORDS: **disability, risk factors, spreading, structure, economic active population.**

Рецензент : д. мед. н., проф. Голяченко О.М.

Д.Д. ДЯЧУК (Київ)

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ АМБУЛАТОРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (НА ПРИКЛАДІ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОГО ЦЕНТРУ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СПРАВАМИ)

Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами

Підвищення якості медичної допомоги в Науково-практичному центрі профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами пов'язане із запровадженням комплексу медико-організаційних заходів: організація наукового підрозділу, впровадження інформаційних технологій, розвиток хірургічного стаціонару короткострокового перебування, організація Навчально-тренувального центру підготовки з надання медичної допомоги в екстремальних ситуаціях та Центру підвищення кваліфікації лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *якість медичної допомоги, медико-організаційні заходи, амбулаторна допомога.*

Підвищення якості медичної допомоги в Україні – один з пріоритетних напрямків реформи системи охорони здоров'я. Визначальними характеристиками якісної медичної допомоги є доступність, своєчасність, адекватність, безперервність, послідовність, ефективність, безпека, задоволення очікувань і потреб пацієнта, стабільність процесу і результату [3]. Правові засади та медико-організаційні передумови підвищення якості надання медичної допомоги регламентовані наказами МОЗ України від 31.03.2008 №166 "Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року", від 14.12.2008 №340 "Про затвердження заходів на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року" [10;11]. Проте багато питань потребують розробки і узагальнень. В Науково-практичному центрі профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами (ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС) реалізується комплексна програма з підвищення якості надання медичної допомоги, яка передбачає оптимізацію рівня медичної допомоги з точки зору ефективності, безпеки, раціонального використання ресурсів.

Мета роботи: провести узагальнення результатів запровадження комплексної програми з підвищення якості надання медичної допомоги в ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС.

Результати дослідження та їх обговорення. Удосконалення амбулаторної медичної допомоги в ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС упродовж останніх

п'яти років пов'язане з впровадженням інноваційних методик, які відповідають вимогам доказової медицини, та стаціонарозамінних технологій. Серед основних досягнень: становлення Центру малоінвазивної хірургії, денного стаціонару терапевтичного профілю, Центру підвищення кваліфікації лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою, створення наукового підрозділу.

Важливим інноваційним напрямком роботи ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС є впровадження сучасних інформаційних технологій в практичну діяльність. Цей напрямок об'єднує роботу всіх підрозділів і є підґрунтям впровадження стандартизованих підходів надання медичної допомоги та оцінки її якості. Виконується проект "Комплексна автоматизація та інформатизація ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС з використанням електронних та програмних засобів". Започатковано впровадження електронної медичної карти, вже функціонує медична комп'ютерна інформаційна система, яка охоплює хірургічний центр та клініко-діагностичну лабораторію. В електронному вигляді формуються протоколи операцій та автоматично створюється "Журнал запису оперативних втручань у стаціонарі" (форма №008/0), який друкується на принтері та брошурується. Комп'ютерна інформаційна система позитивно впливає на якість лікувально-діагностичного процесу: програма "Гістологія" дозволяє лікарям хірургічного профілю оперативно отримувати результати експрес-біопсії по комп'ютерній мережі.

Наукові дослідження, що проводяться у ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС, також підпорядковані проблемі підвищення якості медичної допомоги. Особлива увага приділяється методології практичного

використання наукових досліджень, які відповідають критеріям доказової медицини. Використання стандартизованих підходів, протоколів, алгоритмів допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних і помилкових втручань [7;12;13]. Проводиться розробка та впровадження локальних протоколів медичної допомоги, удосконалюються підходи до проведення клінічного аудиту [4–6]. Науковці ДНУ “НПЦ ПКМ” ДУС співпрацювали з Проектом ЄС “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні”, брали участь у підготовці наказу МОЗ України від 03.11.2009 №798/25 “Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на закладах доказової медицини” (частина друга). Серед протоколів, які були розроблені з використанням стандартизованої методики, – Локальний протокол надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію. При розробці протоколу вперше в Україні були розроблені та запроваджені уніфіковані карти стратифікації ризику, виявлення та моніторингу факторів ризику [8].

Розвиток стаціонарозамінних технологій – один з перспективних напрямків підвищення якості медичної допомоги. Медико-організаційні можливості та економічні переваги цих організаційних форм переконливо доведено світовою медичною практикою [9]. Публікації в світовій літературі свідчать про те, що на етапі амбулаторної ланки можна виконувати до 40% планових хірургічних втручань, у тому числі холецистектомію, герніопластику, флєбектомію, ряд операцій у пацієнтів з гінекологічними захворюваннями та захворюваннями ортопедичного профілю [1]. Основне завдання такого напрямку – підвищення оперативної активності в амбулаторно-поліклінічних умовах, зменшення строків госпіталізації хворих внаслідок використання малоінвазивних методик виконання операцій та впровадження нових форм надання медичної допомоги [2]. У 2007 р. вперше в Україні при ДНУ “НПЦ ПКМ” ДУС був створений та розпочав роботу хірургічний центр зі стаціонаром короткострокового перебування, де проводяться унікальні оперативні втручання з використанням ендоскопічних технологій, лазерного та радіохвильового скальпеля, аргоноплазмової коагуляції, ультразвукового літотриптера. Використання сучасних методик проведення хірургічних втручань в Центрі малоінвазивної хірургії дозволило підвищити якість та ефективність хірургічної допомоги. У 2009 р. виконано 1450 оперативних втручань, за 9 місяців 2010 р. – 1050, середній термін перебування в стаціонарі стано-

вить 1,5 дня. Центр малоінвазивної хірургії ДНУ “НПЦ ПКМ” ДУС – лідер серед подібних амбулаторних закладів в Україні.

Денний стаціонар терапевтичного профілю працює з 2002 р. і здійснює стацінарозамінне лікування пацієнтів за направленнями лікарів усіх терапевтичних спеціальностей. При наданні медичної допомоги використовуються сучасні стандартизовані підходи, що ґрунтуються на засадах доказової медицини. Постійно розширюється обсяг допомоги. За I півріччя 2010 р. в денному стаціонарі пройшли лікування 1172 пацієнти, середня тривалість лікування – 10,6 дня.

Рівень медичної допомоги значною мірою зумовлений кваліфікацією медичного персоналу. В Центрі підвищення кваліфікації лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою ДНУ “НПЦ ПКМ” ДУС започатковано впровадження комплексних програм тематичного удосконалення. Тематика циклів удосконалення формується відповідно до роботи установи як багатопрофільного науково-практичного центру профілактичного і клінічного спрямування. При формуванні змістового наповнення кожного циклу враховується типова програма МОЗ, але основна увага приділяється інноваційним досягненням за спеціальністю та менеджменту впровадження положень доказової медицини в клінічну практику. Відповідно до концепції безперервної професійної освіти започатковані різнотермінові програми підвищення кваліфікації – триденні цикли з невідкладної допомоги, тижневе стажування, двотижневі та місячні курси тематичного удосконалення з використанням елементів як формальної, так і неформальної освіти. Організація навчального процесу побудована таким чином, що кураторами циклів тематичного удосконалення є наукові співробітники та висококваліфіковані клініцисти, які висвітлюють практичні підходи до використання наукових розробок. Лекції та практичні заняття для лікарів та медсестер проводяться на базі практично всіх структурних підрозділів установи. Постійна і безпосередня співпраця клінічного, наукового і навчального підрозділів дозволяє застосовувати методологію наукового супроводу.

З 2006 р. успішно працює Навчально-тренувальний центр підготовки з надання медичної допомоги в екстремальних ситуаціях. Центр отримав ліцензію МОН України і проводить підготовку та підвищення кваліфікації з надання невідкладної медичної допомоги в екстремальних ситуаціях для лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та осіб, що не мають медичної освіти. На даний момент це перший і єдиний в Україні Центр, що був створений і повноцінно функціонує безпосередньо в структурі лікувально-профілактичного закладу. За 4,5 року у Центрі

пройшли підготовку 2675 осіб, із них 809 лікарів, 1486 молодших спеціалістів з медичною (фармацевтичною) освітою і 280 осіб без медичної освіти. Заняття відбуваються у вигляді зручних короткотривалих три- та дводенних інтенсивних циклів-тренінгів. Оснащення Центру найсучаснішими тренувальними манекенами компанії AMBU International дає можливість моделювання усіх основних невідкладних станів і відпрацювання практичних навичок з надання екстреної медичної допомоги при раптових захворюваннях, травмах, нещасних випадках та клінічній смерті. У навчальному процесі використовується найкращий вітчизняний та закордонний досвід організації проведення навчання: введені ролі ігри, сценарії-симуляції з відпрацюванням навичок на манекенах та за участю "акторів", що максимально наближають підготовку до роботи в реальних клінічних ситуаціях. Викладачі Центру – це висококваліфіковані практикуючі лікарі, що пройшли спеціальну підготовку для викладачів-інструкторів у Європі та Україні. Троє інструкторів-викладачів Навчально-тренувального центру (із п'яти по Україні) отримали дипломи інструкторів Європейської Ради Реанімації. Співробітники Навчально-тренувального центру три роки поспіль беруть участь у суддівстві міжнародних змагань бригад швидкої допомоги та медицини катастроф. Разом з представниками Польської Ради Реанімації вони організують та проводять в Україні науково-практичні семінари, за сприяння Європейської та Польської Ради Реанімації формують групи українських фахівців для навчання сучасним стандартам надання реанімаційної допомоги у Польщі (м. Краків). У квітні 2010 р. створена за ініціативи прем'єр-міністра України комісія МОЗ України рекомендувала використовувати досвід підготовки з невідкладної медичної допомоги в екстремальних ситуаціях Навчально-тренувального центру ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС як зразок для впровадження у інших лікувально-профілактичних закладах України.

Подальший розвиток програми підвищення якості амбулаторної медичної допомоги в ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС передбачає:

- удосконалення наукового супроводу впровадження інноваційних технологій та програм діагностики і лікування хірургічної та терапевтичної патології;
- наукову розробку та впровадження комплексної програми "Профілактика", яка включає організаційні заходи підвищення поінформованості лікарів та пацієнтів та інформаційне забезпечення її виконання (розробка посібників, методичних рекомендацій для лікарів; створення

системи заходів щодо підвищення обізнаності пацієнтів з проблем профілактичної медицини – посібник для пацієнтів "Абетка Вашого здоров'я", методичні розробки науково-популярних лекцій для пацієнтів);

- оптимізацію заходів диспансеризації (розробка "Положення про диспансеризацію" з урахуванням вимог доказової медицини);
- організацію лікарської амбулаторії на засадах загальної практики/сімейної медицини;
- удосконалення постійної професійної освіти лікарів і медичних сестер;
- розширення міжнародного співробітництва.

Висновки

1. В ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС реалізується комплексна програма з підвищення якості надання медичної допомоги, яка передбачає оптимізацію рівня медичної допомоги з точки зору ефективності, безпеки, раціонального використання ресурсів.

2. Удосконалення амбулаторної медичної допомоги в ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС пов'язане з впровадженням інноваційних методик, які відповідають вимогам доказової медицини, та стаціонарозамінних технологій. Запроваджена комп'ютерна інформаційна система, яка позитивно впливає на якість лікувально-діагностичного процесу.

3. Робота наукового підрозділу спрямована на підвищення якості медичної допомоги. Особлива увага приділяється методології практичного використання наукових досліджень, які відповідають критеріям доказової медицини.

4. Розвиток стаціонарозамінних технологій дозволив організувати роботу хірургічного стаціонару короткострокового перебування відповідно до стандартів світової медицини. Центр малоінвазивної хірургії ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС – лідер серед відповідних амбулаторних закладів в Україні.

5. В ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС вперше в Україні створено і повноцінно функціонує у структурі лікувально-профілактичного закладу Навчально-тренувальний центр підготовки з надання медичної допомоги в екстремальних ситуаціях та Центр підвищення кваліфікації лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою.

Перспективний розвиток ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС, як першого в Україні наукового закладу профілактичного спрямування, передбачає наукову розробку та впровадження комплексної програми "Профілактика", яка включає методичний супровід, організаційні заходи та інформаційне забезпечення розвитку первинної профілактики та впровадження здорового стилю життя на індивідуальному та колективному рівнях.

Список літератури

1. Адамян А. А. Особенности хирургического лечения в центре амбулаторной хирургии / А. А. Адамян, Р. Х. Магоматов, А. А. Кутин // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2007. – № 1 – С. 80–83.
2. Воробьев В. В. Стационарзамещающая медицинская помощь в хирургии / В. В. Воробьев // *Амбулаторная хирургия*. – 2009. – № 3–4. – С. 6–8.
3. *Глоссарий*. Россия – США. – 1991. – 61 с.
4. Дячук Д. Д. Досвід розробки локального клінічного протоколу з надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію / Д. Д. Дячук, М. М. Чумаченко, Г. З. Мороз, І. М. Гідзинська // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2009. – № 2. – С. 63–67.
5. Дячук Д. Д. Методичні підходи до впровадження локальних клінічних протоколів в амбулаторно-поліклінічну практику / Д. Д. Дячук, М. М. Чумаченко, Г. З. Мороз, І. М. Гідзинська // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2009. – № 3. – С. 66–71.
6. Дячук Д. Д. Наукове обґрунтування вибору індикаторів якості надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію / Д. Д. Дячук, Г. З. Мороз, І. М. Гідзинська // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2010. – № 1. – С. 55–59.
7. *Медичні стандарти первинної і вторинної медичної допомоги населенню* / за заг. ред. Г. Росс, О. М. Новічкова, А. В. Степаненко, Д. В. Варивончик; NICARE. – К., 2006. – 238 с.
8. Мороз Г. З. Розробка та впровадження локального протоколу медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію / Г. З. Мороз, І. М. Гідзинська, І. Ю. Лисенко [та ін.] // *Укр. кардіолог. журн.* – 2010. – Дод. 2 : Матеріали XI Нац. конгр. кардіологів України. – С. 29.
9. *Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо : Всемирный доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г.* – Женева : ВОЗ, 2008. – 125 с.
10. *Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року* : наказ МОЗ України № 166 від 31.03.2008. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
11. *Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги* : наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
12. Burgers J. S. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline Programs / J. S. Burgers // *International Journal for Quality in Health Care*. – 2003. – Vol. 15, № 1. – P. 31–45.
13. Krumholz H. M. Standards for measures used for public reporting of efficiency in health care. A scientific statement from the American heart association interdisciplinary council on quality of care and outcomes research and the American college of cardiology foundation / H. M. Krumholz, P. S. Keenan, J. E. Brush [et al.] // *Circulation*. – 2008. – Vol. 118. – P. 1185–1193.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ)

Д. Д. Дячук (Київ)

Повышение качества медицинской помощи в Научно-практическом центре профилактической и клинической медицины Государственного управления делами связано с проведением комплекса медико-организационных мероприятий: организацией научного подразделения, внедрением информационных технологий, развитием хирургического стационара краткосрочного пребывания, организацией Учебно-тренировочного центра подготовки по оказанию медицинской помощи в экстремальных ситуациях и Центра повышения квалификации врачей и младших специалистов с медицинским образованием.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество медицинской помощи, медико-организационные мероприятия, амбулаторная помощь.

PRACTICAL ASPECTS OF INCREASE QUALITY OF AMBULATORY MEDICAL CARE (ON THE EXPERIENCE OF "RESEARCH AND PRACTICAL CENTER OF PREVENTIVE AND CLINICAL MEDICINE" STATE ADMINISTRATIVE DEPARTMENT)

D. D. Dyachuk (Kyiv)

Improving the quality of medical care at the Scientific and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine, the State Administration is concerned with the introduction of complex medical and organizational measures: organization of a scientific division of information technology, development of short-stay surgical hospital, the organization of a Training center for training of medical assistance in emergencies and Center of excellence junior doctors and specialist nurses.

KEY WORDS: quality of medical care, medical and organizational measures, ambulatory care.

Рецензент: д. наук з держ. упр. Н.П. Ярош

УДК 616-082:006.1

*В. Є. БЛІХАР, А. М. МОРОЗОВ, І. В. ШПАК, М. К. ХОБЗЕЙ, А. В. СТЕПАНЕНКО,
О. М. ЛІЩИШИНА, М. Н. ОСТРОВЕРХОВА, Є. Л. ГОРОХ, О. О. ШИЛКІНА (Київ)*

АНАЛІЗ МЕДИКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ДОКУМЕНТІВ ЗІ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ ШЛЯХІВ ЇХ УДОСКОНАЛЕННЯ

Департамент стандартизації медичних послуг ДП "Державний фармакологічний центр"
МОЗ України

Департамент управління та контролю якості медичних послуг МОЗ України

Департамент розвитку медичної допомоги МОЗ України

Проведений аналіз існуючих в Україні медико-технологічних документів, які регламентують клінічні аспекти надання медичної допомоги хворим. Створено загальний структурований масив таких документів у вигляді Базисних стандартів медичної допомоги в Україні, до якої станом на 30.06.2010 р. включено 135 чинних наказів МОЗ України, з яких виокремлено 3681 документ (стандарти, протоколи, нормативи тощо) відповідно до лікарських спеціальностей та окремих нозологій. Проведений аналіз документів дозволяє визначити проблеми, переважно методологічного характеру, що стосуються як безпосередньо якості документів, так і взагалі процесів стандартизації медичної допомоги. На основі проведеного дослідження визначені шляхи удосконалення медико-технологічних документів, зважаючи на законодавчо визначений напрямок гармонізації системи стандартизації медичної допомоги в Україні до європейських принципів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: стандартизація медичної допомоги; стандарти медичної допомоги; протоколи медичної допомоги; мультидисциплінарний підхід.

Документи, що регламентують клінічні аспекти надання медичної допомоги хворим, розроблялися та затверджувалися МОЗ України протягом тривалого часу. Результати стандартизації медичної допомоги в Україні суттєво відрізняються від відповідних систем розвинених країн, є близькими за методичними підходами та видами документів до систем стандартизації країн СНД, насамперед Росії. Перші спроби організувати систему стандартизації в медичній галузі України розпочалися наприкінці 80-х – на початку 90-х рр. і були зумовлені впровадженням нового господарського механізму. Спеціалістами ряду лікувально-профілактичних закладів обласного рівня були розроблені і впроваджені в практичну діяльність стандарти лікувально-діагностичного процесу і якості лікування хворих, використовувались моделі кінцевих результатів лікування, впроваджувались автоматизовані системи контролю якості тощо. В 1990 р. були створені "Стандарти оказания медицинской помощи в больничных стационарах, амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Киева". У Дніпропетровській обласній клінічній лікарні стандарти медичного обслуговування були затверджені наказом МОЗ України від 27.06.91 р. №109. В затвердженому 28.12.1992 р. наказі МОЗ України №198 "Про заходи щодо подаль-

шого вдосконалення медичної допомоги і медико-соціальної експертизи при захворюваннях вуха, горла і носа" містяться "Стандарти якості діагностики і лікування окремих захворювань вуха, горла, носа з урахуванням тимчасової і стійкої непрацездатності в умовах консультативної поліклініки" та "Стандарти якості діагностики і лікування в оториноларингологічному стаціонарі захворювань вуха, горла та носа з урахуванням тимчасової і стійкої непрацездатності". З метою підвищення якості медичної допомоги сільського населення спеціалістами Миколаївської обласної лікарні були створені та затверджені в 1993 р. стандарти медичних технологій для фельдшерсько-акушерського пункту, сільської лікарської амбулаторії, дільничної лікарні, центральної районної лікарні, обласної лікарні. У 1998 р. за матеріалами головних спеціалістів ГУОЗ м. Києва був виданий "Збірник стандартів обсягів і якості медичної допомоги хворим" в 2-х томах.

Проведений аналіз стандартів медичних технологій, що були розроблені в медичних закладах, показав не тільки позитивні, але й негативні риси даного процесу: стандарти не мали єдиного наукового і методологічного обґрунтування, були відсутні єдині вимоги до об'єкту стандартизації та єдині критерії, атрибути, елементи стандарту.

© В. Є. Бліхар, А. М. Морозов, І. В. Шпак, М. К. Хобзей, А. В. Степаненко, О. М. Ліщишина, М. Н. Островецькова, Є. Л. Горох, О. О. Шилкіна, 2010

У 1998 р. наказом №226 від 27.07.1998 р. були затверджені Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги та методичні рекомендації з їх використання в лікувально-профілактичних закладах України. Починаючи з 2002 р., розробка та затвердження стандартів, нормативів надання медичної допомоги, клінічних протоколів набула масового характеру.

Мета дослідження: визначити основні проблеми стандартизації медичної допомоги шляхом аналізу чинних медико-технологічних документів.

Основні завдання: проаналізувати чинні медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги; визначити основні недоліки чинних нормативних документів та шляхи їх усунення; провести аналіз опису фармакотерапії в чинних медико-технологічних документах.

Матеріал і методи дослідження. У дослідженні застосований історично-аналітичний метод.

Результати дослідження та їх обговорення. Протягом тривалого часу документи зі стандартизації розроблялися різними медичними закладами та авторськими колективами, в рамках різних галузевих програм та інших ініціатив, за відсутності узгодженого бачення їх форми та змісту. Для адекватного використання та подальшого аналізу існуючої нормативної бази постала необхідність пошуку та систематизації загально-го масиву документів, які регламентують клінічні аспекти надання медичної допомоги хворим.

В 2008 р. вперше проведено узагальнення стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів, нормативів надання медичної допомоги, методичних рекомендацій та інших нормативних документів, розроблених з метою визначення діагностики та лікування, на сайті МОЗ України (<http://www.moz.gov.ua>) та інших джерелах (сайт "Нормативно-директивні документи МОЗ України", <http://mozdocs.kiev.ua>).

В процесі опрацювання документів було виявлено, що кількість окремих патологічних станів, для яких існують регламентуючі документи, є досить значною. Для деяких станів виявлено декілька документів, разом з цим значна кількість патологічних станів та навіть лікарських спеціальностей не охоплена стандартизацією взагалі. Деякі документи регламентують надання медичної допомоги окремим категоріям, або субпопуляціям, хворих (дитяче населення, особи похилого віку та ін.); більшість документів визначає місце надання медичної допомоги, наприклад тільки стаціонар. Проте визначити, яким саме документом слід керуватися в конкретному випадку надання медичної допомоги конкретному хворому, буває досить складно.

З метою більш детального аналізу було здійснено структурування документів та їх систе-

матизацію за набором основних ознак. Результатом цієї роботи стала "База стандартів медичної допомоги в Україні" у вигляді таблиці EXCEL, яка містить опис нормативних документів та посилання на файли з їхнім змістом. Документи в Базі представлені у вигляді трирівневої структури:

- I рівень – текст наказу, що затверджує даний документ;
- II рівень – додаток (додатки) до наказу, які містять затверджені стандарти, протоколи, нормативи тощо у вигляді загального документу;
- III рівень – окремі нормативні документи, виділені із загального документу (додатку) для подальшого пошуку та аналізу за окремими лікарськими спеціальностями, групами хворих, патологічними станами тощо.

Структурування нормативних документів проведено за такими ознаками, як реквізити документу (дата затвердження, назва, номер наказу), лікарська спеціальність, нозологія або патологічний стан відповідно до МКХ-10 та інші. Окремими ознакам відповідають стовпчики таблиці EXCEL.

Станом на 30.06.2010 р. до Базу стандартів медичної допомоги в Україні включено 135 чинних наказів МОЗ України, з яких виокремлено 3681 документ відповідно до лікарських спеціальностей та окремих нозологій (стандарти, протоколи, нормативи тощо). Триває подальше наповнення Базу СМД, для чого запроваджено технологію моніторингу нових нормативних документів, а також систематичного пошуку серед ретроспективних документів.

Для загального використання Базу розміщено на сайті МОЗ України за адресою: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/standards.html>, а також на сайті Державного фармакологічного центру МОЗ України: http://www.pharmacentr.kiev.ua/view/b_smd.

Аналіз документів, які увійшли до Базу стандартів медичної допомоги, дозволяє визначити проблеми, переважно методологічного характеру, що стосуються як безпосередньо документів, так і взагалі процесів стандартизації медичної допомоги. Створення великої частини нормативних документів відбувалося без належної координації. Свого часу, з прийняттям наказу МОЗ України від 27.07.1998 №226, були створені передумови для розробки та подальшого удосконалення єдиного загальнодержавного масиву стандартів медичної допомоги, поєднаних структурно та ідеологічно – були затверджені також Методичні рекомендації, які визначали єдину структуру стандартів, окреслювали сферу використання та механізми подальшого оновлення. Але планову повсякденну роботу в цьому напрямку не було налагоджено, наступні нормативні документи створювалися вже не у

вигляді змін та доповнень до існуючих стандартів, а довільно, як самостійні документи. Попередньо затверджені документи не втрачали чинності та не переглядалися.

Не варто очікувати, що наявні нормативні документи, які створювалися протягом десятиріч різними колективами авторів в різних умовах, та ті, які продовжують з'являтися останнім часом, будуть узгодженими фактично та термінологічно, відповідатимуть засадам доказової медицини та іншим сучасним вимогам щодо форми та змісту таких документів. Разом з цим масив документів, створених та затверджених на попередніх етапах стандартизації, наразі вивчений та опрацьований з точки зору запобігання тим проблемам та неузгодженостям, які мали місце в минулому та потребують усунення.

З метою створення єдиної системи стандартизації в охороні здоров'я, реалізації заходів з організації, координації процесу стандартизації медичної допомоги, інформаційного та фінансового забезпечення, удосконалення відповідної нормативно-правової бази наказом МОЗ України від 25.06.2008 №341 було затверджено Галузеву програму стандартизації медичної допомоги на період до 2010 р. Програма передбачала організацію системи на основі використання сучасної, науково обґрунтованої методики створення клінічних рекомендацій/медичних стандартів – клінічних протоколів в Україні. Відповідно було розроблено та затверджено спільними наказами МОЗ та АМН України №102/18 від 19.02.2009 р., №798/75 від 03.11.2009 р. "Уніфіковану методику з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини". В ході розробки методики були використані результати проекту ЄС TASIC "Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні" [4], внаслідок чого методика відповідає найкращим сучасним світовим зразкам стандартизації медичної допомоги. Проте слід констатувати, що імплементація методики утруднена, належна координація при розробці документів з питань стандартизації наразі відсутня. Нові документи з питань стандартизації з'являються, як і раніше, не внаслідок послідовного втілення положень "Уніфікованої методики...", а відповідно до уподобань головних спеціалістів, ініціативних груп та інших розробників.

Аналіз медико-технологічних документів дозволив визначити основні проблеми.

I. Структурна невпорядкованість та термінологічна неузгодженість наявних документів

Згідно з "Уніфікованою методикою..." [9;10], типами документів з питань стандартизації є

клінічні настанови, стандарти медичної допомоги, уніфіковані клінічні протоколи та локальні протоколи медичної допомоги (маршрути пацієнта); для кожного з документів визначено функції, рівень та структуру, місце цих документів в процесі стандартизації медичної допомоги та взаємодія з іншими нормативними документами. Це стосується й специфічних нормативних документів, наприклад Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення, Державного формуляра лікарських засобів, галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій тощо [7;8;11]. Навіть назви нормативних документів, які регламентують надання медичної допомоги хворим, досить різноманітні: в різні роки затверджені численні "стандарты", "нормативи надання медичної допомоги", "критерії діагностики та лікування", "клінічні протоколи", "протоколи лікування", "інструкції з надання медичної допомоги", "рекомендації", "алгоритми" тощо.

Систематизація окремих нормативних документів, які затверджені станом на 30.06.2010 р., дала наступні результати:

1. Алгоритми, переліки заходів, схеми надання медичної допомоги – 8 документів.
2. Інструкції та методичні рекомендації, методики діагностики, лікування та профілактики – 29 документів.
3. Клінічні протоколи, протоколи надання медичної допомоги – 2127 документів.
4. Нормативи надання медичної допомоги – 989 документів.
5. Стандарти та критерії надання медичної допомоги – 294 документи.
6. Класифікатори – 6 документів.

Однак наведена класифікація є досить умовною та не може повною мірою відтворити особливості структури, змісту та подальшого застосування нормативних документів з питань стандартизації медичної допомоги. Внутрішня структура викладення актуальної медичної інформації в цих документах визначається скоріше думкою авторських колективів, ніж логікою їх подальшого використання.

II. Відсутність визначення ролі та місця наявних нормативних документів в загальному процесі стандартизації медичної допомоги та, відповідно, неузгодженість процесів їх запровадження.

Існуючі документи віддзеркалюють досить складний шлях розвитку нормативно-правової бази процесів стандартизації. Наказова частина більшості наказів адресована начальникам регіональних управлінь охорони здоров'я: забезпечити впровадження затверджених документів (стандартів, протоколів тощо) в підпорядкованих закладах охорони здоров'я та здійснювати контроль за їх виконанням. Разом

з цим стандартизація медичної допомоги є комплексною проблемою, яка потребує координуваних зусиль спеціалістів та управлінців різних рівнів, узгодження численних супутніх нормативних документів – від штатних нормативів та таблиць оснащення закладів охорони здоров'я до форм первинної облікової медичної документації, статистичної звітності тощо.

Прикладом комплексного підходу до проблеми може бути наказ МОЗ України від 24.05.2006 № 318 “Про затвердження протоколу по впровадженню DOTC-стратегії в Україні”, який запроваджує не окремий клінічний протокол, а комплексну стратегію боротьби з туберкульозом, рекомендовану ВООЗ та адаптовану для України; включає та в тій чи іншій мірі регламентує численні взаємопов'язані компоненти – політичну та фінансову підтримку, заходи з профілактики, виявлення, діагностики, лікування, забезпечення закладів охорони здоров'я необхідними препаратами, моніторинг (включаючи створення реєстру хворих на туберкульоз та запровадження рекомендованих ВООЗ обліково-звітних статистичних форм). Але такий комплексний підхід є винятковим випадком, який зумовлений адаптацією кращих зразків міжнародного досвіду.

Основна маса наявних у вітчизняній охороні здоров'я документів з питань стандартизації – клінічні протоколи для окремих патологічних форм та нозологій – не узгоджена з наявними класифікаторами та переліками (класифікатори лікарських спеціальностей, медичних процедур та послуг, Державний реєстр лікарських засобів тощо). Можливо, при розробці клінічних протоколів питання їх подальшого впровадження та механізми узгодження нормативних документів лишаються поза увагою розробників, вважаються “бюрократичною тяганиною”. Цим можна пояснити, що практичне впровадження навіть найкращих з наявних, чітко сформульованих та науково обґрунтованих, клінічних протоколів в практику охорони здоров'я України відбувається обмежено [12].

III. Множинна регламентація “цільової аудиторії”, як лікарів, так і пацієнтів, на яких поширюється вплив нормативних документів

Важливою властивістю нормативного документу є визначення меж його застосування – для яких саме клінічних станів, пацієнтів, рівнів надання медичної допомоги він призначений. Через особливості системи охорони здоров'я в Україні регламентація надання медичної допомоги при одному патологічному стані має місце не тільки окремо для дитячого та дорослого населення (що, зрештою, можна виправдати клінічними особливостями перебігу захворювання та лікування осіб різного віку), а також в кон-

тексті санаторно-курортного лікування, професійної патології, надання медичної допомоги особам, постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС та ін. Слід зазначити, що деякі патологічні стани важко класифікувати відповідно до лікарської спеціальності, оскільки вони можуть стосуватися кількох напрямків одночасно, і, відповідно, спроби регламентувати надання медичної допомоги при таких станах мають місце з боку різних спеціалістів. На жаль, такі спроби є здебільшого неузгодженими та зазвичай призводять до появи кількох одночасно чинних нормативних документів для одного й того ж патологічного стану. Наприклад, надання медичної допомоги для патологічного стану “Гострий інфаркт міокарда” (МКХ-10 I21) регламентується 7 наказами МОЗ України:

1. Наказ від 27.07.1998 №226 “Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей”.

2. Наказ від 28.12.2002 №502 “Про затвердження тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів”.

3. Наказ від 28.12.2002 №507 “Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги”.

4. Наказ від 05.05.2003 №191 “Про затвердження тимчасових державних соціальних нормативів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина”.

5. Наказ від 17.01.2005 №24 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Медицина невідкладних станів”.

6. Наказ від 06.02.2008 №56 “Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення”.

7. Наказ від 03.11.2008 №622 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Хірургія серця і магістральних судин”.

Очевидно, що в розробці нормативних документів з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда в різні часи брали участь фахівці з лікарських спеціальностей “Хірургія серця і магістральних судин”, “Кардіологія”, “Анестезіологія та інтенсивна терапія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Медицина невідкладних станів”. Доробок кожного з авторських колективів у вигляді нормативів, клінічних протоколів, підходів до лікування та рекомендованих лікарських засобів є чинним.

Також діє 21 наказ МОЗ України, якими затверджено нормативні документи з питань надання медичної допомоги хворим на хвороби системи кровообігу (клас ІХ за МКХ-10, рубрики І00-І99). Кількість протоколів для хвороб системи кровообігу у вищенаведених наказах МОЗ України складає 296 окремих протоколів (кількість умовна, оскільки в деяких випадках через структурні особливості документу важко визначитися з кількістю протоколів в ньому). Можливо, деякі хвороби системи кровообігу дійсно належать до компетенції різних лікарських спеціальностей. Так, в одному з протоколів, затверджених наказом від 07.06.2004 №286 “Про

удосконалення дермато-венерологічної допомоги населенню України”, зазначений патологічний стан “Пізній сифіліс. Сифіліс серцево-судинної системи (перикардит, аортальна недостатність, легенева недостатність, ендокардит, міокардит, церебральний артеріїт, аневризма аорти, аортит)” та коди МКХ-10, що відповідають класу ІХ – хвороби системи кровообігу.

Більшість інших патологічних станів для цього класу хвороб також регламентується кількома одночасно чинними наказами (табл. 1).

Аналогічна ситуація склалася для багатьох інших патологічних станів, наприклад, злоякісних новоутворень.

Таблиця 1. Потреба у мультидисциплінарному підході при створенні нормативних документів (хвороби системи кровообігу)

№	Нозологія	Кількість наказів	Спеціальності та напрямки діяльності
1.	Хвороби системи кровообігу (клас ІХ класифікації МКХ-10, рубрики І00-І99).	21	“Хірургія серця і магістральних судин”, “Кардіологія”, “Дитяча кардіоревматологія”, “Анестезіологія та інтенсивна терапія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Медицина невідкладних станів”, “Сексопатологія”, Дерматовенерологія”, “Стоматологія”, “Нефрологія”, санаторно-курортне лікування та ін.
2.	Есенціальна (первинна) гіпертензія (І10)	10	“Кардіологія”, “Анестезіологія та інтенсивна терапія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Медицина невідкладних станів”, “Дитяча кардіоревматологія”, санаторно-курортне лікування
3.	Пароксизмальна тахікардія (І47)	9	“Хірургія серця і магістральних судин”, “Кардіологія”, “Дитяча кардіоревматологія”, “Анестезіологія та інтенсивна терапія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Медицина невідкладних станів”, санаторно-курортне лікування
4.	Серцева недостатність (І50)	8	“Кардіологія”, “Анестезіологія та інтенсивна терапія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Медицина невідкладних станів”, “Дитяча кардіоревматологія”
5.	Ревматичні хвороби мітрального клапану (І05)	8	“Кардіологія”, “Анестезіологія та інтенсивна терапія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Медицина невідкладних станів”, “Дитяча кардіоревматологія”, санаторно-курортне лікування
6.	Ревматичні хвороби аортального клапану (І06)	8	“Кардіологія”, “Анестезіологія та інтенсивна терапія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Медицина невідкладних станів”, “Дитяча кардіоревматологія”, санаторно-курортне лікування
7.	Гострий інфаркт міокарда (І21)	7	“Хірургія серця і магістральних судин”, “Кардіологія”, “Анестезіологія та інтенсивна терапія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Медицина невідкладних станів”, санаторно-курортне лікування.
8.	Внутрішньомозковий крововилив (І61)	6	“Кардіологія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Медицина невідкладних станів”, “Неврологія”, “Нейрохірургія”

Наразі чинні 17 наказів МОЗ України, якими регламентовано надання медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення за окремими нозологічними формами:

1. Наказ від 28.12.1992 №198 “Про заходи щодо подальшого вдосконалення медичної допомоги і медико-соціальної експертизи при захворюваннях вуха, горла і носа”.

2. Наказ від 27.07.1998 №226 “Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів діагностично-лікувального процесу ста-

ціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України”.

3. Наказ від 28.12.2002 №502 “Про затвердження тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів”.

4. Наказ від 28.12.2002 №507 “Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги”.

5. Наказ від 05.05.2003 №191 “Про затвердження тимчасових державних соціальних нор-

мативів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина”.

6. Наказ від 07.06.2004 №286 “Про удосконалення дермато-венерологічної допомоги населенню України”.

7. Наказ від 27.08.2004 №429 “Про затвердження клінічних протоколів лікування найпоширеніших нейрохірургічних захворювань у дітей”.

8. Наказ від 20.07.2005 №364 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю “Дитяча гематологія”.

9. Наказ від 15.03.2007 №117 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Офтальмологія”.

10. Наказ від 15.06.2007 №330 “Про удосконалення урологічної допомоги населенню України”.

11. Наказ від 17.09.2007 №554 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Онкологія”.

12. Наказ від 06.02.2008 №56 “Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення”.

13. Наказ від 13.06.2008 №317 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Нейрохірургія”.

14. Наказ від 17.06.2008 №320 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Дитяча нейрохірургія”.

15. Наказ від 08.05.2009 №312 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання”.

16. Наказ від 28.05.2009 №364 “Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування дітей в санаторно-курортних закладах України”.

17. Наказ від 28.08.2009 №649 “Про затвердження клінічних протоколів лікування дітей з солідними новоутвореннями”.

Медична допомога хворим на окремі форми злоякісних новоутворень, які традиційно лікуються не тільки в мережі онкологічних диспансерів, зазвичай регламентована декількома одночасно чинними наказами (табл. 2).

Таблиця 2. Потреба у мультидисциплінарному підході при створенні нормативних документів (злаякісні новоутворення)

№ з/п	Нозологія	Кількість наказів	Спеціальності, напрямки діяльності
1.	Злаякісні новоутворення головного мозку (С71)	7	“Онкологія”, “Дитяча онкологія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Нейрохірургія”, “Дитяча нейрохірургія”
2.	Злаякісні новоутворення нирки (С64)	6	“Онкологія”, “Дитяча онкологія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Урологія”
3.	Злаякісні новоутворення щитовидної залози та інших ендокринних залоз (С73)	5	“Онкологія”, “Дитяча онкологія”, “Загальна практика – сімейна медицина”
4.	Злаякісні новоутворення інших типів сполучної та м’якої тканини (С49)	5	“Онкологія”, “Дитяча онкологія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Офтальмологія”
5.	Хвороба Ходжкіна (лімфогранулематоз) (С81)	5	“Онкологія”, “Дитяча онкологія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Дитяча гематологія”
6.	Периферичні та шкірні Т-клітинні лімфоми (С84)	4	“Онкологія”, “Дитяча гематологія”, “Дерматовенерологія”
7.	Злаякісні новоутворення простати (передміхурової залози) (С61)	4	“Онкологія”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Урологія”
8.	Злаякісні новоутворення яєчка (С62)	4	“Онкологія”, “Дитяча онкологія”, “Урологія”

Проблеми ВІЛ/СНІД є полем постійної творчої співпраці фахівців різних спеціальностей – від акушерства до фізотерапії. Серед станів, що користуються підвищеною увагою в аспекті стандартизації, також цукровий діабет, туберкульоз, вірусний гепатит, пневмонії, синусити, астма, виразки, гастрит та дуоденіт, есенціальна гіпертензія та інші. Актуальність всіх цих захворювань

викликала понад 10 чинних регламентуючих наказів. Загалом можна констатувати відсутність належної координації при створенні клінічних протоколів для патологічних станів, які потребують мультидисциплінарного підходу. При цьому виникає питання, що гірше: відсутність регламентації чи “множинна” регламентація. Описана ситуація віддзеркалює необхідність

конструктивної співпраці представників декількох спеціальностей для адекватної оцінки стану пацієнтів та застосування сучасних знань і медичних технологій з метою отримання оптимального результату медичної допомоги. Саме тому найкращі приклади з досвіду міжнародної практики – насамперед документи SIGN [15], NICE [14], G-I-N [13] – побудовані на принципах мультидисциплінарного підходу. Сенс співпраці міждисциплінарної команди полягає в тому, що різні спеціалісти науково обґрунтовують стандарт якості (результат) медичної допомоги, якого слід прагнути при втручаннях у конкретного пацієнта, але не створюють декілька різних стандартів для різних спеціалістів.

Включення в групу представників різних спеціальностей та різних регіонів гарантує:

- наявність експертів для всіх етапів медичної допомоги;
- виявлення і критичну оцінку всіх наукових доказів щодо теми;
- виявлення і розгляд проблем практичного застосування КН;
- врахування максимально можливого діапазону поглядів;
- визнання клінічних настанов як надійних і співпрацю при їх застосуванні як основи стандарту і протоколу.

Чисельність групи зазвичай може варіювати в межах 10–20 осіб, оскільки необхідний компроміс між ідеальною кількістю зацікавлених організацій і фахівців та оптимальним складом групи, який забезпечить ефективну роботу [3;9].

IV. Проблеми регламентації раціональної фармакотерапії в медико-технологічних документах

Особлива увага була приділена опису фармакотерапії та її раціональності, оскільки медикаментозне лікування зазвичай складає до 80% медичної допомоги. В процесі опрацювання документів виявлено, що форма опису фармакотерапії у більшості документів є непридатною для використання. Найсуттєвішими проблемами є наступні:

- майже в 20% розглянутих протоколів опис фармакотерапії не деталізований, лише задекларована її необхідність у вигляді формулювань “консервативна терапія”, “медикаментозна терапія” тощо;
- понад 75% протоколів містять посилання на фармакотерапевтичні групи, але рівень деталізації та принципи групування не узгоджені, відсутні посилання на відповідні класифікатори, не завжди вдається встановити, які саме лікарські засоби малися на увазі, оскільки в різних джерелах однакові за назвою групи лікарських засобів мають різний зміст;
- понад половина протоколів містять посилання на конкретні препарати, але в майже 90%

таких протоколів використовуються торгові назви препаратів;

- в протоколах зустрічаються не зареєстровані в Україні лікарські форми препаратів;
- наводиться дозування та призначаються способи застосування, відмінні від тих, що містяться в інструкціях до медичного застосування лікарських засобів;
- будь-яке обґрунтування включення або не включення окремих препаратів інших медичних технологій до протоколів відсутнє, відбір відбувався здебільшого несистематизовано. Єдиним обґрунтуванням є принцип консенсусу, який обмежує використання доказової медицини.

З розробкою та впровадженням Державного формуляру лікарських засобів виникає необхідність узгодження загальних принципів опису фармакотерапії в нормативних документах МОЗ України. Для запобігання невідповідностям при створенні та актуалізації стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та інших нормативних документів, які містять деталі медикаментозного лікування хворих (фармакотерапію), пропонуємо виходити з наведених нижче положень.

Визначення конкретних торгових назв та форм зареєстрованих в Україні лікарських засобів, які відповідають міжнародним непатентованим назвам діючих речовин, а також деталізована інформація про їх застосування містяться в Державному формулярі лікарських засобів, який регулярно переглядається. Наявність такої інформації в інших нормативних документах, зокрема в клінічних протоколах, суперечить міжнародній практиці, призводить до дублювання інформації, неузгодженості в нормативних документах та необхідності регулярного перегляду клінічних протоколів та стандартів через постійні зміни в реєстрації лікарських засобів. При цьому фактично дублюється робота Центрального формулярного комітету. Тому більш доцільно наводити опис фармакотерапії в клінічних протоколах на рівні переліку міжнародних непатентованих назв, а також використовувати Державний формуляр для отримання детальної інформації щодо застосування препарату (його окремих лікарських форм та торгових назв), наявних в Україні. У зв'язку з цим при затвердженні нових клінічних протоколів та інших нормативних документів, які містять описи або посилання на фармакотерапію, доцільно узгоджувати їх з Державним формуляром лікарських засобів на предмет правильної інформації про лікарські засоби.

Висновки

Підсумовуючи результати дослідження чинних медико-технологічних документів, призначених для стандартизації медичної допомоги, маємо

визнати наявність проблем системного характеру. На наш погляд, не варто очікувати суттєвого поліпшення медичної допомоги без відповідного виправлення документів, які її регламентують.

Перспективи подальших досліджень.

Зважаючи на законодавчо визначений напрямок гармонізації системи стандартизації медичної допомоги в Україні до європейських принципів, шляхами удосконалення документів в сфері стандартизації мають бути наступні:

1) розбудова сучасної наукової бази стандартизації на засадах доказової медицини, включення до медико-технологічних документів втручань з доведеною ефективністю та застосування принципу консенсусу при відсутності доказів з проблеми;

2) формування чітких правових позицій щодо ролі документів, затверджених МОЗ України у

запровадженні та досягненні стандартів якості медичної допомоги;

3) запровадження та неухильне дотримання мультисциплінарного складу робочої групи при розробці медико-технологічних документів. Міжнародний досвід свідчить, що саме міждисциплінарна команда фахівців може розробити документи, які на практиці забезпечать наступництво та безперервність медичної допомоги;

4) розробка та затвердження стандартів медичної допомоги у вигляді дворівневих критеріїв якості (обов'язкових та бажаних), а також запровадження клінічного аудиту для підтримки безперервної діяльності з поліпшення якості медичної допомоги;

5) гармонізація державних та галузевих реєстрів та класифікаторів, які стосуються питань охорони здоров'я, усунення термінологічної неузгодженості, введення єдиного глосарію.

Список літератури

1. *Нагорная А. М.* Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорная, А. В. Степаненко, А. Н. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
2. *Назаренко Г. И.* Управление качеством медицинской помощи / Г. И. Назаренко, Е. И. Полубенцева. – М., Медицина, 2000. – 368 с.
3. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого.* – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
4. *Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні (Contract UKRAINE EUROPEAID – NICARE No. 2003/065-429).* Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.eu-shc.com.ua/ua/about.html>.
5. *Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року : наказ МОЗ України № 341 від 25.06.2008* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. *Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року: наказ МОЗ України № 166 від 31.03.2008* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. *Про затвердження Національного переліку основних (життєво необхідних) лікарських засобів і виробів медичного призначення : постанова Кабінету Міністрів України № 1482 від 16.11.2001 р.* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
8. *Про затвердження тимчасового галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій : наказ МОЗ України № 67 від 14.02.2007* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
9. *Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша) : наказ МОЗ України та АМН України №102/18 від 19.02.2009* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
10. *Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга) : наказ МОЗ України та АМН України № 798/75 від 03.11.2009* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
11. *Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я : наказ № 529 від 22.07.2009* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
12. *Ярош Н. П.* Стан розробки, впровадження та дотримання державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я / Н. П. Ярош // Університетські наук. записки. – 2005. – № 1–2 (13–14). – С. 268–271.
13. GIN (Guidelines International Network) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.g-i-n.net>
14. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.nice.org.uk/>
15. SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.sign.ac.uk/>

АНАЛИЗ МЕДИКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТОВ ПО СТАНДАРТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБОСНОВАНИЕ ПУТЕЙ ИХ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

В.Е. Блихар, А.Н. Морозов, И.В. Шпак, Н.К. Хобзей, А.В. Степаненко, Е.М. Лищишина, М.Н. Островерхова, Е.Л. Горох, Е.А. Шилкина (Киев)

Проведен анализ существующих в Украине медико-технологических документов, регламентирующих клинические аспекты оказания медицинской помощи пациентам. Создан общий структурированный массив таких документов в виде Базы стандартов медицинской помощи в Украине, в которую по состоянию на 30.06.2010 г. включены 135 действующих приказов МЗ Украины, из которых выделен 3681 документ (стандарты, протоколы, нормативы и др.) в соответствии с врачебными специальностями и отдельными нозологиями. Осуществленный анализ документов позволяет определить проблемы, в основном методологического характера, которые касаются как непосредственно качества документов, так и в целом процессов стандартизации медицинской помощи. На основании проведенного исследования определены пути усовершенствования медико-технологических документов, с учетом законодательно определенного направления гармонизации системы стандартизации медицинской помощи в Украине в соответствии с европейскими принципами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: стандартизация медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, протоколы медицинской помощи, мультидисциплинарный подход.

ANALYSIS OF MEDICAL AND TECHNOLOGICAL DOCUMENTS ON STANDARDIZATION OF MEDICAL CARE AND SUBSTANTIATION OF THE WAYS FOR THEIR IMPROVEMENT

V.E. Blihar, A.N. Morozov, I.V. Shpak, N.K. Hobzey, A.V. Stepanenko, E.M. Lischyshyna, M.N. Ostroverkhova, E.L. Gorokh, E.A. Shilkina (Kyiv)

The analysis of existing in Ukraine medical and technological documents governing the clinical aspects of patient care has been conducted. General structured array of such documents as the Base of Standards of medical care in Ukraine has been created. By 30.06.2010 it includes 135 existing orders of MoH of Ukraine of which 3681 standards, protocols, regulations and other documents in accordance with the medical specialties and individual nosologies have been identified. Analysis of the documents allows determining the problems, mainly of methodological nature which concern both the quality of documents directly and the process of standardization of medical care in a whole. Based on the performed study the ways to improve medical and technological documents have been identified with taking into account the legally defined areas of harmonization of standards of care in Ukraine in accordance with European principles.

KEY WORDS: standardization of medical care, standards of medical care, protocols of medical care, multidisciplinary approach.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г.О. Слабкий

О. М. ГОНЧАРУК (Київ)

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СПОНТАННИХ КРОВОВИЛИВІВ У ЗАДНЮ ЧЕРЕПНУ ЯМУ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Робота ґрунтується на аналізі результатів клінічного перебігу, діагностики та прогнозу 312 хворих із спонтанними крововиливами в структури задньої черепної ями. Основними причинами крововиливів у задню черепну яму є артеріальна гіпертензія, артеріальні аневризми та судинні мальформації. Встановлено, що у людей молодого та зрілого віку частіше бувають крововиливи у стовбур мозку, у осіб старше 60 років – крововиливи у мозочок. Розрив артеріальних аневризм з крововиливом у задню черепну яму частіше настував у віці до 60 років, судинні мальформації частіше проявлялись в молодому віці.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вік, спонтанний крововилив, задня черепна яма, нейровізуалізація, клініка.

В даний час смертність від серцево-судинних та судинно-мозкових хвороб становить 63% в структурі загальної смертності [11]. Кожен четвертий померлий від хвороб системи кровообігу у 2001 р. мав судинно-мозкову патологію [3].

Особливе місце в структурі захворюваності та смертності займають гострі порушення мозкового кровообігу (інсульти) внаслідок своєї поширеності, важкості перебігу, високого рівня інвалідизації та смертності.

У більшості західних країн серед причин смерті інсульт займає третє місце за частотою і є причиною найбільш тяжких порушень серед осіб працездатного віку, котрі залишилися живими. Вартість лікування інсультів дуже висока. Наприклад, в 2003 р. прямі витрати США становили 31 млрд доларів, а загальні економічні витрати у зв'язку з втратою працездатності – 51 млрд доларів США [16].

Частота виникнення інсультів у світі складає біля 200 (в Росії 350–530) на 100 тис. населення [2;5;6]. В Україні у 2008 р. вперше захворіли на інсульт 107124,0 громадян, або 282,9 на 100 тис. населення, причому 35,5% всіх мозкових інсультів (МІ) сталися у людей працездатного віку [11].

У порівнянні з 2007 р. кількість мозкових інсультів (МІ) в Україні зросла на 1611 випадків, тобто на 4,7 на 100 тис. населення [11]. При такій динаміці в найближчі 5 років в Україні кожен п'ятий громадянин помре, а кожен 10 залишиться залежним інвалідом, оскільки показники смертності та інвалідності при МІ надзвичайно високі [10]. В деяких країнах смертність при інсульті протягом року становить 50%, при цьому 80% осіб, які вижили, залишаються глибокими інвалідами. Особливо велика смертність серед лю-

дей молодого віку, у яких МІ мають тяжкий, часто дуже агресивний, перебіг [1;7;12]. Проблемними для України є діагностика та лікування хворих із субарахноїдальними крововиливами, внаслідок яких щороку помирають понад 1000 людей молодого віку (1334 у 2008 р.). Це, як правило, не діагностовані аневризми та артеріо-венозні мальформації судин головного мозку [7;11]. За даними проведеного епідеміологічного дослідження, співвідношення геморагічних інсультів до ішемічних в Україні становить 1:3,6, тоді як в Росії – 1:4, а в країнах ЄС – 1:7. Геморагічні інсульти мають тяжкий перебіг і високу смертність [2;4;6;11].

У 2008 р. в Україні від внутрішньомозкових крововиливів (ВМК) померло 13426 хворих [11]. Міжнародні дослідження свідчать про чітку тенденцію до збільшення внутрішньомозкових крововиливів, котрі складають 15% всіх мозкових інсультів. Летальність в гострому періоді геморагічного інсульту коливається від 38% до 93% і в середньому в популяції складає 79,5% [1;4;6;11].

Протягом року від ВМК помирає 60% хворих; із тих, що вижили, лише 31% стають функціонально незалежними через 3 місяці після крововиливу [4;6;7;10].

Особливостям виникнення, діагностики, організації медичної, у тому числі спеціалізованої, допомоги хворим з МІ приділяється надзвичайно велика увага неврологів, нейрохірургів, радіологів, громадських організацій.

Причин виникнення ВМК багато [1;7;9;13;15;16]. Основною причиною (60%) всіх ВМК є артеріальна гіпертензія, частка церебральної ангіопатії становить 10–12%, артеріо-венозних мальформацій та розривів аневризм головного мозку – 8%, прийому антикоагулянтів – 10%; серед причин ВМК також гормональні зміни тощо.

Серед ВМК особливе місце належить спонтанним крововиливам у задню черепну ямку (ЗЧЯ), клінічні прояви уражень та труднощі діагностики і лікування яких обумовлені анатомічною будовою та структурно-функціональними особливостями нервових утворень задньої черепної ямки.

Особливістю локалізації крововиливів в межах ЗЧЯ є їх залежність від віку хворих. Наприклад, мозочкові та тегментно-базиллярні стовбурові крововиливи частіше виникають у пацієнтів віком понад 60 років, тоді як гематоми стовбура мозку виявляються переважно у осіб віком до 50 років.

Більшість авторів вважають, що основною причиною мозкових геморагій є артеріальна гіпертензія, особливо у людей старшого віку, а у молодих – патологія судин (артеріальні аневризми та судинні мальформації) [11;13;14;15;16].

Дані офіційної статистики свідчать про великий вплив тютюну на смертність населення України. За даними офіційної статистики, у 1991 р. смертність від тютюну в Україні становить 776,28 на 100 тис. населення. Це значно перевищує кількість людей, що захворіли на інсульт у 2008 р., – 282,9 на 100 тис. [8;11].

Матеріали і методи Робота ґрунтується на аналізі результатів клінічного перебігу, діагнос-

тики та прогнозу 312 хворих із спонтанними крововиливами в структури ЗЧЯ. Для диференціальної діагностики гіпертензивних крововиливів у мозочок і стовбур проаналізовано 60 хворих з ішеміями стовбуру і мозочку.

Хворі перебували на стаціонарному лікуванні в клініці невідкладної нейрохірургії лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва та центрі рентген-ендоваскулярної нейрохірургії АМН України з 1991 по 2009 рр.

Результати дослідження та їх обговорення. Спонтанні крововиливи в утвори ЗЧЯ виникали внаслідок дистрофічно-дегенеративних змін судин на фоні артеріальної гіпертензії (АГ) у 170 (54,5%±2,8%) хворих (I група), розриву артеріальних аневризм (АА) – у 98 (31,4%±2,6%) хворих (II група), артеріо-венозних мальформацій (АВМ) у 24 (7,7%±1,5%) хворих (III група) і кавернозних ангиом (КА) – у 20 (6,4%±1,4%) хворих (IV група).

Хворих молодого віку (15–29 років) було 38 (12,2%±1,9%), зрілого віку (30–44 роки) – 92 (29,5%±2,6%), середнього віку (45–59 років) – 160 (51,3%±2,8%), літнього віку (60 і більше років) – 22 (7,1%±1,4%). Як видно з таблиці 1, більшість хворих із крововиливами в ЗЧЯ становили особи молодого, зрілого та середнього віку.

Таблиця 1. Розподіл хворих із спонтанними крововиливами в ЗЧЯ за віком

Вік хворих, роки	Кількість хворих		Похибка, %
	абс.	%	
15–29	38	12,2	1,9
30–44	92	29,5	2,6
45–59	160	51,3	2,8
до 60	290	92,9	1,4
60 і більше років	22	7,1	1,4
<i>Всього</i>	<i>312</i>	<i>100</i>	

Статистично достовірну ($p < 0,05$) більшість хворих (92,9%±1,4%) із крововиливами в ЗЧЯ становили особи працездатного віку (до 60 років). Слід зазначити, що понад половину (51,3%±2,8%) становили люди середнього віку – від 45 до 59 років.

Розподіл хворих з крововиливами в ЗЧЯ залежно від статі наведено в таблиці 2.

Статистично достовірно ($p < 0,05$) переважно частину хворих із крововиливами в ЗЧЯ склали

особи чоловічої статі – 176 (56,4±2,8%) і 136 (43,6±2,8%) – жіночої.

Дані Державного комітету статистики України про розподіл постійного населення України за статтю та віком (2005–2009 рр.), які свідчать про переважання жінок в загальній структурі населення, та наші дані про достовірну більшість чоловіків з крововиливами в ЗЧЯ, можна зробити висновок про суттєву перевагу осіб чоловічої статі у структурі спонтанних крововиливів в ЗЧЯ (табл.3).

Таблиця 2. Розподіл хворих з крововиливами в ЗЧЯ залежно від статі

Стать	Кількість хворих		Похибка, %	p
	абс.	%		
Чоловіки	176	56,4	2,8%	
Жінки	136	43,6	2,8%	
<i>Всього</i>	<i>312</i>	<i>100</i>		<0,05

Таблиця 3. Розподіл населення України за статтю у 2005–2010 рр. *

Рік	Чоловіки	Жінки
2005	21754,0	25346,5
2006	21574,7	25174,5
2007	21434,7	25031,0
2008	21297,7	24894,6
2009	21185,0	24778,4
2010	21107,1	24675,5

Примітка: * за даними Державного комітету статистики України [17].

Висока захворюваність чоловіків обумовлена багатьма факторами, вагомими серед яких є тютюнокуріння та алкоголізм, про що повідомляють і ряд авторів [6;7;10]. За нашими даними, регулярно курили не менше 20 цигарок на добу 138 (78,4%) пацієнтів чоловічої статі, у 124 (70,4%) осіб крововилив стався на фоні вживання алкоголю. Отже, можна стверджувати, що тютюнокуріння та пияцтво сприяють спонтанним внутрішньочерепним крововиливам.

Слід зазначити, що у більшості ($p < 0,05$) хворих молодого і зрілого віку – 40 випадків із 53 (75,4% \pm 5,9%) – крововилив стався на фоні гострої алкогольної інтоксикації або хронічного запою. Під час поступлення в стаціонар у всіх відмічено підвищення артеріального тиску – в межах 160–180 мм рт. ст. систолічний та 90–110 мм рт. ст. діастолічний.

Із 170 хворих, котрі були доставлені в клініку каретою швидкої допомоги, статистично

достовірно ($p < 0,05$) у переважній більшості – 101 (59,4% \pm 3,8%) – були крововиливи у стовбур мозку, у мозочок крововиливи були у 62 (36,5% \pm 3,7%) і у 7 (4,1% \pm 1,5%) – дифузні крововиливи у мозочок та стовбур мозку.

Локалізація гіпертензивних крововиливів в залежності від віку хворих відображена в таблиці 4.

Статистично достовірно ($p < 0,05$), що найбільша кількість гіпертензивних спонтанних крововиливів у структури ЗЧЯ спостерігалася в осіб працездатного віку – 148 (87,1% \pm 2,6%).

У 98 хворих (57,6% \pm 3,8%) – (II група) виявлені мішкоподібні аневризми судин вертебро-базиллярного басейну (ВББ), котрі супроводжувалися геморагічним синдромом. Хворі поступали у центр з нейрохірургічних та неврологічних відділень, в які вони були госпіталізовані після апоплексії.

Більшість хворих II групи – 94 (95,9% \pm 2,0%) становили особи працездатного віку, у кожного другого – 51 (52% \pm 5,0%) крововилив внаслідок роз-

Таблиця 4. Локалізація крововиливів у ЗЧЯ в залежності від віку хворих

Локалізація крововиливу	Вік хворих, роки				Всього: кількість, %
	молодий (15–29)	зрілий (30–44)	середній (45–59)	літній/похилий (60 і більше)	
Стовбур мозку	5	28	60	8	101 (59,4% \pm 3,8%)
Мозочок	4	14	32	12	62 (36,5% \pm 3,7%)
Стовбур і мозочок (тотально)	1	1	3	2	7 (4,1% \pm 1,5%)
Всього: кількість, %	10 (5,9% \pm 1,8%)	43 (25,3% \pm 3,3%)	95 (55,9% \pm 3,8%)	22 (12,9% \pm 2,6%)	170

риву АА стався до 45 років. В анамнезі в цих родинах були випадки раптової смерті осіб відносно молодого віку (від 40 до 50 років) з найбільшою вірогідністю церебрального генезу, що може свідчити про спадковий вплив на формування АА.

У 24 хворих причиною крововиливів були АВМ. Розподіл хворих з АВМ за віком та статтю наведено в таблиці 5.

Крововиливи при АВМ в структури ЗЧЯ частіше траплялися у чоловіків. При цьому крововиливи у мозочок спостерігаються в 7 раз частіше, ніж у стовбур. У всіх хворих було діагностовано субарахноїдальний крововилив.

Проаналізовано характер крововиливів у ЗЧЯ 20 хворих, причиною яких були кавернозні судинні мальформації. Переважали особи

Таблиця 5. Розподіл хворих з АВМ за віком та статтю

Вік хворих, роки	Стать		Локалізація крововиливу	
	чоловіча	жіноча	мозочок	стовбур
15–29	3	6	8	1
30–44	8	4	10	2
45–59	2	1	3	
<i>Всього</i>	<i>13</i>	<i>11</i>	<i>21</i>	<i>3</i>

чоловічої статі – відповідно 14 (70%±10,2%) і 6 (30%±10,2%) хворих.

Більшість хворих були молодого та зрілого віку (18 спостережень –90%±6,7%), двоє хворих (10%±6,7%) були у віці старше 60 років.

Середній вік появи симптомів кавернозної ангиоми становив 36,5 року, що відповідає літературним даним.

Аналіз хворих з крововиливами у задню черепну яму у віці понад 15 років показав, що основними причинами крововиливів у ЗЧЯ є АГ, АА та судинні мальформації (артеріовенозні та кавернозні ангиоми).

Виявлено, що при крововиливах 92,9% становлять особи працездатного віку (до 60 років), при цьому 41,7% – це люди молодого та зрілого віку (15 до 44 років). Слід зазначити, що у більшості ($p < 0,05$) хворих молодого і зрілого віку – 40 (75,4%±5,9%) із 53 – крововилив стався на фоні гострої алкогольної інтоксикації або хронічного запою. Під час поступлення у всіх них відмічено підвищення артеріального тиску – в межах 160–180 мм рт. ст. систолічний та 90–110 мм рт. ст. діастолічний артеріальний тиск.

Встановлено, що у людей молодого та зрілого віку частіше бувають крововиливи у стовбур мозку, котрі характеризуються тяжким клінічним перебігом та високою летальністю. У осіб старше 60 років частіше бувають крововиливи в мозочок.

Розрив артеріальних аневризм ВББ з крововиливом у ЗЧП в більшості випадків наставав у

віці до 60 років, і тільки у 4 (4,1%±2,0%) хворих був у віці після 60 років. Хворі молодого та зрілого віку склали половину – 52%±4,9%.

Судинні мальформації (АВМ та КА) частіше проявляються в молодому віці. Середній вік проявів судинних мальформації геморагічним синдромом був 36,5 року.

Аналіз летальності при гіпертензивних крововиливах виявив, що найвищою була летальність у хворих середнього віку: із 95 померло 62, що складає 65%, тоді як в групі осіб зрілого віку вона становила 51%, похилого – 45%, найнижчою була летальність у хворих молодого віку – 20%, хоча геморагії в цій групі характеризувалися тяжким клінічним перебігом.

Висновки

Спонтанні крововиливи у ЗЧЯ, як правило, виникають в осіб працездатного віку. Основними причинами їх виникнення є артеріальна гіпертензія, артеріальні аневризми та судинні мальформації. Гемодинамічний фактор (підняття артеріального тиску), зловживання алкоголем та тютюнокуріння сприяють крововиливам як в паренхіму мозку, так і в підболонокковий простір.

У осіб молодого і зрілого віку при артеріальній гіпертензії частіше трапляються крововиливи у стовбур мозку, котрі характеризуються тяжким клінічним перебігом та високою летальністю.

Перспективним є визначення прогностичних критеріїв для профілактики спонтанних внутрішньочерепних крововиливів у осіб різного віку.

Список літератури

1. Бурцев Е. М. Нарушения мозгового кровообращения в молодом возрасте. – М. : Медицина, 1978. – С. 196
2. Варакин Ю. Я. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга / Н. Я. Варакин // Очерки ангиологии; за ред. З. А. Суслина. – М. : Атмосфера, 2005. – С. 66–83.
3. Вісник Верховної Ради України. – 2003. – №1350–IV 4. – 27 листоп.
4. Внутримозговое кровоизлияние : факторы, определяющие тяжесть состояния и исход заболевания / С. М. Виничук, О. А. Пустовая, М. М. Прокопів [и др.] // Укр. мед. часоп. – 2007. – №5 (61). – С. 25–32.
5. Галкина Т. Н. Эпидемиологические аспекты нетравматических внутримозговых кровоизлияний / Т. Н. Галкина, Е. Н. Кондаков // Нейрохирургия. – 2000. – №1–2. – С. 28–31.
6. Геморрагический инсульт : практич. рук-во / под. ред. В. И. Скворцовой, В. В. Крылова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 155, [5] с.
7. Деев А. С. Причинные факторы, течение и исходы геморрагического инсульта в молодом возрасте / А. С. Деев, И. В. Захарушкина // Неврол. журн. – 2001. – №5. – С. 15–18.
8. Демографічна криза в Україні її причини та наслідки. – К., 2003. – 450 с.
9. Лебедева И. А. Возрастные характеристики основных групп жителей Ханты-Мансийского автономного округа,

- перенесших мозговою інсультом / И. А. Лебедева, В.И. Анищенко // Укр. нейрохірургіч. журн. – 2010. – №3. – С. 31.
10. Поліщук М. Є. Роль громадських організацій в боротьбі з інсультом / М. Є. Поліщук // Судинні захворювання головного мозку. – 2007. – №4. – С. 2–4.
11. Стан неврологічної служби України в 2008 р. : статистично-анатомічний довідник / М. П. Жданова, О. М. Зінченко, М. В. Голубчиков, Т. С. Міщенко; МОЗ України. – Х., 2009. – 24 с.
12. Чухловина М. Л. Особенности патогенеза и диагностики геморрагического инсульта у лиц молодого возраста / М. Л. Чухловина, В. И. Гузева, Е. М. Мацукатова // Клин. медицина. – 2004. – №3. – С. 11–16.
13. Blood pressure, hemorrhagic stroke, and ischemic stroke : the Korean national prospective occupational cohort study / Y. M. Song, J. Sung, D. A. Lawlor [et al.] // BMJ. – 2004. – Vol. 328, №7435. – P. 324–325.
14. Busse O. Stroke units and stroke services in Germany / O. Busse // Cerebrovasc. Dis. – 2003. – Vol. 15, Suppl.1. – P. 8–10.
15. Effect of untreated hypertension on hemorrhagic stroke / D. Woo, M. Haverbusch, P. Sekar [et al.] // Stroke. – 2004. – Vol. 35, №7. – P. 1703–1708.
16. Rudd A. G. Health policy and outcome research in stroke / A. G. Rudd, D. B. Matchar // Stroke. – 2004. – Vol. 35, №2. – P. 397–400.
17. <http://www.ukrstat.gov.ua>

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СПОНТАННЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В ЗАДНЮЮ ЧЕРЕПНУЮ ЯМУ

О.М. Гончарук (Киев)

Работа основана на анализе результатов клинического течения, диагностики и прогноза 312 больных со спонтанными кровоизлияниями в структуры задней черепной ямы. Основными причинами кровоизлияний в заднюю черепную яму являются артериальная гипертензия, артериальные аневризмы и сосудистые мальформации. Установлено, что у людей молодого и зрелого возраста чаще бывают кровоизлияния в ствол мозга, у лиц старше 60 лет – кровоизлияния в мозжечок. Разрыв артериальных аневризм с кровоизлиянием в заднюю черепную яму чаще происходит в возрасте до 60 лет, сосудистые мальформации чаще проявлялись в молодом возрасте.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **возраст, спонтанное кровоизлияние, задняя черепная яма, нейровизуализация, клиника.**

AGE PECULIARITIES OF SPONTANEOUS HEMORRHAGES IN THE POSTERIOR CRANIAL FOSSA

О. М. Гончарук (Kyiv)

The work is based on the results of clinical course, diagnosis and prognosis of 312 patients with spontaneous hemorrhages in the posterior cranial fossa. The main causes of hemorrhage in the posterior cranial fossa is arterial hypertension, arterial aneurysms and vascular malformations. It is found that in young adulthood and more often there are hemorrhages in the brain stem, in individuals older than 60 years - bleeding in the cerebellum. Rupture of arterial aneurysms of the posterior cranial fossa with hemorrhage often advancing the age of 60 years, vascular malformations often manifested in a young age.

KEY WORDS: **age, spontaneous hemorrhage, posterior cranial fossa, neuroimaging, clinic.**

Рецензент: д.мед.н., чл.-кор. НАМН України М.Є. Поліщук

Я.В.ГАНІТКЕВИЧ (Львів)

ПРО СТАНОВЛЕННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Представлені матеріали про формування історії медицини в Україні з давніх часів до сьогодні. Розглянуто медико-історичні праці інонаціональних лікарів за панування Російської та Австро-Угорської імперій, праці українських лікарів та істориків медицини в період «Українського відродження», за радянської доби, в діаспорі та в незалежній Україні. Характеризується сьогодні як період найбільш активного формування української історії медицини як частини нашої історичної науки, самостійної галузі медичних наук, вагомий складової всесвітньої історії медицини.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: українська історія, історія медицини, українська медицина.

Історія медицини як галузь науки на землях України пройшла складний і важкий шлях. Описання в літописах діянь монахів-лічців Агапіта, Пантелеймона, Феодосія та інших можемо вважати одними з перших зачатків для пізніших «словників українських лікарів», подібні описання перших лічців-лікарів становлять початки всесвітньої історії медицини. Матеріали до історії народної медицини, монастирської, козацької, цехової медицини знаходяться в давніх рукописах і першодруках.

Проте Україна, позбавлена державності, не могла стати на шлях нормального розвитку своєї культури, науки і освіти. Протягом століть поневолення наукові установи знаходилися в руках влади, переважно вороже настроєної до культури і мови корінного українського населення. Згадаймо хоча б Валуєвський та Емський укази царського режиму, ліквідацію польською санаційною владою українських кафедр у Львівському університеті та *numerus clausus* на прийом студентів-українців.

В даній статті розглядається формування в Україні історії медицини як науки; становлення історії медицини як університетської навчальної дисципліни вимагає спеціального розгляду в іншій публікації.

На теренах підросійської України першим науковцем – істориком медицини можемо вважати Петра Пелехіна (1790-1871, уродженець Черкащини) – професора Петербурзької медико-хірургічної академії та медичного класу Києво-Могилянської академії, який викладав історію медицини. Проте тривалий час історія медицини, як і всі медичні науки, розвивалися на українській землі неукраїнцями, мовою панівних держав і в їхньому дусі, як російська, австрійська або польська наука.

Історію медицини на українських землях досліджували російські автори (Рихтер В. *История медицины в России*. М. – 1814, 1820; Оранский В.С. *Материалы для истории отечественной медицины в России в царствование Петра Великого*. – СПб., 1872; *Материалы для истории медицины в России*. Вып.1. – СПб., 1981; Змеев Л.Ф. *Былое врачебной России*. – СПб., 1890; *Чтения по врачебной истории России*. – СПб., 1896; *Материалы к истории медицины в России*. – М., 1907; *Старинные памятники медицинской письменности*. М. 1911 та ін.), проте трактували її як історію виключно російської медицини. Подібно характеризувалася історія медицини у київських виданнях того часу (Лесеневич В.М. *Очерки из истории медицины*. Киев. – Вып.1. – 1895; Вып.2. 1896).

Мало активізувався розвиток медико-історичної науки з відкриттям в підросійській Україні університетів – Харківського, Київського та Одеського. Історією медицини займалися професори В.О. Караваєв (1811-1892), Микола Козлов (1814-1889), Олександр Вальтер (1817-1889), Христіан Гюббенет (1822-1873), Карл-Георгій Гейбель (1839-?), Фрідріх Мерінг (1822-1887). В більшості інонаціональні професори висвітлювали питання всесвітньої історії медицини.

Наприкінці XIX ст. відомим на українських землях істориком медицини став Савелій Григорович Ковнер (1837-1896, уродженець м. Вільна). Він вчився в рабинській школі, був викладачем єврейського училища, опісля закінчив Університет Св. Володимира і став земським лікарем, працював довгий час у м. Ніжині, згодом у Києві. Знав багато мов, в тому числі стародавніх, підготував основані на першоджерелах фундаментальні праці із всесвітньої історії медицини («Історія стародавньої медицини і вступ до всезагальної історії медицини», Київ, 1878; «Історія середньовічної медицини», вип.1. 1893; вип.2. Київ, 1897).

Таким чином, в тодішніх умовах формування історії медицини на землях підросійської України відбувалося в полі розвитку російської науки.

Розвиток медицини на західноукраїнських землях досліджували польські історики медицини: Gasiorowski Zbiór wiadomości do historii sztuki lekarskiej w Polsce: od czasów najdawniejszych, aż do najnowszych. Poznań, T.I-IV, 1839-1855; Szumowski W. Galicja pod względem medycznym za J. Krupinskiego – pierwszego protomejdyka (1772-1783), Lwów, 1907; W. Zwodziak. Historia wydziału lekarskiego uniwersytetu Lwowskiego. Archiwum historii medycyny, 1964-1965; ; B. Seida. Dzieje medycyny w zarysie, 1997 та ін.

Видатним істориком медицини в Галичині був професор Львівського університету Вітольд Зембіцький (1874–1950, уродженець Львова), завідувач кафедри історії і філософії медицини. Після закінчення медичного факультету у Львові він працював у клініці внутрішніх хвороб, протягом року перебував у закордонних клініках Цюриху, Страсбургу і Парижу. Він відзначався високою ерудицією, заснував часопис «Боротьба за здоров'я» (1917), опублікував багато праць з історії медицини, видав низку бібліографічних та біографічних праць, був редактором «Польської лікарської газети», співавтором «Польського біографічного словника», автор понад 500 публікацій. Йому належить праця: W. Ziembicki. Zakład historii medycyny we Lwowie. Kronika lat 1942-1944, 1981 р. та ін.).

Важливий етап становлення української історії медицини пов'язаний із формуванням новітньої української медицини в Галичині за влади Австро-Угорщини. Вже із зародженням перших українських медичних видань і організацій (кінець XIX ст.) з'явилися історичні описання різних проблем медицини, окремих захворювань, способів лікування та попередження недуг, появилися перші українські новітні медико-історичні публікації. В опублікованих у Львові працях Євгена Озаркевича (1861-1916) подані перші відомості з історії вивчення та профілактики інфекційних недуг (починаючи від Гіпократата); Володимир Щуровський (1890-1969) – шеф санітарної бригади Українських Січових Стрільців, пізніше лікар Української Галицької Армії, опублікував спогади про медицину в УГА; Володимир Білозор (1890-1969) – лікар Українських Січових Стрільців та УГА, командант шпиталю в Кам'янці-Подільському, опублікував нариси про медичну службу в роки Визвольних змагань. Максим Музика (1889-1972) – згодом професор-мікробіолог, у 1920 р. опублікував велику статтю «Розвиток медичної науки і літератури на Україні в 1917-1918 рр.».

Розпад Російської імперії приніс Україні на деякий час визволення від російського поне-

волення, настав бурхливий розвиток української медицини, що почався в період УНР і продовжувався протягом десятиріччя «українського відродження». В цей час багато зроблено для розвитку новітньої української історії медицини.

Першим великим медико-історичним дослідженням цього часу є обширна стаття Овксентія Васильовича Корчака-Чепурківського (1857-1947) «Основні етапи будівництва та розвитку вищої медичної школи у Києві за перше десятиліття Радянської влади на Україні». Автор – видатний український гігієніст та демограф, професор соціальної та загальної гігієни Київського медичного інституту, один із засновників Української Академії Наук і перший серед медиків академік – дійсний член ВУАН (1921), тісно співпрацював з Михайлом Грушевським. В роки Української національної революції був в числі організаторів медичного факультету Українського державного університету, став його деканом, за Директорії був другим Міністром народного здоров'я і опікування України (1919). О. Корчак-Чепурківський відважувався в той час писати про розвиток української національної вищої школи та реалізацію національної ідеї, роль національних принципів, про русифікаторську політику центру і владних структур.

Окремі матеріали з історії української медицини публікували в 20-30-ті роки ХХ ст. українські лікарі-практики, військові лікарі, науковці. Олександр Митрофанович Пучківський (1881-1937, уродженець Чернігівщини), засновник і завідувач кафедри оториноларингології Київського медичного інституту (1921–1937), засновник першої української наукової школи оториноларингологів, видатний український вчений світової слави (розстріляний більшовиками у 1937 р.) дослідив історію своєї спеціальності від найдавніших часів, праці давніх та середньовічних авторів зокрема, письменна часів Київської Руси-України, часів Гетьманщини та ін., опублікував велику працю «Основні дати розвитку отоларингології (ЛОП) в колишній Росії та в СРСР» (1936), в якій навідані про усіх отоларингологів, які працювали до 1936 р. Ця праця досі залишається унікальною, незамінною для історії медицини. Йому належать обширний «Покажчик літератури громадської та народної медицини, гігієни, санітарії та бальнеології України по 1890 рік», статті про українців, які створювали російську медицину. Спомини військового лікаря, опублікував Мартирій Галин (1856-1943) – доктор медицини, головний хірург Київського військового шпиталю, один із організаторів і голова Медичної секції Українського наукового товариства в Києві.

За доби тоталітаризму, зокрема у післявоєнні роки, надруковано чимало книг і статей, в яких керівники медичних установ і відомств з нагоди

партійних “свят-річниць” та партійних з’їздів рапортували про “розквіт радянської медицини”, що здійснювався “завдяки піклуванню комуністичної партії” та її вождів (Двадцять років радянської медицини на Україні – К., 1938; Очерки истории медицинской науки и здравоохранения на Украине – К., 1954; К истории медицины на Украине – Л., 1961; Актуальные вопросы истории медицины – К., 1978 та ін).

Проте і в цей час були вчені, які об’єктивно на науковому рівні висвітлювали матеріали з історії світової та української медицини, глибоко опрацьовували історію своєї спеціальності.

Видатним українським істориком медицини радянської доби був Сергій Авраамович Верхратський (1894-1988, уродженець Вінничини), хірург, професор і завідувач кафедри шпитальної хірургії Івано-Франківського медичного інституту (1946–1971). Він походив із сім’ї священика, навчався у Варшавському та Одеському університетах, був учасником Визвольних змагань. Великий ерудит, автор наукових праць з хірургії, дослідник народної медицини; написав ряд праць (деякі досі неопубліковані) з історії української медицини, за що його звинувачували в “ярому націоналізмі”. Тема його докторської дисертації – «Матеріали з історії медицини на Україні до часів уведення земства» (1945). Він автор єдиного підручника з історії медицини українською мовою (видання 1964, 1974, 1983 і 1991 рр.), значно скороченого цензурою. Написав працю «Медичний фольклор на Україні», спогади про визвольні змагання 1918-1919 рр.

Серед вчених, які внесли вклад у розвиток української загальної та спеціальної історії медицини були фахівці різних спеціальностей. Іван Якович Дейнека (1904-1970), уродженець Полтавщини, хірург, ректор Вінницького та Одеського медичних інститутів, опублікував українською мовою “Короткі нариси з історії хірургії в Українській РСР” (співавт. – Ф.С.Мар’єнко). Михайло Сергійович Спіров (1892-1973, уродженець Нижегородської губернії в Росії) - професор, завідувач кафедри анатомії Київського медичного інституту, опублікував книгу “Київська анатомічна школа” (1965), привів деякі дані про довго замовчуваних режимом українських анатомів. Праці з історії мікробіології опублікував Сергій Степанович Дяченко (1898-1992, уродженець Чернігівщини) - професор-мікробіолог, завідувач кафедри мікробіології Київського медичного інституту.

Історії гігієни та інших галузей медицини присвячені статті Сергія Аркадійовича Томіліна (1877-1952) – професора-гігієніста, санітарно-го статистика, демографа, завідувача кафедри соціальної гігієни Харківського медичного інституту. Праці з історії медицини публікував Лев Іва-

нович Медвідь (1905-1982, уродженець Вінничини), професор-гігієніст, організатор і директор Київського науково-дослідного інституту гігієни праці і профзахворювань, пізніше Всесоюзного інституту гігієни і токсикології пестицидів, полімерів і пластмас. Д.С. Воронцов, В.М. Нікітін та П.М. Серков підготували “Нариси з історії фізіології на Україні” (1959), філолог М.С. Думка з Івано-Франківська видав монографію “Медицина скитів” (1960).

В 60-х роках у видавництвах Москви і Ленінграда з’явилося декілька книг (Кузьмин М.К. Медицина древней Руси – М., 1961; Заблудовский П.Е. История отечественной медицины, 1960; Богоявленский Н.А. Древнерусское врачевание в XI-XVII вв. – М. 1960; та ін.), автори яких продовжували традиції істориків Російської імперії та розглядали історію медицини України-Руси виключно як історію російської медицини. Рукописні книги з медицини України-Русі (Груздев В.Ф. Русские рукописные лечебники. Л. 1946 та ін.) також вважали надбанням виключно російської медицини. Подібно як в часи панування царської імперії не признавалося існування української медицини, яка мала би історію свого виникнення і розвитку на наших землях. В радянській історії медицини не було зовсім згадки про українських лікарів і українських вчених, а якщо згадували окремих осіб з України, то характеризували їх як “вітчизняних” або російських лікарів і учених.

Разом з тим історія медицини радянського періоду була сильно заідеологізована, ґрунтувалася на марксистській теорії ворожнечі суспільних груп, проповідувала вульгарний атеїзм, повністю замовчувала роль церкви і монастирів у формуванні закладів опікування та охорони здоров’я, не визнавала ролі меценатства.

З проголошенням незалежності України почався новий період розвитку української історичної науки взагалі, та історії медицини, зокрема, відроджено поняття української медицини, опубліковані матеріали про перші українські наукові медичні школи, в медицину повертаються імена заборонених та репресованих тоталітарними режимами лікарів та вчених-медиків.

Державна наукова медична бібліотека України (директор – Р.І. Павленко) видала біобібліографічний словник. “Медицина в Україні. Видатні лікарі. Кінець XVII – перша половина XIX століть. Випуск 1 (К., 1997), який містить персоналії 135 лікарів, що працювали в Україні, в Росії та в інших країнах. У додатках показано внесок українських лікарів у розвиток вітчизняної та світової медицини, приведені рукописні наукові праці лікарів XVIII – початку XIX ст., наводиться перелік імен лікарів, які здобули науковий ступінь у вищих школах Європи та Росії, подано відомості про

заснування медичних шкіл та закладів в Україні і т.п. У 2002 році вийшов додатковий випуск – XVIII–перша половина XIX ст. У 2003 році видано випуск 2 «Друга половина XIX ст. Літери А-К». В найбільшому розділі «Персоналії. Історія медицини України в особах» подано відомості про понад 500 українських лікарів. Додатки містять відомості про вищу медичну школу в Україні, медичну пресу, медичні товариства, лікувальні заклади і медичні бібліотеки, про редакційно-видавничу, літературно-публіцистичну, колекційну діяльність лікарів.

Видання «Медицина в Україні» становлять цінний внесок у дослідження історії нашої медицини.

Великий вклад у розвиток української медицини вніс Любомир Антонович Пиріг (р.н. 1931) – академік АМН України, член.-кор. НАН України, організатор і президент (з 2000 – Почесний президент) Всеукраїнського лікарського товариства, президент Світової федерації українських лікарських товариств, завідувач кафедри нефрології Київської медичної академії післядипломної освіти, народний депутат України (1990-1994). Він часто виступає з науковими і публіцистичними статтями, видав книгу «Медицина і українське суспільство» (1998).

Одним із найактивніших істориків медицини в сучасній Україні був Олександр Абрамович Грандо (1919-2004, уродженець Вінниччини) – професор-гігієніст, довголітній завідувач кафедри соціальної гігієни і організації охорони здоров'я Київського медичного інституту (1972-1990), організатор і директор Національного музею медицини України (з 1974 р.). Він автор понад 120 праць з питань історії та організації охорони здоров'я, лікарської етики, медичної деонтології, в останні роки видав книги з історії української та світової медицини. Заснував (1994) і редагував Український історико-медичний журнал «Агапіт», який видається Центральним музеєм медицини України на українській, англійській мовах, резюме на російській. До 2000 р. вийшло 13 чисел журналу із статтями з проблем української та світової історії медицини, про українських медиків XVII-XIX століть, про репресованих і забутих українських вчених, статті з української медичної діаспори, про медицину Росії та інших зарубіжних країн. О.А. Грандо належать книга-альбом «Очима художників. Медицина в українському образотворчому мистецтві» (1994), «Подорож у минуле медицини» (1995), «Визначні імена в історії української медицини» (1997).

Важливою подією в українській історії медицини стало видання Національним музеєм медицини України під редакцією О.А. Грандо об'ємної (320 с.) книги групи авторів «Визначні імена у світовій медицині» (2001), яка містить біля

1300 імен видатних лікарів усіх народів від найдавніших часів до кінця XX ст. Заслугою авторів є те, що вперше видана така фундаментальна праця українською мовою, та що в ній, вперше нарівні з французькими, російськими та іншими вченими, представлені українські вчені-медики і лікарі-подвижники.

Наукове товариство ім. Шевченка у Львові, його лікарська комісія у 1990 році відновили свою діяльність, зокрема на ниві української медицини і медико-історичних досліджень. Автором цих рядків відновлено видання «Лікарського збірника НТШ» (1991), який став публікувати матеріали про заборонені раніше факти і події з історії нашої медицини; досі вийшло 19 томів збірника. Вийшли томи в пошану Романа Осінчука, Мар'яна Панчишина, Юрія Липи, Василя Плюща, Павла Пундія, Ірини Даценко. Видано праці Євгена Озаркевича (1999), книги Я. Ганіткевича «Українські лікарі-вчені першої половини XX ст. та їхні наукові школи» (2002), «Історія української медицини в іменах і датах» (2004). У 2009 році з нагоди 80-річчя вченого видано вибрані праці Я. Ганіткевича.

У співпраці з д-ром Павлом Пундієм видано вперше «словник українських лікарів» – біобібліографічний довідник «Українські лікарі» (1994, 1996). У 2008 році вийшла третя книга «Українські лікарі. Біобібліографічний довідник, Кн.3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України». В місячниках і тижневиках, матеріалах конференцій і конгресів опубліковано понад дві сотні статей з питань розвитку української медицини, становлення української історії медицини, про репресованих та заборонених українських лікарів і науковців.

З матеріалами з історії української медицини, про внесок українських лікарів у всесвітню історію медицини, про терор комуністичного режиму в СРСР щодо лікарів Радянської України ознаявлено зарубіжних лікарів через публікації в міжнародному медико-історичному журналі «Vesalius» (2005, 2008, 2010). Автором цих рядків представлено вперше на міжнародному конгресі істориків медицини в Італії підпільний Український Червоний Хрест в роки Другої світової війни (2008).

У Києві вийшла унікальна книга З. Болтарович «Українська народна медицина. Історія і практика» (1994), яка містить описання багатовікового досвіду народної медицини. Приведені етнографічні світоглядні народні уявлення про хвороби і їх причини, про народних лікарів, про зелолікування, про ліки тваринного і мінерального походження, про лікувальну магію та психотерапевтичні дії; подані народні та наукові назви ліків, численні народні рецепти.

Радиш Я.Ф. видав перший український навчальний посібник «Історія військової медицини» (К., 1997). Змістовна книжечка «Історія української медицини (курс лекцій)» видана в Бориславі (1998). У 2004 році видано перший український підручник О.М. Голяченка і Я.В. Ганіткевича «Історія медицини» для медичних університетів і академій.

Вагомий вклад в українську історію медицини наших днів становить монографія О. Ціборовського «На варті здоров'я: Історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні» (К., 2010). Автор детально висвітлює історію становлення соціальної медицини як науки, представляє роль українських лікарів XVIII – початку XIX ст. та пізніших у становленні цієї галузі науки і практики, з подробицями описує джерела до розвитку історії соціальної медицини. В книзі подано дослідження величезного масиву інформації, матеріали основних архівів (в тому числі часів УНР) та численних друкованих документів, зокрема законів, підзаконних актів і програм, офіційних звітів та статистичних матеріалів, матеріалів з'їздів і конференцій, авторефератів дисертацій, опублікованих книг та статей. Дано глибокий аналіз розвитку поняття «соціальна медицина», наголошується на ролі українських лічців і лікарів, пропонується опрацьована автором періодизація історії розвитку соціальної медицини, висвітлюється формування системи охорони громадського здоров'я в незалежній Україні та вказується на її ключові проблеми. Праця становить цінний вклад як в розвиток соціальної медицини, так і в історію української медицини в цілому.

Українську історію медицини нині збагачує недоступний раніше в УРСР доробок української діаспори, яка в роки панування тоталітарного режиму багато зробила для збереження і розвитку традицій української медицини, її історії. Найвидатнішим істориком української медицини, що працював на еміграції, був Василь Плющ (1903-1976) – професор-фтизіатр, доктор медицини, професор кафедр туберкульозу в Києві (1941), Львові та Братиславі, активний член УВАН, УВУ, НТШ. Він підготував і опублікував низку фундаментальних праць з історії української медицини, в тому числі дві великі монографії: «Нариси з історії української медичної науки та освіти. Від початків української державності до 19 століття. Книга 1.» (1970) та «Нариси з історії української медичної науки і освіти (дев'ятнадцяте і двадцяте століття)» (1983).

У 1975 р. під головною редакцією В. Плюща вийшла книга «Матеріали до історії української медицини», т.1. На основі вивчення численних джерел з російських, австро-угорських, німецьких, польських та радянських видань автор за-

початкував об'єктивне і всебічне висвітлення непростих процесів становлення української медицини. У 1988 р. в Чикаго видано II-й том «Матеріалів до історії української медицини» (головний редактор - д-р Павло Джуль). Він відкривається ще одною великою статтею В. Плюща «Лікарські товариства і наукові з'їзди лікарів у Східній Україні (1840-1946). Історичний нарис». Подані матеріали про Спілку українських лікарів, створену після лютневої революції 1917 р. в період Української державності, про яку в УРСР в роки комуністичного панування заборонено було згадувати. В. Плющ описує події української національної революції (1917-1920 рр), коли в медичних товариствах посилювався вплив свідомих українських національних сил. Об'єктивно подає відомості про з'їзди лікарів, їх тематику, про участь українських вчених та лікарів в міжнародних конгресах. Ця праця В. Плюща досі залишається найбільш повним і об'єктивним оглядом з цього питання.

Значний вклад в розвиток української історії медицини вніс Геннадій Шульц (1907-?), уродженець Києва, український лікар-гігієніст, доктор медицини, працював у Київському НДІ очисних споруд, обласним епідеміологом, співробітником Київського бактеріологічного інституту. З 1943 р. на еміграції, професор Фордемського університету (Нью-Йорк, США), директор Інституту з вивчення СРСР в Мюнхені, заступник генерального директора Міжнародного біографічного центру в Кембріджі (Англія). Опублікував понад 200 біографій лікарів і біологів СРСР, близько 200 статей, видав 28 книг-звітів Інституту з вивчення СРСР, що всесторонньо висвітлюють різні події та періоди розвитку медицини в СРСР та УРСР.

Низку праць на теми історії медицини опублікував у діаспорних українських виданнях Іван Розгін (1897-1972, уродженець Поділля), доктор біологічних наук, професор та ректор Дніпропетровського сільськогосподарського інституту, який у різний час співпрацював з О.О.Богомольцем, П.Кучеренком. На еміграції в Німеччині та США став професором Українського Вільного Університету, дійсним членом Української Вільної Академії Наук, очолював секцію НТШ, працював в Детройті в інституті для вивчення раку.

Матеріали до історії розвитку медицини на західноукраїнських землях у 1939-1944 рр. опублікував Роман Осінчук (1902-1991, уродженець Тернопільщини), український лікар і громадський діяч у Львові та на еміграції, професор суспільної медицини в Українському технічному інституті в Нью-Йорку засновник і редактор відродженого в Америці «Лікарського вісника», голова природничо-хімічної секції НТШ в діаспорі. Історію цього ж періоду висвітлюють публікації Софії Парфанович (1898-1968) – лікаря-гінеколога і письменниці, уродженки Львова.

Із сучасних лікарів діаспори значний вклад в становлення історії української медицини вносять Павло Пундій (р.н. 1922), уродженець Тернопільщини), лікар загальної практики у США, довголітній директор бібліотеки та архівар УЛТПА, дійсний член НТШ та голова його осередку в Чикаго, почесний доктор Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Він опублікував понад 200 статей про українських лікарів у діаспорі, підготував репринтним способом 13 книг «Українського медичного архіву» (1997–1989), які містять цінні добірки опублікованих у різний час матеріалів як про окремих українських лікарів і науковців, так і про події із розвитку української медицини. Йому належить укладення унікального тритомного біобібліографічного довідника «Українські лікарі», виданого в Україні 1994, 1996 та 2008 (останнього спільно з автором цих рядків), в якому подані біографічні довідки про кілька тисяч українських лікарів – активних учасників громадсько-політичного життя, лікарів діаспори, репресованих лікарів України. Павла Пундія за його праці називають «історіографом української медицини». До 80-ліття від дня народження П. Пундія (2003) НТШ видало XII том «Лікарського збірника», який містить основні його публікації.

Андрій Оларчик (р.н. 1935) – уродженець Перемишля, кардіохірург і науковець у США, автор біля 150 наукових праць українською, польською, німецькою, англійською та російською мовами, член УЛТПА, опублікував українською і англійською мовами книгу «Коротка історія медицини» (Чикаго, 1991), в якій виділяє імена, пов'язані з Україною.

Бойчак М.П. і Лякіна Р.М. видали цікаву монографію «Українські лікарі за кордоном: Польща 1920-1924, Чехословаччина 1922-1940» (К., 2009), привели невідомі досі документи, висвітлили медичну, духовну і матеріальну допомогу інтернованим військовослужбовцям армії УНР та їхнім родинам, діяльність Спілки українських лікарів у Чехословаччині.

Матеріали медико-історичних досліджень обговорюються на спеціальних медичних з'їздах і конференціях, завжди стоять у програмі конгресів СФУЛТу і ВУЛТу. За ініціативою Л.А.Пирога організовано першу в незалежній Україні конференцію «Історія української медицини» (К., 1995), на якій представлено близько 50 доповідей, висвітлено історію різних галузей медицини в Україні, роль окремих українських лікарів, розвиток лікарського назовництва, медсестринства, військової медицини.

У Тернополі у 2003 році відбулася конференція «Актуальні проблеми історії медицини України», в якій взяли участь науковці Києва, Львова, Дніпропетровська, Донецька, Сум, та ін., а також

студенти та практичні лікарі. Заслухано доповіді професора Національного університету «Кієво-Могилянська Академія» Юрія Дупленка про діяльність медичного класу Академії, доцента Федора Ступака (Національний медичний університет) про приказну медицину в Україні у 18-19 ст., проф. Олександра Голяченка (Тернопільська медична академія) – «До питання про спільну колиску», в якій викрито фальсифікацію історії зародження і розвитку української медицини в Київській Україні-Русі. Про ідеї медицини в епоху християнського відродження у XII-XIII ст. в Західній Європі доповіла Наталія Михалко (Київ), про народну медицину українців – Наталія Лісовська (Тернопіль), про львівський лепрозорій XV ст. – Оксана Потимко (Львів) та ін. Автор цих рядків проаналізував основні проблеми розвитку і становлення української історії медицини як науки і університетської дисципліни. Відзначено широкий спектр інтересів наших істориків медицини, високий науково-методичний рівень праць. Учасники конференції провели установчі збори для заснування Всеукраїнської асоціації істориків медицини, проте досі не вдалося вирішити питань реєстрації товариства в Києві.

Проведена конференція з історії медицини в Сумському медичному університеті.

Видані унікальні книги про лікарів – учасників національно-визвольної боротьби: «Літопис Української Повстанської Армії. Том 23. Медична опіка в УПА» (Торонто – Львів, 1993) та «Український Червоний Хрест в роках 1941-1950 (нариси, статті, спомини) // Літопис Української Повстанської армії. Том 32. Медична опіка в УПА. Книга 2» (Торонто-Львів, 2001), в яких подані документи, спогади та інші матеріали про подвизницьку діяльність лікарів, студентів-медиків, медичних сестер і санітарок в роки героїчної боротьби УПА.

Почали появлятися нові книги і матеріали про історію розвитку в Україні окремих напрямків медицини: Мошич П.С. З історії розвитку педіатрії в Україні (1994); Історія української психіатрії (1994); Ганджа І.М. Внесок українських вчених в розвиток імунології (1995); Братусь В. Становлення і розвиток хірургії в Україні (1998); Руда С. Нариси з історії мікробіології в Україні (кінець XIX – початок XX ст.), (2000); Нариси з історії клінічної інфектології в Україні, 2002; Риков С.О. та ін. Віхи історії офтальмології України, 2003; Кухта С.М. (ред.) «Нариси з історії медицини» (Львівська стоматологічна школа, Львів, 2007); Сольський Я.П. та ін. Розвиток охорони материнства та допомоги породіллям в Україні, Київ, 2008 та ін.).

Вийшли книги про лікарів та розвиток медицини окремих регіонів України (Голяченко О.М. «Лікарі Вінниччини», 1991; «З історії медицини Чернігівщини за 1783-1917 рр» (1991); Голячен-

ко О.М. «Лікарі Тернопільщини», 1996; Мороз В.М. та ін. «Становлення медичної науки на Поділлі». 1999; Кобилянський С.Д. та ін. «Історія медицини Буковини». 1999; Головка О.Ф. та ін. «Історія медицини Поділля (кінець XVIII – початок XX ст.)». 2000; Бледнов В.П. та ін. «У витоків медицини Донбаса». Артемівськ, 2001; Риженко С.А. та ін. «Присяга богині Гігії: Літопис становлення санепідслужби Дніпропетровської області до 100-ліття (1901-2001)», Дніпропетровськ, 2001; «Українські лікарі Прикарпаття». Івано-Франківськ. 1991. Видано бібліографічний покажчик видатних медиків Сумщини (1993).

Появляються видання з історії медицини окремих міст: Шаломова Л.Б. «Здравоохранение Днепропетровска. Краткий исторический очерк 1776–1993». Днепропетровск, 1993; М. Богаченко, М. Романяк. «Медицина Дрогобича», 2008.

Українську історію медицини поповнюють праці про історію окремих лікарень та шпиталів. Фундаментальні дослідження М.П. Бойчака присвячені 250-літтю Київського військового госпіталю (видані російською мовою). В 5 томах висвітлені питання: «Історія Київського воєнного госпіталю. Київський госпіталь – навчальна і наукова база медичного факультету Університету св. Володимира і Київського медичного інституту» (2005), «Історія заснування та діяльність госпіталю в XVIII і XIX сторіччях, становлення і розвиток воєнної медицини в Україні» (книга I, Київ, 2006); «Київський воєнний госпіталь в першій половині XX ст., в період 1900-1905 р., в російсько-японську війну 1904–1905 рр., у Першу світову війну» (книга II, 2006); «Київський воєнний госпіталь у другій половині XX ст. Книга III (2007); «Історія хірургічних і терапевтичних клінік і відділень госпіталю» (Книга IV (2009). Необхідно відзначити, що в цій величезній праці (біля 5000 сторінок!) відображена діяльність лікарів та вчених-українців, які згодом були репресовані або були вимушені емігрувати і яких замовчували в УРСР (М. Галин, О. Пучківський, Б. Матюшенко, Є. Лукасевич, М. Вашетко, Ф. Омельченко, О. Тижненко, Є. Черняхівський), описується Український народний університет в Києві у 1917-1919 рр. Книги містять багато фотознімків, фотопортретів, рисунків, схем, таблиць, фотокопій документів.

Вийшли в світ книги з історії окремих лікарень України: Стах Т.І., Семенів І.П. «Піввіку на варті охорони здоров'я населення Прикарпаття. Історично-довідкове видання до 50-річчя Івано-Франківської обласної клінічної лікарні» (1999); опубліковані книги з історії Київської обласної клінічної лікарні, Косівської районної лікарні Івано-Франківської області.

Для істориків медицини цінними є мемуарні видання видатних лікарів і науковців. Тут насамперед можна назвати книги Н. Пучківської «Епо-

ха і моє життя» (2004); Т. Никули «Життя і медицина» (2006), В.Д. Братуся «Спогади про минуле, погляди на сучасне» (2007), Полюги Любомира. «Від княжого Львова до козацьких Олешок. Спогади лікаря» (2007). Мельничука Петра. «Життєві спогади. Через віхи історії» (2003); Б. Трача «З моїх доріг» (2006) та ін.

Вагоме значення для історії медицини мають численні біографічні та біобібліографічні видання про лікарів і науковців України і світу, про працівників вищих медичних шкіл, науково-дослідних інститутів, закладів охорони громадського здоров'я. Біографічні довідники професорів видали: Одеський медичний інститут (1991, 2000), Буковинська медична академія (1999), Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (2000), Харківська медична академія післядипломної освіти (2003); Львівський національний медичний університет (2006), Дніпропетровська медична академія (2002) та ін.

Опубліковані матеріали до історії вищих медичних шкіл («Львівський державний медичний інститут». – Л., 1994; Білий В.Я. та ін. «Українська військово-медична академія». – К., 1955; «Сто шістдесят років Національному медичному університету». – К., 2001; Криштопа Б.П. та ін. «85 років (1918-2003) Київської медичної академії післядипломної освіти». – К. 2003; «Харківська медична академія післядипломної освіти: До 80-річчя заснування». – Харків, 2003; «Харківський державний медичний університет: Вчені університету (1805-2005)», Харків, 2005 та ін.

Цікаві в плані історії медицини видання: «Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця: роки, події, люди». Т.І. II, III.К.; Аронов Г.Ю. та ін. «Легенди і бувальщина Київської медицини». К., 2001; Передерій В., Шипулін В. «Справжні лікарі». К., 2001 і т.п.

Про журнал «Агапіт» вже було сказано, на жаль після ч. 14-15 (2004) він не виходить. В Євпаторії з 1998 р. видається російськомовний історико-медичний журнал «Асклепій», засновники – Євпаторійське товариство фізіотерапевтів і курортологів та Кримський медичний університет ім. С.І. Георгієвського, головний редактор проф. Н.Н. Каладзе. Журнал публікує матеріали із світової та переважно російської медицини, за 12 років в окремих числах появилосся лише кілька статей українською мовою на українську тематику, зате зустрічається «Его Императорское Величество», «Памятник Д.И. Ульянову» і т.п. Хоч журнал виходить під грифом МОЗ України, зміст подається лише російською і англійською мовами.

В українську медицину повернено багато імен репресованих тоталітарними режимами і заборонених вчених (журнали «Лікарська справа», «Львівський медичний часопис», «Український

медичний часопис» та ін., газети «Ваше здоров'я», «Народне здоров'я» та ін.).

Матеріали до української історії медицини опублікували М.П. Барціховська, Ю. Віленський, О.Д. Луцик, М.П. Павловський, С.В. Різничок, Л. Гоцко-Ней, Я. Радиш, А. Кравець, І.І. Даценко, О.О. Кіцера, М.О. Оборін та ін.

Появляються дослідження, присвячені спадщині творців всесвітньої медицини («Творча спадщина Ібн Сіні та сучасність», К., 2009).

Таким чином, історія медицини в Україні має глибокі традиції, багатий, хоч і розрізнений та нерівноцінний доробок та значні здобутки. Українська історія медицини як наука розвивається на фундаменті, закладеному, як українськими, так і іншими вченими протягом століть, на працях лікарів-науковців в краю та в діаспорі. Необхідно глибоко та об'єктивно оцінювати різні періоди її становлення, особливо в часи, коли її розвивали інонаціональні лікарі-науковці іншими мовами, коли вона знаходилася під тиском ідеологічних та політичних догм.

Підсумовуючи сказане, маємо всі підстави розглядати сьогодення як період найбільш активного формування української історії медицини як частини нашої історичної науки, як самостійної галузі медичних наук. Така галузь науки має насамперед об'єктивно висвітлювати розвиток всесвітньої медицини, без пропаганди ненависті суспільних груп, войовничого вульгарного атеїзму, представляти внесок зарубіжних, українських, російських вчених у світову медицину, об'єктивно характеризувати медицину радянського періоду з її позитивами і негативами.

Важливою складовою української історії медицини має бути історія медицини України (історія української медицини), яка зараз активно формується і про яку в добу тоталітаризму взагалі не було мови. Підсумком довготривалих комплексних систематичних досліджень має стати багатомна загальна і спеціальна історія медицини України, яка охоплювала би понад тисячолітній період її становлення, зокрема розвиток народної медицини, монастирської медицини, медицини козацької та гетьманської держави, цехової (ремісничої) медицини, сучасної наукової (традиційної) та нетрадиційної медицини, розвиток медсестринства, вклад українських вчених і лікарів у розвиток медицини інших країн, розвиток теоретичних і клінічних медичних наук, розвиток системи охорони громадського здоров'я, становлення медичної освіти (середніх і вищих медичних шкіл), розвиток медичної термінології, назовництва і літератури, становлення санітарно-медичного законодавства, розвиток медичної промисловості України, персоналії лікарів України.

Українська історія медицини має розвиватися з врахуванням досвіду історичної науки України, досягнень світової історії медицини, на тих традиціях, які були на українській землі, на фундаменті, закладеному як українськими, так і іншими вченими і літописцями протягом більше ніж тисячоліття, на працях лікарів-науковців в краю та в діаспорі. Вона повинна стати гідною і вагомою складовою української історичної науки та всесвітньої історії медицини.

О ФОРМИРОВАНИИ УКРАИНСКОЙ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Я.В. Ганиткевич (Львов)

Представлены материалы о формировании истории медицины в Украине с давних времен до сегодняшнего дня. Рассмотрены медико-исторические труды врачей различных национальностей во времена господствования Российской и Австро-Венгерской империй, труды украинских врачей и историков медицины в период «украинского возрождения», в советское время, в диаспоре и в независимой Украине. Характеризуется настоящее как период наиболее активного формирования украинской истории медицины как части украинской исторической науки, самостоятельной отрасли медицинских наук, весомой составляющей всемирной истории медицины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: украинская история, история медицины, украинская медицина.

ABOUT THE DEVELOPMENT OF UKRAINIAN HISTORY OF MEDICINE

Ya.V. Hanitkevych (Lviv)

Presented materials are about the forming the history of medicine in Ukraine from the old times to today. The medical-history labours are considered of foreign doctors under the Russian and Austria-Ungarian empires, labour of the Ukrainian doctors and historian of medicine in the period of the «Ukrainian revival» at the soviet day, in Diaspora and in independent Ukraine. The present day is characterized as the period of most active forming of Ukrainian history of medicine as part of Ukrainian history, independent branch of medical sciences, ponderable component of the world history of medicine.

KEY WORDS: Ukrainian history, history of medicine, Ukrainian medicine.

Рецензент: д. мед. н., проф. О.М. Голяченко

УДК 616.12:001.5(477)

Н. О. ТЕРЕНДА (Тернопіль)

ВНЕСОК ПРЕДСТАВНИКІВ КИЇВСЬКОЇ ШКОЛИ ТЕРАПЕВТІВ У РОЗВИТОК КАРДІОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

В статті наводяться дані про внесок вітчизняних кардіологів, представників київської школи терапевтів, у розвиток кардіології в Україні, розробку ними нових наукових напрямків, які дозволили поглибити вивчення етіології, патогенезу, клініки, лікування та профілактики серцево-судинних захворювань.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: київська школа терапевтів, розвиток кардіології в Україні.

Про серцево-судинні захворювання згадують у своїх працях ще в часи античності Гіппократ, Аретей Каппадокійський. Згодом про симптоми цих захворювань згадували Авіценна, Бургава. На теренах України та згодом і Візантії серцево-судинні захворювання описувала Євпраксія, яка присвятила їм один із розділів своєї книги „Мазі”. Краще почали вивчатися ці захворювання у 18-19 столітті (Лаенек, Корвізар, Брайт, Боткін, Буйо). Проте всі вони не належали до окремого розділу медицини, а завжди входили у загальноклінічне вивчення внутрішніх хвороб.

Кардіологія як одна із важливих галузей медицини бере свій початок з кінця 19 століття. Вагому частку у її розвиток внесли представники київської школи терапевтів.

Мета дослідження: дослідити роль науковців – представників київської школи терапевтів у вивченні, діагностиці та лікуванні серцево-судинних захворювань в Україні.

Матеріали і методи. Нами проведено систематичний аналіз наукових джерел інформації щодо діяльності видатних кардіологів України – представників київської школи терапевтів.

Результати дослідження та їх обговорення. Зародження київської школи терапевтів розпочалося ще у 19 столітті. Вона стала центром, який об'єднав відомих лікарів та вчених Києва, Київської та інших губерній. Велику роль у її формуванні мав медичний факультет Київського університету, зокрема кафедра факультетської терапії під керівництвом В.П. Образцова (1904-1918). Саме в цей час були закладені наукові напрямки, сформувалися традиції.

Згодом у 20-30-ті роки минулого століття наукові напрямки продовжували розвивати та вдосконалювати учні В.П. Образцова – М. Д. Стражеско, М.М. Губергриц, Ф.А. Удінцев., Г.Р. Рубінштейн, Б.І. Трусевич та ін.

Під час Другої світової війни представники цієї школи надавали медичну допомогу на фронті, працювали над науковими дослідженнями, присвяченими актуальній військово-медичній тематиці.

В післявоєнний період з'являється нове покоління наукових кадрів в складі Київської школи терапевтів – Г.Й. Бурчинський, А.П. Пелешук, А.І. Грицюк, І.М. Ганджа, В.М. Іванов, А.Л. Міхнев та інш. [12]

Видатні постаті київської школи терапевтів зіграли визначальну роль у вивченні та лікуванні серцево-судинних захворювань в Україні.

Основоположником вивчення питань кардіології на території України був В.П. Образцов. В його роботах висвітлені результати фізичних досліджень серцево-судинної системи, описані та проаналізовані симптоми при різних захворюваннях. Так, вчений описав і пояснив механізм утворення роздвоєних та додаткових тонів серця, проаналізував ритм галопу, описав бісистолію лівого шлуночка, зміни в артеріях при недостатності клапанів аорти [13; 14]. На зборах Товариства київських лікарів В.П. Образцов у своїй доповіді показав, що у серці в нормі (у 90% випадків) вислуховується третій тон серця, але лише при безпосередній аускультатії вухом. Він утворюється на початку діастолі в момент поступлення крові з передсердь у шлуночки.

Проте найвідоміше досягнення у вивченні серцево-судинних захворювань видатного клініциста – це вивчення інфаркту міокарда. 19 грудня 1909 року В.П. Образцов разом із М.Д. Стражеско на I з'їзді російських терапевтів описали клінічну картину тромбозу коронарних артерій. Вперше прижиттєво діагностували інфаркту міокарда, з наступним підтвердженням на секції, поставив в 1878 р. Гаммер. На відміну від нього у своїй доповіді вчені чітко виділили основні симптоми, які дають змогу діагностувати захворювання та виділити типову і атипові форми інфаркту міокарда. «Кардинальним суб'єктивним симпто-

мом мы должны поставить status anginosus или в виде эквивалента этой боли status asthmaticus, или наконец status gastralgicus; формы первая и третья обыкновенно сопровождаются незначительными диспноэтическими явлениями, не вызывающими обыкновенно ортопноэ; при status asthmaticus может совершенно отсутствовать боль» [13; 15]. Крім того, в праці описано симптоми кардіального шоку: «... что касается объективных признаков, то кардинальным объективным симптомом мы должны поставить резко выраженную слабость сердца meioragia cordis». Вона супроводжується ниткоподібним пульсом, похолоданням кінцівок, блідістю шкірних покривів. В.П. Образцов і М.Д. Стражеско відмічають наявність в анамнезі у хворих з тромбозом приступи стенокардії, які вони пов'язували з артеріосклерозом.

Грунтуючись на клінічному аналізі лише п'яти спостережень з 1883 по 1908 роки, вчені заклали основи для поглибленого вивчення патогенезу тромбозу коронарних судин, його диференціальної діагностики, розвитку ускладнень. Так, автори відмічають, що при тромбозі, на відміну від стенокардії, спостерігається status anginosus, а не окремі приступи. В доповіді В.П. Образцова і М.Д. Стражеско описана можливість розвитку у таких пацієнтів миготливої аритмії, результати мікроскопічного дослідження серцевого м'яза та загальна патолого-анатомічна картина цього захворювання [8].

Згодом термін коронарний тромбоз став синонімом інфаркту міокарда. Проте дослідження саме В.П. Образцова і М.Д. Стражеско стали поштовхом для подальшої дискусії щодо ролі тромбозу коронарних артерій у виникненні інфаркту міокарда. Цю позицію підтримував відомий кардіолог Д.Д. Плетньов (1936 рік) [16]. Надалі більшість клініцистів стали вважати, що в основі інтрамурального та великовогнищезового інфаркту міокарда частіше всього лежить тромбоз коронарних судин, а в інших випадках причиною патології може бути спазм цих судин. Ці висновки були затверджені на VII Європейському конгресі кардіологів (Амстердам, 1976 рік).

Доповідь знаменитих дослідників була опублікована в матеріалах з'їзду російських терапевтів, російському «Русский врач» та німецькому «Журнал клінічної медицини» журналах. Згодом вони отримали світове визнання. Так, французький клініцист К. Ліан в своїй монографії відмітив, що праця В.П. Образцова і М.Д. Стражеско лягла в основу нового етапу у вивченні інфаркту міокарда, а американський кардіолог П. Уайт зачислив їх імена в історію світової кардіології [7].

Надалі вивченням проблеми інфаркту міокарду займалися учні цих видатних дослідників.

Так, В.А. Соф'їн захистив дисертацію на тему «Інфаркт міокарду при закупорці правої вінцевої артерії», в якій описав особливості клінічної картини при цій доволі нечастій патології [8].

В науковій діяльності М.Д. Стражеско можна виділити декілька напрямків вивчення патології серцево-судинної системи. Він продовжував вивчати проблему інфаркту міокарда в наступних працях:

- «Грудная жаба и сердечная астма, их сущность, сходство и различие» (1925 рік), де детально описав клініку цих патологій, їх співвідношення;

- «К прижизненному распознаванию инфаркта сердечной мышцы и его последствий» (1930 рік), де провів систематичний та узагальнюючий аналіз клініки після інфарктних змін.

Видатний кардіолог вивчав фізіологію серцево-судинної системи, що відображено у його працях «О периодических колебаниях кровяного давления, зависящих от деятельности сердца» (1908), «Об одновременной регистрации различных отделов сердца и кровяного давления» (1908) [4].

М.Д. Стражеско займався вивченням аускультативної картини при різних захворюваннях серця: трьохчленного ритму при неврозі серця і діастолічного поштовху, діастолічного додаткового тону і дикротизму пульсу при недостатності клапанів аорти, аускультативні феномени при різних формах і локалізації інфаркту міокарда, посиленого першого тону при передсердно-шлуночкової блокаді, який згодом почали називати «гарматний тон Стражеско» [11].

Микола Дмитрович досліджував вплив фармакологічних препаратів, зокрема строфантину, на серцевий м'яз. Вже у 1910 році ним видані монографія «Строфантин как сердечное средство», праця «К вопросу о влиянии сердечных средств на блуждающие нервы». В них наведені основні принципи впливу серцевого глікозиду на серце та методика дозування препарату «...У строфантина терапевтическая доза чрезвычайно близко стоит к токсической ... отсутствие эффекта от строфантина у сердечных больных в стадии декомпенсации служит указателем на то, что мышца сердца претерпела такие дегенеративные изменения, какие не оставили в ней никаких запасных сил, и потому надо оставить всякую надежду урегулировать кровообращение при данных условиях» [17].

Ще один важливий напрямок наукової діяльності М.Д. Стражеско – вивчення механізмів розвитку та клінічної картини недостатності кровообігу. Початок йому поклала праця «О диастолическом добавочном тоне и дикротизме пульса при недостаточности клапанов аорты» (1911 рік), в якій науковець точно описав і пояснив симптоми недостатності кровообігу при аортальних вадах. Згодом в 30-х роках минулого століття М.Д. Стражеско та його співробітники В.Х. Василенко, Ф.Я. Примак, Л.А. Міхнев, Д.Н. Яновський, М.Л. Євтухова,

А.А. Айзенберг, Е.Е. Крістер активно вивчали порушення обміну речовин та гемодинаміки при недостатності кровообігу. В результаті проведених досліджень було встановлено, що у таких хворих порушується спочатку водно-сольовий, згодом білковий, вуглеводний та ліпідний обміни. Ці зміни відбуваються поступово і є результатом розладів гемодинаміки. Отримані результати лягли в основу нової класифікації недостатності кровообігу, яку запропонували на XII Всесоюзному з'їзді терапевтів (1935 рік) М.Д. Стражеско та В.Х. Василенко. Вони виділили та науково обгрунтували третю, дистрофічну стадію хронічної недостатності кровообігу [5; 11].

Група київських науковців в клініці детально вивчали патогенез набряків. Було встановлено такі патогенетичні фактори, які сприяють утворенню набряків: онкотичний тиск плазми крові, проникність капілярів, гідрофільність та еластичність судин. Особливо значними на той час були дослідження, проведені Ф.Я. Примак. Вони вперше в світовій практиці детально вивчили зміни в сполучній тканині, скелетних м'язах та міокарді, які відбуваються при виражених набряках дистрофічної стадії недостатності кровообігу: дегенерація, гідропічне набухання та вакуолізація з гістолізом клітин, надмірне розширення лімфатичних шляхів, атрофічне розмноження клітинних ядер.

В.Х. Василенко вперше описав метаболічний алкалоз при хронічній недостатності кровообігу. Продовжував вивчення проблеми і колектив кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Київського медичного інституту, очолюваний заслуженим діячем науки УРСР, проф. Ф.Я. Примак. В 1964 році вони видали збірник наукових праць «Сердечно-сосудистая недостаточность и гипоксидозы во внутренней патологии», де було виділено та описано гіпоксично-дистонічний синдром при різних захворюваннях внутрішніх органів. Ф.Я. Примак довів, що виражені порушення коронарного кровообігу при гіпертонічній хворобі поєднуються з ознаками кисневої недостатності організму. При цьому кожній стадії розвитку гіпертонічної хвороби відповідає своя форма гіпоксемії. Так, при I стадії частіше всього спостерігається венозна гіпоксемія, при II – як венозна, так і артеріальна, при III – тканинна гіпоксія. Також Ф.Я. Примак вважав гіпоксію одним із факторів розвитку атеросклерозу [4].

Згодом на кафедрі пропедевтики внутрішніх хвороб Київського медичного інституту проф. Б.М. Щепотін продовжував вивчати вплив гіпоксії на хвороби системи кровообігу. Результатом досліджень наукового колективу став збірник наукових праць під редакцією Б.М. Щепотіна «Кислородная недостаточность у больных ишемической болезнью сердца и пути ее корек-

ции» (1980). Було отримано дані про наявність внутрішньосудинного згортання крові при ускладненому перебігу інфаркту міокарда, компенсаторного посилення ферментативної активності еритроцитів, проявів гіпоксії на різних стадіях цього захворювання. При гіпертонічній хворобі описані особливості хронічного синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові залежно від типів гемодинаміки. Вивчався також вплив адреноблокаторів в поєднанні з міотропними та сечогінними засобами на гемодинаміку та рівень артеріального тиску («Клинические аспекты рассеянного внутрисосудистого свертывания крови», 1982) [10].

Ще один науковий колектив Київського медичного інституту під керівництвом проф. О.А. Айзенберга вивчав механізм впливу кисневої терапії при недостатності кровообігу. Ними було встановлено седативний вплив кисню на організм, що сприяло зменшенню активності обмінних процесів і призводило до істотного функціонального розвантаження серцево-судинної та дихальної систем організму.

Представники київської школи терапевтів вивчали також і проблему артеріальної гіпертензії. М.Д. Стражеско у своїй статті «Спорные вопросы учения о гипертонии» (1940) висловлює думку про гіпертонічну хворобу як загальну патологію всього організму, а не лише серцево-судинної системи. Його учень проф. М.С. Заноздра багато праць присвятив вивченню патогенезу даного захворювання, його фармакотерапії, використанню нових лікувальних засобів. В Інституті клінічної медицини Д.Д. Дроздов досліджував особливості клінічного перебігу та лікування хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням, що лягло в основу його докторської дисертації. Там же була захищена докторська дисертація Д.Ф. Чеботарьова на тему «Гипертонический синдром беременных».

Істотний внесок у вивчення проблем серцево-судинної системи зробив також і академік АН УРСР М.М. Губергриц. Він написав низку робіт, які присвятив вивченню механізму виникнення серцевих болей, стенокардії та безболевих форм інфаркту міокарда: «Грудная жаба» (1928), «К вопросу о происхождении болей при грудной жабе» (1930), «К клинике инфаркта миокарда» (1935), «О классификации синдрома грудной жабы» (1936), «Патогенез болевого синдрома при грудной жабе» (1949). Відомий вчений вважав, що стенокардія зумовлена різноманітними причинами. Крім того М.М. Губергриц описав ознаки серцевої слабості, які можуть передувати інфаркту міокарда і виникають після приступу стенокардії. Сюди належать такі симптоми, як ритм галопу, порушення серцевого ритму, функціональні шуми, порушення дихання (апноє або олігопноє) [3].

Ще один представник київської школи терапевтів проф. Ф.А. Удінцев вивчав функціональні зміни в серцево-судинній системі при патології. Так, у своїй праці «Клиническое значение определения венозного давления» він показав, що підвищення венозного тиску може бути ранньою ознакою розладу гемодинаміки при відсутності інших симптомів. В статті «Об изменении функциональных свойств коронарных сосудов сердца в зависимости от возраста животных» (1927) вчений наводить дані про іннервацію судин серця. Так, в експериментах, поставлених разом із П.В. Родіоновим, було доведено, що в симпатичних нервах є як судинозвужуючі, так і судинорозширюючі волокна для коронарних артерій. Зі старінням організму починають переважати судинозвужуючі волокна. Цим явищем можна пояснити дію певних речовин, наприклад кофеїну, на серцево-судинну систему у різному віці.

Працюючи над вивченням такого захворювання, як аортит, Ф.А. Удінцев описав симптом: посилення систолічного шуму над аортою при аускультатії хворого в нахиленому положенні тулуба (праця «Клініка та діагностика аортитів»). В 1928 році він описує форму септичного ендокардиту без підвищеної температури. Вона зустрічається в термінальній стадії захворювання, коли «защитные силы организма истощены и когда в сердце мы находим значительные изменения как анатомического, так и функционального характера» [18].

Важливою проблемою кардіології є ішемічна хвороба серця. Над її вивченням, діагностикою та лікуванням працювала низка видатних кардіологів в Україні, зокрема в Інституті кардіології імені М.Д. Стражеско, Київському медичному інституті. Так, під керівництвом проф. А.Л. Міхнева в Інституті кардіології імені М.Д. Стражеско вивчався механізм порушення гемодинаміки при інфаркті міокарда, біохімічні зміни в тканині серця, крові при цій патології. Результатом досліджень стала доповідь на VIII з'їзді терапевтів УРСР «Динаміка і взаємозв'язок біохімічних змін крові та тканин у хворих на інфаркт міокарда».

Над вивченням атипичних форм інфаркту міокарда працювали Н.А. Гватуа та О.Й. Грицюк. У 1979 році ними були запропонована така класифікація даної патології:

- типова больова форма з різним ступенем больового синдрому;
- типова больова з атиповою іррадіацією болю;
- больова з атиповим больовим синдромом і з атиповою іррадіацією болю;
- атипова больова з гострою лівошлуночковою недостатністю (астматична);
- атипова больова з гострою правошлуночковою недостатністю;
- абдомінальна (гастралгічна);
- шокова;

- церебральна;
- аритмічна;
- безсимптомна [9].

На доповнення до цього В.З. Нетяженко в докторській дисертації детально вивчив і описав затяжні та рецидивуючі форми інфаркту міокарда. Над реабілітацією цих хворих працювала І.К. Следзевська та співробітники Інституту кардіології імені М.Д. Стражеско.

Результати досліджень по діагностиці, лікуванню та профілактиці інфаркту міокарда, проведені провідними кардіологами та вченими колективами України, дозволили розробити низку ефективних заходів. Вони підвищили ефективність лікування та реабілітації пацієнтів із цією патологією, зменшили летальність і покращили якість життя хворих. В 1980 році великій групі вчених (Н.А. Гватуа, О.Й. Грицюк, Н.К. Фуркало, І.К. Следзевській, О.А. Пятаку, В.М. Козлюку, Л.Й. Алейниковій, Ю.П. Бутиліну, Л.І. Антоненко) була присуджена Державна премія УРСР [6].

Член-кор. АМН СРСР, проф. О.Й. Грицюк працював також над вивченням гемокоагуляційного гомеостазу, передтромботичних станів у хворих на серцево-судинні захворювання. Ним опубліковано низку монографій «Тромбозы и эмболии» (1973), «Лекарственные средства и свертываемость крови» (1979 - 1981), «Лекарственные средства в кардиологии» (1977), «Пособие по кардиологии» (1984), «Пособие по ангиологии» (1988). В цих працях описано вивчення проблем етіології та патогенезу тромбоемболічних ускладнень при різних внутрішніх захворюваннях, їх лікування та профілактика, розглянуто можливість переходу дрібновогнищевий інфаркту міокарда у великовогнищевий [6; 10].

Розвиток медичної науки та фундаментальні дослідження останніх років свідчать про важливу роль імунного запалення як у атерогенезі, так і у розвитку гострих форм ішемічної хвороби серця [19]. В останні десятиліття представники київської школи терапевтів працюють над вивченням впливу імунної системи на розвиток серцево-судинної патології. Так, проф. І.М. Ганджа виділив дві форми розвитку атеросклерозу. Якщо перша в основному є спадковою, то друга пов'язана з інволюцією імунної системи і залежить від впливу стресів, вірусної інфекції та інш. Тому в профілактиці другої форми розвитку атеросклерозу треба передбачити регуляцію імунного статусу. Група науковців (І.М. Ганджа, М.О. Ясиновський, В.М. Сахарчук, Л.М. Свирид, І.П. Лернер) вивчала порушення імунного гомеостазу при ревматизмі, системних захворюваннях сполучної тканини, захворюваннях внутрішніх органів, в тому числі і серцевого м'яза [4].

Проблему кардіоміопатії досліджувала К.М. Амосова, що лягло в основу її докторської дисертації. Також вона займається вивченням впливу

тромболітичних препаратів, інгібіторів ангіотензотворюючих ферментів у хворих на ішемічну хворобу серця залежно від стадії захворювання, віку пацієнтів [1].

Висновки

Київська школа терапевтів зробила вагомий внесок у розвиток вітчизняної та світової кардіології. Було запропоновано низку оригінальних концепцій, створено нові наукові напрямки, які

дозволили поглибити вивчення етіології, патогенезу, клініки, лікування та профілактики серцево-судинних захворювань. Ці наукові напрямки залишаються актуальними і успішно розробляються і зараз.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на поглиблене вивчення доробку вітчизняних кардіологів, співставлення їх досліджень із світовими досягненнями.

Список літератури

1. Амосова Е.Н. Кардиомиопатии. / Е.Н. Амосова – К.: Книга-плюс, 1999. – 425 с.
2. Бревнов В.П. Роль В.П. Образцова и его учеников в развитии кардиологии / В.П. Бревнов // Клиническая медицина. – 1973. – Т.51, №10. – С. 143-146.
3. Бурчинский Г.И., Губергриц О.Я. М.М. Губергриц (Видатні вітчизняні вчені-медики). – К.: Здоров'я, 1974. – 38 с.
4. Бурчинский Г.И., Передерий В.Г. Киевская школа терапевтов. – К.: «Вища школа», 1991. – 115 с.
5. Василенко В. Х. Классификация недостаточности кровообращения. / В. Х. Василенко // Серд.-сосуд. недостат. и леч. ее физ. метод. – Одесса, 1936. – С. 42-45.
6. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах. / Я. Ганіткевич – Л., 2004. – 364 с.
7. Грицюк А.И. Вопросы кардиологии и ревматизма в трудах Н.Д. Стражеско / А.И. Грицюк // Врачеб. дело. – 1936. – №11. – С.14-17.
8. Грицюк О.И. В.П. Образцов (Видатні вітчизняні вчені-медики). – К.: Здоров'я, 1974. – С.40.
9. Грицюк А.И., Гватуа Н.А., Следзевская И.К. Инфаркт миокарда. – К.: Здоров'я, 1979. – 272 с.
10. История медицины: Очерки / Л.Т. Малая, В.Н. Коваленко, А.Г. Каминский, Г.С. Воронков. – К.: Либідь, 2003. – 412 с.
11. Коваленко В.М. Академик Стражеско та його нащадки / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький. – К.: Четверта хвиля, 2003. – 179 с.
12. Лыпкань А.Е. Из истории Киевской терапевтической школы / А.Е. Лыпкань // Врачеб. дело. – 1972. – №1. – С. 153 – 155.
13. Образцов В.П. Избранные труды. / В.П. Образцов – 1950. – С. 92.
14. Образцов В.П. О прерывистом, разделенном на два приема, сокращении левого желудочка сердца (бисистолии) и о явлениях на артериях при недостаточности клапанов аорты / В.П. Образцов // Русский врач. – 1908. – №34.
15. Образцов В.П., Стражеско Н.Д. К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца // Труды I съезда русских терапевтов. – М., 1910. – С. 26-47.
16. Плетнёв Д.Д. Болезни сердца. / Д.Д. Плетнёв – 1936. – С. 276-277.
17. Стражеско Н.Д. Избранные труды. / Н.Д. Стражеско – К.: Изд-во АН УССР, 1955. – Т. II.
18. Удинцев Ф.А. Избранные труды. – К.: Госмедиздат УССР, 1955. – 160 с.
19. Ikonomidis I Increased proinflammatory cytokines in patients with chronic stable angina and their reduction by aspirin / I. Ikonomidis, F. Andreotti, E. Economou // Circulation. – 1999. – Vol. 100. – P. 793 – 798.

ВКЛАД ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КИЕВСКОЙ ШКОЛЫ ТЕРАПЕВТОВ В РАЗВИТИЕ КАРДИОЛОГИИ В УКРАИНЕ

Н. А. Теренда (Тернополь)

В статье приводятся данные о отечественных кардиологах, представителей киевской школы терапевтов, в развитие кардиологии в Украине, разработке ими новых научных направлений, которые позволили углубить изучение этиологии, патогенеза, клиники, лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: киевская школа терапевтов, развитие кардиологии в Украине.

CONTRIBUTION OF REPRESENTATIVES OF THE KYIV SCHOOL OF THERAPISTS INTO THE DEVELOPMENT OF CARDIOLOGY IN UKRAINE

N. A. Terenda (Terhopil)

The article shows evidence of contribution of representatives of the Kyiv School of Therapists into the development of cardiology in Ukraine, development of new scientific directions that made it possible to deepen the study of etiology, pathogenesis, clinics, treatment and prophylaxis of cardiovascular diseases.

KEY WORDS: Kyiv School of Therapists, development of cardiology in Ukraine.

Рецензент : д. мед. н., проф. Голяченко О.М.

О.Ціборовський

НА ВАРТІ ЗДОРОВ'Я: ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ І ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ. – КИЇВ. : ФАКТ, 2010. – 429 с.

Рецензована книга є фундаметальною працею, яка відтворює історію соціальної медицини і охорони здоров'я в Україні на світовому тлі. Робота є давнюочікуваною і вкрай потрібною для подальшого розвитку не лише соціальної медицини, а й всієї української медичної науки.

Автор, як він сам пише, зібрав по крихтах усі джерела, в яких йшлося про досліджувану тему і майстерно відтворив цілісну картину розвитку науки, яка відіграла і відіграє вирішальну роль в охороні громадського здоров'я і є каталізатором наукових пошуків у медицині загалом.

На наш погляд, підхід автора до розкриття теми дослідження є оптимальним. Можна зробити інакше, але, напевно, чи можна зробити краще.

Свою книгою автор вирішує багато питань і одне з основних з них – це відповідь на нову фальшиву теорію “общерусского народа”, “малорусской ветви Великороссии”, “общерусского языка”.

Але спочатку про назву. Початкові слова “на варті здоров'я” непотрібні, адже йдеться не про науково-популярну, а про науково-фундаментальну працю. В книзі послідовно, а не фрагментарно відтворюється історія соціальної медицини згідно рекомендованої автором хронології, з якою можна повністю погодитись.

Слід уточнити, чому автору довелося “по крихтах” збирати матеріали. Бо матеріали послідовно і цинічно нищились нашим одвічним ворогом, північно-східним сусідом, який на відміну від класичного завойовника, захопив не лише нашу територію, а прагнув привласнити нашу історію, культуру, науку, знищити нашу мову, а наш етнос перетворити в якийсь малоросійський додаток, оскільки була вкрадена наша одвічна назва “Русь”. Ось чому не татаро-монголи, литовці, поляки, німці спалили бібліотеку Києво-Могилянської академії (1780, 1811), бібліотеку Києво-Печерської Лаври (1787), архів Межигірського монастиря (1764), український відділ бібліотеки АН України (уже в наш час, в 1964 р.), а московіти, бо ті історичні джерела їм заважали і заважають досягнути своєї кривавої мети. Це – яскравий приклад азійства.

На жаль, автор не написав про те, що перед татаро-монголами Київ сплюндрував Андрій Боголюбський в 1169 р. так, що коли прийшли татаро-монголи, мало що лишилось нищити. Тоді ж він вивіз ікону Вишгородської Божої Матері, тепер основну ікону РПЦ під назвою Володимирської. Пізніше нащадки А.Боголюбського дотла виріжуть Батурина, депортують запорізьке ко-

зацтво на Кубань і в Ставропілщину, підірвуть Михайлівський Золотоверхий Собор і Успенську церкву Києво-Печерської Лаври тощо.

Автору слід було б відійти від штампу, нав'язаного московськими істориками про те, що Д. Самойлович – основоположник “вітчизняної” (підкреслено мною) епідеміології, М. Амбодик – “російського” акушерства тощо. Нав'язавши нам спільну “вітчизну”, прагнучи доказати, що у нас спільне історичне походження (коріння), вони на цій підставі й оголосили княгиню Ольгу своєю, Юрія Дрогобича своїм тощо. Тут можна провести декілька аналогій. Румунія, яка у свій час була колонією Древнього Риму, не приписала собі римських імператорів як власних державотворців і не оголосила Клавдія Галена “вітчизняним” вченим.

Послугуючись такою логікою, потрібно І. Горбачевського оголосити “вітчизняним” (до того ж першим Міністром охорони здоров'я у світі), адже для нього вітчизною була Австро-Угорщина, а разом з ним ще для 8-и мільйонів українців.

Тут можна заперечити, що, мовляв, у теперішніх росіян і українців спільне слов'янське походження. Про це, починаючи від М. Карамзіна, постійно товкмачуть московські шовіністи від науки. Це ключове питання. Автор, на жаль, дає на нього неповну відповідь: “Предками росіян стали ільменські словени новгородської півночі, а також західнослов'янські в'ятичі, які осіли на Оці, і фінські (замість угро-фінські – О.Г.) племена – весь, меря, мешера, мурома, мордва та деякі інші”. Так от, перше, на що треба дати відповідь, про чисельне співвідношення цих племен. Висловлююсь теперішньою термінологією, слов'янські племена на території тодішньої Московії були абсолютною національною меншиною, яку Іван III, підкоривши в 1478 р. Новгородську республіку (яка до того часу розмовляла староукраїнською мовою і дотримувалась правових норм Київської Русі), дотла вирівав місцевих жителів і заселив цей край вихідцями із Московії (пізніше цю практику буде застосовано до кримських татар ще з часів Катерини II, чеченців, інгушей, українців, яких багато раз депортували, а після Другої світової війни хотіли остаточно переселити до Сибіру). Не скиненням татаро-монгольського іґа, а спорідненням угро-фінських племен і татаро-монголів постала в XIV столітті московська держава, яка від своїх єдинокровних азійських братів – татаро-монголів-перейняла ідею про світове панування.

Про це пише не хто інший, як російський історик В. Ключевський. Але московітам, очевидно, соромно назвати своїми державотворцями Чингіз-Хана і хана Батия, отож вони взялися за наших Володимира Великого і Ярослава Мудрого.

І ще декілька слів про стратегію депортації, яку чинила московська держава впродовж усієї своєї історії, за яку тепер прийшла пора розплачуватись. Автор пише про поведінку російських військ, які в 1915 р. прийшли “визволяти” галицьких українців від польського та австро-угорського гноблення: “Російська влада зразу розпочала репресії проти українського національного руху, заборонила українську пресу, заклади “Просвіти”...” – пише автор. Якби то тільки цим обмежилось. Ось свідчення очевидця тих подій, видатного російського гігієніста А.Н. Сисіна. Як відомо, після короточасного успіху російська армія зазнала поразки і почала відступати. Військова російська влада віддала наказ про поголовне примусове виселення мешканців територій, звідки відступала російська армія. Цей наказ, як пише Сисін, “выполнялся безжалостно и беспощадно, с уничтожением селений, с пожарами, разрушениями, с гибелью урожаев и посевов” (А.Н. Сысин “Беженцы и военнопленные во время империалистической войны”. Известия НКЗ РСФСР, 1925, №1). На 1.XП. 1915 р., згідно даних Всеросійського земського союзу, із Галичини, Буковини, а також Литви і Прибалтики, вглиб Росії було депортовано 2.513 тис. осіб. Це була та перша хвиля біженців, яка породила пандемії 1918 – 1919 рр. До слова, у свій час я послав в московський журнал “Гигиена и санитария” статтю про земську медицину часів I світової війни, де навів слова А.Н.Сисіна. Стаття була опублікована, але свідчення А.Н.Сисіна були прибрані.

Отже, повертаючись до визначення “вітчизняний”, нам вдається доречними і такими, що відповідають суті книги, такі визначення (для прикладу): Д.Самойлович – фундатор першої наукової епідеміологічної школи в Російській імперії тощо.

Блискуче написана історія соціальної медицини і розбудови громадської здравоохранення в часи визвольних змагань українського народу в 1917 – 1921 рр. Теперішньому МОЗ самостійної України, персоналії якого змінюються з такою ж швидкістю як у ті роки, варто було б взяти на озброєння програму дій, розроблену Міністерством народного здоров'я і опікування, бо всі його заходи, включно із назвами законопроектів, залишаються актуальними дотепер. Однак, позбавлені національної пам'яті і гідності, воно, на жаль продовжує традиції НКОЗ України, що складалось переважно з антиукраїнського елемента і повторювало циркуляри НКОЗ РСФСР.

1964 рік. Я, аспірант першого року навчання, їду з професором Л.Лекаревим на другий Все-союзний з'їзд істориків медицини, вперше бачу деяких нерозстріляних фундаторів радянської здравоохранення, зокрема, знайомлюсь з М.І. Барсуковим. В кінці з'їзду обирають Правління Товариства. Пропонується обрати 15 членів з Москви, 13 – з Ленінграда і по одному з усіх колишніх радянських республік. Проти цього різко виступив С. Каган (тут я вперше його побачив). Кагана підтримав Л.Г. Лекарев. Вони пропонували від України обрати хоча би трьох членів Правління. Спроба не вдалась. Отак я вперше познайомився з науковою “демократією” по-московському. Пізніше я прочитав книгу С.С. Кагана “А.В. Корчак-Чепурківський – видатний санітарний лікар України,” а ще пізніше натрапив в “Радянській медицині” за 1936 рік на пасквільну статтю С.С. Кагана про Ю. Корчак-Чепурківського, як фашистського українського буржуазного націоналіста. Отакі були часи, така була радянська дійсність.

Отже, за 337 років московського панування склалась послідовна політика нищення духовного українства: заборони української мови (видано більша 170 указів і розпоряджень, якими забороняли не те, що писати, а говорити українською мовою), поступовий занепад української вищої освіти, передовсім Київсько-Могилянської академії і Колегіумів, масова депортація, особливо у XVIII столітті, освічених українців, утворення у XIX столітті нових Харківського і Київського університетів (останній був створений на базі пограбованих Вільнюського університету і Кременецького ліцею після польського повстання 1830 р.), направлення попечителем Київського учбового округу російського шовініста і видатного хірурга М.І. Пирогова, який задав університету чітко визначену шовіністичну лінію. На початку XX століття духовне українство піднімається з колін, розвиває українські національні медичні школи, наступає епоха Відродження, яка в 30-і роки тотально винищується разом з мільйонами свідомих українців, в Україну масово ввозиться іонаціональний духовний елемент, повсюду, після нетривалого часу, запроваджується російська мова. Нарешті виникає ідея створення “єдиного советского народа”, тепер перетворена в більш вузьку ідею створення “єдиного русского мира.” Які страшні трагедії переніс український нарід! Думаю, що і на цей раз духовне українство не дасть себе затоптати ногами і цеглиною в цій боротьбі стане книга І. Ціборовського “На варті здоров'я історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні.”

Професор соціальної медицини ТДМУ імені І. Горбачевського О. Голяченко

УДК 06.091

В.З. СВИРИДЮК, В.А. КОПЕТЧУК, С.В. ГОРДІЙЧУК, О.В. ГОРАЙ, І.Р. МАХНОВСЬКА
(Житомир)

ЖИТОМИРСЬКОМУ ІНСТИТУТУ МЕДСЕСТРИНСТВА – РОКІВ!

Житомирський інститут медсестринства

Показано історію розвитку, напрямки діяльності та сучасні досягнення Житомирського інституту медсестринства.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: навчальний заклад, молодший медичний працівник, інститут медсестринства.

Одному з найстаріших навчальних закладів України – Житомирському інституту медсестринства виповнюється 135 років.

Час, достатній для того, щоб досягнути минуле, замислитися над теперішнім, віддати данину шани тим, хто стояв біля його витоків, хто присвятив своє життя його становленню в різні роки, хто працює в ньому сьогодні, сіючи в юних душах розумне, добре і вічне, готуючи кваліфіковані медичні кадри.

Протягом цього відрізка часу було багато змін, які зумовлювались суспільно-політичною ситуацією в країні, підходами до розв'язання медичних проблем. Однак непорушними залишались ті засади, на яких гуртувались чесні, сумлінні, віддані медичній освіті і науці люди, що працювали заради виховання для суспільства висококваліфікованих фахівців.

Заснований навчальний заклад був у 1875 р. як трикласна Волинська губернська фельдшерська школа, у 1897 р. реформована у чотирікласну. Учні вивчали анатомію, фізіологію, фармацевтику, дитячі хвороби, хірургію, гігієну, внутрішні хвороби, фармакологію, загальну патологію, венеричні хвороби, масаж. З 1904 р. заклад носить назву Волинської земської школи для фельдшерів, а з червня 1906 р. – для фельдшерів та фельдшерів-акушерок. У 1930 р. створено Житомирський медичний технікум, на початку Великої Вітчизняної війни в 1941 він припинив свою діяльність, відновивши її у 1944 р. У 1955 р. заклад реорганізовано в Житомирське медичне училище, а в 2000 р. він набув нового статусу – Житомирського базового медичного коледжу.

Педагогічний колектив навчального закладу 27 років очолював М.В. Купрійчук. За високі досягнення в педагогічній і науковій діяльності, вагомий внесок у модернізацію національної

системи освіти навчальний заклад під його керівництвом був неодноразово нагороджений грамотами Міністерства охорони здоров'я і ЦК профспілки медичних працівників. Нині Купрійчук Микола Васильович – почесний директор Житомирського інституту медсестринства.

Особливо динамічно розвивається заклад починаючи з 2002 р., коли його очолив вчений, неординарна особистість з високим рівнем компетентності, доктор медичних наук, заслужений лікар України, кавалер ордена “За заслуги” III ступеня, лауреат премії ім. О.Ф. Горбачевського Віктор Йосипович Шатило.



Шатило Віктор Йосипович
ректор, доктор медичних наук, заслужений лікар України, кавалер ордена “За заслуги” III ступеня, лауреат премії ім. О.Ф. Горбачевського

Є події, з якими ми робимо крок уперед на роки, а то й десятиліття. Саме такою подією в історії закладу стало перетворення у 2006 р. медичного коледжу в Житомирський інститут медсестринства. З 2007 р. – Комунальний вищий навчальний заклад “Житомирський інститут медсестринства”.

Створений відповідно до Концепції розвитку медичної освіти в Україні та Програми розвитку медсестринства в Україні навчальний заклад – інститут медсестринства дав змогу перейти від медичної моделі підготовки спеціалістів до ступеневої медсестринської, приведення її до рівня міжнародних стандартів.

Наказом МОЗ України вуз визначено відповідальним за впровадження триступеневої сестринської освіти в Україні: молодший спеціаліст – бакалавр – магістр сестринської справи.

З 2008 р. інститут запровадив ступеневу медсестринську освіту і розпочав підготовку фахівців нової формації – магістрів за спеціальністю “Сестринська справа”, напрям підготовки 1101 Медицина, освітньо-кваліфікаційний рівень

2230.1 науковий співробітник (сестринська справа, акушерство).

У червні 2010 р. відбулись урочистості з нагоди першого випуску магістрів за спеціальністю “Сестринська справа”. 19 магістрів отримали дипломи з вищою медсестринською освітою, поповнили лави представників медичної еліти держави.

Запровадження нової спеціальності “Магістр медсестринства” дає можливість готувати висококваліфіковані управлінські, педагогічні та наукові кадри, що в свою чергу піднімає престиж і науковість сестринської справи в державі, забезпечує економічну ефективність підготовки педагогічних кадрів для медичних училищ, коледжів, інститутів медсестринства, дає можливість удосконалення організації і якості медичної допомоги населенню.



Міністр охорони здоров'я Князевич В.М. з першими студентами – магістрами (вересень 2008 р.)

Перший випуск магістрів за спеціальністю “Сестринська справа” (червень 2010 р.)



За останні роки зусиллями ректорату, викладачів, студентів, завдяки їхній сумлінній праці вдалося започаткувати якісно новий етап розвитку навчального закладу, що прагне досягти

європейського рівня організації навчання, стандартів якості професійно-медичної освіти.

Сьогодні інститут проводить підготовку медичних фахівців для потреб практичної охорони

здоров'я області і держави за 7 акредитованими спеціальностями: лікувальна справа (фельдшер), сестринська справа (медична сестра), стоматологія (зубний гігієніст), акушерська справа (акушерка), стоматологія ортопедична (зубний технік), сестринська справа (медична сестра-бакалавр), сестринська справа (медична сестра-магістр).

Активно вивчається ринок освітніх послуг та потреб замовників на спеціалістів, і на цій основі в інституті передбачається відкриття нових спеціальностей і спеціалізацій: “Медична реабілітація”, “Менеджмент в організації охорони здоров'я”, “Підвищення кваліфікації викладачів клінічного медсестринства ВМНЗ I-III р.а.”.

Науково-педагогічний потенціал інституту цілком достатній для виконання завдань, поставлених перед колективом.

Підготовку фахівців проводять 9 докторів медичних наук, 34 кандидати медичних, педагогічних та біологічних наук, 67% викладачів мають вищу та I категорії, 38 викладачам присвоєно звання «викладач-методист».

З метою покращення кадрового забезпечення навчально-виховного процесу інститут проводить роботу з підвищення кваліфікації і професійної підготовки кадрів, їхніх ділових і моральних якостей, із залученням до педагогічної діяльності викладачів з науковими ступенями та вченими званнями, спеціалістів-практиків.

Згідно з планом науково-дослідних робіт на період 2005–2010 рр. виконується 40 дисертаційних досліджень, у тому числі 5 дисертацій на ступінь доктора медичних наук. За останні два роки співробітниками інституту захищено 12 дисертацій: 2 докторські та 10 кандидатських.

За результатами науково-дослідних робіт в інституті щорічно видається понад 100 одиниць наукової продукції – монографій, статей у наукових фахових виданнях, методичних рекомендацій, підручників, методичних вказівок, нововведень, патентів тощо. Починаючи з 2008 р. визначено основні завдання та перспективні напрямки наукових досліджень і з медсестринства (понад 70 напрямків і тем).

Відповідно до статутних повноважень обрано Вчену раду інституту, до складу якої ввійшли 5 докторів медичних наук, викладачі з науковими ступенями, провідні організатори охорони здоров'я області. Створено випускову кафедру “Сестринська справа”, яка забезпечує підготовку магістрів з медсестринства, завідувач кафедри – Набухотний Терентій Кирилович, доктор медичних наук, професор, автор 10 монографій, 115 наукових статей та тез, в т.ч. досліджень у галузі медсестринства.

У Міністерстві юстиції зареєстровано новий загальнодержавний журнал “Магістр медсес-

тринства”, засновником якого є Житомирський інститут медсестринства.

Щороку в інституті проводяться наукові форуми міжнародного, державного, регіонального рівнів: IV Міжнародний з'їзд фахівців з соціальної медицини та організації охорони здоров'я (жовтень, 2008 рік), Всеукраїнська нарада з питань розвитку медсестринства (квітень, 2008 рік), вісім міжрегіональних конференцій з проблем сімейної медицини, III Всеукраїнський конкурс фахової майстерності для практикуючих медсестер “Ескулап – професіонал” (жовтень, 2009 рік).

У 2010 р. в рамках святкування 135-річчя заснування навчального закладу в інституті проведені Всеукраїнські науково-практичні конференції: “Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи”, “Менеджмент у медсестринстві”.

З метою подальшого розвитку науково-дослідницької роботи, опрацювання нових науково-педагогічних підходів в освіті, підвищення педагогічної майстерності, покращення впровадження наукових досліджень, передового вітчизняного та зарубіжного досвіду, інноваційних технологій та забезпечення інтеграції навчального процесу, науки і практики у підготовці науково-педагогічних кадрів інститут співпрацює з Національним медичним університетом ім. О.О. Богомольця, Вінницьким національним медичним університетом ім. М.І. Пирогова, Українським інститутом стратегічних досліджень МОЗ України, Харківським інститутом мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова, Національною академією післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Тернопільським державним медичним університетом імені І. Я. Горбачевського, Житомирським державним університетом ім. І. Франка та іншими вузами країни.

За допомогою магістрів медсестринства та фахівців з навчальних інформаційних програм університету Енерсі (США) Житомирський інститут медсестринства набув досвіду з питань підготовки медичної сестри, медичної сестри-бакалавра, магістра сестринської справи. В ході проведеного міжнародного пілотного проекту запроваджена програма підготовки медичної сестри з використанням кращого світового досвіду.

Інститут – учасник міжнародних проектів з різних напрямків охорони здоров'я і розвитку освіти: програма “TACIS” під егідою ВООЗ під патронатом Євросоюзу. Навчальний заклад співпрацює з компанією “Кембрідж стаффінг солюшнз”, Київським молодіжним центром праці. В інституті відкрито міжнародний відділ, метою якого є створення привабливого іміджу інституту для іноземних партнерів; систематичне проведення інформаційно-рекламної роботи з метою поширення за межами України позитивних відомостей про інститут, його науковий та освітній

потенціал; співпраця з навчальними та науково-дослідницькими закладами та установами США, Канади, Польщі, Німеччини, Чехії, Хорватії, Росії, Грузії.

У навчальному закладі створено всі умови для здійснення навчання, а також для творчої та наукової праці.

Вся освітня система інституту постійно модернізується з урахуванням принципів гуманізації, демократизації, науковості, безперервності освіти, практичності, адаптивності.



Конгрес-центр Житомирського інституту медсестринства

Створення комп'ютерного дидактичного матеріалу, електронних підручників, відеофільмів, самонавчальних, навчально-ігрових, навчально-демонстраційних та контролюючих комп'ютерних програм відбувається як за рахунок використання і редагування готових програмних продуктів, так і авторських розробок. Структура комп'ютерного дидактичного матеріалу відповідає кращим зразкам аналогічних продуктів, визнаних в Україні та світі.

В інституті впроваджена система комп'ютерного забезпечення та використання контролюючих програм "Залік", "Іспит", "Державний іспит", програма самоконтролю до ліцензованого інтегрованого іспиту "Крок-М".

У виховній роботі використовуються різноманітні форми і методи, які передбачають приведення в дію як нових методик і стилів виховання, так і активізацію традиційних, найбільш ефективних форм виховного процесу.

Але цей рух в колективі є зустрічним. До виховного процесу активно долучаються органи студентського самоврядування, починаючи з аналізу навчально-виховного процесу, створення комфортних умов для навчання, побуту студентів.

Структура виховної роботи в інституті розгалужена і має багато підрозділів.

Активно працюють студентські ради інституту і гуртожитку, психологічна служба, школа старо-

Матеріально-технічна база повністю відповідає вимогам державних та галузевих стандартів підготовки спеціалістів. Її розширення (створення науково-методичної лабораторії, конгрес-центру на 650 місць, сучасних кабінетів інформаційних технологій, навчальних кабінетів невідкладних станів, тренажерних залів, мультимедійних комплексів тощо) дало можливість успішно впроваджувати інноваційні технології в навчальний процес.

стату, різноманітні гуртки, клуби, спортивні секції. Діяльність ради студентського самоврядування дозволяє молоді активніше вносити новації у навчально-виховний процес, допомагає максимально виявити і реалізувати творчі здібності студентів. В інституті працюють клуби "Правових знань", "Співрозмовник", "Берегиня", "Емпатія". Сприяє реалізації творчих планів студентства молодіжний центр "Альтаір".

Студенти інституту – призери конкурсів художньої самодіяльності ВНЗ I–IV рівнів акредитації: "Студентські перлини тобі, рідне Полісся", фестивалю творчої молоді "Зоряний дощ", лауреати всеукраїнських мистецьких конкурсів серед студентів та працівників ВМНЗ.

Останніми роками студенти інституту досягають значних результатів у професійних конкурсах серед медичних вузів України. У 2005 р. студент Мороз Роман здобув диплом лауреата II ступеня на Всеукраїнському конкурсі фахової майстерності за спеціальністю "Стоматологія ортопедична". У 2005 р. студентка відділення "Сестринська справа" Наталія Лукашук нагороджена дипломом I ступеня V Міжнародного конкурсу з української мови імені П. Яцика. У 2005 р. студентка відділення "Сестринська справа" Літинська Юлія посіла II місце у VII Всеукраїнському конкурсі "Ескулап". У 2006 р. студент Москалик Михайло здобув диплом лауреата I сту-

пеня на Всеукраїнському конкурсі фахової майстерності за спеціальністю “Стоматологія ортопедична”. Студентка Носенко Еріка в 2007 р. зайняла I місце і стала переможницею IX-го Всеукраїнського конкурсу професійної майстерності серед студентів вищих медичних навчальних закладів “Ескулап” за спеціальністю “Сестринська справа” та отримала право вступу без вступних випробувань до вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації. Студент Німко Олександр у 2007 р. став лауреатом III-го Всеукраїнського конкурсу фахової майстерності серед студентів вищих медичних навчальних закладів України I–IV рівнів акредитації за спеціальністю “Стоматологія ортопедична” і нагороджений дипломом II ступеня в номінації “Суцільнолітні конструкції зубних протезів”. Студенти Голяка Юлія в 2007 р. та Голубев Дмитро у 2008 р. посіли I місце серед студентів перших курсів вищих навчальних закладів I–II рівнів акредитації в обласному турі Міжнародного конкурсу з української мови імені Петра Яцика. На II Всеукраїнському конкурсі професійної майстерності медичних сестер “Ескулап-професіонал”, що проходив у вересні 2008 р. на Донеччині під патронатом МОЗ України, перше місце посіла Матердей Олена – студентка відділення “Медсестра-бакалавр” (вечірня форма навчання), медична сестра відділення інтенсивної терапії та догляду за післяопераційними хворими обласної клінічної лікарні. У 2009 і 2010 рр. студенти Бігун Олексій, Котенко Віталій здобули дипломи лауреатів I-го ступеня на Всеукраїнському конкурсі фахової майстерності за спеціальністю “Стоматологія ортопедична”. У 2010 р. магістранти Назарук Ірина, Ліщук Іванна вибороли дипломи I-го та II-го ступенів на XIV конгресі студентів та молодих вчених в м. Тернопіль.

Пишається навчальний заклад досягненнями свої студентів у спортивних змаганнях та мистецьких форумах.

У 2007 р. на Всеукраїнському фестивалі команд КВК команда Житомирського інституту “ЖІМ-ЖІМ” стала дипломантом фестивалю.

Студенти інституту Геннадій Піскорський, Аліса Левчук, Тетяна Рубан-Щуковська, Юрій Пасічник, Христина Гапчук, Олександр Пилипас, Вікторія Курганова, Анастасія Заліщук – неодноразові переможці і лауреати Дипломів I ступеня Всеукраїнського фестивалю мистецтв серед студентів-медиків і працівників лікувальних установ України “Ліра Гіппократа”.

Студентський театр “Персона” – неодноразовий переможець міського фестивалю інтерактивних театрів.

На Всеукраїнському фестивалі мистецтв “Київська весна – 2008” I–II місця у вокальному жанрі зайняли Ірина Цецхладзе та Олександр Пилипас.

Студенти інституту є чемпіонами та призерами обласних та Всеукраїнських спартакіад. Збірна команда навчального закладу з волейболу – чемпіони I Спартакіади України серед ВНЗ I–II рівня акредитації.

Студенти відділення “Стоматологія ортопедична” майстри спорту міжнародного класу Прохорчук Олександр, Завірюха Ігор, Цимовський Єгор, Антонюк Олег, заслужений майстер спорту Розбицький Віктор, майстри спорту Заленський Володимир, Нікіфоров Ілля у складі збірної України з волейболу завоювали золоті медалі на XX Дефлімпійських іграх в Мельбурні (Австралія, січень 2005 р.), стали чемпіонами Європи (Бельгія, травень 2007 р.).

У серпні 2008 р. Нікіфоров Ілля у складі збірної команди України посів I місце з волейболу і здобув золоту медаль в м. Буенос-Айрес (Аргентина). У 2009 р. став срібним призером XXI Дефлімпійських ігор в Тайбеї (Тайвань).

Колектив інституту плідно співпрацює із закладами, які опікуються реабілітацією дітей з особливими потребами. Розроблено комплексний план соціального захисту та реабілітації студентів-сиріт та адаптації до соціуму студентів з особливими потребами.

З 2003 р. в навчальному закладі в рамках програми реабілітації дітей з особливими потребами проводиться підготовка фахівців за спеціальністю “Стоматологія ортопедична” з числа молоді з вадами слуху.

Пройшовши 135-річний шлях від Волинської губернської фельдшерської школи до інституту медсестринства, заклад зберіг найкращі традиції, має багату і яскраву історію, якою пишається.

За час свого існування навчальний заклад підготував близько 30 тисяч спеціалістів середньої ланки системи охорони здоров'я та понад 500 медсестер-бакалаврів. На відділенні післядипломної освіти підвищили свою кваліфікацію та пройшли курси спеціалізації понад 15 тисяч молодших медичних працівників.

Досягненнями випускників інституту у галузі охорони здоров'я пишається Україна. Серед них директор Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України професор А.Т. Пап, директор Українського НДІ харчування професор А.С. Майструк, доктори медичних наук – А.М. Мельник, А.М. Гайструк, М.І. Катишев, Б.Ф. Мазорчук, доцент С.К. Псюк, кандидати медичних наук – Г.С. Протасевич, Ю.В. Опанасюк, О.В. Гельман, В.П. Євтушенко, М.Д. Бех, заслужений лікар УРСР І.В. Бількевич та інші.

Успіх приходить до тих, хто його прагне. Невтомна праця всього колективу, бажання не зупинитися на досягнутому зробили свою добру справу.

У 2004 р. Асамблея ділових кіл України визнала навчальний заклад лауреатом загально-

національного конкурсу “Вища проба” з врученням Знаку якості за впровадження сучасних

методик освіти та високу професійну підготовку молодших медичних спеціалістів.



Вручення Знаку якості “Вища проба” ректору інституту медсестринства Шатило В.Й. (зал урочистих церемоній адміністрації Президента України, 2004 р.) за впровадження сучасних методик освіти та високу професійну підготовку молодших медичних спеціалістів



У 2007 р. інститут нагороджений дипломом за високі творчі досягнення в удосконаленні змісту навчально-виховного процесу та удостоєний почесного звання “Лідер сучасної освіти” за багаторічну науково-педагогічну діяльність з розвитку освіти України на X Ювілейній міжнародній виставці навчальних закладів “Сучасна освіта в Україні – 2007”.

Удосконалюється організаційна структура, навчальна та виховна робота, започаткована система ступеневої вищої освіти, здійснено перехід на потокову форму занять, впроваджується кредитно-модульне навчання, стимулюється наукова

робота викладачів та розвиток творчих уподобань студентів, оновлюється матеріально-технічна база.

Головною фігурою в житті навчального закладу була і залишається особистість молодого медика.

Житомирський інститут медсестринства осмислює свою історію, живе насиченим сьогоденням, визначає перспективи на майбутнє. Найважливіший фактор усіх досягнень та здобутків навчального закладу – творчий високопрофесійний педагогічний колектив. Саме завдяки його самовідданій праці сьогодні формується високий імідж інституту в регіоні та державі.

ЖИТОМИРСЬКОМУ ІНСТИТУТУ МЕДСЕСТРИНСТВА – 135 ЛЕТ!

В. З. Свиридюк, В. А. Копетчук, С. В. Гордійчук, О. В. Горай, І. Р. Махновская (Житомир)

Показана история развития, направления деятельности и современные достижения Житомирского института медсестринства.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: учебное заведение, младший медицинский работник, институт медсестринства.

ZHITOMIR NURSING INSTITUTE – 135 YEARS!

V. Z. Sviridyuk, V. A. Kopetchuk, S. V. Gordiychuk, O. V. Goray, I. R. Mahnovskaya (Zhitomir)

The history of development, direction of activity and modern achievements of Zhitomir Nursing Institute has been shown.

KEY WORDS: educational institution, the younger medical worker, nursing institute.

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

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

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

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візю керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 90 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);

- таблиць;

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

- **рефератів російською, українською 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 відразу під текстом 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. Оформлення бібліографії здійснюється за новим стандартом з бібліографічного опису ДСТУ ГОСТ 7.1:2006. Скорочення слів і їх поєднань наводять 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 в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 21 грн 90 коп. З приводу придбання звертатися за тел. : (0352) 52-80-09.

Редакційна Рада

Редакція журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України” інформує, що у зв’язку з прийняттям постанови президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. №7-05/1 “Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України”, до розгляду з приводу надрукування в журналі будуть прийматися тільки ті статті, які відповідають вимогам нижченаведеної постанови.

Бюлетень ВАК України, №1, 2003
Атестаційний процес: нормативна база

ПРО ПІДВИЩЕННЯ ВИМОГ ДО ФАХОВИХ ВИДАНЬ,
ВНЕСЕНИХ ДО ПЕРЕЛІКІВ ВАК УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА
ПРЕЗИДІЇ ВИЩОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ УКРАЇНИ
від 15.01.2003 №7-05/1

Необхідною передумовою для внесення видань до переліку наукових фахових видань України є їх відповідність вимогам пункту 7 постанови президії ВАК України від 10.02.1999 р. №1-02/3 «Про публікації результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук та їх апробацію». Однак окремі установи-засновники таких видань не дотримуються вимог до складу редакційної колегії видань, не організують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. №16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв’язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.

2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.

3. Редакційним колегіям організувати належне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов’язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 році та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв’язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв’язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтування отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційних робіт зарахувати статті, подані до друку, починаючи з 2003 року, як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п.3 даної постанови.

5. Встановити обов’язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.

6. Зобов’язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 року надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.

7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 року аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

Голова ВАК України В.В. Скопенко
Вчений секретар ВАК України Л.М. Артюшин

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

З 1999 р. 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 усіх рівнів (головні лікарі районних, міських, обласних лікарень і санепідемстанцій), співробітників кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, кафедр і циклів медичної інформатики медичних закладів освіти, науковців-медиків та лікарів різних спеціальностей, студентів вищих медичних закладів освіти та курсантів закладів післядипломної освіти.

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 у.о., одностороння – 170 у.о.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 у.о.

рекламні статті – 150 у.о. за 1 авт. арк. (40 000 знаків).

З приводу розміщення Вашої реклами в журналі звертайтеся за телефоном: (044) 576-41-09;
576-41-19

З надією на плідну співпрацю

Головний редактор,
Директор Українського інституту
стратегічних досліджень МОЗ України,
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 хвороб 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 (з 2008 р. – ДУ “Український інститут стратегічних досліджень” МОЗ України) пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи), вартість якого становить 120 грн.

Довідки та замовлення за телефонами: **(044) 576-41-19; 576-41-09.**

Директор Українського
інституту стратегічних досліджень МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Г.О. Слабкий

Адреса редакції

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3
E-mail: uisr_moz@ukr.net

Адреса видавництва

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво "Укрмедкнига" Тернопільського державного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського
телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33
Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області
МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830
Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І.Я. Горбачевського”
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”

Редактор: О.В. Шумило
Художнє оформлення: Н.О. Іщенко
Комп’ютерний набір: Н. О. Іщенко
Технічний редактор: С.Т. Демчишин
Комп’ютерна верстка: О.І. Пухальська
Перекладачі: Н.Т. Кучеренко, Н.В. Шаповалова

Підп. до друку 26.11.2010. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 13,02. Обл.-вид. арк. 12,40. Наклад 600. Зам. № 19