

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*

1

---

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. Лісовська

---

**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 №3 від 25.03.2010)*

**Передплатний індекс – 22867**

**Здоров'я і суспільство**

*Шкробанець І. Д.* Захворюваність і поширеність хвороб серед дитячого населення Чернівецької області.

*Савицький В. Л., Устінова Л. А., Хижняк М. І., Гук А. В.* Епідеміологічні особливості спалахів інфекційних та паразитарних хвороб в Збройних Силах України.

*Бичков В. В.* Система медичної допомоги постраждалим в дорожньо-транспортних пригодах в умовах великого міста.

*Думенко Т. М.* Обґрунтування організаційно-функціональної моделі системи управління розробки державного формуляра лікарських засобів та методологічного супроводу діяльності консультативно-експертних груп.

*Цвень П.В., Голяченко Г.Б., Килівник В.С.* Відновлювальне лікування хронічних дерматозів у дітей та підлітків.

*Риков С.О., Варивончик Д.В., Вітовська О.П.* Роль медико-соціальних факторів у формуванні рівнів захворюваності населення України на первинну глаукому.

**Організація медичної допомоги**

*Голяченко О.М., Панчишин Н.Я., Смірнова В.Л.* Нові підходи до реформування стаціонарної допомоги.

*Толстанов О. К., Шатило В. Й., Свирідюк В. З.* Використання коефіцієнта поєднання для діагностики та статистичного аналізу захворюваності у поліморбідних пацієнтів.

*Бабінець Л.С., Кміта В.В., Ялинська Г.П., Ониськів О.О., Корильчук Н.І., Качмар О.А., Творко В.М., Рябоконт С.С., Бондар С.Я., Боцюк Н.Є.* Ефективність денного стаціонару загального профілю як структурного підрозділу поліклініки.

*Самоходський В.М.* Варіант принципової схеми підготовчого етапу реалізації проекту „Експериментальна лікарня страхової медицини”.

**Управління охороною здоров'я**

*Литвинова О.Н.* Проблемні особливості підготовки керівників системи охорони здоров'я в Україні.

**Якість медичної допомоги**

*Дячук Д. Д., Мороз Г. З., Гідзинська І. М.* Наукове обґрунтування вибору індикаторів якості надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію.

**Health and society**

*Shkrobanets I. D.* Morbidity and prevalence of diseases at children population of Chernivtsi region.

*Savytskyi V. L., Ustinova L. A., Hyzhnyak M. I., Guk A. V.* Epidemiological peculiarities of outbreaks of infectious and Parasite Diseases in Ukrainian Armed Forces.

*Bychkov V. V.* System of medical care for people suffered of road and transport incidents in conditions of the big city.

*Dumenko T. M.* Substantiation of the organizational and functional management system model of the state formulary development and methodological support of the activities of the advisory and expert groups.

*Tsven P.V., Holiachenko H.B., Kylyvnyk V.S.* Medical rehabilitan of children and teenagers with chronic dermatoses.

*Rikov S. A., Varivonchik D.V., Vitovska O.P.* The role of medical and social factors in forming of primary glaucoma prevalence in Ukraine.

**Organization of medical care provision**

*Holiachenko O.M., Panchyshyn N.Y., Smirnova V.L.* New approaches to reforming of the in-patient hospital care.

*Tolstanov A. K., Shatylo V. I., Svirydiuk V. S.* Using the factor of combination for diagnostics and statistical analysis of morbidity at the comorbidual patients.

*Babinets L.S., Kmita V.V., Yalinska G.P., Onysko O.O., Koriltchuk N.I., Kachmar O.A., Tvorco V.M., Ryabokon S.S., Bondar S.Ya., Botzjuk N.E.* Effectivity of daily outpatient hospital of general profile as a structural part of ambulatory care.

*Samohodsky V.N.* Policy option scheme of the preparatory phase of project “Pilot hospital insurance medicine”.

**Management of public health**

*Lytvynova O.N.* Problematic features of training of health care system leaders in Ukraine.

**Quality of medical care**

*Dyachuk D. D., Moroz H. Z., Hydzynska I. M.* Scientific substantiation of selection of clinical indicators of medical care quality to arterial hypertension patients.

*Пінчук І. Я.* Індикатори та стандарти якості при наданні медико-соціальної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я.

60

*Вітовська О.П.* Доступність та якість наданої медичної допомоги хворим на первинну глаукому в Україні та оцінка їх впливу на клінічний перебіг патології.

65

### **Формування здорового способу життя**

*Слабкий Г. О., Загородній С. М.* Характеристика психологічного клімату у сільських сім'ях.

72

*Калиниченко І. О.* Соціально-гігієнічні аспекти формування здорового способу життя дитячого населення.

78

### **Короткі повідомлення**

*Корчинська О. О., Волошина У. В., Овваді Е. В.* Психологічні аспекти партнерських пологів.

84

### **Історія медицини**

*Стельмахівська В.П.* Питання гігієни дітей та підлітків у діяльності Українського наукового товариства гігієністів.

86

### **Ювілеї**

Голяченко Олександр Макарович (до 70-річчя від дня народження).

90

Уваренко Анатолій Родіонович (до 75-річчя від дня народження).

91

*Pinchuk I. Ya.* The indicators and quality standards rendering medical and social help to elderly people with mental disorders.

*Vitovska O.P.* Accessibility and quality of glaucoma medical care in Ukraine and its influence on the clinical course of the disease.

### **Formation of a healthy life style**

*Slabkyi G. A., Zagorodnyi S. M.* The characteristic of the psychological climate in rural families.

*Kalinichenko I. A.* Social and hygienical aspects of children's healthy lifestyle formation.

### **Short announcements**

*Korchynska O. O., Voloshyna U. V., Ovadi E. V.* Psychological aspects of partner deliveries.

### **History of medicine**

*Stelmakhivska V.P.* Hygiene of children and adolescents and activity hygienic scientific society in Ukraine.

### **Anniversaries**

Holiachenko Oleksandr Makarovych (to the 70-anniversary of birthday).

Uvarenko Anatoliy Rodionovych (to the 75-anniversary of birthday).

І. Д. ШКРОБАНЕЦЬ (Чернівці)

## ЗАХВОРЮВАНІСТЬ І ПОШИРЕНІСТЬ ХВОРОБ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Головне управління охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації

У статті наведено короткий аналіз первинної та загальної захворюваності дітей віком 0–14 років за I–XIV класами захворювань за МКХ-10.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** захворюваність, поширеність, дитяче населення.

Проблема збереження здоров'я населення, насамперед дитячого як генофонду нації, з кожним днем набуває все більшої актуальності. Поширення окремих хвороб і патологічних станів серед молоді, що пов'язані із коливаннями соціоекологічної якості середовища існування людей та відповідними стрімкими змінами у способі їх життя, вимагають невідкладних і адекватних змін в діяльності системи захисту, охорони і розвитку їхнього здоров'я [4]. У зв'язку з цим контроль і аналіз динаміки хвороб, і особливо пов'язаних із найбільш чутливою та важливою системою – нервовою, як носіїв помінованих якісних ознак здоров'я та соціального функціонування, вимагають постійного ретельного відстеження частоти їх появи і накопичення в країні в цілому та її окремих регіонах [2].

**Мета дослідження:** провести порівняльний аналіз захворюваності та поширеності хвороб у дітей з віковою стратифікацією даних, оцінити місце і значимість серед них хвороб нервової системи.

**Матеріали і методи.** Наведені матеріали суцільного дослідження захворюваності і поширеності хвороб (за I–XIV класами за МКХ-10) дитячого населення Чернівецької області: всього 151 167 дітей, у тому числі стратифіковано на вікові групи 0–6 років – 68006 дітей, 7–14 років – 83161 дитину [3]. Для обробки матеріалів використані традиційні методи санітарної статистики.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Захворюваність, як показник проявів здоров'я населення, репрезентує можливість адаптації населення до чинників довкілля, тоді як поширеність захворювань переважно віддзеркалює накопичення занедбаної і хронічної патології. Коливання величин цього показника зумовлене ефективністю диспансерного спостереження за хворими в амбулаторно-полі-

клінічних закладах, успіхами в їх лікуванні в поліклінічних та стаціонарних умовах, дотриманням стандартів лікування, а також налаштованості хворих на дотримання певних обмежень у способі життя (за рівнем санітарної освіти). Останнє переважно стосується батьків і їхнього впливу на поведінку власних дітей.

Такий широкий спектр взаємно пов'язаних чинників, які зумовлюють поширеність хвороб, висуває на перший план підвищення ефективності роботи первинної ланки амбулаторно-профілактичних закладів, з одного боку та пошук конструктивних методів спостереження за перебігом хронічної патології та її наслідками для визначення слабких ланок у діяльності галузевих заходів – з іншого.

Слід зазначити, що чинники, які формують перебіг процесів здоров'я населення (і дитячого зокрема) є стійкою динамічною системою, і зміни відповідних показників можна очікувати виключно за умов цільового і тривалого впливу на неї.

У 2008 р. серед дитячого населення Чернівецької області (0–14 років) було зареєстровано 245698 випадків захворюваності (за I–XIV класами МКХ-10), у тому числі 181596 випадків вперше виявленої. Таким чином, первинна захворюваність становила 1201,3‰ (табл. 1), загальна – 1625,3‰ (табл. 2).

За віком всі випадки захворювань (за наведеними класами) серед дітей розподілилися наступними чином: у віці від 0 до 6 років – 101859 випадків, поширеність хвороб – 1497,8‰; у віці 7–14 років 143839 випадків та 1729,6‰ відповідно. Первинних випадків у віці 0–6 років було 85216, у віці 7–14 років – 96380, тобто первинна захворюваність становила 1253,1‰ і 1159,0‰ відповідно.

Таким чином, переважна частина (73,9%) первинних звернень з приводу захворювань припадала на нові, вперше виявлені хвороби. У віці до 6 років ця частка становила 83,7%, з 7 до 14 років – 67,0%. Останній показник свідчить про сут-

Таблиця 1. Стратифікована структура і показники первинної захворюваності дитячого населення Чернівецької області за МКХ-10\*

| Назва нозології  | Вікові групи |             |               |              |            |             |               |            |               |
|--|--------------|-------------|---------------|--------------|------------|-------------|---------------|------------|---------------|
|  | 0–6 років    |             |               | 7–14 років   |            |             | Разом         |            |               |
|  | абс.         | %           | %             | абс.         | %          | %           | абс.          | %          | %             |
| I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби   | 3397         | 4,0         | 49,9          | 3163         | 3,3        | 38,0        | 6560          | 3,6        | 43,4          |
| II. Новоутворення  | 123          | 0,1         | 1,8           | 104          | 0,1        | 1,3         | 227           | 0,1        | 1,5           |
| III. Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму | 2054         | 2,4         | 30,2          | 1114         | 1,2        | 13,4        | 3168          | 1,7        | 21,0          |
| IV. Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин                         | 1830         | 2,1         | 26,9          | 2326         | 2,4        | 28,0        | 4156          | 2,3        | 27,5          |
| V. Розлади психіки та поведінки  | 128          | 0,1         | 1,9           | 331          | 0,3        | 0,4         | 459           | 0,3        | 3,0           |
| VI. Хвороби нервової системи   | 841          | 1,0         | 12,4          | 1693         | 1,7        | 20,4        | 2534          | 1,4        | 16,8          |
| VII. Хвороби ока та його придаткового апарату  | 2519         | 3,0         | 37,0          | 3775         | 3,9        | 45,4        | 6294          | 3,5        | 41,6          |
| VIII. Хвороби вуха та соскоподібного відростка   | 2612         | 3,1         | 38,4          | 2338         | 2,4        | 28,1        | 4950          | 2,7        | 32,7          |
| IX. Хвороби системи кровообігу   | 269          | 0,3         | 4,0           | 710          | 0,7        | 8,5         | 979           | 0,5        | 6,5           |
| X. Хвороби органів дихання   | 62959        | 73,9        | 925,8         | 68384        | 71,0       | 822,1       | 131343        | 72,3       | 868,9         |
| XI. Хвороби органів травлення  | 2313         | 2,8         | 34,0          | 4115         | 4,3        | 49,5        | 6428          | 3,5        | 42,5          |
| XII. Хвороби шкіри і підшкірної клітковини   | 4719         | 5,5         | 69,4          | 4728         | 4,9        | 56,9        | 9447          | 5,2        | 62,5          |
| XIII. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини                                   | 344          | 0,4         | 5,1           | 1601         | 1,7        | 19,3        | 1945          | 1,1        | 12,9          |
| XIV. Хвороби сечостатевої системи  | 1108         | 1,3         | 16,3          | 1998         | 2,1        | 24,0        | 3106          | 1,7        | 20,5          |
| <b>Разом</b>   | <b>85216</b> | <b>10,0</b> | <b>1253,1</b> | <b>96380</b> | <b>100</b> | <b>1159</b> | <b>181596</b> | <b>100</b> | <b>1201,3</b> |

Примітка. \*Розрахунки показників захворюваності (%) за всіма нозологіями проведені на 1000 населення чинної вікової групи; інші класи не бралися з приводу їх невідповідності.

теву хронізацію перебігу хвороб вже у перші шкільні роки – вона збільшується порівняно з дошкільним періодом удвічі, що може свідчити про необхідність суттєвих змін в лікарській опіці школярів, починаючи з перших років навчання; підвищення вимог до профілактичних оглядів, диспансеризації (патронажу) дітей усіх вікових груп і, особливо, школярів; залучення до цієї роботи батьківських громад і вчителів; створення належних умов для оздоровлення дітей протягом всього року, а не тільки під час літніх канікул. Організаційною формою такого оздоровлення можуть стати шкільні (міжшкільні) профілакторії, що будуть виконувати функції медико-фізкультурних закладів диспансерного типу. Їх назва може бути іншою, але зміст роботи повинен визначатися популяційними регіональними параметрами здоров'я дітей. Водночас для дітей із неврологічною патологією, враховуючи найвищу частоту формування у них хронічної патології та інвалідності, необхідно надати можливості

стаціонарної реабілітації [1;2]. Для переважної більшості інших дітей можливий економічно доцільніший варіант – покласти відповідні функції на існуючі фізкультурні диспансери, не створюючи нових структур, із суттєвим розширенням їх фізкультурно-оздоровчих підрозділів.

Суттєве переважання абсолютних і відносних показників захворюваності серед дівчат порівняно з хлопчиками, як показав цільовий поглиблений аналіз, пов'язане, здебільшого, з гормонально-психологічними відмінностями, що належить враховувати як у підготовці лікарів первинної ланки (сімейних лікарів і педіатрів), так і діяльності дитячих лікувально-оздоровчих закладів.

Стратифікований розподіл хвороб у вікових групах 0–6 років і 7–14 років має наступні відмінності. У віці 0–6 років вдвічі переважають в структурі первинної захворюваності хвороби крові та кровотворних органів, на 7–11% – інфекційні та паразитарні хвороби, а також хвороби органу слуху. Натомість у віці 7–14 років у

структурі захворюваності вдвічі більше хвороб нервової системи. Це свідчить, найімовірніше, про недостатню їх діагностику у попередньому віковому періоді [1]. Також значно більше патології системи кровообігу, органів травлення, сечостатевої системи, травм та отруень, на 34% більше спостерігається випадків хвороб органу зору і більше ніж у 4,5 разу хвороб кістково-м'язової системи. Водночас в обох вікових групах захворюваність переважно формують хвороби органів дихання: 73,9% у віці 0–6 років, 71,0% у віці 7–14 років. Хоча загальний адаптаційний період сучасної молоді до чинників зовнішнього середовища, суттєвим проявом яких є хвороби органів дихання, становить біля 17,3 року з моменту народження [3], такий обсяг їх поширення свідчить про недостатню увагу педіатричної служби до профілактичних заходів, як в організованих дошкільних і шкільних колективах, так і на сімейному рівні, про необхідність суттєвого перегляду і контролю функціональних обов'язків педіатрів, дитячих неврологів, сімейних лікарів і середніх медичних працівників в

організованих колективах, більшу налаштованість всієї служби на проведення загальних та індивідуальних оздоровчих заходів, передусім на родинному рівні.

Структура загальної захворюваності (або поширеності хвороб) відбиває ті самі тенденції, що спостерігалися за структурою захворюваності у вікових групах 0–6 і 7–14 років при їх зіставленні (табл. 2). Водночас у шкільні роки (7–14 років) суттєво – майже вдвічі – зросла частка поширеності хвороб ендокринної системи і розладів харчування (8,8% проти 4,5%), у 3 рази – розладів психіки і поведінки. Ще більше зростає хронічна патологія, пов'язана з хворобами системи кровообігу, органів травлення, хворобами ока та його придатків. Зменшується відносна (але не абсолютна) частка поширеності хвороб органу слуху і суттєво – хвороб органів дихання, останні становлять 51,4% проти 63,7% у молодшій віковій групі (0–6 років).

Отримані дані свідчать про поширення провідних системних хвороб, що пов'язано з неадекватними заходами оздоровчого напрямку на

Таблиця 2. Структура і показники загальної захворюваності дитячого населення Чернівецької області (МКХ-10)\*

| Назва нозології  | Вікові групи  |              |               |               |              |               |               |              |               |
|--|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
|  | 0–6 років     |              |               | 7–14 років    |              |               | Разом         |              |               |
|  | абс.          | %            | %             | абс.          | %            | %             | абс.          | %            | %             |
| I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби   | 3730          | 3,7          | 54,8          | 3681          | 2,6          | 44,3          | 7411          | 3,0          | 49,0          |
| II. Новоутворення  | 526           | 0,5          | 7,7           | 636           | 0,4          | 7,6           | 1162          | 0,5          | 7,7           |
| III. Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму | 6091          | 6,0          | 89,6          | 3971          | 2,8          | 47,8          | 10062         | 4,1          | 66,6          |
| IV. Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин                         | 4545          | 4,5          | 66,8          | 11476         | 8,0          | 138,0         | 16021         | 6,5          | 106,0         |
| V. Розлади психіки та поведінки  | 752           | 0,7          | 11,1          | 2987          | 2,0          | 35,9          | 3739          | 1,5          | 24,7          |
| VI. Хвороби нервової системи   | 2089          | 2,1          | 30,7          | 6887          | 4,8          | 82,8          | 8976          | 3,6          | 59,4          |
| VII. Хвороби ока та його придаткового апарату  | 3342          | 3,3          | 49,1          | 7913          | 5,5          | 95,2          | 11255         | 4,6          | 74,5          |
| VIII. Хвороби вуха та соскоподібного відростка   | 2735          | 2,7          | 40,2          | 2821          | 2,0          | 33,9          | 5556          | 2,3          | 36,8          |
| IX. Хвороби системи кровообігу   | 713           | 0,7          | 10,5          | 2444          | 1,7          | 29,4          | 3157          | 1,3          | 20,9          |
| X. Хвороби органів дихання   | 64868         | 63,7         | 953,8         | 73950         | 51,4         | 889,2         | 138818        | 56,5         | 918,3         |
| XI. Хвороби органів травлення  | 3774          | 3,7          | 49,6          | 12330         | 8,6          | 148,3         | 16104         | 6,6          | 106,5         |
| XII. Хвороби шкіри і підшкірної клітковини   | 6161          | 6,0          | 90,6          | 5574          | 3,9          | 67,0          | 11735         | 4,8          | 77,6          |
| XIII. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини                                   | 638           | 0,6          | 9,4           | 4433          | 3,1          | 53,3          | 5071          | 2,0          | 33,5          |
| XIV. Хвороби сечостатевої системи  | 1895          | 1,0          | 27,9          | 4736          | 3,2          | 56,9          | 6631          | 2,7          | 43,9          |
| <b>Разом</b>   | <b>101859</b> | <b>100,0</b> | <b>1497,8</b> | <b>143839</b> | <b>100,0</b> | <b>1729,6</b> | <b>245698</b> | <b>100,0</b> | <b>1625,3</b> |

Примітка. \*Розрахунки показників захворюваності (%) по всіх нозологіях проведені на 1000 населення.

виклики з боку соціоекологічного середовища, з послабленням батьківського впливу на спосіб життя школярів і необхідністю відновлення і стрімкого поширення комплексних заходів з боку регіональних громад на контроль і поточну корекцію загальних і цільових оздоровчих заходів, створення належної сучасної інформаційної бази даних, скринінгових систем і, головне, дієвих і контрольованих медико-соціальних програм.

#### Висновки

1. Визначені порівняльні відмінності захворюваності та поширеності хвороб I–XIV класів

за МКХ-10 у дитячого населення Чернівецької області. Відмічена недостатня діагностика неврологічної патології у дітей у віці 0–6 років.

2. Запропоновані організаційні форми удосконалення оздоровчих заходів серед дитячого населення 0–14 років.

#### Перспективи подальших досліджень.

Проведення подальших поглиблених досліджень захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення сприятиме визначенню організаційних та ресурсних змін у поточній і перспективній діяльності педіатричної служби регіону.

#### Список літератури

1. *Диагностика и лечение болезней нервной системы у детей* / [под ред. В. П. Зыкова]. – М. : Триада – Х, 2006. – 256 с.
2. *Моїсеєнко Р. О.* Проблеми дитячої інвалідності і смертності в Україні та шляхи їх зниження / Р. О. Моїсеєнко // *Здоровье женщины*. – 2009. – №3 (39). – С. 13–17.
3. *Основні показники діяльності педіатричної служби в Чернівецькій області* : статист.-аналіт. дов. 2006–2008 рр. – Чернівці : ЧОДА-ОДКЛ, 2009. – 307 с.
4. *Таралло В. Л.* Біологічні ритми перебігу процесів виживання населення: медико-соціальний погляд // *Наук. вісн. Чернівецького університету* : зб. наук. пр. – Вип. 39. Біологія. – Чернівці : ЧДУ, 1999. – С. 114–122.

#### ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ

*И. Д. Шкробанец* (Черновцы)

В статье представлен краткий анализ первичной и общей заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет по I–XIV классам заболеваний по МКБ-10.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **заболеваемость, распространенность, детское население.**

#### MORBIDITY AND PREVALENCE OF DISEASES IN CHILDREN POPULATION OF CHERNIVTSI REGION

*I. D. Shkrobanets* (Chernovtsy)

In the article the short analysis of incidence and primary of general morbidity in children at the age 0–14 years for I–XIV classes of diseases of ICD-10 was presented.

KEY WORDS: **morbidity, prevalence of diseases, children population.**

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



В. Л. САВИЦЬКИЙ, Л. А. УСТИНОВА, М. І. ХИЖНЯК, А. В. ГУК (Київ)

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПАЛАХІВ ІНФЕКЦІЙНИХ ТА ПАРАЗИТАРНИХ ХВОРОБ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ

Українська військово-медична академія

На основі ретроспективного епідеміологічного аналізу спалахів інфекційних та паразитарних хвороб досліджено особливості розвитку епідемічного процесу в Збройних Силах України в сучасних умовах.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** епідемічний процес, спалахи інфекційних та паразитарних хвороб у військах, протиепідемічний захист військ.

Протягом 1993–2008 рр. відбулися суттєві зміни у воєнно-стратегічній обстановці в Україні, напрямках військової доктрини, в організаційно-кадровій політиці, проведено ряд організаційних заходів щодо формування Збройних Сил (ЗС) України, виникли нові аспекти загроз у сфері епідемічної безпеки військ [1;2;6].

Проблемі профілактики окремих інфекційних та паразитарних хвороб (хвороб I класу) ЗС України присвячено ряд робіт, в яких автори вивчали питання особливостей розвитку епідемічного процесу та профілактики окремих з цих інфекційних хвороб [3-5;7]. Водночас не з'ясованими залишаються закономірності розвитку епідемічного процесу хвороб I класу, зокрема особливостей спалахової захворюваності в ЗС України, які визначають ефективність заходів профілактики цих хвороб та протиепідемічного забезпечення військ. Питання, що постають в цих умовах, охоплюють всю сферу епідемічної безпеки і захисту військ та узагальнюють проблеми розвитку інфекційної захворюваності в наступні десять років. Це обумовлює актуальність вивчення особливостей спалахів інфекційних та паразитарних хвороб та визначення проблеми розвитку епідемічного процесу з цих інфекцій в ЗС України.

**Метою дослідження** було вивчення та прогнозування особливостей розвитку епідемічного процесу хвороб I класу, які обумовлюють ці закономірності в сучасних умовах.

**Матеріали і методи.** Об'єктом дослідження були закономірності розвитку спалахів інфекційних та паразитарних хвороб серед військовослужбовців ЗС України в 1993–2008 рр. Предмет дослідження – річні звіти медичної служби військової частини за 1993–2008 рр. Вивчення закономірностей розвитку спалахів інфекційних та паразитарних хвороб військовослужбовців ЗС України проводилося з вико-

ристанням епідеміологічного, статистичного, історичного методів дослідження.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Нами проведений аналіз епідемічних спалахів інфекційних хвороб I класу в ЗС України з 1993 р. по 2008 р. За цей період в ЗС України зареєстровано 799 епідемічних спалахів на інфекційні та паразитарні хвороби, у тому числі 392 спалахи інфекцій (49,06%) з фекально-оральним механізмом передачі. Лише в 2005 р. був зареєстрований один (2,0%) спалах інфекції з іншим механізмом передачі (короста). В 1993–2006 рр. в ЗС України спостерігалася чітка тенденція до зменшення кількості спалахів інфекцій з фекально-оральним механізмом передачі – з 86,49% в 1994 р. до 7,14% в 2007 р. (табл. 1).

За весь період спостереження середній показник питомої ваги спалахів інфекцій з фекально-оральним механізмом передачі в структурі спалахів інфекційних та паразитарних хвороб в ЗС України становив 49%.

Всього під час епідемічних спалахів на ці інфекції захворіли 30370 військовослужбовців, у тому числі 19977 (65,78%) під час епідемічних спалахів інфекцій з фекально-оральним механізмом передачі, 10373 (34,16%) – інфекцій з повітряно-краплинним механізмом передачі, 10 (0,03%) – інфекцій з іншим механізмом передачі (короста). В 1993–2008 рр. в ЗС України відмічалася чітка тенденція до зменшення кількості випадків захворювань на інфекцій з фекально-оральним механізмом передачі. Під час спалахів інфекцій з фекально-оральним механізмом передачі питома вага військовослужбовців, які захворіли, зменшилась з 95,67% в 1994 р. до 2,49% в 2007 р. (табл. 2).

Протягом 1993–2008 рр. середній показник частки випадків інфекційних захворювань з фекально-оральним механізмом передачі в структурі захворювань на інфекційні та паразитарні хвороби під час спалахів в ЗС України ста-

Таблиця 1. Характеристика спалахів інфекційних та паразитарних хвороб серед військовослужбовців ЗС України в 1993–2008 рр.

| Рік           | Всього     | Інфекції з фекально-оральним механізмом передачі |              | Інфекції з повітряно-краплинним механізмом передачі |              | Інший механізм передачі |             |
|---------------|------------|--|--------------|---|--------------|-------------------------|-------------|
|               |            | кількість спалахів                               | % спалахів   | кількість спалахів                                  | % спалахів   | кількість спалахів      | % спалахів  |
| 1993          | 39         | 22   | 56,41        | 17  | 43,59        | –                       | –           |
| 1994          | 74         | 64   | 86,49        | 10  | 13,51        | –                       | –           |
| 1995          | 50         | 41   | 82,00        | 9   | 18,00        | –                       | –           |
| 1996          | 82         | 45   | 54,88        | 37  | 45,12        | –                       | –           |
| 1997          | 57         | 43   | 75,44        | 14  | 24,56        | –                       | –           |
| 1998          | 44         | 33   | 75,00        | 11  | 25,00        | –                       | –           |
| 1999          | 46         | 37   | 80,43        | 9   | 19,57        | –                       | –           |
| 2000          | 28         | 19   | 67,86        | 9   | 32,14        | –                       | –           |
| 2001          | 71         | 18   | 25,35        | 53  | 74,65        | –                       | –           |
| 2002          | 63         | 23   | 36,51        | 40  | 63,49        | –                       | –           |
| 2003          | 31         | 13   | 41,94        | 18  | 58,06        | –                       | –           |
| 2004          | 29         | 9  | 31,03        | 20  | 68,97        | –                       | –           |
| 2005          | 50         | 8  | 16,00        | 41  | 82,00        | 1                       | 2,0         |
| 2006          | 51         | 4  | 7,84         | 47  | 92,16        | –                       | –           |
| 2007          | 42         | 3  | 7,14         | 39  | 92,86        | –                       | –           |
| 2008          | 43         | 10   | 23,26        | 33  | 76,74        | –                       | –           |
| <b>Всього</b> | <b>800</b> | <b>392</b>                                       | <b>49,00</b> | <b>407</b>  | <b>50,88</b> | <b>1</b>                | <b>0,12</b> |

Таблиця 2. Характеристика захворювань під час спалахів інфекційних та паразитарних хвороб серед військовослужбовців ЗС України в 1993–2008 рр.

| Рік           | Кількість захворювань | Інфекції з фекально-оральним механізмом передачі |              | Інфекції з повітряно-краплинним механізмом передачі |              | Інший механізм передачі |             |
|---------------|-----------------------|--|--------------|---|--------------|-------------------------|-------------|
|               |                       | кількість захворювань                            | %            | кількість захворювань                               | %            | кількість захворювань   | %           |
| 1993          | 2235                  | 1795   | 80,31        | 440   | 19,69        | –                       | –           |
| 1994          | 5152                  | 4929   | 95,67        | 223   | 4,33         | –                       | –           |
| 1995          | 2915                  | 2684   | 92,08        | 231   | 7,92         | –                       | –           |
| 1996          | 3272                  | 2504   | 76,53        | 768   | 23,47        | –                       | –           |
| 1997          | 2221                  | 1921   | 86,49        | 300   | 13,51        | –                       | –           |
| 1998          | 2149                  | 1643   | 76,45        | 506   | 23,55        | –                       | –           |
| 1999          | 1805                  | 1316   | 72,91        | 489   | 27,09        | –                       | –           |
| 2000          | 1392                  | 1284   | 92,24        | 108   | 7,76         | –                       | –           |
| 2001          | 1353                  | 351  | 25,94        | 1002  | 74,06        | –                       | –           |
| 2002          | 1159                  | 352  | 30,37        | 807   | 69,63        | –                       | –           |
| 2003          | 591                   | 121  | 20,47        | 470   | 79,53        | –                       | –           |
| 2004          | 1062                  | 281  | 26,46        | 781   | 73,54        | –                       | –           |
| 2005          | 1629                  | 200  | 12,28        | 1419  | 87,11        | 10                      | 0,61        |
| 2006          | 1247                  | 266  | 21,33        | 981   | 78,67        | –                       | –           |
| 2007          | 1006                  | 25   | 2,49         | 981   | 97,51        | –                       | –           |
| 2008          | 1182                  | 305  | 25,80        | 867   | 73,35        | –                       | –           |
| <b>Всього</b> | <b>30370</b>          | <b>19977</b>                                     | <b>65,78</b> | <b>10373</b>  | <b>34,16</b> | <b>10</b>               | <b>0,03</b> |

новив 65,78%. У 2008 р. кількість спалахів інфекцій з фекально-оральним механізмом передачі та військовослужбовців, які захворіли під

час цих спалахів, збільшилась до 23,26% та 25,80% відповідно, що в 3 та 12 разів більше, ніж в попередній рік. А в I–III кварталах 2009 р.

сталось 17 спалахів вказаних інфекцій, під час яких було зареєстровано 496 випадків захворювань військовослужбовців, що на 30,0% та 38,51% відповідно більше, ніж в попередній рік.

При цьому необхідно враховувати, що, хоча в 1993–2008 рр. в ЗС України мали місце спалахи гострого гепатиту А, гострих кишкових інфекцій (шигеліози, інші бактеріальні кишкові

інфекції, бактеріальні харчові отруєння, інші сальмонельозні інфекції), у структурі спалахів і захворювань на інфекційні хвороби з фекально-оральним механізмом передачі частка спалахів і захворювань на гострі кишкові інфекції (ГКІ) була постійно високою і зростала від 48,78% в 1995 р. і 62,68% в 2001 р. до 100,0% в 1999–2000 рр. та 2006–2008 р. відповідно (табл. 3).

**Таблиця 3. Характеристика спалахів інфекційних хвороб з фекально-оральним механізмом передачі в ЗС України в 1993–2008 рр.**

| Рік           | Інфекції з фекально-оральним механізмом передачі |                       |                                  |               |
|---------------|--|-----------------------|----------------------------------|---------------|
|               | всього   |                       | частка гострих кишкових інфекцій |               |
|               | кількість спалахів                               | кількість захворювань | % спалахів                       | % захворювань |
| 1993          | 22   | 1795                  | 63,64                            | 83,29         |
| 1994          | 64   | 4929                  | 68,75                            | 87,42         |
| 1995          | 41   | 2684                  | 48,78                            | 65,57         |
| 1996          | 45   | 2504                  | 51,11                            | 69,37         |
| 1997          | 43   | 1921                  | 81,39                            | 84,28         |
| 1998          | 33   | 1643                  | 93,94                            | 98,36         |
| 1999          | 37   | 1316                  | 100                              | 100           |
| 2000          | 19   | 1284                  | 100                              | 100           |
| 2001          | 18   | 351                   | 66,67                            | 62,68         |
| 2002          | 23   | 352                   | 65,22                            | 69,89         |
| 2003          | 13   | 121                   | 46,15                            | 71,07         |
| 2004          | 9  | 281                   | 88,89                            | 84,34         |
| 2005          | 8  | 200                   | 75                               | 89,0          |
| 2006          | 4  | 266                   | 100,0                            | 100,0         |
| 2007          | 3  | 25                    | 100,0                            | 100,0         |
| 2008          | 10   | 305                   | 100,0                            | 100,0         |
| <b>Всього</b> | 392  | 19977                 | 78,10                            | 85,36         |

За весь період спостереження в структурі спалахів та захворювань на інфекційні хвороби з фекально-оральним механізмом передачі під час цих спалахів середні показники питомої ваги спалахів та захворювань на ГКІ в ЗС України були високими і становили 78,10% та 85,36% відповідно.

### **Висновки**

Виявлені особливості структури, динаміки захворюваності, госпіталізації, працевтрат військовослужбовців внаслідок інфекційних та паразитарних хвороб свідчать про актуальність та високе військово-епідеміологічне значення інфекційних хвороб з фекально-оральним механізмом передачі, зокрема ГКІ, на сучасному етапі розвитку та реформування ЗС України.

Активність епідемічного процесу за рахунок спалахів інфекційних та паразитарних хвороб, висока військово-епідеміологічне значення ГКІ серед інфекційних хвороб з фекально-оральним механізмом передачі в умовах реформуван-

ня ЗС України та, відповідно, системи протиепідемічного захисту військ свідчать, що існуюча система протиепідемічного забезпечення військ не відповідає сучасним умовам, не забезпечує збереження та зміцнення здоров'я військовослужбовців. В сучасних умовах набуває актуальності встановлення конкретних причин високої спалахової захворюваності на ГКІ в ЗС України та прогнозування розвитку епідемічного процесу щодо цих захворювань у військах, що має суттєве значення в у визначенні шляхів перебудови сфери санітарно-гігієнічного та проти-епідемічного забезпечення військ відповідно до стратегічних національних інтересів держави.

**Подальші дослідження** у даному напрямку передбачають удосконалення та підвищення ефективності системи протиепідемічного захисту військ (сил) при спалахових проявах інфекційних та паразитарних хвороб в Збройних Силах України на етапі переходу до комплектування військовослужбовцями за контрактом.

### Список літератури

1. Біла книга 2005: оборонна політика України : щорічник. – К. : Заповіт, 2006. – 134 с.
2. Державна програма розвитку Збройних Сил України на 2006–2011 роки (основні положення). – К. : НАОУ, 2005. – 40 с.
3. Лугова Г. В. Особливості розвитку епідемічного процесу гострих кишкових інфекцій в Збройних Силах України в сучасних умовах / Г. В. Лугова, В. Ф. Марієвський, Л. А. Устінова // Пробл. військ. охорони здоров'я. – 2009. – № 25. – С. 140–146.
4. Півник В. М. Перспективні методи імунопрофілактики інфекцій з крапельним механізмом передачі у військах / В. М. Півник // Пробл. військ. охорони здоров'я. – 2006. – № 16. – С. 156–161.
5. Риженко В. В. Епідеміологічний моніторинг харчових токсикоінфекцій, викликаних *Cl. perfringens* / В. В. Риженко // Пробл. військ. охорони здоров'я : зб. наук. пр. УВМА. – 2006. – Вип. 16. – С. 273–283.
6. Стратегічний оборонний бюлетень України на період до 2015 року (Біла книга України) : щорічник. – К. : Аван-пост-прім, 2004. – 96 с.
7. Хижняк М. І. Особливості епідеміології дизентерії та вірусного гепатиту А в Збройних Силах України / М. І. Хижняк, В. М. Півник, В. Л. Савицький // Пробл. військ. охорони здоров'я. – 2002. – № 12. – С. 86–89.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВСПЫШЕК ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ УКРАИНЫ

В. Л. Савицький, Л. А. Устинова, Н. И. Хижняк, А. В. Гук (Киев)

На основании ретроспективного эпидемиологического анализа вспышек инфекционных и паразитарных болезней исследовались особенности развития эпидемического процесса в Вооруженных Силах Украины в современных условиях.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: эпидемический процесс, вспышки инфекционных и паразитарных болезней в войсках, противозэпидемическая защита войск.

### EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF OUTBREAKS OF INFECTIOUS AND PARASITE DISEASES IN UKRAINIAN ARMED FORCES

V. L. Savytskyi, L. A. Ustinova, M. I. Hyzhnyak, A. V. Guk (Kyiv)

Modern peculiarities of epidemic process development in the Armed Forces Ukraine are studied based on the retrospective epidemiological analysis of outbreaks of infectious and parasite diseases.

KEY WORDS: epidemic process, outbreaks of infectious and parasite diseases in the military units, anti-epidemic protection of troops.

Рецензент: М. І. Ципко

УДК 343.618:616-082(1-21)

В. В. БИЧКОВ (Київ)

## СИСТЕМА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ В ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОДАХ В УМОВАХ ВЕЛИКОГО МІСТА

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”

В статті наведено пропозиції щодо удосконалення організації медичної допомоги постраждалим внаслідок дорожньо-транспортних пригод, які ґрунтуються на системному та міжсекторальному підходах до вирішення проблеми.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: дорожньо-транспортна пригода, організація медичної допомоги.

За підрахунками експертів, щорічно у світі внаслідок дорожньо-транспортних пригод гине майже 1,2 млн людей, а тілесні пошкодження отримують до 50 млн постраждалих, що дорівнює

загальній чисельності населення п'яти великих міст. При цьому частка країн з низьким і середнім рівнем доходу становить 90% від загального числа травм [4]. Найбільш небезпечним щодо ризику виникнення ДТП є автомобільний транс-

порт. Країни, що розвиваються, та країни перехідного періоду володіють 40% автомобілів у світі, 86% з них були учасниками ДТП [5]. Без нових зусиль та ініціатив загальна кількість смертельних наслідків ДТП в усьому світі, згідно прогнозів, до 2020 р. зросте приблизно на 65%, а в країнах з низьким і середнім рівнем доходу – до 80%.

Проблема ДТП найбільш гостро стоїть у містах-мегаполісах з кількістю населення понад 1 млн жителів, до яких належить і м. Київ. У 2008 р. в столиці зареєстровано 820 688 транспортних засобів; за неофіційними даними, їх налічується понад мільйон за рахунок автотранспортних засобів з інших регіонів країни. Зі 100 постраждалих від ДТП у місті гине 15–17 осіб, у той час як у країнах ЄС – 3–4, у США – 1–2 особи. Для запобігання тяжким наслідкам ДТП Єврокомісія рекомендує країнам – членам ЄС виділити 36 млрд євро для рентабельного інвестування у дорожню галузь [4].

Незважаючи на пріоритетність даного напрямку в рамках політики зниження травматизму населення працездатного віку, у тому числі внаслідок ДТП, ця проблема залишається не вирішеною, насамперед на адміністративному рівні системи охорони здоров'я [2;3]. Це пов'язано з теоретичним недоопрацюванням даної проблеми, невизначенням об'єкта державного управління, відсутністю системного та комплексного підходу до зниження дорожнього травматизму [1;2]. Завдяки підвищенню ефективності системи управління, а також широкому використанню інформаційних технологій, можливо суттєво зменшити травматизм і смертність внаслідок ДТП. Актуальність дослідження зумовлена гострою необхідністю підвищення безпеки дорожнього руху та ефективності ліквідації медичних наслідків ДТП, насамперед через забезпечення ефективності процесу управління з боку державних органів охорони здоров'я.

**Мета роботи:** наукове обґрунтування системи медичної допомоги постраждалим під час дорожньо-транспортних пригод.

**Матеріали і методи.** Обґрунтування та розробка системи медичної допомоги проводилася з позиції системного підходу на рівні організації медичної допомоги постраждалим під час дорожньо-транспортних пригод на прикладі мегаполісу в цілому.

Методологія створення задач, сутність кожної з яких спрямована на досягнення кінцевої мети – зниження рівня летальності постраждалих під час ДТП на догоспітальному етапі, вимагає вирішення конкретних питань на наступних напрямках:

- визначення основних аспектів, які впливають на рівень летальності постраждалих під час ДТП (такими аспектами нами визначені органі-

зація, структура, ресурсне забезпечення та забезпечення якості медичної допомоги);

- аналіз складових визначених аспектів, а також стратегічних напрямів їх розвитку.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Ключовою ідеєю створення системи медичної допомоги постраждалим під час ДТП є послідовне вирішення проблеми забезпечення постраждалих медичною допомогою шляхом оптимізації структури і процесів надання медичної допомоги на основі наукового аналізу даних про їх вплив на летальність. Виходячи з цього було визначено ряд задач.

1. *Удосконалення системи управління організацією медичної допомоги постраждалим під час ДТП.* Для вирішення цієї задачі створюється координаційний центр медичної допомоги постраждалим при надзвичайних ситуаціях, у тому числі в ДТП. Для прийняття оперативних рішень з метою якнайшвидшого надання медичної допомоги постраждалим повинна функціонувати єдина система інформаційного забезпечення координаційного центру та всіх учасників надання допомоги постраждалим в міжсекторальному аспекті. Станції (підстанції, машини) швидкої допомоги забезпечуються оперативним зв'язком для вирішення питання направлення на місце ДТП бригади ШМД, яка в момент надходження сигналу про ДТП знаходиться найближче до місця пригоди. Подібний зв'язок встановлюється з лікарнями з метою своєчасного попередження керівництва ЛПЗ та медичного персоналу відповідних відділень про кількість травмованих, їх стан та орієнтовний час доставки їх до лікарні.

Крім того, розроблено та апробовано систему короткострокового прогнозування ДТП в місті. Прогнозування місць та часу можливих ДТП дає змогу координаційному центру і службі медичного забезпечення бути відповідно підготовленими у разі виникнення пригоди.

2. *Структурна перебудова служби.* До цієї задачі належить створення в медичній службі міста карт місцевостей з найчастішими (типovими) місцями виникнення ДТП. В дані карти внесено оптимальні маршрути доїзду до місць ДТП від підстанцій ШМД та можливі місця перебування машин ШМД, а також найкращі можливі маршрути евакуації постраждалих до ЛПЗ, де вони отримують необхідну медичну допомогу. Забезпечення в повному обсязі надання медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі (на місці пригоди та під час транспортування) повинно здійснюватись загальними бригадами швидкої допомоги. Організація телемедичних консультацій працівників бригади ШМД із спеціалістами лікарні ШМД надасть можливість покращити надання екстреної медичної допомо-

ги (ЕМД) в складних випадках. Забезпечення надання в повному обсязі ЕМД постраждалим на ранньому госпітальному етапі з метою скорочення її пролонгації повинно здійснюватись шляхом перетворення приймальних відділень багатопрофільних лікарень у відділення ЕМД.

**3. Матеріально-технічне забезпечення** включає забезпечення:

- автомобілів ШМД обладнанням для транспортування постраждалих та базовим обладнанням для проведення ІТ під час їх транспортування;
- відділень ЕМД базовим діагностичним обладнанням та базовим обладнанням для проведення ІТ з повним набором лікарських засобів;
- працівників ДАІ засобами медичного призначення для надання першої допомоги;
- аптечок для водіїв автотранспортних засобів необхідними засобами медичного призначення для надання першої допомоги постраждалим.

**4. Кадрове забезпечення.** Ця задача передбачає сучасну підготовку лікарів та середнього медичного персоналу ШМД за новітніми технологіями надання ЕМД постраждалим в ДТП, для чого необхідно:

- проводити спеціалізацію лікарів та середнього медичного персоналу ШМД та відділень ЕМД ЛПЗ з питань надання екстреної медичної допомоги постраждалим;
- забезпечити постійну післядипломну підготовку спеціалістів з медицини невідкладних станів;
- організувати навчальні тренінгові центри на базі територіального центру медицини катастроф (ТЦ МК), станцій та лікарень швидкої медичної допомоги із залученням до цієї роботи співробітників відповідних кафедр ВМНЗ III–IV рівнів акредитації;
- забезпечити підготовку можливих учасників ДТП та інших осіб без медичної освіти з питань першої допомоги постраждалим при ДТП на базах ТЦ МК, станцій та лікарень ШМД, ЛПЗ з відпрацюванням практичних навичок.

**5. Постійне підвищення якості медичної допомоги.** Основними складовими даної задачі є розробка програм дій (клінічних протоколів/медичних стандартів), які ґрунтуються на доказовій медицині і відповідають сучасним світовим стандартам з надання першої допомоги учасникам та свідками ДТП до прибуття медичних працівників, медичної допомоги постраждалим на місці ДТП та під час транспортування до ЛПЗ.

Важливим напрямком покращення якості медичної допомоги при ДТП є співпраця з кафедрами ВМНЗ III–IV рівнів акредитації та постійний контроль за якістю надання ЕМД з використанням відповідних індикаторів.

**6. Науковий супровід.** Найбільш актуальними дослідженнями з даного напрямку є дослідження причин смерті постраждалих при ДТП та обґрунтування клінічних так організаційних заходів її попередження. На базі системи організації медичної допомоги постраждалим під час ДТП на рівні великого міста обґрунтована і розроблена функціонально-організаційна система управління наданням медичної допомоги постраждалим при ДТП (рис.). У запропонованій моделі управління об'єктом управління є система надання медичної допомоги постраждалим під час ДТП, суб'єктом, який керує наданням медичної допомоги на рівні міста, – керівник міського управління охорони здоров'я, координатором – координаційний центр медичної допомоги постраждалим в ДТП.

В процесі управління системою медичної допомоги постраждалим під час ДТП передбачається наявність та систематичне (оперативне) поповнення усіх видів інформації з питань медичної допомоги постраждалим в розроблених нами обсягах.

Для досягнення поставленої мети необхідна розробка державної (міжгалузевої) програми забезпечення безпечного руху та надання медичної допомоги постраждалим під час ДТП.

Мають бути чітко визначені функції кожної посадової особи на міжсекторальному рівні з питань управління медичною допомогою постраждалим під час ДТП, службовий статус кожного співробітника, та службова субординація.

Інформаційні процеси управління медичною допомогою постраждалим під час ДТП повинні здійснюватися на основі державної політики інформатизації охорони здоров'я.

Структурний аспект системного підходу вирішує питання організації внутрішніх взаємозв'язків між всіма компонентами суб'єкта системи забезпечення медичної допомоги постраждалим в ДТП.

Слід зазначити, що одним із основних видів управління є стратегічний. Визначена стратегія безпосереднього удосконалення медичної допомоги постраждалим під час ДТП, при якій управлінська інформація від апарату управління регіонального рівня скеровується до рівня виконавців за наявності оперативного зворотного зв'язку. Запропонована нами система організації медичної допомоги постраждалим під час ДТП має свій розвиток під впливом багатьох факторів і умов, тому крім стратегічного будуть застосовані оперативний, ситуаційний та проблемно-тактичний види управління. Взаємозв'язок між апаратом управління має здійснюватись при стратегічному та оперативному видах управління на основі лінійного і функціонального зв'язку. За умов ситуаційного управління цей зв'язок буде носити штабний тип управління.

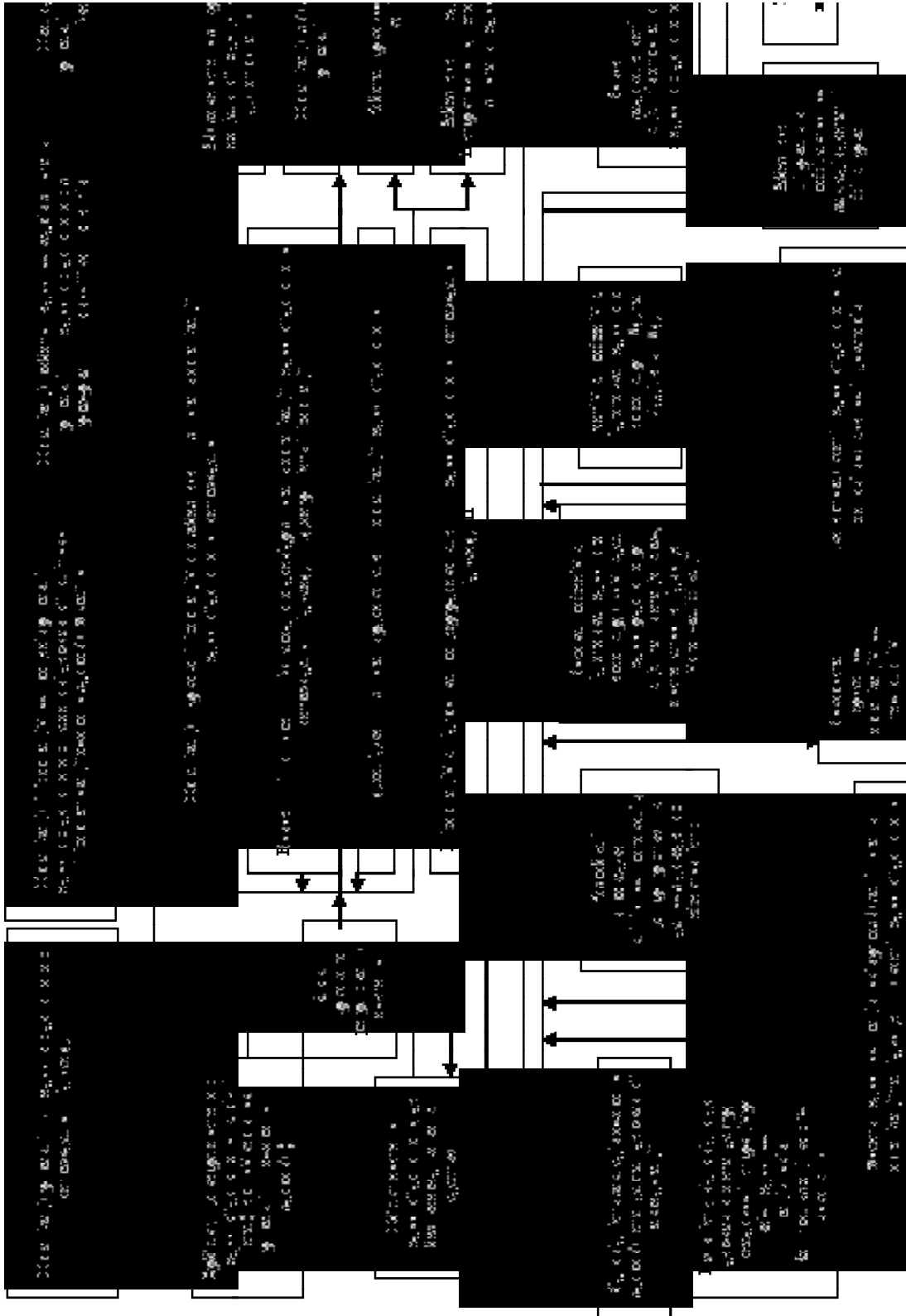


Рис. 1. Функціонально-організаційна система управління медичною допомогою постраждалим під час ДТП

### Висновки

Результатом дослідження стала розробка концептуальних підходів до обґрунтування системи надання медичної допомоги постраждалим під час ДТП. Обґрунтовано принципово нові комплексні функціонально-організаційні підходи до організації медичної допомоги постраждалим під час ДТП, що вимагають:

1. Створення на міському рівні системи управління організацією медичної допомоги постраждалим під час НС (координаційний центр), одним з елементів якої є організація медичної допомоги постраждалим в ДТП, з інформаційним забезпеченням управлінського процесу.

2. Забезпечення міжсекторального підходу до організації надання медичної допомоги постраждалим під час ДТП із залученням служби ДАІ, водіїв та свідків події до надання першої допомоги постраждалим та відповідної підготовки і забезпечення їх засобами медичного призначення.

3. Створення на базі приймальних відділень багатопрофільних лікарень відділень ЕМД для надання інтенсивної медичної допомоги постраждалим під час ДТП на ранньому госпітальному етапі.

4. Обґрунтування та розробки системи постійного підвищення професійної майстерності медичних працівників ШМД та відділень ЕМД багатопрофільних лікарень.

5. Постійного підвищення ефективності та якості медичної допомоги постраждалим під час ДТП шляхом розробки та впровадження у практику клінічних протоколів надання медичної допомоги постраждалим, які ґрунтуються на даних з доведеною ефективністю, та визначення індикаторів якості надання медичної допомоги постраждалим.

6. Розробки системи прогнозування ДТП та паспортів потенційно небезпечних зон з маршрутами під'їзду ШМД до місця ДТП та транспортування постраждалих до найближчого ЛПЗ; впровадження елементів телемедичного консультування на догоспітальному етапі.

7. Наукового супроводу та постійного удосконалення системи організації та клінічного забезпечення медичної допомоги постраждалим під час ДТП.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у запровадженні розробленої системи медичної допомоги постраждалим внаслідок ДТП у практичну діяльність органів і закладів системи охорони здоров'я.

### Список літератури

1. Бичков В. В. Проблеми організації надання медичної допомоги постраждалим в дорожньо-транспортних пригодах та резерви для її покращення в умовах великого міста / В. В. Бичков // Укр. журн. гематол. та трансфузіол. – 2009. – № 2. – С. 50–52.
2. Бичков В. В. Системний підхід до організації управління службою медицини катастроф в умовах великого міста / В. В. Бичков // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2007. – № 2. – С. 62–65.
3. Бичков В. В. Шляхи удосконалення якості медичної допомоги постраждалим у дорожньо-транспортних пригодах / В. В. Бичков // Укр. журн. гематол. та трансфузіол. – 2009. – № 1. – С. 45–47.
4. *Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма.* – Женева : ВООЗ, 2004. – С. 25.
5. *Программа партнерства по безопасности дорожного движения (Global Road Safety Partnership),* 2006. – С. 5.

### СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОТЕРПЕВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В УСЛОВИЯХ БОЛЬШОГО ГОРОДА

В. В. Бычков (Киев)

В статье представлены предложения относительно усовершенствования организации медицинской помощи потерпевшим вследствие дорожно-транспортных происшествий, основанные на системном и межсекторальном подходах к решению проблемы.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** дорожно-транспортное происшествие, организация медицинской помощи.

### SYSTEM OF MEDICAL CARE FOR PEOPLE SUFFERED OF ROAD AND TRANSPORT INCIDENTS IN CONDITIONS OF THE BIG CITY

V. V. Bychkov (Kyiv)

In the article proposals concerning improvement of medical care organization for people suffered of road and transport incidents, based on system and intersectoral approaches to the decision of problem have been presented.

**KEY WORDS:** road and transport incident, organization of medical care.

Рецензент: д.мед.н. О. С. Коваленко



УДК 614.2:615.1(083.72)

Т. М. ДУМЕНКО (Київ)

## ОБґРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ РОЗРОБКИ ДЕРЖАВНОГО ФОРМУЛЯРА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА МЕТОДОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІЯЛЬНОСТІ КОНСУЛЬТАТИВНО-ЕКСПЕРТНИХ ГРУП

Центральний формулярний комітет МОЗ України  
ДП "Державний фармакологічний центр" МОЗ України

Розроблено та науково обґрунтовано організаційно-функціональну модель системи розробки, перегляду та оновлення Державного формуляру лікарських засобів (ДФ). Визначено функції суб'єкта та об'єкта системи, а також завдання служби інформаційно-аналітичного забезпечення (блоку наукового регулювання). Проведено медико-соціологічне дослідження думки розробників першого випуску ДФ щодо основних форм та джерел методологічної підтримки створення даного медико-технологічного документу, на основі якого розроблено елементи ефективного методологічного супроводу, серед них різноманітні форми індивідуальної та колективної роботи.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** мультидисциплінарний орган, Державний формуляр лікарських засобів, медико-соціологічне дослідження, консультативно-експертна група.

Сьогодні в Україні реалізується механізм розробки медико-нормативних документів щодо високоєфективних, безпечних та економічно доцільних методів фармакотерапії шляхом створення формулярної системи забезпечення лікарських засобів (ЛЗ). Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 №815 "Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року" [6] та розпорядження від 10.09.2008 №1247/р "Про затвердження плану заходів щодо удосконалення державного контролю за обігом лікарських засобів і виробів медичного призначення" [8], поряд з такими медико-нормативними документами, як клінічні настанови, протоколи надання медичної допомоги, що затверджуються наказами МОЗ України, важливим інструментом зазначеної системи є Державний формуляр лікарських засобів (ДФ) [3;7].

Державний формуляр лікарських засобів – перелік ЛЗ, зареєстрованих в Україні і представлених у вигляді довідника, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимою безпекою та економічно вигідним використанням. Вищевказаний медико-технологічний документ забезпечує доступність доведеної інформації щодо ефективної фармакотерапії, маючи на меті оптимальне використання наявних ресурсів системи охорони здоров'я.

Розробка та впровадження формуляру національного рівня – це динамічний процес, який

потребує ретельного планування та координації. Завдання створення концептуальних принципів розробки, перегляду, оновлення ДФ, забезпечення його впровадження та супроводу МОЗ України покладено на Центральний формулярний комітет (ЦФК) [11]. Для реалізації цього завдання необхідна широка підтримка з боку відповідних урядових установ, представників наукових кіл та провідних фахівців медичної галузі.

**Мета дослідження:** вивчення та наукове підтвердження організаційно-функціональної моделі системи управління створення ДФ та методологічної підтримки діяльності консультативно-експертних груп (КЕГ) з розробки, перегляду та оновлення ДФ.

**Матеріали і методи.** Об'єкт дослідження: система розробки та перегляду Державного формуляру лікарських засобів. Предмет дослідження: діяльність мультидисциплінарного органу з розробки медико-технологічних документів національного рівня, експертиза матеріалів з ефективності та безпеки ЛЗ, інформаційні технології супроводу ДФ.

У дослідженні застосовувалися наступні методи: метод структурно-логічного аналізу, метод системного аналізу, медико-соціологічний, експертних оцінок, статистичний.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Відповідно до міжнародних рекомендацій [17], ДФ в Україні є мультидисциплінарним продуктом, до групи розробників якого залучаються головні позаштатні спеціалісти МОЗ України, співробітники науково-дослідних установ, підпо-

рядкованих МОЗ та АМН України, інші фахівці галузі.

Під керівництвом ЦФК створено 19 КЕГ пропорційно до переліку розділів ДФ, кількість яких відповідає основним напрямкам медицини з пріоритетним використанням фармакотерапії. Окрім спеціалізованих фахових робочих груп у підпорядкуванні ЦФК перебувають внутрішні експерти, які за визначеною методикою виконують розробку формулярних статей, вносять редакційні правки до робочих матеріалів, здійснюють інформаційний пошук та технічний супровід формування проекту та фінальної версії випуску ДФ.

ЦФК, внутрішні експерти та КЕГ з розробки ДФ являють собою організовану систему управління розробки, перегляду та оновлення ДФ, в якій суб'єктом управління виступає ЦФК, об'єктом – КЕГ, а внутрішні експерти представляють блок наукового регулювання та службу інформаційно-аналітичного забезпечення (рис. 1).

В основу організації зазначеної системи покладено системний підхід. Організаційна структура цієї системи ґрунтується на безпосередніх та опосередкованих функціональних зв'язках [2].

По відношенню до робочих груп та внутрішніх експертів ЦФК виконує наступні функції:

1. Організаційно-координуюча.
2. Функція методологічного супроводу діяльності КЕГ.
3. Комунікативна (між групами різних спеціальностей).
4. Контроль належного виконання всіх етапів роботи щодо створення, перегляду та оновлення ДФ.

Реалізація організаційно-координуючої функції ЦФК здійснюється через формування та затвердження складу 19 КЕГ, планування їх діяльності та розробки механізмів регламентації роботи вищевказаних груп (визначення основних форм та інструментів діяльності, розробка

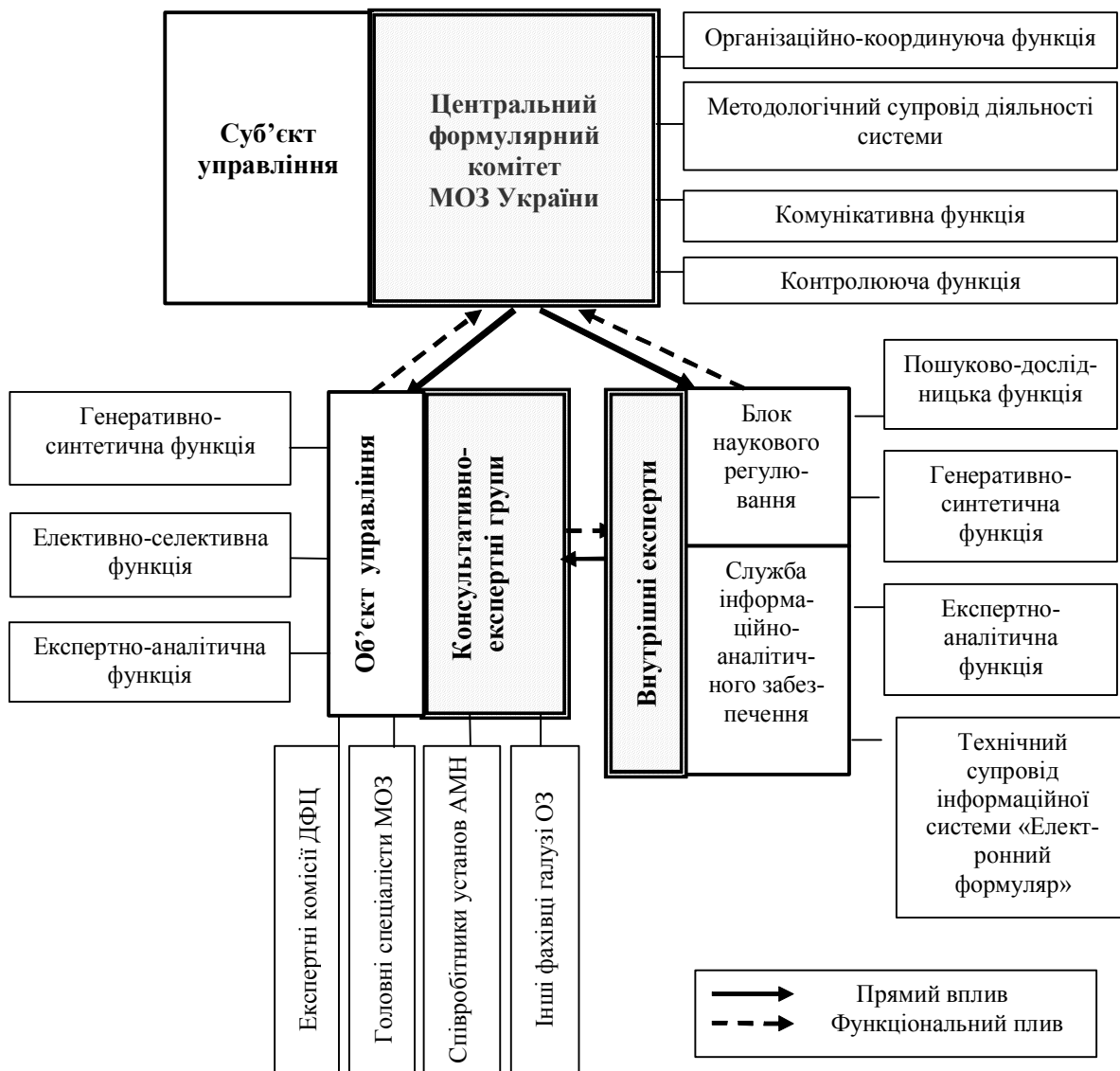


Рис. 1. Організаційно-функціональна модель системи управління розробки, перегляду та оновлення ДФ

алгоритму відбору ЛЗ для включення до ДФ та механізмів прийняття обґрунтованого рішення, розробка звітних форм про діяльність групи).

Чисельність робочої групи, яка працює над одним розділом ДФ, визначається об'ємом та складністю передбачуваної роботи і переважно становить від 5 до 15 осіб. Виконання організаційно-координуючої функції ЦФК передбачає планування роботи з розробки, перегляду та оновлення ДФ (табл. 1).

У середньому для створення одного розділу ДФ необхідно 6 місяців; підготовка складається з наступних періодів: формування робочої групи – до 2 тижнів, пошук та аналіз третинних

джерел наукової інформації – до 1,5 місяця, пошук і аналіз вторинних та первинних джерел наукової інформації та створення проекту розділу – впродовж одного місяця кожний, робота над змістом формулярних статей розділу, уточнення наявності реєстрації ЛЗ в Україні на момент розробки ДФ, внесення перехресних посилань між окремими розділами – також протягом одного місяця, консультації і зовнішнє рецензування, громадське обговорення проекту розділу, формування остаточної версії розділу здійснюється у термін до одного місяця. Слід зауважити, що загальний термін роботи над ДФ визначається терміном роботи над окремим розділом.

Таблиця 1. Планування етапів розробки розділу ДФ

| Етап розробки розділу ДФ | Зміст роботи   | Термін роботи, тижні та місяці            |
|--------------------------|--|---|
| <b>I</b>                 | формування робочої групи   | 1-й, 2-й тижні першого місяця             |
| <b>II</b>                | пошук та аналіз третинних джерел наукової інформації   | 3-й, 4-й тижні першого місяця, 2-й місяць |
| <b>III</b>               | пошук і аналіз вторинних та первинних джерел наукової інформації   | 3-й місяць                                |
| <b>IV</b>                | робота над формулярними статтями, уточнення реєстрації ЛЗ в Україні, внесення перехресних посилань між окремими розділами формування проекту ДФ* | 4-й місяць                                |
| <b>V</b>                 | рецензування громадське обговорення*   | 5-й місяць                                |
| <b>VI</b>                | формування фінальної версії розділу  | 6-й місяць                                |

Примітка: \*робота виконується паралельно.

ЦФК, окрім організаційно-координуючої функції, виконує і методологічний супровід процесу створення ДФ. Під час розробки першого випуску ДФ основною формою навчання для членів КЕГ є регулярні семінари, на яких члени робочих груп навчаються основним принципам та підходам до розробки ДФ. Окремі форми колективної та індивідуальної співпраці з експертами групи розробників (індивідуальна бесіда та консультація) також використовуються.

Інформаційним джерелом для розробки ДФ є Державний реєстр ЛЗ, розроблений відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 31.03.2004 №411 “Про затвердження Положення про Державний реєстр ЛЗ” і представлений у вигляді пошукової системи на сайті МОЗ України [9].

В своїй роботі КЕГ також використовують інші джерела методично-інформаційної підтримки, серед яких протоколи надання медичної допомоги, затвержені МОЗ України, чинні на час створення випуску ДФ. Для аналізу використовується інформація, що представлена у “Базі стандартів медичної допомоги в Україні” [1], третинних джерелах інформації – формуляр ЛЗ, розроблений ВООЗ як базовий зразок для створення національних формулярів – WHO Model

Formulary 2008 [18], Британський національний формуляр, електронний довідник [15;16], національні формуляри інших країн за умови, що процес розробки таких медико-технологічних документів передбачає застосування принципів доказової медицини. Наприклад, “Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система)”, Російська Федерація [13;14].

Відповідно до міжнародних та вітчизняних рекомендацій [5;12], розробка медико-технологічних документів вимагає залучення фахівців, які мають практичні навички клінічної (медична, хірургічна, сестринська і т.д.) та спеціальної (фармакологічна, фармацевтична) експертної оцінки, розуміння практичних проблем, що мають місце при наданні медичної допомоги, а також навичок критичної оцінки інформації. Зважаючи на вищевказані критерії, основу КЕГ з розробки ДФ склали експерти ДП “Державний фармакологічний центр” МОЗ України, які володіли експертними навиками з оцінки ефективності та безпеки ЛЗ.

До колективу розробників першого випуску ДФ увійшли співробітники науково-дослідних установ, підпорядкованих АМН та МОЗ України,

24 позаштатні спеціалісти МОЗ України, члени професійних медичних асоціацій, провідні фахівці галузі, серед яких 10 академіків та членів-кореспондентів АМН України, 64 доктори медичних наук, професори, 48 кандидатів медичних наук.

Окрім експертних навичок з оцінки ефективності та безпеки ЛЗ, для продуктивної роботи з підготовки національного формуляру необхідні додаткові знання та досвід роботи щодо створення медико-технологічних документів на принципах доказової медицини.

З метою вивчення думки розробників першого випуску ДФ щодо основних форм та джерел методологічної підтримки створення даного медико-технологічного документу нами було проведене медико-соціологічне дослідження.

Опитування проводилося за безповоротною випадковою вибіркою (кожний респондент заповнював анкету тільки один раз), пропорційною до кількості розробників першого випуску ДФ. Розроблена анкета містила одне питання щодо характеристики респондента, яке стосувалося розділу ДФ, над яким працював респондент, сім питань щодо джерел, форм та оцінки достатності об'єму інформації методологічного характеру.

Медико-соціологічне дослідження було проведене у січні-квітні 2009 р. методом анонімного письмового опитування (анкетування) членів КЕГ, які взяли участь у розробці першого випуску ДФ. Всього серед всіх членів робочих груп розповсюджено 140 анкет. Повернено заповненими 106 анкет, що склало  $75,7 \pm 4,1\%$  від кількості анкет, які розповсюджувались.

Регулярними формами співпраці ЦФК та КЕГ є виробничі наради (засідання ЦФК) та навчальні семінари. Переважна більшість ( $94,5 \pm 2,2\%$ ) респондентів оцінили інформацію щодо методології розробки ДФ, отриману від ЦФК, як доступну та достатню.

Окрім форм колективної роботи, створення першого випуску ДФ супроводжували численні консультації, які надавались ЦФК членам профільних груп, причому  $90,2 \pm 2,9\%$  опитаних вказали, що самостійно звертались до ЦФК з питань розробки вищевказаного медико-нормативного документу за консультацією. Встановлено, що в результаті консультацій ЦФК повністю задовольнив професійний інтерес щодо розробки ДФ  $99,8 \pm 0,4\%$  респондентів від числа тих, хто звертався за консультацією.

Додатковим джерелом інформаційно-методологічної підтримки процесу створення ДФ є консультації наукових, міжнародних та інших професійних організацій, до яких зверталися  $78,3 \pm 4,0\%$  респондентів. В ході консультацій до вищевказаних організацій професійні інтереси  $95,2 \pm 0,5\%$  тих членів робочих груп, які зверталися за консультаціями до вищевказаних організацій, були повністю задоволені.

Порівнявши оцінки консультацій та семінарів щодо задоволеності інформаційних потреб учасників медико-соціологічного дослідження можна зробити висновок, що обидві форми співпраці ЦФК та КЕГ є високоефективними.

Окрім семінарів та консультацій методологічний супровід розробки медико-технологічних документів може здійснюватися у вигляді інших форм взаємодії між організаційно-координаційним органом та профільними групами. З метою визначення оптимальних форм регулярної співпраці ЦФК та розробників ДФ респондентам запропоновано надати відповідь на закрито-відкрите питання (рис.2).

Незважаючи на однакову ефективність семінарів та консультацій як форм методологічного супроводу розробки ДФ, за оцінками членів КЕГ встановлено, що має місце прихильність  $82,1 \pm 3,7\%$  респондентів до такої форми роботи, як консультації. Високу оцінку ( $78,3 \pm 4,0\%$ ) отримали

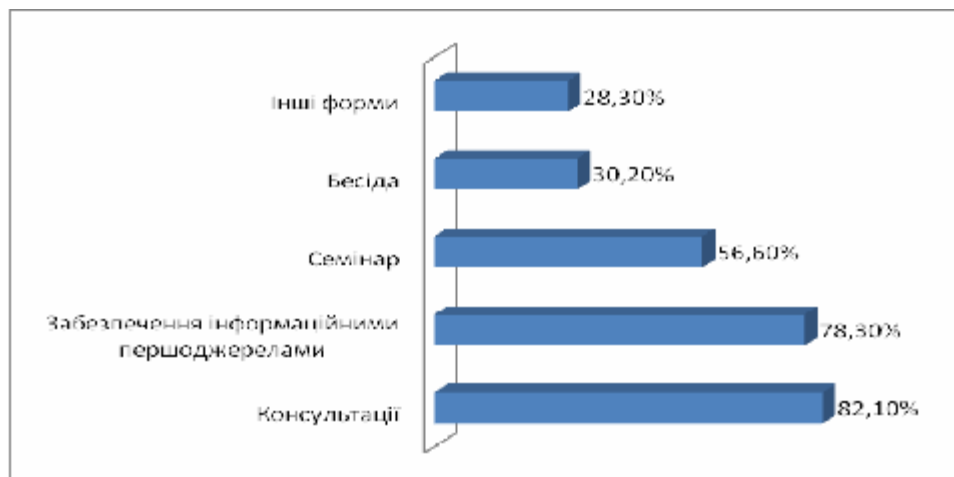


Рис. 2. Види оптимальних форм методологічної підтримки розробки ДФ

мала така форма методологічної підтримки, як забезпечення інформаційними першоджерелами. Найчастіше застосовувана форма взаємодії ЦФК та членів робочих груп, що використовувалася в ході розробки першого випуску ДФ – семінар, – визнана оптимальною 56,6±4,8% респондентів. Серед відповідей, запропонованих респондентам, мала місце така індивідуальна форма методологічного супроводу, як бесіда, що отримала схвалення у 30,2±4,5% опитаних. У відкритій частині питання 28,3±4,4% учасників анкетування вказали інші форми методологічної підтримки, серед яких тренінг, вивчення до-

свіду роботи формулярних комітетів інших країн, забезпечення доступу до міжнародних баз даних клінічних настанов/протоколів.

Для успішної та продуктивної роботи зі створення ДФ особливо важливим є питання наявності достовірних джерел інформації. Для визначення основних інформаційних джерел з питань раціональної фармакотерапії розробникам даного медико-нормативного документу було запропоновано визначитись шляхом відповідей на відкрите питання “Які з джерел інформації були використанні Вами при розробці ДФ?” (табл. 2).

Таблиця 2. Основні джерела інформації, які використовувалися розробниками першого випуску ДФ

| № з/п | Назва інформаційного джерела                                       | Частка використання джерела | Група |
|-------|--|-----------------------------|-------|
| 1.    | Довідник ЛЗ ДФЦ  | 43,5±5,2%                   | I     |
| 2.    | Британський національний формуляр                                  | 36,8±4,7%                   |       |
| 3.    | Компендіум   | 29,7±4,4%                   | II    |
| 4.    | Машковський М.Д. “Лекарственные средства. Пособие для врачей”      | 23,6±4,1%                   |       |
| 5.    | Наукові публікації/огляди  | 21,7±4,0%                   |       |
| 6.    | Кокрайнівська Співдружність (Cochrane Collaboration)               | 21,7±4,0%                   |       |
| 7.    | Клінічні проколи (накази МОЗ)                                      | 19,8±3,9%                   |       |
| 8.    | Міжнародні стандарти діагностики та лікування                      | 17,9±3,7%                   |       |
| 9.    | Федеральное руководство по использованию ЛС (Российская Федерация) | 15,1±3,5%                   | III   |
| 10.   | Видадь. "Справочное руководство"                                   | 8,7±2,7%                    |       |
| 11.   | Інтернет-ресурси   | 8,7±2,7%                    |       |
| 12.   | Матеріали фахових конференцій/з'їздів                              | 8,7±2,7%                    |       |
| 13.   | Перелік основних ЛЗ ВООЗ   | 6,6±2,4%                    |       |
| 14.   | Національний перелік основних ЛЗ                                   | 6,6±2,4%                    |       |

За частотою використання (з кроком розподілу 12,3%) всі вказані джерела інформації були розподілені на три групи. Перша група (часто використовувані джерела) вмістила найпопулярніші інформаційні джерела з частотою використання від 31,2% до 43,5%. Друга група (використовувані із середньою частотою джерела) включила джерела інформації, до яких зверталися від 18,9% до 31,1% респондентів. До третьої групи включалися рідко використовувані інформаційні джерела, застосування яких підтвердили від 6,6% до 18,8% опитаних членів робочих груп.

Найпопулярнішими джерелами інформації про ЛЗ члени робочих груп визнали Довідник ЛЗ ДП “Державний фармакологічний центр” МОЗ України [4], який представлений переліком ЛЗ разом з інструкціями для медичного застосування, та Британський національний формуляр, які використовуються з частотою відповідно 43,4±5,2% та 36,8±4,7%.

Друга група джерел представлена трьома видами інформаційних ресурсів – популярні довід-

ники ЛЗ (Компендіум і Машковський М.Д. “Лекарственные средства. Пособие для врачей” відповідно 29,7±4,4% та 23,6±4,1%), бази рецензованої літератури (наукові публікації/огляди та ресурси Кокрайнівської Співдружності – по 21,7±4,0%) та медико-технологічні документи (клінічні протоколи, затверджені наказами МОЗ і міжнародні стандарти діагностики та лікування відповідно 19,8±3,9% та 17,9±3,7%).

Серед інформаційних джерел третьої групи встановлена найвища частота застосування “Федерального керівництва по використанню ЛС (формулярна система) – 15,1±3,5% респондентів вказали на цей ресурс. Найнижчий рейтинг (6,6±2,4%) мають переліки основних ЛЗ ВООЗ та України. Однакову частоту використання (8,7±2,7%) мають такі інформаційні джерела, як Видадь “Справочное руководство”, матеріали фахових конференцій/з'їздів та Інтернет-ресурси. Для оцінки частоти використання Інтернету необхідно враховувати, що більшість з вказаних інформаційних джерел є доступними лише завдяки можливості використання мережі Інтернет.

### Висновки

1. Розроблена та науково обґрунтована організаційно-функціональна модель системи розробки, перегляду та оновлення ДФ. Визначені функції суб'єкта та об'єкта системи, а також завдання служби інформаційно-аналітичного забезпечення (блоку наукового регулювання).

2. Проведено медико-соціологічне дослідження думки розробників першого випуску ДФ щодо основних форм та джерел методологічної підтримки створення даного медико-технологічного документу, на основі якого розроблено елементи ефективного методологічного супроводу, серед них різноманітні форми індивідуальної та колективної роботи.

3. Встановлено, що більшість респондентів надають перевагу індивідуальним формам взаємодії. Зокрема пріоритетним є проведення консультацій та забезпечення інформаційними першоджерелами членів консультативно-експертних груп з розробки ДФ. На нашу думку, це пов'язано з декількома факторами: високим фаховим рівнем підготовки, наявністю у членів групи розробників достатнього досвіду експертних робіт і навиків підготовки медико-технологічних галузевих документів. Прихильність опитаних до консультацій також пояснюється високою ефективністю даної форми роботи – ЦФК повністю задовольнив професійний інтерес 99,8±0,4% респондентів з числа тих, хто звертався за консультацією, та 95,2±0,5% з числа тих, що звернулися за консультацією до наукових, міжнародних та інших професійних організацій, задовольнили свої інтереси щодо методології створення національного формуляру.

4. Колективну форму роботи, яка найчастіше застосовувалася у ході співпраці ЦФК та членів робочих груп – семінар, – більшість респондентів (56,6±4,8%) визнала оптимальною.

5. Серед джерел інформації щодо методології створення Державного формуляру найпопулярнішими є Довідник ЛЗ ДП “Державний фармакологічний центр” МОЗ України та Британський

національний формуляр. Такий результат оцінюється як закономірний, оскільки джерелом наповнення формулярної статті – інформаційної одиниці ДФ, – є інструкція для медичного застосування. Водночас Британський національний формуляр, ґрунтуючись на достовірних даних доказової медицини, протягом всього часу свого існування залишається “золотим стандартом” національних формулярів. Наступна група джерел представлена трьома видами інформаційних ресурсів – популярні довідники ЛЗ, бази рецензованої літератури та медико-технологічні документи, що визначають надання медичної допомоги. Найнижчий рейтинг (6,6±2,4%) серед інформаційних джерел мають переліки основних ЛЗ ВООЗ та України. На нашу думку, це пов'язано з тим, що у вищевказаних переліках не міститься повної та детальної характеристики ЛЗ, яка вкрай необхідна для розробки ДФ у форматі довідника.

Отримані дані медико-соціологічного дослідження підтверджують високу ефективність використаних як колективних, так і індивідуальних форм методологічної підтримки ДФ.

### Перспектива подальших досліджень.

Створення та підтримка ДФ є лише фрагментом системної роботи МОЗ України зі створення інших видів медико-нормативних документів системи стандартизації (клінічних настанов, протоколів надання медичної допомоги, що затверджуються наказами МОЗ України), робота над якими передбачає створення мультидисциплінарного органу із залученням широкого кола фахівців [10]. Представлена організаційно-функціональна модель системи розробки, перегляду та оновлення ДФ, ефективність якої доведена у процесі розробки першого та другого випусків ДФ, та встановлені оптимальні форми подальшого розвитку та удосконалення методологічної підтримки діяльності цієї системи, на нашу думку, може бути використана в якості базової для розробки вищевказаних медико-технологічних документів.

### Список літератури

1. База стандартів медичної допомоги в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=12144>. – Назва з екрану.
2. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : [підруч. для студ. вищ. навч. закл.] / Ю. В. Вороненко, В. Ф. Москаленко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
3. Державний формуляр лікарських засобів. Випуск перший / [за заг. ред. В. Т. Чумака, В. І. Мальцева, А. М. Морозова та ін.]. – К. : МОРИОН, 2009. – 1160 с.
4. Довідник лікарських засобів : у 2 т. / [за ред. В. Т. Чумака]. – К. : МОРИОН, 2007.
5. Посібник для розробників клінічних рекомендацій/медичних стандартів / [заг. ред. Г. Росс, О. Новічкова]. – К. : NISARE, 2006. – 166 с.
6. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року : постанова Кабінету Міністрів України № 815 від 13.06.2007 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.gdo.kiev.ua/files/db.php?god=2007&st=1790> – Назва з екрану.
7. Про затвердження першого випуску Державного формуляру лікарських засобів та забезпечення його доступності : наказ МОЗ України від 17.03.2009 р. № 173 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=12311>. – Назва з екрану.

8. Про затвердження плану заходів щодо удосконалення державного контролю за обігом лікарських засобів і виробів медичного призначення : розпорядження Кабінету Міністрів України від №1247 10.09.2008 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.uapravo.net/data2008/base02/ukr02365.htm> – Назва з екрану.
9. Про затвердження Положення про Державний реєстр лікарських засобів” і представлений у вигляді пошукової системи на сайті МОЗ України : постанова Кабінету Міністрів України № 411 від 31.03.2004 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/siterubr/employ/medicines>. – 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 перша) : наказ МОЗ України та АМН України №102/18 від 19.02.2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=12078>. – Назва з екрану.
11. Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України № 529 від 22.07.2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=14170> – Назва з екрану.
12. *Руководство по созданию и имплементации формулярной системы в Украине.* – К. : СПД Шкода Ю. В., 2005. – 32 с.
13. *Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система).* – Вып. I. – М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 975 с.
14. *Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система).* – Вып. VIII. – М. : Эхо, 2007. – 1008 с.
15. *British National Formulary: 49 th Edition, March 2005, published by the British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.* – Printed in Germany by Clausen & Bosse, CPI Books, Leck. – 902 p.
16. *British National Formulary: 58 th Edition* [Електронний ресурс]. – Mode to access : <http://www.bnf.org> – Title from the screen.
17. *How to Develop a National Formulary Based on the WHO Model Formulary – A Practical Guide* (WHO; 2004; 45 pages) [Електронний ресурс]. – Mode to access : – URL : [www.who.int/emlib/docs](http://www.who.int/emlib/docs). – Title from the screen.
18. *WHO Model Formulary 2008* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.who.int/selection\\_medicines/list/WMF2008.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/list/WMF2008.pdf). – Назва з екрану.

## **ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РАЗРАБОТКИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ФОРМУЛЯРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОНСУЛЬТАТИВНО-ЭКСПЕРТНЫХ ГРУП**

Т. М. Думенко (Киев)

Разработана и научно обоснована организационно-функциональная модель системы разработки, пересмотра и обновления Государственного формуляра лекарственных средств (ГФ). Определены функции субъекта и объекта системы, а также задания службы информационно-аналитического обеспечения (блока научного регулирования). Проведено медико-экспертное исследование мнения разработчиков первого выпуска ГФ относительно основных форм и источников методологической поддержки создания данного медико-технологического документа, на основе которого разработаны элементы эффективного методологического сопровождения, среди них разнообразные формы индивидуальной и коллективной работы.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** мультидисциплинарный орган, Государственный формуляр лекарственных средств, медико-социологическое исследование, консультативно-экспертная группа.

## **SUBSTANTIATION OF THE ORGANIZATIONAL AND FUNCTIONAL MANAGEMENT SYSTEM MODEL OF THE STATE FORMULARY DEVELOPMENT AND METHODOLOGICAL SUPPORT OF THE ACTIVITIES OF THE ADVISORY AND EXPERT GROUPS**

Т. М. Dumenko (Kyiv)

Organizational and functional model of the system that connects the main players of creation, review and updating of SF has been developed and substantiated. The vast majority of respondents recognized the consultation as the main form of cooperation between the organization and coordinating body and specialized working groups. It has been also revealed a significant commitment of developers to ensuring of their activity with primary sources of information on the methodology of creation of national formularies. The obtained data of health survey confirm the high efficiency of used both collective and individual forms of methodological support of SF and possibilities for further development of forms and methods to improve interaction of central formulary committee with advisory expert groups on the creation of SF.

**KEY WORDS:** multidisciplinary body, the State Formulary, medical and sociological study, advisory and expert group.

*Рецензент:* к.мед.н. М. В. Шевченко

УДК 616.5-002-053,2

П. В. ЦВЕНЬ, Г. Б. ГОЛЯЧЕНКО, В. С. КИЛІВНИК (Тернопіль)

## ВІДНОВЛЮВАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

ДП “Клінічний санаторій “Авангард” ЗАТ “Укрпрофоздоровниця”  
Тернопільський комунальний шкірно-венерологічний диспансер

Наведені дані про особливості проведення відновлювального лікування дітей і підлітків, що страждають на хронічний дерматоз (ХД). Визначені особливості застосування реабілітаційних заходів в санаторних умовах залежно від форми ХД.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** відновлювальне лікування, хронічні дерматози, діти та підлітки.

За даними окремих дослідників, в Європі на хронічні дерматози ХД страждають від 3 % до 15 % дитячого населення.

В Україні в структурі захворюваності дітей віком від 0 до 14 років перше місце займають хвороби органів дихання (62,2 %), на другому місці – інфекційні та паразитарні хвороби (5,9 %) і на третьому – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,6 %). У структурі захворюваності підлітків перше місце належить хворобам дихання (46,2 %), на другому місці – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (7,5 %), на третьому – травми та отруєння (6,4 %). Таким чином, причинна структура захворюваності у дітей та підлітків переважно співпадає [5,7].

Псоріаз – одне з найбільш поширених хронічних мультифакторних захворювань шкіри з домінуванням генетичної компоненти, питома вага в загальній патології шкіри коливається, за даними різних авторів, від 0,6 до 8 %. Помітна тенденція до ускладненого перебігу з явищами дисемінації, еритродермії, артропатії, торпідності до терапії, частішого рецидивів.

Причинами виникнення ХД та низької ефективності традиційного лікування в Україні, як і в світі, є забруднення навколишнього середовища, алергізуюча дія деяких нових продуктів харчування, зменшення термінів грудного вигодовування, вакцинація, нерациональне використання ліків, інфекційні агенти, неадекватне організаційне та ресурсне забезпечення окремих ланок лікувального та реабілітаційного процесу тощо.

**Мета дослідження:** розробити програми відновлювального лікування дітей і підлітків, хворих на хронічні дерматози, в санаторних умовах.

**Матеріали і методи:** оброблені дані відновлювального лікування дітей, хворих на atopіч-

ний дерматит, псоріаз і кропив'янку, в санаторії “Авангард”.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Відновлювальне лікування, або медична реабілітація, хворих дітей та підлітків з вищезазначеною патологією є наступним етапом після стаціонарного лікування. Логічним продовженням санаторно-курортної реабілітації є диспансерний нагляд. Дотримання зазначеної послідовності лікувальних та реабілітаційних заходів є визначальним і потребує чіткої організації та взаємодії всіх складових.

Відновлювальне лікування, або медична реабілітація, проводилось наступним чином. Застосовувалась медикаментозна та немедикаментозна терапія з метою ліквідації залишкових явищ, ускладнень патологічних процесів та відновлення функцій. Керуючі впливи на цьому етапі були нозологічно специфічні і залежали від результатів лікування на попередньому етапі.

Основні заходи відновлювальної терапії базувались на використанні природних та преформованих фізичних факторів: фізіо-, бальнео-, клімато-, механотерапії, грязелікування тощо. Для здійснення цих заходів найкраще підходять умови санаторію.

Завданням медичної реабілітації дітей та підлітків з ХД була мінімізація проявів хвороби, збільшення інтервалу між загостреннями, відновлення їх фізичного, психічного та соціального благополуччя.

Організація відновлювального лікування дітей і підлітків пов'язувалась з вирішенням наступних завдань:

- виявлення особливостей перебігу ХД залежно від форми та стадії патологічного процесу;
- виділення клінічних варіантів перебігу захворювань на підставі клініко-функціональних, інструментальних, лабораторних, рентгенологіч-



них показників для обґрунтування патогенетичних підходів та оптимального вибору методів реабілітації;

в) розробка індивідуальних програм ВЛ;

г) визначення ефективності розроблених реабілітаційних комплексів при застосуванні різнопланових керуючих впливів.

Приоритети керуючих впливів в залежності від форми ХД наведені в табл.1

Вибір вищенаведених керуючих впливів ґрунтувався на наступних міркуваннях.

1. *Санаторний режим* був загальним. Комплекс клімато– та бальнеолікування призначався з урахуванням загального стану хворого, нозоло-

Таблиця 1. Схема пріоритетів керуючих впливів при ХД

| Керуючі впливи        | Псоріаз | Атопічний дерматит | Кропив'янка |
|-----------------------|---------|--------------------|-------------|
| ЛФК                   | +++     | ++                 | ++          |
| Електрофорез          | -       | ++                 | +           |
| Кліматотерапія        | +++     | +++                | +++         |
| УФО                   | +++     | +++                | ++          |
| Діадинамотерапія      | +       | -                  | +           |
| Електросон            | +       | +                  | ++          |
| Водолікування         | ++      | ++                 | +           |
| Ультразвукова терапія | ++      | -                  | -           |
| Магнітотерапія        | ++      | ++                 | -           |
| Фітотерапія           | +       | ++                 | ++          |
| Рефлексотерапія       | ++      | ++                 | ++          |
| Фармакотерапія        | ++      | ++                 | ++          |
| Теплолікування        | +++     | +++                | +++         |
| Бальнеотерапія        | +++     | +++                | +++         |
| Лазерна терапія       | ++      | ++                 | ++          |
| Дієтотерапія          | ++      | ++                 | ++          |
| Гомеопатія            | +       | +                  | +           |
| Психотерапія          | +       | +                  | +           |
| Дарсонвалізація       | -       | +                  | -           |
| Ультратонтерапія      | -       | +                  | -           |
| Індуктотермія         | -       | +                  | -           |
| Мікрохвильова терапія | +       | +                  | -           |

*Примітка* методи лікування: - +++ першого плану, ++- другого плану, +- третього плану.

гічної форми та перебігу дерматозу, а також характеру супутних захворювань.

2. *Дієтотерапія*. Більшість форм ХД пов'язано з патологією внутрішніх органів, особливо органів травлення та обміну речовин. Алергічна компонентна ХД часто підтримується алергенами, які містяться в продуктах харчування. При псоріазі обмежувались в раціоні дітей та підлітків жири тваринного походження та продукти, багаті на холестерин (яєчний жовток, ікра, какао, шоколад). При нейродерміті призначалась дієта з обмеженням вуглеводів та кухонної солі. Із раціону дітей вилучався яєчний білок, прянощі, приправи, консервовані та копчені продукти, цитрусові та соки з них. Індивідуальна чутливість

до окремих харчових продуктів визначалась за допомогою алергічних проб. Велике значення в лікувальному харчуванні хворих на ХД має вміст в їжі вітамінів (аскорбінової кислоти, тіаміну, ретинолу, токоферолу).

3. *ЛФК* (ранкова гігієнічна гімнастика, дихальна гімнастика, теренкур, рухливі ігри) впливала на функціональний стан шкіри, емоційну сферу, покращення нервово-судинних реакцій, що сприяло зворотному розвитку запального процесу.

4. *Інтраназальний електрофорез* включав лікарські препарати (вітамін В, димедрол, хлорид натрію, електрофорез по Щербакі натрію броміду, новокаїну, димедролу тощо).

5. *Діадинамофорез* препаратів, зазначених в п.4.

6. *Кліматотерапія* в теплий сезон поєднувалась з бальнеолікуванням.

7. *УФО* (загальне, сегментарне, локальне) застосовувалось в залежності від площі ураження; опромінення поєднувалось з фотосенсибілізуючими препаратами.

8. *Електросон* викликав седативний ефект, зменшував гостроту реакції на симптоматику ХД.

9. *Бальнеотерапія* включала такі засоби: сірководневі, радонові, хвойні, крохмальні, содові, шавлієві, комбіновані ванни, загальні або 4-камерні з метою зменшення свербіжу шкіри, розсмоктування інфільтратів, ділянок гіперкератозу тощо. Сульфідні ванни збуджували хеморецептори, які впливали на функцію ендокринних залоз і рівень метаболізму, стимулювали функцію кори наднирників та неспецифічні фактори імунітету – фагоцитарну активність лейкоцитів тощо. Покращувався функціональний стан шкіри, змінювалась проникність її рогового шару, місцева терморегуляція.

10. *Лазерна терапія* включала опромінення поверхні шкіри скануючим променем, лазеропунктуру, ВЛОК. Діючи на живий організм лазерне опромінення мало:

- біостимулюючий, судиннорозширювальний, анальгезуючий, протизапальний, регенеративний ефекти;
- корегувало клітинний і гуморальний імунітети, підвищувало неспецифічну резистентність організму.

11. *Теплолікування* використовувалось у вигляді аплікацій на ділянки шкіри. В механізмі дії озокериту основним є глибоке прогрівання тканин, що приводило до розширення судин, прискорення кровотоку – лімфообігу, обміну речовин, активізації фагоцитозу і регенерації ушкоджених тканин. Все це сприяло прискоренню розсмоктування вогнищ запалення.

12. *Психотерапія* включала індивідуальні заняття, аутоганне тренування, естетотерапію (музикотерапія, арт-терапія тощо), які нормалізували емоційний стан хворих, покращували настрої, виробляли позитивну установку на повне одужання.

13. *Нетрадиційні методи* (рефлексотерапія, гомеопатична терапія, фітотерапія та їх варіанти) викликали десенсибілізуючий, седативний та імуномодельючий ефекти.

14. *Водолікування* мало важливе значення за наявності супутньої патології травного тракту, яка і визначала вибір виду мінеральної води.

15. *Фармакотерапія* в санаторії при ХД є додатковим методом лікування і використовувалась лише при тенденції до загострення чи прогресування процесу, вираженої чи затяжної бальнеореакції, загострення супутньої патології. В інших

випадках приймання ліків приводилось лише для додаткової сенсибілізації дитячого організму.

При загостренні ХД призначалось загальне та місцеве лікування. Загальне лікування проводилось за принципами гіпосенсибілізації та седативного впливу. При загостренні генералізованих форм ХД застосовувалась гормональна терапія, плазмаферез. Зовнішнє лікування, як правило, є симптоматичним. За відсутності тенденції до загострення в період клімато-та бальнеолікування для зменшення сухості шкіри призначались індиферентні мазі та креми.

Базові програми реабілітації ХД ідентичні, але існують особливості їх використання в залежності від форми та перебігу захворювання.

*Атопічний дерматит.* Особливості дієти зазначені вище. Зазвичай застосовувалась дієта №9. Призначались седативні засоби (триоксазин, седуксен, мепробамат, броміди та ін.), гіпосенсибілізуючі препарати (димедрол, супрастин, діазолін, лоратидін, піпільфен та ін.), вітаміни. При стійких формах дифузного нейродерміту застосовувалась гормонотерапія. Зовнішні засоби включали мазі та пасти з АСД, димедролом, ментолом, кортикостероїдами.

Широко використовувались можливості кліматотерапії. Сонячні ванни призначались залежно від характеру дерматиту та стану хворої дитини. Застосовувалось на ділянки ураження паравертебральне УФО до 3-х біодоз. Для розсмоктування інфільтрації застосовувалось теплолікування (лікувальна грязь, озокерит, парафін, 39-42 °С, 15-20 хв., через день, 10-12 процедур) та сегментальні аплікації 39-41 °С ("комірець", паравертебральна ділянка, попереково-куприкова ділянка), 15-20 хв., № 10-12.

Призначались загальні сульфідні ванни, 60-100 мг/л, 37 °С через день, 10-15 хв., № 10-12, в комбінації із зрошенням ділянок, камерними ваннами або хлоридно-натрієві ванни малої та середньої мінералізації, 36-37 °С, 10-15 хв., 10-12 процедур; рапні ванни, 40 г/л, 36 °С, 12-15 хв., № 10-12; радонові ванни 5-20 нКі/л, 36-37 °С, 12-15 хв., № 10-12.

ЛФК включала ранкову гігієнічну гімнастику і теренкур.

Апаратна фізіотерапія. Загальне УФО (з 1/2 біодози, збільшуючи експозицію через день на 1/2 біодози до 3-х біодоз максимум), на курс 10-14 опромінювань. Електрофорез по Щербакі: 0,5 % розчину новокаїну, 0,5 % розчину димедролу, 5 % розчину кальцію хлориду. Інтраназальний електрофорез: 5% розчину тіаміну, 10 % розчину кальцію хлориду, 0,5 % розчину димедролу.

Електросон призначався в залежності від функціонального стану нервової системи (при високій збудливості – частота струму 30 – 40 Гц,

при переважанні гальмівних процесів – 40-120 Гц, 30-40 хв., № 10-12).

За важкого перебігу хвороби призначалась PUVA-терапія. В якості фотосенсибілізуючих засобів використовувався псорален, бероксан, пувален (за 2 год. до опромінення, дози 0,6 – 0,8 мг на 1 кг ваги тіла), 3 – 4 процедури на тиждень; після зникнення висипань опромінення проводили двічі на тиждень протягом 3 – 4 тижнів, потім 1 раз на тиждень протягом місяця, в подальшому – 1 раз на 2 тижні.

Ультразвукова терапія проводилась безпосередньо на ділянку ураження, лабільно, 0,3 – 0,6 Вт/см, 10-12 хв, № 10 – 12; застосовувався фонофорез лікарських засобів (кортикостероїди, вітаміни, димедрол, іхтіол та ін.).

Вживались також наступні засоби:

- електрофорез димедролу-інтраназально або по Вермелю, бром-кальцій-електрофорез;
- мікрохвильова терапія дистанційно, доза слаботеплова, 10-12 хв., № 10 – 15;
- місцева дарсонвалізація або ультратонотерапія (тихий розряд);
- індуктотермія на ділянку наднирників, доза теплова, сила струму 200 – 250 мА, 15 – 20 хв., № 10 – 15;
- діадинамотерапія на ділянку шийних симпатичних вузлів, до відчуття вібрації, 10 хв., № 6 – 10;
- магнітотерапія змінним або постійним магнітним полем на зону ураження, № 10 – 20;
- рефлексотерапія в залежності від перебігу процесу та динаміки симптомів.

Термін реабілітації 24 дні.

**Псоріаз.** Лікування було складним та багатокомпонентним. Основою лікувального комплексу було кліматолікування. Дієтотерапія передбачала при всіх формах псоріазу дієту № 7, їжу, збагачену вітаміном А, з обмеженим вмістом тваринних жирів, вуглеводів та кухонної солі.

Бальнеолікування включало хлоридно-натрієві ванни малої або середньої мінералізації, 36 – 38 °С, 15 хв.; сірководневі ванни, 80–120 мг/л, 36 – 37 °С, 10–15 хв.; рапні ванни, 40–60 г/л, 36 °С, 12–15 хв.; радонові ванни малої та середньої концентрації, 36 °С, 10–15 хв.

Теплолікування: лікувальна грязь, парафін, озокерит на “комірцеву” ділянку, паравертбрально, на попереково-куприкову ділянку, 39 – 41 °С, 15–20 хв., № 12–14.

Фармакотерапія проводилась згідно показань.

Апаратна фізіотерапія: взимку – загальне УФО, починаючи з  $\frac{1}{2}$  біодози з наступним збільшенням експозиції на  $\frac{1}{2}$  біодози до 3-х біодоз максимум, через день, № 12–15.

ЛФК: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, теренкур.

Рефлексотерапія застосовувалась залежно від перебігу процесу та динаміки симптомів.

Термін реабілітації – 24 дні.

**Кропив'янка.** Дієтотерапія передбачала індивідуальну протиалергічну дієту з обмеженням гострих приправ, яєчного білка, копчених продуктів, консервації, цитрусових, шоколаду. Перед початком лікування проводилось алергологічне обстеження.

Кліматолікування проводилось з великою обережністю.

Бальнеолікування проводилось за методиками, описаними для лікування псоріазу.

Фармакотерапія ґрунтувалась на седативній та гіпосенсибілізуючій терапії.

Апаратна фізіотерапія: електрофорез на комірцеву зону або на попереково-куприкову ділянку 5% розчину кальцію хлориду, 0,5% розчину новокаїну, 2 % розчину натрію броміду. Застосовувався також інтраназальний електрофорез вищеназваних препаратів.

Електросон здійснювався згідно показань та методикою, описаними джля лікування atopічного дерматиту.

Термін реабілітації – 24 дні.

### **Висновок**

Розроблені програми реабілітації для хворих на хронічні дерматози. Базові програми були ідентичними для усіх хвороб і включали дієту, теплолікування, ЛФК, кліматотерапію, бальнеотерапію, апаратну фізіотерапію, нетрадиційні методи та фармакотерапію. Ці базові програми були індивідуалізовані для кожного виду хронічних дерматозів.

**Подальше вдосконалення** медичної, психофізіологічної та психогігієнічної реабілітації, корекції функціонального стану і професійної дієздатності дітей та підлітків з хронічними дерматозами відкриває нові перспективи в лікуванні цієї патології.

### Список літератури

1. Іщейкін К. Є. Індивідуалізація лікування дітей, хворих на атопічний дерматит, у залежності від клініко-патогенетичних варіантів його перебігу / Автореф. дис. канд. мед. наук. К. Є. Іщейкін. – Х., 2003.- 20 с.
2. Коляденко Е. В. Почему ультрафиолетовые лучи в гиперэритальных дозах не вызывают злокачественного перерождения эпидермиса при псориазе. / Е.В.Коляденко // Матеріали II з'їзду Всеукраїнської асоціації фізіотерапевтів та курортологів; науково-практичної конференції із міжнародною участю [“Лікувальні фізичні чинники та здоров'я людини”],- (Одеса, 28-29 трав. 2003 р.) – К.: Купріянова, 2003.- С. 348.
3. Комар В. С. Захворювання шкіри / В.С.Комар // Медична реабілітація в санаторно-курортних закладах ЗАТ “Укрпрофоздоровниця”; / За ред. Колесник Е.О. – К.: “Купріянова”, 2005.- С. 196 – 201.
4. Лемко І. С. Обґрунтування бальнеологічного лікування при псоріазі / І. С. Лемко, К. І. Вагерич, М. О. Гайсак./ Матеріали III з'їзду фізіотерапевтів, курортологів та медичних реабілітологів, м.Ялта, 30 верес. – 3 жов. 2008 р.- К.: “Купріянова, 2008.- С. 184-185, 2003. – 512 с.
5. Основи курортології / [за ред. М. В. Лободи, Е. О. Колесника.]-К.: Купріянова, 2003. – 512 с.
6. Поберская В.А. Современные подходы к санаторно-курортному лечению детей в соответствии с государственной программой «Здоровье нации» / В.А.Поберская / Матеріали II з'їзду Всеукраїнської асоціації фізіотерапевтів та курортол.; наук.-практ. конф. із міжнар. уч. [“Лікувальні фізичні чинники та здоров'я людини”] (Одеса, 28 – 29 трав. 2003 р.) – К.: Купріянова; 2003.- С. 385 – 386.
7. Цаплина Г. В. Влияние лечебных факторов санатория «Очаков» на кожные заболевания / Г.В. Цаплина// Матеріали II з'їзду Всеукр. асоц. фізіотерапевтів та курортол.; наук. – практич. конф. із міжнарод. уч. [“Лікувальні фізичні чинники та здоров'я людини”], (Одеса, 28 – 29 травня 2003 р.) – К.: Купріянова; 2003. – С. 244 – 245.

### ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

П.В. Цвень, Г. Б. Голяченко, В. С. Киливник (Тернополь)

Приведены данные относительно особенностей проведения восстановительного лечения детей и подростков, страдающих хроническими дерматозами (ХД). Определены особенности применения реабилитационных мероприятий в санаторных условиях в зависимости от формы ХД.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **восстановительное лечение, хронические дерматозы, дети та подростки.**

### MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN AND TEENAGERS WITH CHRONIC DERMATOSES

P. V. Tsven., H. B. Holiachenko., V.S. Kylyvnyk (Ternopil)

Data is provided on peculiarities of medical rehabilitation of children and teenagers suffering from chronic dermatosis. Peculiarities of rehabilitation measures in sanatorium conditions depending on the form of chronic dermatosis.

KEY WORDS: **medical rehabilitation, chronic dermatosses, children and teenagers.**

Рецензент: к.мед.н. М. Ф. Корнелишин

УДК 617.7-007+615.2/614.2(477):001.5

С. О. РИКОВ<sup>1</sup>, Д. В. БАРИВОНЧИК<sup>2</sup>, О. П. ВІТОВСЬКА<sup>3</sup> (Київ)

## РОЛЬ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ У ФОРМУВАННІ РІВНІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ПЕРВИННУ ГЛАУКОМУ

<sup>1</sup> Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика<sup>2</sup> ДУ «Інститут медицини праці АМН України»<sup>3</sup> Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Дослідженням встановлено, що медико-соціальні фактори мають вплив на рівні захворюваності та поширеності серед населення України первинної глаукоми. Вищі рівні медико-організаційного забезпечення офтальмологічної служби збільшують рівні захворюваності та поширеності первинної глаукоми, внаслідок більш кращого виявлення патології та спостереженням за хворими в закладах системи охорони здоров'я. Медико-демографічні фактори формують високий популяційний ризик захворюваності та поширеності серед населення первинної глаукоми – переважання у популяції населення жіночої статі, міського населення, населення старшого за 65 років.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** глаукома, захворюваність, поширеність, медико-соціальні фактори, організація медичної допомоги, демографія.

Первинна глаукома є однією із значних проблем сучасної системи охорони здоров'я України, що визначається стрімкими темпами збільшення рівнів захворюваності населення на цю патологію та високими рівнями інвалідності цих хворих, внаслідок швидкого розвитку у них слабкозорості й сліпоти [4, 5].

Дослідженнями було встановлено, що на долю соціальних чинників припадає 51–52% визначального впливу на здоров'я людини. Доведено, що зміни у способі життя відіграють значну роль у виникненні та прогресуванні майже всіх захворювань людини [2].

Багатьма дослідниками встановлено, що на рівень поширеності захворювань органа зору населення України та країн СНД впливають наступні медико-соціальні фактори: професія, сімейний стан, рівень освіти, умови проживання, навчання, праці [1]. Також встановлено, що виникнення у людини офтальмологічної патології із розвитком сліпоти та слабкозорості значно знижує якість її життя, що в свою чергу визначає ще більший вплив способу життя на прогнозування захворювання [6].

Раніше проведеними в Україні дослідженнями Рикова С. О. було доведено, що медико-соціальні фактори мають прямий вплив на доступність та якість наданої офтальмологічної допомоги і визначають темпи прогресування патології та ступень інвалідизації хворих [3].

Однак до теперішнього часу в Україні не досліджено вплив медико-організаційних та меди-

ко-демографічних факторів на рівні захворюваності та поширеності серед населення первинної глаукоми, що визначило актуальність даного дослідження, метою якого було: встановити роль медико-соціальних факторів у поширеності серед населення України цієї патології.

**Матеріали і методи.** Встановлення ролі медико-організаційних та медико-демографічних факторів у формуванні популяційних рівнів захворюваності та поширеності первинної глаукоми серед населення України проведено із використанням кореляційного аналізу в розрізі областей за період 2003–2007 рр. Оцінка детермінованості рівнів захворюваності та поширеності первинної глаукоми в залежності від цих факторів оцінена із використанням множинного багатоступеневого лінійного регресійного аналізу. Детермінуючий внесок цих факторів оцінено за допомогою факторного аналізу, за показником –  $\eta^2$ . А їх співвідношення із визначенням детермінаційних кластерів, – з використанням кластерного аналізу (за евклідовою дистанцією розподілу К-середніх).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Медико-організаційні фактори. Дослідженням встановлено, що серед досліджених 11-и медико-організаційних факторів на рівень захворюваності населення глаукомою впливають 7 (63,6%), а саме: на рівні системи охорони здоров'я – рівень забезпечення населення медичними сестрами та госпіталізацією в стаціонар ( $r=0,38-0,43$ ); на рівні офтальмологічної служби – забезпеченість населення лікарями-офтальмологами, офтальмологічними ліжками в стаціонарі, опе-

раціями на органі зору, укомплектованість штатних посад лікарів-офтальмологів та рівень прооперованих хворих з глаукомою ( $r=0,35-0,54$ ) ( $p<0,05$ ) (табл. 1).

Дослідженням не встановлені кореляційні зв'язки між рівнями захворюваності та поширеності глаукоми серед населення країни та такими медико-організаційними факторами, як число лікарів

Таблиця 1. Кореляційні залежності між показниками організації медичної допомоги населенню та захворюваністю населення глаукомою (1999-2006 р.р.) ( $p<0,05$ )

| Організацій фактори   | Захворюваність  |                | Поширеність     |                |     |
|---|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----|
|   | Середній рівень | Річний приріст | Середній рівень | Річний приріст | КНП |
| <i>Система охорони здоров'я</i>                                       |                 |                |                 |                |     |
| Забезпеченість населення медичними сестрами (X16)                     | 0,38±0,04       | –              | 0,43±0,08       | –              | –   |
| Забезпеченість населення госпіталізацією в стаціонар (X17)            | –               | –              | 0,43±0,08       | –              | –   |
| <i>Офтальмологічна служба</i>   |                 |                |                 |                |     |
| Забезпеченість населення лікарями-офтальмологами (X18)                | 0,36±0,04       | –              | 0,38±0,05       | –              | –   |
| Укомплектованість штатних посад лікарів-офтальмологів (X19)           | –               | –              | –               | 0,37±0,05      | –   |
| Забезпеченість населення офтальмологічними ліжками в стаціонарі (X20) | 0,38±0,05       | –              | 0,47±0,08       | –              | –   |
| Забезпеченість населення операціями на органі зору (X21)              | 0,41±0,07       | –              | 0,43±0,08       | –              | –   |
| Прооперованих хворих з глаукомою (X22)                                | 0,38±0,05       | 0,44±0,07      | –               | 0,54±0,08      | –   |

(фізичних осіб), забезпечення населення лікарняними ліжками, середня тривалість перебування хворих в стаціонарі, обіг ліжка в стаціонарі.

Чим вище рівень медико-організаційного забезпечення населення офтальмологічною допомогою, тим вищі і рівні захворюваності та поширеності глаукоми серед населення, що пояснюється кращим виявленням патології та спостереженням за хворими в закладах системи охорони здоров'я. І навпаки – чим вищі показники прооперованих хворих із глаукомою, тим нижчі рівні її захворюваності та поширеності.

Проведеним множинним багатоступеневим лінійним регресійним аналізом ( $R^2=0,51-0,59$ ,  $p=0,0003-0,005$ ) встановлено, що рівні захворюваності та поширеності глаукоми серед населення детерміновані наступними медико-організаційними факторами: забезпеченість населення медичними сестрами, укомплектованістю штатних посад лікарів-офтальмологів, забезпеченістю населення операціями на органі зору та рівнями прооперованих хворих з глаукомою (табл. 2).

Факторним аналізом визначено (за показником  $\eta^2$ ), що у формування популяційних рівнів захворюваності населення на глаукому детермінуючий вклад (83,3 %) визначається чотирма медико-організаційними факторами: забезпеченість населення – лікарями-офтальмологами ( $\eta^2=-0,87$ ), операціями на органі зору ( $\eta^2=-0,81$ ), офтальмологічними ліжками в стаціонарі ( $\eta^2=-0,76$ ), медичними сестрами ( $\eta^2=-0,75$ ) (табл. 2).

Кластерним аналізом встановлено, що медико-організаційні фактори ризику, які формують високі популяційні рівні захворюваності на глаукому, утворюють три детермінаційні кластери (евклідова дистанція):

- 1) забезпеченість населення медичними сестрами (рівень лінкіджу – 100,0 %);
- 2) забезпеченість населення операціями на органі зору (рівень лінкіджу – 48,0 %);
- 3) всі інші (5) фактори, що досліджувались (рівень лінкіджу – 48,0 %).

Це вказує на необхідність управління за цими незалежними між собою факторами ризику для зниження популяційних рівнів захворювання на глаукому (рис. 1).

*Медико-демографічні фактори.* Дослідженням встановлено, що серед досліджених 17-и медико-організаційних факторів на рівень захворюваності населення глаукомою впливають 8-(47,1 %): частка жіночого населення у популяції ( $r=0,54-0,58$ ), частка міського населення у популяції ( $r=0,40-0,43$ ), загальний показник смертності населення ( $r=0,39-0,40$ ), природний приріст населення ( $r=-0,49--0,50$ ), частка населення старшого за 65 та за 75 років ( $r=0,37-0,39$ ), очікувана тривалість життя при народженні ( $r=0,38$ ), різниця тривалості життя між жінками та чоловіками ( $r=0,34$ ) ( $p<0,05$ ) (табл. 3).

Дослідженням не встановлені кореляційні зв'язки між рівнями захворюваності та поширеності глаукоми серед населення країни та ме-

Таблиця 2. Детермінація рівнів захворюваності та поширеності глаукоми серед населення України в залежності від медико-організаційних факторів (за даними множинно-багатоступеневого регресійного та факторного аналізів)

| Фактори   | Захворюваність       |                     | Поширеність          |                     |           | $\eta^2$  |
|-----------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|-----------|-----------|
|           | Середній рівень (Y1) | Річний приріст (Y2) | Середній рівень (Y3) | Річний приріст (Y4) | КНП (Y5)  |           |
| <i>B:</i> |                      |                     |                      |                     |           |           |
| X16       | 0,32±0,15*           | –                   | –                    | –                   | –         | -0,749    |
| X17       | –                    | –                   | 0,32±0,16            | –                   | 0,20±0,19 | -0,239    |
| X18       | –                    | –                   | –                    | –                   | –         | -0,866    |
| X19       | -0,53±0,16*          | –                   | -0,35±0,18           | –                   | –         | -0,421    |
| X20       | –                    | –                   | 0,23±0,18            | –                   | –         | -0,758    |
| X21       | 0,51±0,15*           | –                   | 0,43±0,18*           | –                   | –         | -0,807    |
| X22       | -0,69±0,16*          | -0,44±0,17*         | -0,36±0,18           | -0,53±0,16*         | 0,29±0,19 | 0,025     |
| $R^2$     | 0,59                 | 0,20                | 0,51                 | 0,30                | 0,11      | –         |
| $F$       | 8,12                 | 3,68                | 4,67                 | 10,67               | 1,67      | –         |
| $p$       | <0,0003              | <0,017              | <0,005               | <0,03               | >0,05     | –         |
| Загалом   |                      |                     |                      |                     |           | 2,77±0,40 |

Примітки: \* -  $p < 0,01$  Фактори: X16 – забезпеченість населення медичними сестрами; X17 – забезпеченість населення госпіталізацією в стаціонар; X18 – забезпеченість населення лікарями-офтальмологами; X19 – укомплектованість штатних посад лікарів-офтальмологів; X20 – забезпеченість населення офтальмологічними ліжками в стаціонарі; X21 – забезпеченість населення операціями на органі зору; X22 – прооперовані хворі з глаукомою.

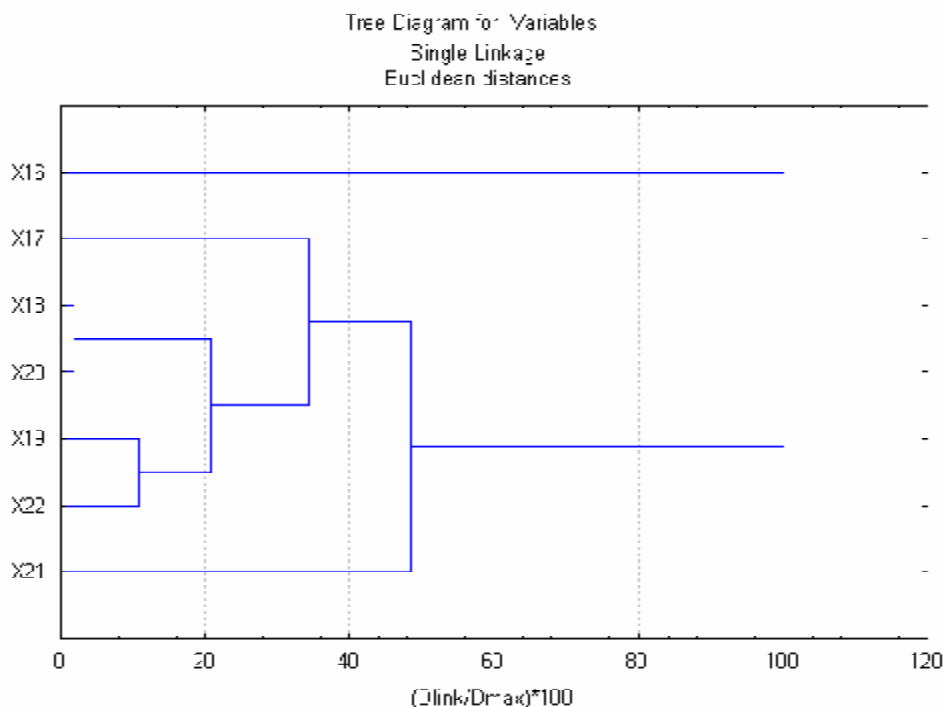


Рис. 1. Взаємозв'язок та факторний вклад (%) медико-організаційних факторів у багатофакторну модель захворюваності на глаукому населення України (за даними кластерного аналізу)

дико-демографічними факторами: щільністю населення віком понад 65 років.

Проведеним множинним багатоступеневим лінійним регресійним аналізом ( $R^2=0,43-0,45$ ,  $p=0,001-0,008$ ) встановлено, що рівні захворюваності та поширеності серед населення глаукомою детерміновані наступними медико-демографіч-

ними факторами: часткою у популяції – чоловічого/жіночого населення, міського/сільського населення, різницею тривалості життя між жінками та чоловіками (табл. 4).

Факторним аналізом визначено (за показником  $\eta^2$ ), що у формування популяційних рівнів захворюваності населення на глаукому детер-

Таблиця 3. Кореляційні залежності між медико-демографічними факторами та захворюваністю населення глаукомою (1999-2006 рр.) ( $p < 0,05$ )

| Демографічні фактори                                     | Захворюваність  |                | Поширеність     |                |     |
|--|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----|
|  | середній рівень | річний приріст | середній рівень | річний приріст | КНП |
| Частка жіночого населення у популяції (X23)              | 0,54±0,06       | –              | 0,58±0,06       | –              | –   |
| Частка міського населення у популяції (X24)              | 0,43±0,05       | –              | 0,40±0,05       | –              | –   |
| Загальний показник смертності населення (X25)            | 0,40±0,05       | –              | 0,39±0,05       | –              | –   |
| Природний приріст населення (X26)                        | 0,49±0,05       | –              | 0,50±0,05       | –              | –   |
| Частка населення старшого за 65 років (X27)              | 0,37±0,04       | –              | 0,37±0,04       | –              | –   |
| Частка населення старшого за 75 років (X28)              | 0,36±0,04       | –              | 0,39±0,04       | –              | –   |
| Очікувана тривалість життя при народженні (X29)          | –               | –              | –               | 0,38±0,04      | –   |
| Різниця тривалості життя між жінками та чоловіками (X30) | –               | –              | –               | 0,34±0,04      | –   |

мінуючий вклад (91,5 %) визначають п'ять медико-демографічних факторів: частка жіночого населення у популяції ( $\eta^2=0,89$ ), різниця у тривалості життя між жінками та чоловіками ( $\eta^2=0,71$ ) (табл. 4).

Кластерним аналізом встановлено, що медико-демографічними факторами ризику, які формують високі популяційні рівні захворюваності на глаукому, утворюють два детермінаційні кластера (евклідова дистанція):

1) три досліджені фактори – частка у популяції жіночого/чоловічого населення, міського/сільського населення та очікувана тривалість життя при народженні (рівень ліквіджу – 48,0 %);

2) інші 5 факторів (рівень ліквіджу – 36,0 %).

Це вказує на необхідність управління за цими незалежними між собою факторами ризику, для зниження популяційних рівнів захворювання на глаукому (рис. 2).

Таблиця 4. Детермінація рівнів захворюваності та поширеності глаукоми серед населення України в залежності від медико-демографічних факторів (за даними множинно-багатоступеневого регресійного та факторного аналізів)

| Фактори   | Захворюваність       |                     | Поширеність          |                     |          | $\eta^2$      |
|-----------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|----------|---------------|
|           | середній рівень (Y1) | річний приріст (Y2) | середній рівень (Y3) | річний приріст (Y4) | КНП (Y5) |               |
| <i>B:</i> |                      |                     |                      |                     |          |               |
| X23       | 0,33±0,27            | –                   | <b>0,64±0,18*</b>    | –                   | –        | <b>0,888</b>  |
| X24       | <b>0,41±0,18*</b>    | –                   | 0,29±0,16            | –                   | –        | 0,148         |
| X25       | 0,35±0,30            | –                   | –                    | –                   | –        | <b>0,944</b>  |
| X26       | –                    | –                   | –                    | –                   | –        | <b>-0,955</b> |
| X27       | –                    | –                   | –                    | –                   | –        | <b>0,896</b>  |
| X28       | –                    | –                   | –                    | 0,28±0,17           | –        | <b>0,856</b>  |
| X29       | –                    | 0,21±0,19           | –                    | <b>0,39±0,18*</b>   | –        | -0,430        |
| X30       | -0,33±0,22           | –                   | -0,26±0,18           | –                   | –        | <b>0,711</b>  |
| $R^2$     | 0,43                 | 0,04                | 0,45                 | 0,22                | –        | –             |
| $F$       | 4,40                 | 1,22                | 6,48                 | 3,61                | –        | –             |
| $p$       | <0,008               | >0,05               | <0,001               | <0,04               | –        | –             |
|           |                      |                     |                      |                     | Загалом  | 4,83±0,60     |

Примітки: \* -  $p < 0,01$  Фактори – X23 – частка жіночого населення у популяції; X24 – частка міського населення у популяції; X25 – загальний показник смертності населення; X26 – природний приріст населення; X27 – частка населення старшого за 65 років; X28 – частка населення старшого за 75 років; X29 – очікувана тривалість життя при народженні; X30 – різниця тривалості життя між жінками та чоловіками



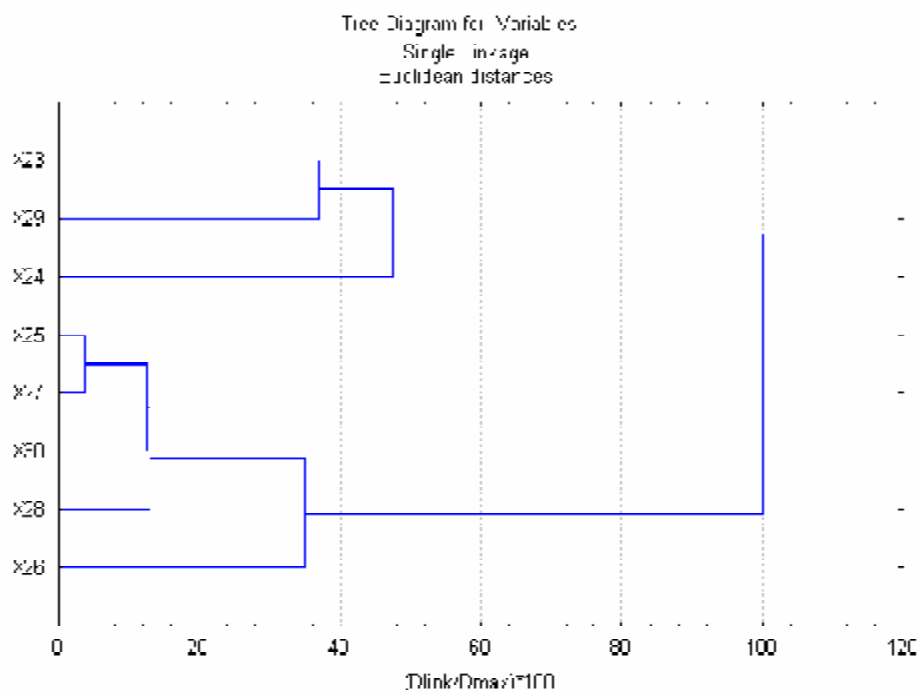


Рис. 2. Взаємозв'язок та факторний вклад (%) медико-демографічних факторів у багатofакторну модель захворюваності на глаукому населення України (за даними кластерного аналізу)

### Висновки.

Проведеним дослідженням встановлено, що медико-соціальні фактори, що вивчались, мають вплив на рівні захворюваності та поширеності серед населення України первинної глаукоми. Вищі рівні медико-організаційного забезпечення офтальмологічної служби збільшують рівні захворюваності та поширеності первинної глаукоми внаслідок кращого виявлення патології та спостереженням за хворими в закладах системи охорони здоров'я.

Визначені медико-демографічні фактори, які формують високий популяційний ризик захворюваності та поширеності серед населення первинної глаукоми – переважання у популяції: населення жіночої статі, міського населення, населення старшого за 65 років.

Встановлені закономірності доцільно враховувати при аналізі статистичних даних про захворюваність населення в Україні на первинну глаукому та при розробці заходів популяційної профілактики серед населення та організації медичної допомоги хворим.

### Список літератури

1. Медведовська Н. В. Вивчення впливу основних соціально-економічних чинників на формування і розвиток очної патології / Н. В. Медведовська // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – №4. – С. 27–28.
2. Нагорна А. М. Життя і здоров'я / А. М. Нагорна. – Донецьк, 2001. – 362 с.
3. Рыков С. О. Вплив медико-соціальних факторів на поширеність захворювань органа зору серед населення України і на діяльність офтальмологічної служби та напрямки її реформування / С. О. Рыков // Військова медицина України. – 2003. – Т.3, №3–4. – С. 45–52.
4. Рыков С.А. Заболеваемость, распространенность офтальмопатологии и инвалидность вследствие нее в Украине / С.А. Рыков, О.П. Витовская, Г.И. Степанюк // Новости глаукомы. – 2009. – №1. – С. 34–35.
5. Рыков С.А. Заболеваемость, распространенность офтальмопатологии и инвалидность вследствие нее в Украине / С.А. Рыков, О.П. Витовская, Г.И. Степанюк // Новости глаукомы. – 2009. – №2. – С. 34.
6. World Health Statistic annual 2001 / WHO. – Geneva: WHO, 2002. – 835 p.

### РОЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ УРОВНЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ

С. А. Рыков, Д. В. Варивончик<sup>2</sup>, О. П. Витовская<sup>3</sup> (Киев)

Исследованием установлено, что медико-социальные факторы имеют влияние на уровни заболеваемости и распространенности среди населения Украины первичной глаукомы. Более высокие уровни медико-организационного обеспечения офтальмологической службы увеличивают уровни заболеваемости и

распространенности первичной глаукомы, вследствие лучшего выявления патологии и наблюдением за больными в учреждениях системы здравоохранения. Медико-демографические факторы формируют высокий популяционный риск заболеваемости и распространенности среди населения первичной глаукомы – преобладания в популяции населения женского пола, городского населения, население старше 65 лет.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** глаукома, заболеваемость, распространенность, медико-социальные факторы, организация медицинской помощи, демография.

## THE ROLE OF MEDICAL AND SOCIAL FACTORS IN FORMING OF PRIMARY GLAUCOMA PREVALENCE IN UKRAINE

S. A. Rikov, D. V. Varivonchik, O. P. Vitovska (Kyiv)

The results of investigation have demonstrated that medical and social factors influence on the level of glaucoma prevalence in Ukraine. High level of medical and organizational support leads to increased level of glaucoma prevalence and incidence due to the better disease intelligence. Medical and social factors form high population risk of the disease.

**KEY WORDS:** glaucoma, prevalence, incidence, medical and social factors.

Рецензент: к.мед.н. О. І. Хара

## ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 614.2:351.713

О. М. ГОЛЯЧЕНКО, Н. Я. ПАНЧИШИН, В. Л. СМІРНОВА (Тернопіль)

## НОВІ ПІДХОДИ ДО РЕФОРМУВАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

У статті наводяться розрахунки спеціального вивчення потреби в стаціонарній допомозі, яка організована відповідно до принципу гострого перебігу хвороби та інтенсивності лікування хвороб.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** реформування, стаціонарна допомога, нормативи забезпечення.

Питання реорганізації охорони здоров'я в Україні перейшло в практичну площину. Серед розмаїття проблем, які стоять на цьому шляху, однією з найгостріших є реформа стаціонарної допомоги. Забезпеченість ліжками в Україні є однією із найбільших у світі, однак результати діяльності ліжок не відповідають потребам сьогодення.

Однією з головних причин є застаріла методика відбору хворих на госпіталізацію, яка орієнтується на розподіл хворих не за гостротою перебігу хвороби, а за фахами.

**Мета дослідження** полягає у встановленні нормативів забезпечення стаціонарної допомоги згідно гостроти перебігу хвороби.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано діяльність міських лікарень у містах: Тернополі, Луцьку та Сумах. Ця діяльність була піддана експертній оцінці. В якості експертів виступали провідні фахівці цих лікарень. Використані статистичний метод та метод експертних оцінок.

© О. М. Голяченко, Н. Я. Панчишин, В. Л. Смірнова, 2010

**Результати дослідження та їх обговорення.** Організація стаціонарної допомоги відповідно принципу інтенсивності лікування є новим і складним завданням, яке вимагає всебічного наукового обґрунтування, передбачає докорінну перебудову усього стаціонарного процесу потребує від організаторів охорони здоров'я неординарних рішень та сильної управлінської волі.

В таблицях 1—3 представлено результати нашого вивчення цієї проблеми. Як видно із табл. 1, контингент нині шпиталізованих хворих за гостротою перебігу патологічного процесу може бути поділений на три групи: першу, найчисельнішу, складають хворі з гострим перебігом хвороби (52,1 %), другу — хронічні хворі в період загострення хвороби (39,0 %) і третю — хронічні хворі (8,9 %).

Серед окремих хвороб цей розподіл має свої особливості. Так, серед інфекційних хвороб гострі форми склали 82,7 %, серед хвороб органів дихання — 83,5 %, а серед хвороб системи кровообігу — лише 16,2 %.

Таблиця 1. Розподіл шпиталізованих за гостротою перебігу хвороби

| Хвороби                         | Гострі            |              | Хронічні загострені |              | Хронічні          |              |
|---------------------------------|-------------------|--------------|---------------------|--------------|-------------------|--------------|
|                                 | на 1000 населення | %            | на 1000 населення   | %            | на 1000 населення | %            |
| Інфекційні та паразитарні       | 4,3               | 11,7         | 0,2                 | 0,7          | -                 | -            |
| Новоутворення                   | -                 | -            | 0,3                 | 1,1          | 0,2               | 3,2          |
| Ендокринної системи             | 0,4               | 1,1          | 0,6                 | 2,2          | 0,4               | 6,3          |
| Нервової системи                | 0,3               | 0,9          | 2,8                 | 10,3         | 0,2               | 3,2          |
| Органів зору                    | 0,2               | 0,6          | 0,2                 | 0,7          | -                 | -            |
| Вуха і соскоподібного відростка | 0,3               | 0,9          | 0,4                 | 1,5          | -                 | -            |
| Системи кровообігу              | 1,6               | 4,4          | 6,9                 | 25,1         | 1,4               | 22,2         |
| Органів дихання                 | 19,7              | 53,8         | 3,4                 | 12,4         | 0,5               | 7,9          |
| Органів травлення               | 1,8               | 4,9          | 4,2                 | 15,3         | 1,0               | 15,9         |
| Сечових органів                 | 1,4               | 3,8          | 2,0                 | 7,3          | 0,2               | 3,2          |
| Жіночих статевих органів        | 0,6               | 1,6          | 1,0                 | 3,6          | 0,3               | 4,8          |
| Шкіри та підшкірної клітковини  | 1,6               | 4,4          | 2,6                 | 9,5          | 1,8               | 28,6         |
| Кістково-м'язової системи       | 0,5               | 1,4          | 2,4                 | 8,8          | 0,2               | 3,2          |
| Травми                          | 3,9               | 10,7         | -                   | -            | -                 | -            |
| Інші                            | -                 | -            | 0,4                 | 1,5          | 0,1               | 1,5          |
| <b>Разом</b>                    | <b>36,6</b>       | <b>100,0</b> | <b>27,4</b>         | <b>100,0</b> | <b>6,3</b>        | <b>100,0</b> |

Період загострення переважав серед шпиталізованих з приводу хвороб нервової системи (84,8 %), хвороб органів травлення (60,0 %), хвороб кістково-м'язової системи (77,4 %) тощо.

Якщо розглядати структуру різних форм захворювань, то серед гострих форм переважали хвороби органів дихання (53,8 %), інфекційні хвороби (11,7 %) і травми (10,7 %), серед хронічних захворювань в стадії загострення — хвороби системи кровообігу (25,1 %), хвороби органів травлення (15,3 %) і хвороби органів дихання (12,4 %), серед хронічних хвороб — хвороби шкіри та підшкірної клітковини (28,6 %), хвороби

системи кровообігу (22,2 %) та хвороби органів травлення (15,9 %).

Якщо розподілити усіх шпиталізованих згідно характеру або інтенсивності лікування, то 5,9 % з них потребують інтенсивного лікування, після чого 5,6 % мають бути переведені у відділення для одужуючих; 57,5 % або більшість можуть лікуватись у відділеннях для планових хворих або тих, що не вимагають інтенсивного лікування; кожен п'ятий шпиталізований (22,3 %) потребує соціальної та медичної реабілітації і майже кожен десятий хворий (8,7 %) може перебувати в денному стаціонарі або лікуватись удома (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл шпиталізованих по відділеннях згідно характеру лікування

| Показник  | Відділення інтенсивного лікування | Переведені із відділення інтенсивного лікування у відділення для одужуючих | Відділення для планових хворих та гострих хворих, що не вимагають інтенсивного лікування | Відділення соціальної та медичної реабілітації | Денні стаціонари та стаціонари удома |
|---|-----------------------------------|--|--|--|--------------------------------------|
| Розподіл хворих, %  | 5,9                               | 5,6  | 57,5   | 22,3   | 8,7                                  |
| Пересічне число фахівців для надання допомоги із розрахунку на одного хворого | 2,9                               | 2,2  | 1,4  | 1,2  | 1,1                                  |
| Пересічні терміни лікування, у днях   | 2,8                               | 13,0   | 12,3   | 20,9   | 7,8                                  |
| Пересічне число ліжок із розрахунку на 1 посаду лікаря                        | 1,1                               | 10   | 29   | 38   | 20                                   |
| Необхідне число ліжок для надання допомоги 10000 хворих                       | 0,34                              | 1,51   | 14,5   | 9,6  | 1,4                                  |

Характер медичної допомоги у відділеннях з різною інтенсивністю лікування представлено в табл. 3. Як видно із табл. 3, у відділеннях інтенсивного лікування потрібні передовсім фахівці з реаніматології, кардіології, травматології і хірургії (їхня частка в загальному обсязі допомоги складає 75,9 %). У відділеннях для планових хворих

спектр допомоги значно ширший, однак переважають фахівці із пульмонології, невропатології, хірургії, кардіології та травматології (загалом 51,5 %). У відділеннях соціальної та медичної реабілітації потрібні фахівці переважно із травматології (ортопедії), невропатології, дерматології, кардіології і пульмонології (загалом 74,6 %).

Таблиця 3. Характер медичної допомоги у відділеннях з різною інтенсивністю лікування, %

| Фах                      | Відділення інтенсивного лікування | Відділення для одужуючих після інтенсивного лікування | Відділення для планових хворих та гострих хворих, що не потребують інтенсивного лікування | Відділення соціальної та медичної реабілітації |
|--------------------------|-----------------------------------|---|---|--|
| Кардіологія              | 19,0                              | 23,8  | 8,4   | 8,8  |
| Гастроентерологія        | -                                 | -   | 4,3   | 2,9  |
| Пульмонологія            | 1,7                               | 2,3   | 13,5  | 8,4  |
| Ендокринологія           | 1,8                               | 2,4   | 2,6   | 4,8  |
| Гематологія              | -                                 | -   | 1,7   | -  |
| Психотерапія             | -                                 | 4,8   | 4,6   | 4,4  |
| Інфекційні хвороби       | -                                 | -   | 6,9   | -  |
| Хірургія                 | 13,8                              | 19,0  | 10,1  | 5,9  |
| Травматологія            | 15,5                              | 19,0  | 8,1   | 25,0   |
| Нейрохірургія            | 3,4                               | 2,3   | 0,3   | 1,5  |
| Урологія                 | -                                 | -   | 4,3   | -  |
| Акушерство і гінекологія | 5,2                               | 2,4   | 5,5   | 2,9  |
| Невропатологія           | 6,9                               | 9,5   | 11,5  | 22,1   |
| Отоларингологія          | 1,9                               | 4,8   | 6,3   | 1,6  |
| Офтальмологія            | 3,2                               | 4,7   | 5,5   | 1,4  |
| Дерматологія             | -                                 | -   | 6,1   | 10,3   |
| Реаніматологія           | 27,6                              | 5,0   | 0,3   | -  |
| Разом                    | 100,0                             | 100,0   | 100,0   | 100,0  |

Перебудова стаціонарної допомоги за принципом інтенсивності лікування призводить до якісно нових змін щодо потреби в ліжках і кадрах. Потреба зменшується, а ефективність організації суттєво зростає.

#### Висновки.

1. Організація стаціонарної допомоги за принципом гостроти перебігу хвороб та інтен-

сивності їх лікування призводить до зменшення потреби в лікарняних ліжках і підвищення ефективності їх функціонування.

2. Потребує наукового обґрунтування проблеми реалізації цього принципу на вторинному та третинному рівнях.

#### Список літератури

1. Галієнко Л. І. Наукове обґрунтування створення стандартів надання стаціонарною замінної медичної допомоги в денних стаціонарах загального профілю /Л.І. Галієнко //Віс. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 4. – С. 47-50.
2. Голяченко О. М. Українська здоровоохорона: як вийти з кризи. – Тернопіль, «Лілея», 2000. – 84 с.
3. Грузєва Т. С. Наукове обґрунтування державних соціальних нормативів забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою / Т. С. Грузєва //Віс. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 1. – С. 60-63.
4. Лазоришинець В. В. Комплексна характеристика ролі дитячих обласних лікарень в наданні медичної допомоги дітям /В. В. Лазоришинець, Р. О. Мойсеєнко, О. О. Дудіна, [та ін.] //Віс. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 3. – С. 21-28.
5. Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні. Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». – К., 2009.
6. Реформа охорони здоров'я в Україні /за ред. О. М. Голяченка. – Тернопіль: Лілея, 2006. – 160 с.
7. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік. – К., 2009. – 384 с.
8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – 360 с.

9. *Корецкий В.Л.* Оптимизация коечного фонда большого города / В.Л. Корецкий, В.Т. Бедный, Н.Г. Проданчук, И.В. Корецкий //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 6. – С. 29-32.

### **НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕФОРМИРОВАНИЮ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ**

*А. М. Голяченко, Н. Я. Панчишин, В. Л. Смирнова* (Тернополь)

В статье приводятся расчеты специального изучения потребности в стационарной помощи, которая организована согласно принципу острого течения болезни и интенсивности лечения болезней.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** реформирование, стационарная помощь, нормативы обеспечения.

### **NEW APPROACHES TO REFORMING OF THE INPATIENT HOSPITAL CARE**

*О. М. Holiachenko, N. Y. Panchyshyn, V. L. Smirnova* (Ternopil)

The article contains special study of the need in inpatient hospital care organized based on the principle of acute clinical course and of the intensity of treatment.

**KEY WORDS:** reforming, inpatient hospital care, health care standards.

*Рецензент:* д. мед. н., проф. В. А. Кондратюк

УДК 616-036.2(093.3):31

*О. К. ТОЛСТАНОВ, В. Й. ШАТИЛО, В. З. СВИРИДЮК* (Житомир)

## **ВИКОРИСТАННЯ КОЕФІЦІЄНТА ПОЄДНАННЯ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТА СТАТИСТИЧНОГО АНАЛІЗУ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ПОЛІМОРБІДНИХ ПАЦІЄНТІВ**

Управління охорони здоров'я Житомирської облдержадміністрації  
Житомирський інститут медсестринства

---

В статті наведено наукове обґрунтування нового показника для статистичного аналізу захворюваності у поліморбідних пацієнтів – коефіцієнта поєднання.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** коефіцієнт поєднання, поліморбідність, хронічний панкреатит.

---

Перебіг хвороб у переважної більшості хворих має поєднаний характер. У віці 40–70 років спостерігається 4–5 хронічних захворювань у одного пацієнта [5;6].

Поліморбідність (наявність одночасно кількох захворювань у одного пацієнта) є наслідком впливу урбанізації, надмірної індустріалізації, забруднення довкілля ксенобіотиками, рукотворних змін клімату, поглиблення соціального розшарування суспільства, безпрецедентної інтенсивності міграційних процесів, неправильного способу життя (зловживання алкоголем, паління, наркоманія), бездуховності і легковаж-

ної поведінки людей, яка полегшила передачу статевим і парентеральним шляхами венеричних і соматичних хвороб, таких як вірусний гепатит, хламідіоз, СНІД, хелікобактерна та TORCH-інфекції [5]. В Україні до вищеназваних факторів долучилась безпрецедентна за масштабами довгострокових негативних наслідків екологічна катастрофа – радіонуклідне забруднення довкілля внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Прооксидантна дія іонізуючого випромінювання інкорпорованих радіонуклідів має універсальний пошкоджуючий характер, що викликає мультиорганну патологію.

Така різнобарвна палітра етіологічних чинників спричиняє одночасне пошкодження

кількох органів і систем – мультиорганність уражень, яка за існуючою класифікацією хвороб (МКХ-10) закономірно трансформується в діагноз, що включає кілька нозологічних одиниць, – поліморбідність. Тому знання патогенетичних (синтропії, дистропії та інтерференції), гендерних і вікових особливостей поєднання хвороб набуває виняткового значення для їх діагностики у поліморбідних пацієнтів.

Синтропія характеризується наявністю двох або більше патогенетично пов'язаних захворювань, які сприяють виникненню та прогресуванню один одного.

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

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

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

З появою великих масивів даних на електронних носіях, так званих реєстрів, відкриваються нові перспективи дослідження взаємозв'язків між хворобами [1;2;3;4]. Зокрема повний реєстр подушної захворюваності на рівні району чи області дозволяє аналізувати характер поєднання захворювань, оскільки протягом певного проміжку часу в кожного конкретного пацієнта можуть бути зареєстровані всі діагнози за датою встановлення, прізвищем та фахом лікуючого лікаря, місцем встановлення (стаціонар, районна поліклініка, амбулаторія сімейного лікаря) та іншими показниками (вік, стать, місце проживання тощо), а сам реєстр на електронних носіях є зручним для його аналізу за допомогою комп'ютерних програм.

**Метою дослідження** стала розробка та апробація нового показника для покращення діагностики та статистичного аналізу захворюваності у поліморбідних пацієнтів – коефіцієнта поєднання.

**Матеріал і методи дослідження.** У дослідженні використано методи математичного моделювання та комп'ютерного програмування.

Джерелом інформації слугувала комп'ютерна база даних Житомирського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики стосовно повного обліку протягом 2002–2006 рр. 462131 уточненого діагнозу у 142700 жителів Коростенського, Овруцького та Олевського районів Житомирської області. Вибір саме цих районів був зумовлений тим, що в них протягом останніх 5-ти років накопичені дані суцільної подушної

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

**Результати дослідження та їх обговорення.** У табл. 1 представлено питому вагу різних класів хвороб у структурі захворюваності. Перші 3 місця за частотою займають: хвороби системи кровообігу, хвороби дихальної системи та хвороби органів травлення.

Для аналізу взаємозв'язків (синтропії, дистрофії та інтерференції) між нозологічними одиницями у поліморбідних пацієнтів за нашої участі було розроблено спеціальну комп'ютерну програму Polugon, яка дозволяє визначати коефіцієнт поєднання хвороб.

Коефіцієнт поєднання показує, у скільки разів частота супутньої патології більша при основному захворюванні (у нашому дослідженні при хронічному панкреатиті), ніж частота цієї нозологічної одиниці у загальній популяції:

$$K_p = C \times H / 3 \times O,$$

де  $K_p$  – коефіцієнт поєднання, од.;  $C$  – кількість випадків супутнього захворювання, виявлених протягом року при основному захворюванні;  $H$  – кількість населення;  $3$  – кількість випадків супутнього захворювання в загальній популяції;  $O$  – кількість випадків основного захворювання виявлених протягом року.

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

До сих пір поняття синтропії, дистропії та інтерференції залишалися якісними характеристиками через відсутність їх кількісного виміру і чіткого розмежування. Запропонований нами показник – коефіцієнт поєднання, виступає як числова міра закономірності поєднання хвороб. Він показує, у скільки разів супутня хвороба зустрічається частіше при основній хворобі, ніж серед населення. Якщо супутня хвороба спостерігається при основній з тією ж частотою, що й серед населення, то коефіцієнт поєднання дорівнює 1,0. Наприклад, в районі з чисельністю населення 100 тисяч протягом року зареєстровано 1000 хворих на хронічний панкреатит. У 50-ти з них спостерігалось поєднання хронічного панкреатиту з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки (ПВДК). У тому ж районі одночасно зареєстровано 5000 хворих з ПВДК. Відношення  $50/1000=0,05$  показує частоту ПВДК

Таблиця 1. Питома вага різних класів хвороб

| Клас хвороб | Рубрика хвороб за МКХ-10 | Назва класу   | Кількість випадків, абс. ч. | Питома вага у % до підсумку |
|-------------|--------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| I           | A00 – B99                | Деякі інфекційні та паразитарні хвороби   | 2914                        | 2,0±0,02                    |
| II          | C00 – D48                | Злоякісні новоутворення   | 2666                        | 0,6±0,01                    |
| III         | D50 – D89                | Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму   | 8840                        | 1,9±0,02                    |
| IV          | E00 – E90                | Ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин  | 29396                       | 6,4±0,03                    |
| V           | F00 – F99                | Розлади психіки та поведінки  | 244                         | 0,005±0,001                 |
| VI          | G00 – G99                | Хвороби нервової системи  | 16658                       | 3,6±0,03                    |
| VII         | H00 – H59                | Хвороби ока та придаткового апарату   | 8836                        | 1,9±0,02                    |
| VIII        | H60 – H95                | Хвороби вуха та соскоподібного відростка  | 20619                       | 4,5±0,03                    |
| IX          | I00 – I99                | Хвороби системи кровообігу  | 113582                      | 24,6±0,06                   |
| X           | J00 – J99                | Хвороби дихальної системи   | 79982                       | 17,3±0,06                   |
| XI          | K00 – K93                | Хвороби органів травлення   | 51210                       | 11,1±0,05                   |
| XII         | L00 – L99                | Хвороби шкіри та підшкірної клітковини  | 13819                       | 3,0±0,03                    |
| XIII        | M00 – M99                | Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини  | 45918                       | 9,9±0,04                    |
| XIV         | N00 – N99                | Хвороби сечостатевої системи  | 27129                       | 5,9±0,03                    |
| XV          | O00 – O99                | Вагітність, пологи та післяпологовий період   | 4122                        | 0,9±0,01                    |
| XVI         | P00 – P96                | Окремі стани, що виникають в перинатальному періоді   | 772                         | 0,2±0,007                   |
| XVII        | Q00 – Q99                | Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії   | 1558                        | 0,3±0,008                   |
| XVIII       | R00 – R99                | Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках | 6658                        | 1,4±0,01                    |
| XIX         | S00 – T98                | Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників  | 20905                       | 4,5±0,03                    |
| XX          | V01 – Y99                | Зовнішні причини захворюваності та смертності   | 26                          | 0±0                         |
| XXI         | Z00 – Z99                | Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я  | 19                          | 0±0                         |

при хронічному панкреатиті. Відношення  $5000/100000=0,05$  показує частоту ПВДК в загальній популяції. Вони рівні, тому коефіцієнт поєднання в цьому випадку дорівнює  $0,05/0,05=1,0$ . Це – типовий випадок інтерференції.

Постає питання, де та межа, коли інтерференція переходить в синтропію чи дистропію. У медицині “мимовільно” встановилась 95-відсоткова межа норми. Це рівнозначно величині ймовірності, що становить 0,95. Оскільки захворювань два, то їх ймовірності перемножуються:  $0,95 \times 0,95 = 0,9025$ . Легко переконатись, що із збільшенням ймовірності правильного діагнозу добуток їх ймовірностей також збільшується і наближається до одиниці. Наприклад, при ймовірності неправильного діагнозу для двох захворювань в 1% він становить  $0,99 \times 0,99 = 0,9801$ . Відповідно, при 100% правильності діагностики добуток ймовірностей дорівнює 1,0.

Оскільки в медицині 95-відсоткова ймовірність є прийнятною, то й нижньою межею коефіцієнта поєднання для інтерференції є його величина, що становить  $0,95 \times 0,95 = 0,9025$ . Величина коефіцієнта поєднання, менша за 0,9, свідчить, що при 95-відсотковій ймовірності правильного діагнозу двох супутніх хвороб вони поєднуються не за принципом інтерференції, а дистропії.

Відповідно, на таку ж величину коефіцієнт поєднання при інтерференції відхиляється і в бік збільшення:  $1,0 - 0,9025 = 0,0975$ ;  $1,0 + 0,0975 = 1,0975 \approx 1,1$ .

Таким чином, коефіцієнт поєднання при інтерференції хвороб лежить в межах  $\geq 0,9$  і  $\leq 1,1$ . Відповідно, при поєднанні патогенетично взаємопов'язаних хвороб (синтропії) коефіцієнт поєднання  $> 1,1$ , при дистропії  $< 0,9$ .

Аналіз характеру поєднання за типом синтропії, дистропії чи інтерференції хронічного панкреатиту з іншими захворюваннями проводили

з 21 класом хвороб від A00 до Z99 згідно класифікації МКХ-10 та з окремими нозологічними одиницями.

Згідно з результатами аналізу, на 6203 випадки хронічного панкреатиту було зареєстровано 29275 випадків різних супутніх хвороб, що склало, в середньому,  $4,72 \pm 0,11$  випадку супутніх захворювань на один випадок панкреатиту.

У табл. 2. представлено розподіл перших 23-х супутніх панкреатиту хвороб з усіх зареєстрованих програмою Polydon захворювань. Коефіцієнт поєднання виявився найвищим при поєднанні хронічного панкреатиту і постхолецистектомічного синдрому (ПХЕС). Високим є коефіцієнт поєднання хронічного панкреатиту з жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ), хронічним гепатитом, синдромом оперованого шлунку, рефлюкс-езофагітом, хронічним холециститом, холангітом, цирозом печінки, хронічним гастритом, пептичною виразкою шлунка (ПВШ), пептичною вираз-

кою дванадцятипалої кишки (ПВДК), цукровим діабетом та ожирінням. Для більшості найбільш розповсюджених захворювань, таких як ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія, гострі та хронічні захворювання дихальної системи, остеоартроз, остеохондроз, він знаходився в межах від 0,94 до 1,87. Для хронічного панкреатиту і раку підшлункової залози коефіцієнт поєднання становить  $1,33 \pm 0,03$ . Середня величина коефіцієнта поєднання хронічного панкреатиту з іншими хворобами становить  $1,46 \pm 0,03$ . Це свідчить про те, що хронічний панкреатит належить до хвороб, які сприяють виникненню інших захворювань у пацієнта, оскільки, як би він не впливав на виникнення інших захворювань – ні стосовно сприяння (синтропії), ні стосовно гальмування (дистропія), – його величина мала бути близькою до одиниці.

Коефіцієнт поєднання виявився інформативним не лише стосовно закономірностей по-

Таблиця 2. Коефіцієнт поєднання супутніх хвороб при хронічному панкреатиті

| Назва супутнього захворювання                            | Рубрика за МКХ-10 | Кількість випадків супутніх хвороб при ХП | Кількість випадків супутніх хвороб у загальній популяції | Коефіцієнт поєднання |
|--|-------------------|---|--|----------------------|
| ПХЕС   | К 91.5            | 102                                       | 147  | $16,0 \pm 0,15$      |
| ЖКХ  | К80.0 – К80.1     | 472                                       | 1049   | $10,3 \pm 0,34$      |
| Синдром післяопераційного (оперованого) шлунку           | К91.1             | 14  | 38   | $8,47 \pm 0,06$      |
| Хронічний холецистит                                     | К81.1             | 3482                                      | 9924   | $8,10 \pm 0,63$      |
| Рефлюкс-езофагіт   | К21.0 – К21.9     | 71  | 211  | $7,74 \pm 0,13$      |
| Гострий панкреатит                                       | К85.0 – К85.9     | 13  | 44   | $6,80 \pm 0,06$      |
| Хронічний гепатит  | К73.0 – К73.9     | 538                                       | 2252   | $5,49 \pm 0,36$      |
| Хронічний гастрит і дуоденіт                             | К29.0 – К29.9     | 4949                                      | 23325  | $4,88 \pm 0,51$      |
| Неінфекційний гастроентерит, коліт                       | К52.9             | 93  | 440  | $4,86 \pm 0,15$      |
| ПВШ  | К25.3 – К25.7     | 206                                       | 1058   | $4,48 \pm 0,22$      |
| Холангіт   | К83.0 – К83.9     | 114                                       | 613  | $4,28 \pm 0,18$      |
| ПВДК   | К26.3 – К26.9     | 720                                       | 3878   | $4,27 \pm 0,41$      |
| Ожиріння   | Е66.0 – Е68.9     | 542                                       | 2961   | $4,21 \pm 0,36$      |
| Цукровий діабет  | Е10.0 – Е14.9     | 520                                       | 2938   | $4,07 \pm 0,35$      |
| Цироз печінки  | К74.0 – К74.9     | 41  | 290  | $3,25 \pm 0,11$      |
| Артеріальна гіпертензія                                  | І11.0 – І15.9     | 3099                                      | 28265  | $2,52 \pm 0,63$      |
| ІХС  | І20.0 – І25.9     | 4001                                      | 49220  | $1,87 \pm 0,61$      |
| Хвороби дихальної системи                                | Ј06.9 – Ј44.9     | 4664                                      | 68418  | $1,57 \pm 0,55$      |
| Рак підшлункової залози                                  | С25.0 – С29.9     | 3   | 52   | $1,33 \pm 0,03$      |
| Артропатії, остеохондроз хребта та інші остеохондропатії | М13.9 – М54.5     | 1762                                      | 37885  | $1,07 \pm 0,57$      |
| Нетоксичний дифузний і вузловий зоб                      | Е04.0–Е04.2       | 880                                       | 19854  | $1,02 \pm 0,44$      |
| Хвороби сечостатевої системи                             | Н11.9 – Н77.9     | 367                                       | 8991   | $0,94 \pm 0,30$      |
| Дискінезія жовчного міхура                               | К82.0 – К82.9     | 239                                       | 6677   | $0,82 \pm 0,25$      |
| Інші супутні хронічному панкреатиту захворювання         | A00.0 – Z99.9     | 2383                                      | 62816  | $0,87 \pm 0,62$      |
| <b>Разом</b>   | A00.0 – Z99.9     | 29275                                     | 462131   | $1,46 \pm 0,03$      |



єднання хвороб. За його допомогою можливо перевіряти вплив етіологічних чинників хронічного панкреатиту, зокрема алкоголю, який всіма, без винятку, дослідниками визнається основною причиною панкреатиту. В МКХ-10 алкогольна залежність та хвороби і стани, пов'язані з прийомом алкоголю, фігурують у 34.

У табл. 3 представлено коефіцієнт поєднання для тих хвороб та станів, пов'язаних з прийомом алкоголю, які були зареєстровані. Із 34 можливих діагнозів таких було лише 14. На 462,1 тис. випадків звертань зареєстровано 196 випадків діагностики хвороб та станів, пов'язаних з вживанням алкоголю. Серед них хронічний панкреатит спостерігався в 77 (39,3±3,5%) випадках. У той час як хронічний алкогольний панкреатит, як окрема нозологічна одиниця, зареєстрований у 33 випадках, що складає 0,5±0,09% від всіх випадків хронічного панкреатиту. Необхідно підкреслити, що діагноз хвороб, пов'язаних з алкоголем, у тому числі і хронічного алкоголь-

ного панкреатиту, встановлюється лише після підтвердження наркологом діагнозу хронічного алкоголізму. Оскільки програма Polygon маніпулює підтвердженими діагнозами, це певною мірою пояснює малу питому вагу хронічного алкогольного панкреатиту серед всієї сукупності хворих на хронічний панкреатит. Але основна причина цього феномену, без сумніву, полягає у неповній діагностиці хвороб, пов'язаних з алкогольною залежністю. Ця категорія осіб загалом рідко звертається за медичною допомогою, а коли лікар загальної практики, гастроентеролог чи інший фахівець пропонує їм консультацію нарколога, переважна більшість з них відмовляється, тому що лікування хронічного алкоголізму малоефективне, а реєстрація цього діагнозу призводить до істотного обмеження можливостей і прав таких пацієнтів як громадян, зокрема при виборі професії, працевлаштуванні тощо.

Таблиця 3. Коефіцієнт поєднання хронічного панкреатиту з хворобами, пов'язаними з вживанням алкоголю

| Назва захворювання  | Рубрика за МКХ-10                              | Кількість випадків ХП | Кількість випадків хвороб, пов'язаних з алкоголем, в загальній популяції | Коефіцієнт поєднання |
|---|--|-----------------------|--|----------------------|
| Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, гостра інтоксикація                             | F10.0  | 0                     | 3  | 0±0                  |
| Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності – хронічний алкоголізм       | F10.2  | 11                    | 63   | 4,01±0,057           |
| Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності, абстиненція                 | F10.3  | 0                     | 3  | 0±0                  |
| Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності, стан абстиненції з делірієм | F10.3  | 3                     | 12   | 5,75±0,028           |
| Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, інші психічні та поведінкові розлади            | F10.8  | 0                     | 3  | 0±0                  |
| Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, разом   | F10.0 – F10.9                                  | 14                    | 81   | 3,98±0,057           |
| Алкогольний гастрит   | K29.2  | 0                     | 2  | 0±0                  |
| Алкогольна жирова інфільтрація печінки  | K70.0  | 14                    | 46   | 7,0±0,061            |
| Алкогольний гепатит   | K70.1  | 3                     | 4  | 17,3±0,028           |
| Алкогольний фіброз і склероз печінки  | K70.2  | 7                     | 13   | 12,4±0,042           |
| Алкогольний цироз печінки   | K70.3  | 5                     | 14   | 8,21±0,036           |
| Алкогольна хвороба печінки, неуточнена  | K70.9  | 1                     | 3  | 7,67±0,018           |
| Алкогольна хвороба печінки, разом   | K70.0 – K70.9                                  | 30                    | 80   | 8,63±0,090           |
| Алкогольний панкреатит  | K86.0  | 33                    | 33   | 23,0±0,091           |
| Разом всі хвороби, пов'язані з алкоголем  | F10.0 – F10.9<br>K29.2<br>K70.0–K70.9<br>K86.0 | 77                    | 196  | 9,04±0,126           |

У табл. 3 привертає увагу високе значення коефіцієнта поєднання хронічного панкреатиту з хворобами, пов'язаними із вживанням алкоголю і алкогольною залежністю, що підтверджує значення алкоголю в патогенезі хронічного панкреатиту.

Значні можливості програма Polygon надає для вивчення інфекційної етіології хронічного панкреатиту (табл. 4).

По-перше, за рахунок набагато більшої за кількістю і розмаїттям групи діагнозів; по-друге, в МКХ-10 є спеціальні рубрики, як, наприклад, В 25.2 – цитомегаловірусний панкреатит, В 26.3 – епідемічно-паротитний панкреатит. Із 462,1 тис. захворювань хвороби класу І (рубрики А00 – В99) – інфекційні та паразитарні хвороби, за даними програми Polygon, становили 2914 (0,6±0,04%). Серед них не зареєстровано жодного випадку в рубриках В25.2 і В26.3 – цитомегаловірусний і епідемічно-паротитний панкреатити.

На 158945 випадків інфекційних захворювань припадає 8767 випадків супутнього хронічного панкреатиту, коефіцієнт поєднання дорівнює 1,67±0,06. Тобто інфекційні агенти сприяють виникненню панкреатиту, але в різній мірі. Як не дивно, кишкові інфекції (дизентерія, сальмонельоз, амебіаз, лямбліоз тощо) мають коефіцієнт поєднання з хронічним панкреатитом, що дорівнює 0,49±0,06, що характерно для дистропії, і таким чином, не сприяють появі супутнього хронічного панкреатиту. Звертає увагу низький коефіцієнт поєднання з гострим вірусним гепатитом А, з іншими вірусними, бактеріальними, протозойними, грибковими і паразитарними інфекціями та інвазіями.

Крім того, програма Polygon дає можливість вивчати вплив інфекційного чинника за даними інших рубрик хвороб інфекційної етіології, які за МКХ-10 не класифіковані в рубриці А00 – В99. Досить високим виявився коефіцієнт поєднання

Таблиця 4. Коефіцієнт поєднання хронічного панкреатиту з хворобами, викликаними інфекційними збудниками

| Назва супутнього захворювання   | Рубрика за МКХ-10 | Кількість випадків ХП | Кількість випадків хвороб, пов'язаних з інфекціями, в загальній популяції | Коефіцієнт поєднання |
|---|-------------------|-----------------------|---|----------------------|
| Кишкові інфекції  | A00.0 – A09.9     | 15                    | 697   | 0,49±0,057           |
| Туберкульоз   | A15.0 – A19.9     | 4                     | 102   | 0,90±0,031           |
| Гострий вірусний гепатит А  | B15.0 – B15.9     | 7                     | 336   | 0,48±0,040           |
| Гострий вірусний гепатит В  | B16.0 – B16.9     | 1                     | 9   | 2,56±0,013           |
| Інший гострий вірусний гепатит  | B17.0 – B17.9     | 1                     | 25  | 0,92±0,013           |
| Хронічний вірусний гепатит  | B18.0 – B18.9     | 0                     | 10  | 0±0                  |
| Не уточнений вірусний гепатит   | B19.0 – B19.9     | 5                     | 68  | 1,69±0,036           |
| Інші вірусні, бактеріальні, протозойні, грибкові інфекції та паразитарні інвазії  | A00 – B99         | 52                    | 1667  | 0,72±0,113           |
| Хронічний персистуючий гепатит  | K73.0             | 47                    | 133   | 8,13±0,112           |
| Хронічний активний гепатит  | K73.2             | 8                     | 20  | 9,20±0,041           |
| Хронічний холецистит  | K81.1             | 3482                  | 9924  | 8,07±0,630           |
| Холангіт  | K83.0 – K83.9     | 114                   | 613   | 4,28±0,178           |
| Гострі респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів                             | J00.0 – J06.9     | 2237                  | 37567   | 1,37±0,609           |
| Грип  | J10.0 – J11.9     | 211                   | 4628  | 1,05±0,217           |
| Вірусна пневмонія   | J12.0 – J12.9     | 7                     | 85  | 1,89±0,040           |
| Бактеріальна пневмонія  | J15.0 – J18.9     | 201                   | 2891  | 1,60±0,217           |
| Гострий бронхіт, гостра респіраторна інфекція нижніх дихальних шляхів, неуточнена | J20.0 – J22.9     | 869                   | 13640   | 1,47±0,441           |
| ХОЗЛ – хронічні обструктивні запальні захворювання легень                         | J40.0 – J44.9     | 1139                  | 9607  | 2,73±0,488           |
| Хвороби дихальної системи разом   | J00.0 – J44.9     | 4664                  | 68418   | 1,57±0,550           |
| Запальні хвороби сечостатевої системи   | N11.9 – N77.9     | 367                   | 8991  | 0,94±0,302           |
| Всі запальні хвороби, пов'язані зі збудниками інфекційної природи                 | A00 – N77.9       | 8767                  | 158945  | 1,27±0,060           |

хронічного панкреатиту і вірусного гепатиту В, але невелика кількість спостережень робить його маловірогідним. Високим і статистично вірогідним є коефіцієнт поєднання хронічного панкреатиту з холециститом, холангітом, пневмонією, гострими респіраторними інфекціями, хронічними обструктивними захворюваннями легень.

Наш досвід використання коефіцієнта поєднання при аналізі захворюваності в поліморбідних пацієнтів показав, що частота діагностики супутніх панкреатиту хвороб зростає прямо пропорційно величині коефіцієнта поєднання.

#### Висновки

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

2. Коефіцієнт поєднання  $>1,1$ , коли між хворобами є синтропія, тобто одна хвороба сприяє виникненню іншої;  $<0,9$ , коли хвороби дистропічні – не сприяють, а заважають виникненню одна одної. Коли коефіцієнт синтропії близький до одиниці і лежить в межах  $\geq 0,9$  і  $\leq 1,1$ , хвороби не пов'язані між собою і впливають на перебіг одна одної шляхом інтерференції.

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

**Перспективи подальших досліджень** полягають у використанні коефіцієнта поєднання для аналізу поліморбідності пацієнтів при будь-яких інших захворюваннях з мультиорганичним ураженням.

#### Список літератури

1. Боровенський В. П. Використання комп'ютерних технологій для аналізу закономірностей поєднання захворювань / В. П. Боровенський, М. М. Міхлін, В. З. Свиридчук // Інформаційні технології в охороні здоров'я та практичній медицині : матеріали Форуму з міжнар. уч. – К., 2006. – С. 26–27.
1. Досвід використання сучасних інформаційних технологій у Житомирському обласному медичному центрі / В. Д. Парій, Т. В. Сорочинська, В. В. Шимотюк, Ю. В. Бенедичук // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 1. – С. 23–26.
2. Мінцер О. П. Методологія та методичні підходи до аналізу результатів клінічних досліджень та підготовки систематичних оглядів / О. П. Мінцер // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 47–49.
3. Пономаренко В. М. Концептуальные положения применения информационных технологий телемедицины в системе анализа состояния заболеваемости населения Украины / В. М. Пономаренко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 2. – С. 53–60.
1. Свиридчук В. З. Використання коефіцієнта поєднання для характеристики етіологічних чинників хронічного панкреатиту за допомогою комп'ютерних технологій аналізу електронних баз даних (реєстрів) захворюваності / В. З. Свиридчук // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 1. – С. 7–15.
2. Comorbidity: Implication for Importance of Primary Case in Case Management / B. Starfield, K. W. Lemke, T. Berbarndt [et al.] // Ann. Fam. Med. – 2003. – Vol. 1. – P. 8–14.

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЭФИЦИЕНТА СОЧЕТАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ПОЛИМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

А. К. Толстанов, В. И. Шатило, В. З. Свиридчук (Житомир)

В статье представлено научное обоснование нового показателя для статистического анализа заболеваемости – коэффициента сочетания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **коэффициент сочетания, полиморбидность, хронический панкреатит.**

#### USING THE FACTOR OF COMBINATION FOR DIAGNOSTICS AND STATISTICAL ANALYSIS OF MORBIDITY AT THE COMORBIDAL PATIENTS

A. K. Tolstanov, V. I. Shatylo, V. S. Svyrydiuk (Zhytomyr)

In this article the scientific substantiation of a new parameter for the statistical analysis of morbidity – the factor of combination has been submitted.

KEY WORDS: **the factor of combination, comorbidity, chronic pancreatitis.**

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

УДК 616-082:725.52

Л. С. БАБІНЕЦЬ, В. В. КМІТА, Г. П. ЯЛИНСЬКА, О. О. ОНИСЬКІВ, Н. І. КОРИЛЬЧУК,  
О. А. КАЧМАР, В. М. ТВОРКО, С. С. РЯБОКОНЬ, С. Я. БОНДАР, Н. Є. БОЦЮК  
(Тернопіль)

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕННОГО СТАЦІОНАРУ ЗАГАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ ЯК СТРУКТУРНОГО ПІДРОЗДІЛУ ПОЛІКЛІНІКИ

ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського; ТМКЛ №2, денний стаціонар поліклініки

Визначено місце і роль денного стаціонару в сучасних умовах практичної охорони здоров'я на основі представленого досвіду роботи багатoproфільного денного стаціонару, оснований на базі поліклінічного відділення Тернопільської міської клінічної лікарні № 2.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: поліклініка, денний стаціонар, ефективність лікування.

Сучасні несприятливі соціально-економічні й екологічні умови в Україні значно загострили проблему профілактики захворювань, збереження і зміцнення здоров'я населення, посилили вимоги до якості та ефективності медичного обслуговування. Розв'язання нагальних проблем вітчизняної охорони здоров'я нерозривно пов'язано з переорієнтацією галузі на пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), перехід до сімейної медицини (СМ), широке запровадження стаціонарозамінних форм медичного обслуговування [1;5]. Одним з реальних механізмів раціоналізації медичної допомоги, підвищення її доступності та якості є розвиток різнопрофільних денних стаціонарів (ДС), медико-соціальну та економічну ефективність яких доведено вітчизняною та зарубіжною практикою [3;10].

Актуальність подальшого розвитку ДС в Україні підкреслено в «Концепції розвитку охорони здоров'я населення України» (2000), Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки (2002), інших державних та галузевих документах [6;9]. Широке їх запровадження в роботу закладів, які функціонують на засадах СМ, дозволяє забезпечити амбулаторне надання прикріпленому населенню кваліфікованої медичної допомоги, наближеної за рівнем та якістю до стаціонарної, що сприятиме скороченню ресурсних витрат галузі за рахунок зміщення акцентів у медичному обслуговуванні на рівень ПМСД та зменшення навантаження на дороговартісний лікарняний сектор [2]. Проте існуюча мережа ДС недостатньо адаптована до сучасних тенденцій переходу до СМ, а організаційні аспекти їх функціонування в

складі закладів СМ не отримали належного опрацювання [2]. Практично немає робіт, присвячених науковій розробці перспектив та прогнозу подальшого розвитку в Україні цих організаційних форм. Таким чином, практична необхідність і наукова значущість розробки проблеми удосконалення діяльності ДС поліклініки (ДСП) загального профілю в умовах переходу ПМСД до СМ зумовили актуальність проведеного дослідження.

**Метою дослідження** було на основі проведення аналізу роботи ДС поліклінічного відділення Тернопільської міської комунальної клінічної лікарні №2 продемонструвати доцільність і ефективність роботи стаціонарозамінної форми медичного обслуговування терапевтичного профілю.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Указом Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 06.12.2005 р. №1694/2005 та «Концепцією Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року», схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 24.07.06 р. № 421-р і визначені завдання раціональної реорганізації системи охорони здоров'я, метою яких є зміцнення здоров'я населення України, поліпшення демографічної ситуації, підвищення якості та ефективності медичних послуг [6, 9]. На виконання указаних нормативних документів у м. Тернополі було розроблено план поетапного переходу до організації ПМСД на засадах СМ, а також інші нормативні документи, серед яких і «Положення про денний стаціонар» [7].

ДСП – це форма організації медичної допомоги населенню, структурний підрозділ амбула-

торно-поліклінічного чи іншого лікувального закладу, який призначений для проведення постійних лікувально-реабілітаційних, діагностичних і профілактичних заходів хворим в умовах поліклініки [4].

До структурних підрозділів ДСП належать палати і кімната відпочинку для хворих, маніпуляційна, ординаторська, кабінети завідувача і старшої медичної сестри. Безпосереднє керівництво роботою ДСП забезпечується завідувачем – висококваліфікованим терапевтом і кардіологом вищої кваліфікаційної категорії [8].

Скерування хворих у ДСП здійснюють сімейні лікарі, дільничні терапевти, невропатологи, вузькі спеціалісти терапевтичного профілю (кардіолог, ревматолог, пульмонолог, гастроентеролог та ін.), співробітники кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини, користуючись затвердженим переліком показань до лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах. Крім цього, в ДСП скеровуються хворі після виписки з лікарні та домашнього стаціонару. Показання та протипоказання для скерування хворих в ДСП визначаються стадією і ступенем тяжкості захворювання.

Завданнями ДСП є наступні: забезпечення висококваліфікованою стаціонарною медичною допомогою диспансерних хворих в амбулаторних умовах; наступність в обстеженні і лікуванні хворих між сімейними лікарями, ДСП, лікарнями і реабілітаційним відділенням поліклініки; систематичне впровадження в практичну медицину сучасних методів діагностики, лікування і профілактики в амбулаторно-поліклінічних умовах; скорочення термінів тимчасової втрати працездатності хворих; аналіз медичної й соціальної ефективності роботи ДСП; підвищення професійного рівня лікарів і середнього медичного персоналу; забезпечення здорового способу життя, ліквідація шкідливих звичок, засвоєння необхідних санітарно-гігієнічних знань і принципів кожним пацієнтом ДСП [10].

Обстеження, лікування та доліковування хворих в ДСП здійснюється із залученням всіх діагностичних і лікувально-реабілітаційних підрозділів поліклініки.

Відділення денного перебування хворих Тернопільської міської поліклініки №2 розраховано на 80 ліжок (соматичних - 40; кардіологічних - 30; неврологічних - 10). Згідно із штатним розкладом у відділенні працюють завідувач - 1,0 ставка, лікар-кардіолог вищої категорії; лікар-ординатор - 1,0 ставка, кардіолог вищої категорії; лікар-ординатор - 1,0 ставка, терапевт вищої категорії; лікар-невропатолог вищої категорії - 0,5 ставки; лікар-ординатор - 0,5 ставки, терапевт другої категорії.

Відділення є клінічною базою для кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини з кур-

сом медичних апаратів і систем. Клінічну лікувальну і консультативну роботу виконують працівники кафедри – два професори, д.мед.н.; доцент, к.мед.н.; два асистенти, к.мед.н.

Контингент хворих, яким показано лікування в ДСП, є наступним:

- хворі, яким необхідна невідкладна терапія з приводу станів, що виникли під час відвідування поліклініки або поблизу неї (пароксизмальна тахікардія, гіпертонічний криз, напад бронхіальної чи серцевої астми, анафілактичний шок та ін.);

- хворі, яким необхідні складні лікувальні маніпуляції, які виконують лікарі (пункція плеври, пункція суглобів, черевної порожнини та ін.);

- хворі, які потребують доведеного введення різних медикаментів, а також парентеральних введень медичних препаратів;

- хворі, які потребують фізіо- і бальнеопроцедур, після яких є необхідним відпочинок (ванни, аплікації, масаж та інші фізіопроцедури);

- хворі, що перебувають на амбулаторному лікуванні й потребують лікувальних заходів, після яких здійснюється лікарське спостереження протягом певного часу через можливість розвитку побічних реакцій та ускладнень (переливання крові та її замінників, доведення вливання розчинів, спеціальна гіпосенсибілізуюча терапія та ін.) [4].

Госпіталізація у відділення здійснюється за направленнями лікарів поліклінічного відділення (1832 направлення з 1851 в цілому протягом 2009 р.), працівників кафедри з консультативних прийомів, ЛКК та реабілітаційної комісії.

Відділення працює за двохзмінним графіком роботи лікарів із врахуванням субот і неділь, а медсестринський пост працює щоденно з 8<sup>00</sup> до 18<sup>00</sup> год., в суботу, неділю та святкові дні - до 15<sup>00</sup> год.

На хворих, що поступають, заповнюють «Карту хворого денного стаціонару поліклініки» (ф. 003-2/0) і реєструють у «Журналі реєстрації хворих». Також ведуться наступні журнали: «Журнал обліку маніпуляцій», «Журнал руху хворих», «Журнал ЛКК». При виписці хворих з ДСП складається виписний епікриз, в якому висвітлюється інформація щодо проведеного обстеження, стану працездатності та рекомендації для подальшого спостереження за хворим, які мають виконуватись лікарями ЗП-СМ у ході диспансерного спостереження.

Аналіз наведених у табл.1 і 2 даних засвідчив високий рівень ефективності використання потужностей ДСП – перевищення наміченого плану ліжкоднів у цілому (106,8 %) і більш високий рівень у порівнянні з попереднім роком. Кардіологічний профіль ліжок був найбільш ефективно задіяний, що свідчить не тільки про самий високий рейтинг захворюваності за кардіологічної

Таблиця 1. Виконання ДСП плану ліжкоднів за 2009 р.

| Кількість ліжко-днів | Профіль хворих ДСП |                |               |
|----------------------|--------------------|----------------|---------------|
|                      | соматичний         | кардіологічний | неврологічний |
| План                 | 9182               | 8553           | 2816          |
| Виконання            | 10801              | 11711          | 2791          |

Таблиця 2. Виконання ДСП плану 2009 р. у % у порівнянні з 2008 р.

| Рік  | Профіль хворих ДСП |                |               | Всього |
|------|--------------------|----------------|---------------|--------|
|      | соматичний         | кардіологічний | неврологічний |        |
| 2009 | 85                 | 136,7          | 99,1          | 106,8  |
| 2008 | 63                 | 137,7          | 109,1         | 96,6   |

групою нозологій, але й про добре налагоджений процес диспансеризації хворих із серцево-судинною патологією, високий коефіцієнт наступності в роботі дільничної служби, кардіологів поліклініки і працівників ДСП. План ліжко-днів за соматичною групою хворих було не виконано (85,0 %), однак цей показник істотно зріс у порівнянні з 2008 р. (63,0 %). Можна констатувати про наявність резервів у покращанні лікувально-профілактичної роботи за цією групою пацієнтів шляхом стимулювання дільничних терапевтів і сімейних лікарів до кращої роботи по оздоровленню диспансерної групи соматичних хворих (високопрофесійного і сучасного обстеження, наступного надання кваліфікованої допомоги по лікуванню і профілактиці), а також більш активному використанню комплексу реабілітаційних методів лікування пацієнтів цієї групи,

які не потребують стаціонарного лікування з повним днем перебування у клініці. У порівнянні з минулими 2007 та 2008 рр. спостерігалась позитивна тенденція до зниження середньої тривалості перебування хворого на ліжку (табл. 3).

Позитивним є той факт, що протягом 2009 р. було знижено середню тривалість перебування хворого на ліжку у ДСП. Ця тенденція відповідає світовій практиці і наближає нас до стандартів медицини високорозвинутих країн. Це є яскравим свідченням професійної і ефективної роботи колективу лікарів і всього медперсоналу ДСП. Про рух хворих у ДСП у 2009 р. можна судити за даними табл. 4. Можна стверджувати про високий рівень контролю за пацієнтами ДСП, що в умовах амбулаторного лікування свідчить про належні стандарти взаємовідносин і взаємодопомоги між персоналом і пацієнтами.

Таблиця 3. Середня тривалість перебування хворих на ліжку у ДСП плану за 2009 р.

| Рік  | Профіль хворих ДСП |                |               | Всього |
|------|--------------------|----------------|---------------|--------|
|      | соматичний         | кардіологічний | неврологічний |        |
| 2009 | 16,9               | 10,8           | 12,9          | 12,8   |
| 2008 | 14,9               | 11,9           | 14,9          | 13,2   |
| 2007 | 18,9               | 11,6           | 15,9          | 14,2   |

Таблиця 4. Рух хворих у ДСП за 2009 р.

| Рух хворих ДСП     | Профіль хворих ДСП |                |               | Всього |
|--------------------|--------------------|----------------|---------------|--------|
|                    | соматичний         | кардіологічний | неврологічний |        |
| Поступило          | 539                | 1081           | 220           | 1840   |
| Виписано           | 548                | 1089           | 214           | 1851   |
| Ліжко-дні закриття | 1911               | 1647           | 581           | 4139   |

Про високий рівень можливостей і професійної кваліфікації лікарів ДСП свідчить широкий спектр діагнозів пролікованих хворих та їхня кількість: гіпертонічна хвороба I-II ст. – 181, ревматична хвороба серця – 8; ІХС: Стабільна стенокардія – 29; ІХС: Стенокардія з артеріальною гіпертензією – 194; другі форми ІХС – 265, метаболічна кардіоміопатія – 55; пролапс МК – 8; ІХС з порушеннями ритму – 42; гіпертонічна хвороба

II-III ст. – 249; хронічний бронхіт – 61; гострий бронхіт – 15; пневмонія позагоспітальна – 53; бронхіальна астма – 29; хронічний гастродуоденіт – 43; виразкова хвороба – 35; хронічний гепатит – 14; хронічний холецистит – 36; хронічний панкреатит – 98; подагра – 7; радикулопатія – 128.

Забезпечення стаціонарною допомогою осіб, які не мають можливості з різних соціально-побутових причин бути госпіталізованими в стаці-

онар цілодобового перебування, чи не потребують цілодобового медичного спостереження, проводиться згідно із протоколами лікування нозологій, затвердженими МОЗ України. Пацієнти забезпечені повним діагностичним обстеженням за встановленими стандартами. Зокрема, при обстеженні кардіологічної групи хворих, окрім обов'язкових обстежень, 90 % хворих проведено ЕхоКС, 55 % – добуве холтерівське моніторування, 52 % – ДМАТ, 40 % – УЗД органів черевної порожнини, 80 % – РЕГ, за показаннями – велоергометрія. Пацієнти соматичного профілю обстежуються згідно із можливостями діагностичного відділення лікарні: УЗД, ЕГДС, рентгенівське обстеження шлунково-кишкового тракту, МРТ, спірографія, дихальні проби. Однак слід зазначити про необхідність покращання лабораторного обстеження, оскільки у цьому питанні є недоліки – часті перебої з реактивами, періодично невідповідність між станом хворих і результатами аналізів. Особливе занепокоєння викликають випадки неякісної укладки хворих, недостатня якість знімків у рентген-кабінеті терапевтичного корпусу. У цілому оснащення ДСП виконується в межах можливостей базової лікувально-діагностичної установи, згідно із табелем оснащення для ДСП, що засвідчує пріоритетний рівень уваги адміністрації Тернопільської міської лікарні №2 до проблем ДСП. Крім загальноприйнятого

устаткування, у відділенні є кімната для релаксерапії, дошка Євмінова, широкий асортимент аплікаторів Ляпко для рефлексотерапевтичного лікування захворювань опорно-рухового апарата і внутрішніх органів, а також кабінет нетрадиційних методів лікування.

#### Висновки

1. На основі проаналізованих показників роботи ДСП можна стверджувати, що денний стаціонар є найбільш ефективною, кваліфікованою і спеціалізованою стаціонарною і наближеною до населення формою допомоги в поліклінічних закладах охорони здоров'я для хворих, які з різних побутових і медико-соціальних причин не можуть, або не хочуть лікуватися в умовах стаціонару цілодобового перебування.

2. ДСП є такою формою організації лікувально-профілактичного процесу, що дозволяє економити фінансові та інші матеріально-технічні ресурси без втрат у якості діагностично-лікувального процесу.

3. ДСП є доброю базою навчання лікарів-субординаторів, інтернів та магістрів, повноцінною клінічною і науковою базою для розробки та впровадження нових методів лікування і профілактики широкого спектру нозологій внутрішньої медицини і неврології працівниками ДСП і кафедри поліклінічної справи та СМ ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського.

#### Список літератури

1. Галієнко Л.І. Наукове обґрунтування діяльності денних стаціонарів загального профілю в умовах переходу до сімейної медицини: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Галієнко Людмила Іванівна. - К., 2004. – 128 с.
2. Денисов И.Н. Экономическое обоснование развития общей врачебной практики и семейной медицины / И.Н. Денисов, В.З. Кучеренко, Н.Г. Шамшурина // Эконом. здравоохран.-2002.-№5-6.-С.21-24.
3. Коваленко А.Н. Экономическая оценка деятельности дневных стационаров, дальнейшая перспектива их развития / А.Н. Коваленко // Экономика здравоохранения.- 2001.- №4-5.- С.44-46.
4. Павловский М.П. Организация работы дневных стационаров / М.П. Павловский – К.: Здоровья, 1989.- 72 с.
5. Поліщук М.Є. Наша мета – підвищити доступність медичної допомоги, якість медичних послуг і ефективність використання коштів / М.Є. Поліщук // Альтернативні шляхи фінансування медичних послуг населенню. Досвід міст. – 2004. – С. 14-15.
6. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Концепція Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року» від 24.07.06 р. № 421-р.
7. Сквирская Г.П. О развитии стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению / Г.П. Сквирская // Здравоохранение.– 2000.– №1.- С.56-59.
8. Тубольцев А.Н. Организация работы дневного стационара в условиях поликлиники / А.Н. Тубольцев, В.А. Смянов // Актуальні проблеми транспортної медицини.- 2002.- №2.- С.13-16.
9. Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 06.12.05 р. №1694/2005.
10. Яровинский М. Я. Дневной стационар в поликлинике / М.Я. Яровинский // Мед. помощь.- 2001.- №4.- С.9-11.

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ КАК СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ

Л.С. Бабінець, В.В. Кмита, Г.П. Ялинская, О.О. Ониськив, Н.И. Корильчук, Е.А. Качмар, В.М. Творко, С.С. Рябоконт, С.Я. Бондарь, Н.Е. Боцюк (Тернополь)

Определено место и роль дневного стационара в современных условиях практического здравоохранения на основе представленного опыта работы многопрофильного дневного стационара, основанного на базе поликлинического отделения Тернопольской городской клинической больницы №2.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: поликлиника, дневной стационар, эффективность лечения.

**EFFECTIVITY OF DAILY OUTPATIENT HOSPITAL OF GENERAL PROFILE AS A STRUCTURAL PART OF AMBULATORY CARE**

L.S. Babinets, V.V. Kmita, G.P. Yalinska, O.O. Onysko, N.I. Koriltchuk, O.A. Kachmar, V.M. Tvorko, S.S. Ryabokon, S.Ya. Bondar, N.E. Botzjuk (Ternopil)

Effectivity of Daily outpatient hospital of general profile as a structural part of ambulatory care. The role and place of the day hospitals in modern conditions of the practical health's guarding system are shown. Experience of multifunctional daily hospitals in the second and fifth town ambulatory clinics of are presented. The problems of the medical, social and economical effectivity of the daily hospital work are analyzed.

**KEY WORDS:** ambulatory care, daily outpatient hospital, affectivity of the work.

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

УДК 614.21:368.9.06

*В.М. САМОХОДСЬКИЙ* (Кіровоград)

**ВАРІАНТ ПРИНЦИПОВОЇ СХЕМИ ПІДГОТОВЧОГО ЕТАПУ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЕКТУ “ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ЛІКАРНЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ”**

Кіровоградська філія міжнародного університету «Україна»

В статті обґрунтовується доцільність реалізації алгоритму організаційних стандартів, нових медико-економічних технологій і критеріїв в проекті «Лікарня страхової медицини» за програмою натурного експерименту.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** організаційні стандарти, медико-економічні технології, оптимальна модель профільної медичної служби.

Сьогодні проблеми охорони здоров'я в Україні досягли такої гостроти, що необхідність радикальних змін її структури, економіки, планування, фінансування очевидні. На останніх парламентських слуханнях (травень 2009 р.), присвячених нашій охороні здоров'я, у т.ч. була відзначена необхідність організації експериментальної лікарні страхової медицини (ЕЛСМ).

Як відомо, система страхової медицини в ідеологічному, медико-економічному й правовому аспектах має свої істотні особливості. Тому її в принципі неможливо автоматично, без серйозної професійної підготовки, «запустити в роботу» у процесі реформування наших лікувальних установ. У цьому зв'язку актуальним є висловлювання відомого російського організатора охорони здоров'я Ю.І. Лихачова:[1] «Щоб «входження» у бюджетно-страхову медицину не виглядало як «стрибок у невідомість», потрібні інші критерії й стандарти, інша стратегія й тактика в розвитку охорони здоров'я у всіх її ланках».

**Мета дослідження.** Враховуючи надзвичайну складність і перш за все організаційної складової у вирішенні проблем практичного використання науково-обґрунтованих механізмів радикального реформування діяльності лікуваль-

ної установи на регіональному рівні, пропонується варіант принципової схеми підготовчого етапу, який доцільно передбачити в нашому проекті «Експериментальна лікарня страхової медицини».

**Матеріали і методи.** Аналіз і впровадження організаційних, медико-економічних і правових методик для трансформації діяльності регіональних лікувальних установ на принципи системи бюджетно-страхової медицини, представлених у докторській дисертації, монографії та відповідних статтях автора[2;3;5].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Щоб іще раз не наступати на «граблі» невдалих реформ медичної галузі, деякі наші солідні вчені вважають за доцільне проведення на початковому етапі надійного натурного експерименту в одній з регіональних лікувальних установ, що обслуговує певну кількість населення. Необхідно сформулювати таку базисну програму, щоб вона включала погоджені в процесі підготовчого періоду основні принципи діяльності ЕЛСМ, науково обґрунтовані організаційні стандарти, систему медико-економічних технологій, принципово нові критерії й нормативи. Важливо, щоб цей складний комплекс технологічних ланок трансформації роботи лікувальної установи регіону, вибраного для

© В. М. Самоходський, 2010



експерименту, являв собою чіткий і зрозумілий алгоритм, обов'язковий для виконання всіма його учасниками.

Природно, що в процесі практичної реалізації даного експерименту сьгоднішні пропозиції будуть уточнюватися, змінюватися, доповнюватися, удосконалюватися. Після завершення цієї роботи з урахуванням рецензій провідних учених, практичній охороні здоров'я буде передана всебічно обґрунтована й апробована програма реалізації системи страхової медицини. За визначенням професора А.М. Голяченка, це повинен бути уніфікований солідний нормативний документ, розроблений на основі згоди, при відсутності заперечень з принципових питань у більшості зацікавлених сторін, що буде прийнятий і затверджений уповноваженим на це органом України.

Найвища мета, заради досягнення якої суспільству необхідна медична служба, полягає в необхідності попередження захворювань або оздоровлення всіх хворих. Тільки здорове суспільство здатне з максимальною користю для всіх своїх громадян, для росту добробуту країни одержати оптимальний прогрес, раціонально використовуючи можливості кожного її члена, у т.ч. і як компоненти робочої сили.

У цьому зв'язку дуже важливо, щоб в основі технології реформування діяльності лікувальної установи регіону був закладений принцип обліку оптимальної потреби населення регіону в якійсій медичній допомозі розраховуючи на всіх захворілих.

Для визначення зазначеної потреби і її зв'язання на рівні високої якості й ефективності, практичного значення набувають такі організаційні моделі, розроблені нами, як максимальний і реальний варіанти оптимальної моделі (МВОМ, РОВОМ).

Перший (МВОМ) дозволяє одержати інформацію, що вказує на загальне число хворих, які обслуговуються ЕЛСМ регіону. Ця кількість хворих приймається за 100% і вже як показник максимальної потреби в медичній допомозі відіграє роль універсального критерію, з яким потім порівнюють усі інші показники.

Даний критерій не може не цікавити, зокрема, адміністрацію регіону, оскільки їй завжди потрібна інформація про загальну кількість хворих як для аналізу стану трудових ресурсів, так і щодо зв'язання проблем, пов'язаних з обсягом фінансування діяльності ЕЛСМ. Адміністрації ЕЛСМ цей критерій необхідний як показник максимальної потреби в плануванні й проведенні діагностичних і лікувальних заходів усім хворим у розрізі кожної профільної служби лікарні.

У той час як МВОМ дозволяє визначити максимальну потребу й можливість наявними сила-

ми й засобами лікувальної установи задовольнити цю потребу з належною якістю й ефективністю, то мета РОВОМ полягає в тому, щоб обґрунтовано розрахувати, який реальний обсяг якісної медичної роботи може здійснити за певний період ЕЛСМ.

Механізм формування РОВОМ полягає в наступному. Завідувачі профільних служб ЕЛСМ застосовують розроблені нами так звані організаційні стандарти. Останні містять у собі такі технологічні розділи організації роботи як атестацію профільної служби, оптимальну модель медичної служби лікувальної установи й конкретного лікаря, раціональне планування реальної можливості виконання якісно певних обсягів медичної роботи кожному лікареві, обґрунтовані хронометражні показники оптимального варіанту профілактичного огляду, діагностики й лікування конкретного захворювання в рамках клініко-статистичних груп (КСГ) і ступеня складності профільних захворювань, обґрунтований принцип бальної оцінки діяльності лікаря й стану профільної медичної служби, алгоритм розрахунку кінцевого показника діяльності (КПД) окремого лікаря, профільної медичної служби лікувальної установи як необхідної передумови визначення й оцінки обсягу і якості виконаної медичної роботи за певний період. Зазначені технологічні розділи й ланки організаційних стандартів відіграють роль нормативних і оціночних критеріїв в експертизі якості й ефективності надання медичної допомоги населенню в зоні відповідальності ЕЛСМ.

Наш реальний варіант оптимальної моделі дає можливість установити певний обсяг медичної роботи (профілактичні огляди, диспансеризація, амбулаторний прийом, стаціонарна допомога та ін.), що якісно зможе виконати за будь-який період часу, використовуючи наявні сили й засоби, окремих лікарів, профільна медична служба й у цілому ЕЛСМ.

Конкретна лікувальна установа має ті або інші можливості наблизитися до задоволення оптимальної потреби якісної медичної допомоги, вираженої універсальним критерієм.

Порівняння показників максимальної потреби (МВОМ), реальних можливостей (РОВОМ) і фактично виконаних обсягів медичної роботи в ЕЛСМ дозволяє одержати конкретне й обґрунтоване розрахунками уявлення про динаміку, кількість і якість роботи окремого лікаря, профільної медичної служби.

Вихідним загальним критерієм для характеристики максимального можливого за даних умов обсягу і якості праці лікаря або результатів роботи профільної медичної служби регіону може служити так звана оптимальна модель роботи лікаря, оптимальна модель профільної медичної служби.

У поняття оптимальної моделі профільної медичної служби входять такі технологічні ланки, як:

- принципова схема розподілу захворювань по клініко-статистичних групах (КСГ);
- принципи хронометражу оптимального варіанту профілактичного огляду, діагностики та лікування профільного захворювання;
- принципи визначення ступеня складності профільних захворювань і хірургічного втручання;
- визначення ступеня напруженості хірургічної роботи лікарів ЕЛСМ;
- обґрунтування принципів бальної оцінки діяльності лікаря;
- алгоритм розрахунку кінцевого показника діяльності (КПД) конкретного лікаря, профільної медичної служби як необхідної передумови визначення обсягу і якості виконаної роботи за робочий день, місяць і т.д.

Таким чином, оптимальна модель лікаря або профільної медичної служби ЕЛСМ – це чітке уявлення такого її варіанту, що передбачає очікувані обґрунтовані конкретні кількісні і якісні показники діяльності лікарів, що характеризують максимально можливі результати в сформованих реальних умовах даної лікувальної установи в досягненні головної мети – найбільш високого задоволення медичною допомогою населення регіону, що обслуговується.

Зміст і сутність оптимальної моделі лікаря й профільної медичної служби як критерію в тому, що, відповідаючи 100% рівня пропонованих вимог (по проведенню профілактичних оглядів, диспансеризації й інших розділів служби) з ним, критерієм, можна й потрібно порівнювати реальні результати медичної роботи. У результаті цього з'являється можливість конкретної оцінки цілком певних, виражених у балах або відсотках результатів роботи ЕЛСМ.

На жаль, протягом усього «радянського» періоду й 18 років існування системи охорони здоров'я незалежної України, інтенсивність праці й працезатрати медичного персоналу, а також питання реальної науково обґрунтованої вартості цих працезатрат ніколи й ніким не досліджувалися. Все повинне було відповідати одному з головних ідеологічних штампів, що мали чисто декларативний зміст – загальнодоступності, безкоштовності й високої якості медичної допомоги населенню країни. Подібне ідеологічне виховання кількох поколінь лікарів припускало усвідомлення ними своєї високої гуманної ролі.

А, як відомо, робота різних категорій медичних працівників відрізняється великою різноманітністю, зокрема, за обсягом і напруженістю. Зовсім не враховуються ступені складності комплексу профілактичних, діагностичних і лікувальних заходів щодо конкретних захворювань. Багато з них, у тому числі й ті, що вимагають виконання

складного хірургічного втручання, потребують колосальної розумової, фізичної й психоемоційної напруженості, а значить, і адекватної оцінки такої роботи, у тому числі й матеріальної. Наш механізм ціноутворення медичної праці враховує ступінь складності конкретних захворювань і хірургічних втручання, рівень кваліфікації медичного персоналу, що безпосередньо брав участь у лікуванні конкретного хворого.

Етап переходу до страхової медицини передбачає як обов'язкову технологічну ланку використання в т.ч. організаційних стандартів[4], стандартів якості діагностики й лікування з обов'язковим обліком та аналізом результатів і ускладнень захворювань. Оскільки дані стандарти набувають властивості економічних категорій, то логічно представити їх у контексті з калькуляцією й вартістю оптимального варіанту процесу обстеження й лікування хворого. Зазначений ширший функціональний зміст нашого стандарту якості діагностики й лікування, як база для розрахунків науково-технічного, кадрового й фінансового забезпечення, страхових внесків, системи контролю й матеріальних санкцій, дозволяють упорядкувати, збалансувати взаєморозуміння в медичному колективі, а також сприяти попередженню можливих конфліктних ситуацій.

Практичне значення нашого стандарту організації, діагностики й лікування профільних хворих у відносинах «лікар – лікар» визначається змістом, що, пропонуючи оптимальну технологію процесу обстеження й лікування конкретного захворювання, виключає різночитання й занадто широкий розкид думок із приводу тактики, обсягу лікування, прогнозів ускладнень і результатів захворювання.

У відносинах «лікар – завідувачий відділенням» конкретизуються поняття рівнів якості лікування, ступеня складності захворювання, визначення адекватних обсягів медичної роботи, конкретного внеску кожного лікаря у формування якісних показників діяльності профільного відділення й лікувальної установи.

На рівні «головний лікар – завідувачий відділенням» наші «стандарти» вносять ясність щодо ступеня важкості контингентів пролікованих хворих, ефективності використання ліжка, обґрунтованої оцінки роботи лікарів і середнього медичного персоналу, питомої ваги й оцінки ускладнень і, нарешті, рентабельності роботи, як конкретних лікарів, так і функціонального відділення в цілому.

На рівні «лікар – хворий» з'являється можливість внести ясність стосовно відношення пацієнта до його захворювання, зміцнення психологічного контакту між ними шляхом своєчасної й тактовної інформації про можливі ускладнення й результати, а також режиму по-

ведінки хворого, необхідного для досягнення бажаного результату захворювання.

На рівні “страхова компанія – лікувальна установа” наші “стандарты” надають конкретну інформацію щодо тривалості лікування, обсягу діагностичних і лікувальних заходів, повної вартості оптимального й найбільш “дешевого” варіанту (при бажанні пацієнта) обслуговування й лікування. Страховій компанії такі відомості необхідні для юристів – у випадку конфліктних ситуацій, пов’язаних з незадоволенням пацієнтів результатом лікування. Для незалежних медичних експертів – уточнення й перевірка обсягу і якості зроблених медичних послуг. Для керівництва страхової компанії – для розрахунку й прогнозування величини страхових внесків при різних видах страхування громадян, а також розміру компенсації застрахованим у випадку надання їм медичних послуг приватною медичною установою або приватним лікарем.

На рівні “лікувальна установа – територіальне керування” наші “стандарты” дозволяють обґрунтовано планувати бюджет охорони здоров’я регіону, який би забезпечив фінансуванням, щонайменше, так зване соціальне замовлення органам охорони здоров’я на обсяг медичної допомоги пенсіонерам, інвалідам, дітям та іншим.

Таким чином, значення й роль стандартів якості організації, діагностики й лікування захворювань за умови їхньої реалізації в експериментальній лікарні страхової медицини очевидні.

Застосування зазначених вище й багатьох інших, не згаданих у статті, принципово нових організаційних стандартів у діяльності ЕЛСМ дозволило б істотно підвищити роль спонукальних мотивів, у тому числі й матеріальних, що сприяло б ефективній роботі медичного персоналу.

І від того, наскільки грамотно керівники профільних служб лікувальної установи будуть використовувати рекомендовані їм алгоритми організаційних стандартів, критеріїв і нормативів, залежить об’єктивність аналізу й оцінки якості діагностики й лікування, а значить і ступеня

ефективності надання медичної допомоги населенню регіону обслуговування ЕЛСМ.

Практична реалізація комплексу технологічно взаємозалежних ланок у процесі реформування діяльності ЕЛСМ абсолютно неможлива без розробки й широкого використання відповідних комп’ютерних програм.

Планування, облік і аналіз медичної роботи в регіоні, що обслуговує ЕЛСМ, проводиться в обсязі, передбаченим максимальним і реальним варіантами оптимальної моделі.

### **Висновки**

1. Принципова і значна відмінність сучасної організації діяльності ЛУ від системи бюджетно-страхової медицини (БСМ) потребує задіяти певний період для визначення і практичної реалізації низки нових науково-обґрунтованих організаційних стандартів, критеріїв і нормативів, застосування яких з урахуванням оптимальної потреби реально поліпшить якість та ефективність медичної допомоги населенню в зоні відповідальності регіональної лікувальної установи.

2. З урахуванням певної складності вирішення проблем переходу до страхової медицини, пропонуємо приступити до реалізації проекту «Лікарня страхової медицини» по програмі натурального експерименту в одній із сільських ЦРЛ України. В процесі даного експерименту з’ясувати соціальні і психологічні аспекти, на практиці довести доцільність та ступінь ефективності нових медико-економічних технологій, вивчити реальні розміри організаційного, кадрового та фінансового забезпечення діяльності лікувальної установи в умовах радикального реформування системи охорони здоров’я у визначеному регіоні.

3. Від того, наскільки фахово завідувачі профільними медичними службами лікувальної установи будуть використовувати рекомендовані їм алгоритми організаційних стандартів, нових критеріїв і нормативів, залежить об’єктивність аналізу та оцінки діагностики і лікування, а значить і ступінь якості і ефективності надання медичної допомоги населенню регіону.

### **Список літератури**

1. Лихачёв Ю.И. На пороге страховая медицина. / Ю.И. Лихачёв // Здоровохранение Казахстана. – 1992. – № 1. – С. 23–25.
2. Самоходський В.М. Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування управління отоларингологічної служби на етапі переходу до бюджетно-страхової медицини. / В.М. Самоходський // Автореф. докт. дис. – Київ, 1994 – 32 с.
3. Самоходський В.Н. Больница страховой медицины. Натурный эксперимент (организационные, медико-экономические и правовые механизмы) / В.М. Самоходський – Кировоград, 2004. – 242 с.
4. Самоходський В.М. Роль і місце організаційних стандартів як критеріїв у структурі «стандарту якості діагностики та лікування» в рамках профільних служб регіональної лікувальної установи. / В.М. Самоходський // Вісн. соціал. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2007. – № 2. – с 72–76.
5. Самоходський В.М. Експериментальна лікарня страхової медицини. / В.М. Самоходський // Газета «Ваше здоров’я». 2010. – № 3.

**ВАРИАНТ ПРИНЦИПІАЛЬНОЇ СХЕМИ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ЕТАПА РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЄКТА «ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА БОЛЬНИЦА СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ»**

*В. М. Самоходский* (Кировоград)

В статье обосновывается целесообразность реализации алгоритма организационных стандартов, новых медико-экономических технологий и критериев в проекте «Больница страховой медицины» по программе натурального эксперимента.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** организационные стандарты, медико-экономические технологии, оптимальная модель профильной медицинской службы.

**POLICY OPTION SCHEME OF THE PREPARATORY PHASE OF PROJECT «PILOT HOSPITAL INSURANCE MEDICINE»**

*V. M. Samokhodsky* (Kirovohrad)

The article substantiates the feasibility algorithm implementation of organizational standards, new health technologies, and economic criteria in the project «Hospital health insurance» program of field experiment.

**KEY WORDS:** organizational standards, health and economic technologies, the optimal model profile of medical service.

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

## УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2/23:614.252.1:614.254.6:378.046.4

*О. Н. ЛИТВИНОВА* (Тернопіль)

**ПРОБЛЕМНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Проаналізований стан кваліфікації керівників системи охорони здоров'я України, виявлено основні проблеми підготовки управлінських кадрів у цій сфері та намічено напрямки вирішення даних питань.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** керівні кадри, управління охороною здоров'я, підготовка керівників системи охорони здоров'я.

Соціальні науково необґрунтовані організаційні експерименти у сфері управління дорого коштують суспільству, ведуть до повного нігілізму і до девальвації людських якостей [1]. Некомпетентне управління здатне зруйнувати найстійкішу систему, і охорона здоров'я в цих умовах може виявитися ахіллесовою п'ятою українського суспільства.

© О. Н. Литвинова, 2010

Досвід провідних країн Західної Європи та США показує, що ефективність управління пряма пропорційна ефективності існуючої системи відбору кадрів. На цьому наголошують у своїх працях і відомі зарубіжні дослідники. Так, М.Х. Мескон, М.Альберт, Ф. Хедоурі розглядають ефективний відбір кадрів як одну з форм попереднього контролю якості людських ресурсів. Дж.Грейсон і К.О'Делл, розглядаючи підготовку

і безперервне навчання кадрів, підкреслюють той факт, що компанії, які збираються вкласти великі гроші в освіту і професійний розвиток своїх співробітників, повинні дуже ретельно підходити до того, кого і як вони приймають на роботу. Відомий спеціаліст з маркетингу Ф.Котлер вказує на важливість ретельного відбору кадрів як гарантії успішного функціонування організацій. "Японське диво" 40-х років відбулося завдяки впровадженню системи профвідбору, яка дозволяла розподіляти працівників у ту професійну діяльність, котра найбільше відповідала їхнім індивідуально-психологічним можливостям. Америка розцвіла лише завдяки впровадженню системи пошуку і розвитку талантів. Тому ставка на використання особистісного потенціалу громадян, пошук і розвиток їхніх талантів дозволить і українській системі здравоохорони вийти із сьогоднішньої кризи.

**Метою** даної роботи було визначення напрямків вирішення виявлених проблем у підготовці керівників системи охорони здоров'я України, виявлено основні проблеми підготовки управлінських кадрів у здравоохороні та намічено напрямки вирішення даних питань.

**Матеріали і методи.** Матеріалом для дослідження слугували нормативні та статистичні матеріали МОЗ України, публікації ВООЗ, матеріали власних досліджень.

У дослідженні використано наступні методи: бібліосемантичний, аналітичний, системного аналізу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Негаразди в системі охорони здоров'я України спонукають владні структури до вирішення даних проблем шляхом частотої заміни саме управлінських кадрів у системі, починаючи із майже щорічної зміни міністра охорони здоров'я та значної зміни керівних кадрів на місцях, хоч якісна сторона цього процесу потребує додаткового аналізу.

Відповідно до Закону України "Про державну службу" (ст. 15) керівник структурного підрозділу державної служби обирається на конкурсній основі за умов, які визначаються конкурсною комісією. В системі охорони здоров'я діє цей самий принцип. На жаль, мало об'єктивізму передбачено в механізмі конкурсного відбору кадрів, тим паче, що рішення конкурсної комісії має лише дорадчу силу.

Практичний досвід свідчить, що часто при призначенні на посаду керівника медичного закладу керуються не зовсім об'єктивними чинниками, і наявність спеціальної освіти не є пріоритетом при обранні.

Проте у будь-якому випадку фахова підготовка керівнику, без сумніву, необхідна. У країнах

Європи система підготовки управлінських кадрів лише дещо подібна до української, має відмінності в тому, що керівник системи охорони здоров'я не конче мусить мати медичну освіту. Такий підхід має переваги в економічній ефективності і, водночас, має суттєві огріхи в плані соціальних питань та гуманності [2].

Підготовку керівних кадрів у системі охорони здоров'я України здійснюють на кількох етапах. В рамках базової вищої медичної освіти підготовку майбутніх спеціалістів у царині управління здійснюють в обсязі програми соціальної медицини та організації охорони здоров'я, по завершенні якої лікар отримує спеціальність "Організація і управління охороною здоров'я", згідно наказу МОЗ України від 22 червня 1995 року № 114, за умови, що він призначений на посаду керівника закладу охорони здоров'я або його заступника і пройшов курси спеціалізації, стажування або інший вид підготовки. Хоч тут є певні особливості. Згідно наказу МОЗ України від 25 грудня 1992 року № 195, таку ж спеціальність він може отримувати по завершенні ординатури чи аспірантури, навчання в яких зараховується до стажу роботи спеціаліста. Лікарям-організаторам охорони здоров'я до стажу роботи за спеціальністю "Організація і управління охороною здоров'я" зараховується період навчання в клінічній ординатурі чи аспірантурі за будь-якою спеціальністю. Така особливість спричиняє падіння престижу управлінської діяльності та ілюструє виражену вторинність даного фаху [3].

"Клінічна ординатура є вищою формою підвищення кваліфікації лікарів з певного фаху у вищих медичних закладах освіти III-IV рівнів акредитації, закладах післядипломної освіти" – говориться у Положенні про клінічну ординатуру, затвердженому МОЗ України від 29 січня 1998 року №12 (п.1.1). Навчання в клінічній ординатурі проводиться протягом двох років з відривом від виробництва і після завершення навчання цілком логічним було б одержання лікарем вищої кваліфікації, проте у наказі МОЗ "Про подальше удосконалення атестації лікарів" від 9 грудня 1997 року № 359 нічого не говориться про можливості отримання вищих категорій, пов'язаних з навчанням, мова у п.3.1. йде лише про право того, хто закінчив ординатуру чи аспірантуру, перед атестацією не проходити передатестаційний цикл підвищення кваліфікації, а вирішальним, знову ж таки, при присвоєнні атестаційної категорії виступає стаж. Отож не дивно, що фахівців, які навчаються в ординатурі, з кожним роком стає все менше.

Сьогодні на державному рівні підготовка управлінських кадрів здійснюється в сфері післядип-

ломної освіти кожні 5 років, як удосконалення професійної майстерності керівників із організації та управління охороною здоров'я. В Україні щороку біля двох тисяч спеціалістів підвищує свою кваліфікацію з фаху "Організація і управління охороною здоров'я".

Окрім курсу соціальної медицини та організації охорони здоров'я в програмі загальної базової освіти вищого медичного закладу пропонується ще 6 форм професійної післядипломної підготовки керівника для системи охорони здоров'я:

- тематичне удосконалення;
- передатестаційні цикли підготовки;
- курси спеціалізації;
- ординатура;
- магістратура.

Заклади підготовки управлінських кадрів набирають слухачів, які вже працюють у системі управління. Недоліки такого підходу полягають у породженні цілої низки проблем:

– по-перше, існуюча система відбору кадрів дозволяє потрапляти в управлінську систему переважно за принципом «рідних, близьких та знайомих» з невисоким або зовсім відсутнім рівнем професіоналізму, отже, при такому підході різко обмежується коло вибору перспективних керівників;

– по-друге, функціональні керівники тримаються за свої лікарські посади, позаяк не мають ніякого захисту у випадку невдачі на керівній стезі, а чинне законодавство підтримує зверхність лікувальної спеціалізації над управлінською;

– по-третє, після завершення навчання немає чіткого механізму працевлаштування "молодих" спеціалістів-управлінців;

– по-четверте, оголюються посади, з яких керівники ідуть на курси удосконалення, і така позиція має відчутні негативи і для керованої організації, і для курсів підготовки.

Це спричинило значне кількісне падіння професійної підготовки управлінських кадрів у системі клінічної ординатури та магістратури.

Вагомим підґрунтям зниження рівня зацікавленості осіб у придбанні фаху "Організація та управління охороною здоров'я" є те, що призначення керівника відбувається в основному без врахування здобутого фаху, також існує невизначеність у перспективі і можливість втрати практикуючого лікарського фаху, не останню роль відіграє відсутність прикладу яскравих осіб із принадною кар'єрою на основі спеціальної освіти, низький соціальний статус посад лікаря-методиста і ліка-

ря-статистика, і, наостанок, викладачі кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я отримують заробітну плату вдвічі нижчу, ніж викладачі клінічних дисциплін.

Непрестижність спеціальної управлінської освіти у системі охорони здоров'я зумовлена в першу чергу тим, що вона не є пріоритетною ознакою при призначенні на посаду керівника. При присвоєнні кваліфікаційної категорії враховуються лише курси підвищення кваліфікації передатестаційного циклу та стаж роботи, який визначає рівень кваліфікаційної категорії, а отже, рівень післядипломної освіти не впливає ні на розмір заробітної плати, ні на соціальний, ні на матеріальний статус керівника системи охорони здоров'я.

Вищі медичні навчальні заклади також не зацікавлені у підготовці даного типу спеціалістів в основному через проблематичне і невизначене наступне їх працевлаштування, слабку матеріально-технічну базу для даної підготовки, часто відсутність відповідних фахівців і брак фінансування для даної діяльності. Тож закономірна проблема і в отриманні спеціальності "Організація та управління охороною здоров'я", яка полягає в обов'язковості проходження інтернатури і відсутності такої з даного фаху.

У формальному підході до питання резерву керівних кадрів полягає проблема плекання нової парості управлінців. Наказ МОЗ України від 22 березня 1993 року №34 "Про організацію підготовки резерву керівних кадрів закладів охорони здоров'я України" формально виконується і, на всі передбачені посади резерв закріплений. Інше питання, що юридичні висліди цього резерву можна охарактеризувати як "дорадчі" з усіма витікаючими психологічними та соціальними наслідками. Фактично стратегічної програми об'єктивного відбору, підготовки та реалізації резерву управлінських кадрів в системі охорони здоров'я України на сьогодні немає.

### **Висновки**

В ситуації кардинальних змін становища організацій охорони здоров'я в світі і в Україні стає очевидним необхідність центрального забезпечення керівними кадрами системи здоровоохорони, назріла нагальна потреба в системному відборі та базовій підготовці, удосконаленні, просуванні по службі управлінських кадрів системи охорони здоров'я, в їх матеріальному забезпеченні та соціальних гарантіях для виведення галузі з кризи та зміцнення здоров'я населення держави.

### Список літератури

1. Бодак В.М. Актуальні питання управління лікувально-діагностичним процесом у стаціонарі лікарні /В.М. Бодак // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – №1-2(9-10). – С.12-14.
2. Лехан В.М. Застосування принципів доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги / В.М. Лехан, О.Л. Зюков //Україна. Здоров'я нації. – 2009. – №1-2(9-10). – С.71-74.
3. Процек О.Г. Деякі загрозливі проблеми несприятливих змін стану здоров'я керівних кадрів у системі охорони здоров'я / О.Г. Процек, Н.Т. Комарницька, М.С. Гнатишин //Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 1-2 (9-10). – С.160-162.

### ПРОБЛЕМНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

*О. Н. Литвинова* (Тернополь)

Проанализировано состояние квалификации руководителей системы здравоохранения в Украине, выявлено основные проблемы подготовки руководящих кадров в этой сфере и намечены направления решения этих вопросов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **руководящие кадры, управление здравоохранением, подготовка руководителей системы здравоохранения.**

### PROBLEMATIC FEATURES OF TRAINING OF HEALTH CARE SYSTEM LEADERS IN UKRAINE

*О. N. Lytvynova* (Ternopil)

The qualification of health care system leaders in Ukraine was analyzed, the main problems of training of managers in this system were detected and the directions of solving of these issues were planed.

KEY WORDS: **health care system leaders, training of managers**

*Рецензент:* к.мед.н., Н. В. Лісовська

## ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 616-005-082:001.8(083.74)

*Д. Д. ДЯЧУК, Г. З. МОРОЗ, І. М. ГІДЗИНСЬКА* (Київ)

## НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ІНДИКАТОРІВ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

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

Узагальнено методологічні підходи до впровадження індикаторів якості надання медичної допомоги. Наведено результати роботи з вибору індикаторів якості медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією на амбулаторно-поліклінічному етапі з використанням критеріїв доказової медицини.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **методологічний підхід, індикатори якості надання медичної допомоги, артеріальна гіпертензія, доказова медицина.**

Підвищення якості надання медичної допомоги неможливе без впровадження клінічних на-

станов, які ґрунтуються на засадах доказової медицини та допомагають лікарю і пацієнтові у прийнятті раціонального рішення в певних клінічних ситуаціях, що дозволяє уникати не-

© Д. Д. Дячук, Г. З. Мороз, І. М. Гідзинська, 2010

ефективних і помилкових втручань [3;5;6;7]. Якість, за класичним визначенням Avedis Donabedian, – це комбінація двох факторів – рівня науки та медичних технологій в галузі охорони здоров'я та їх практичного застосування у клінічній практиці. Визначальними характеристиками якісної медичної допомоги є адекватність, доступність, наступність і безперервність, безпека, результативність, ефективність, дієвість, своєчасність, задоволення очікувань і потреб пацієнтів, стабільність процесу і результату, постійне вдосконалення та поліпшення. Проблема оцінки якості надання медичної допомоги виникла та розвивається одночасно з розвитком медицини і завжди залишається актуальною.

В методологію оцінки якості медичної допомоги великий внесок зробив Avedis Donabedian [9;10]. Він запропонував трикомпонентну модель оцінки якості: по-перше, оцінка структури – характеристика умов, в яких надається медична допомога, по-друге, оцінка процесу – типу допомоги, яка надається в цих умовах, по-третє, оцінка кінцевого результату – стану хворого після медичного втручання. Ця модель використовується і зараз. Структура – це характеристика засобів надання медичної допомоги, у тому числі матеріальні ресурси – обладнання, персонал – кількість, кваліфікація, організаційні характеристики. Процес – характеристика медичної допомоги – це адекватність обсягу діагностичних та терапевтичних заходів, компетентність проведення методик лікування, координація дій персоналу, послідовність етапів надання медичної допомоги. Кінцевий результат – характеристика впливу процесу надання медичної допомоги на стан здоров'я пацієнта – зміна його поведінки, задоволеність діями лікаря та середнього медперсоналу, зміна клінічної картини хвороби, розвиток ускладнень, захворюваність, смертність.

На перший погляд, процес оцінки якості не є занадто складним – необхідно лише вказати потрібні параметри, визначити методи їх оцінки, джерело їх надходження, провести аналіз, узагальнити результати, розробити спосіб їх практичного застосування. Але існує ціла низка проблем. Протягом останнього десятиріччя саме необхідність мати способи оцінки якості надання медичної допомоги, яку відчули корпоративні користувачі медичних послуг, у тому числі страхові компанії, та державні чиновники, була основною причиною, що спонукала проведення досліджень у цій галузі [11]. Було запроваджено поняття “індикатор якості медичної допомоги” (ІЯМД) або “клінічний індикатор”. ІЯМД/клінічний індикатор є кількісним виміром, що надає певну інформацію про конкретний аспект надання або результат клінічної допомоги [8]. Він є невід'ємною частиною системи загального професійного менеджменту в системі охоро-

ни здоров'я практично у всіх країнах ЄС, а також в таких країнах, як Австралія та США. Клінічні індикатори призначені для використання лікарями, на відміну від індикаторів ефективності (результативності), які передусім використовуються для оцінки діяльності медичних закладів, однак обидва види індикаторів можуть використовуватися як на локальному, так і на національному рівнях. Наказ МОЗ України від 03.11.2009 №795/75 “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)” [4] регламентує обов'язкове використання в Україні клінічних індикаторів для оцінки якості надання медичної допомоги. Клінічні індикатори визначаються стандартом медичної допомоги, уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги і використовуються при розробці локального протоколу медичної допомоги. В Україні не розроблені стандарти та уніфіковані клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію, не існує затверджених індикаторів якості надання медичної допомоги цієї категорії хворих.

**Метою дослідження** стало обґрунтування вибору індикаторів якості надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію (АГ) в амбулаторно-поліклінічних умовах.

**Матеріали і методи.** У Державній науковій установі “Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини” Державного управління справами запроваджена комплексна науково-практична програма з розробки та впровадження локальних протоколів, які ґрунтуються на клінічних рекомендаціях та відповідають вимогам доказової медицини. Першим було розроблено локальний протокол надання медичної допомоги хворим на АГ, враховуючи внесок цієї патології у структуру захворюваності та смертності. Локальний протокол укладено відповідно до Рекомендацій Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (2008), наказу МОЗ України №436 від 03.07.2006 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Кардіологія”, Рекомендацій Європейського товариства з артеріальної гіпертензії/Європейського товариства кардіологів по лікуванню артеріальної гіпертензії 2009 року. Структура протоколу відповідає вимогам наказу МОЗ України №795/75 від 03.11.2009 р. “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)” [4]. Локаль-



ний протокол охоплює весь комплекс необхідних елементів медичної допомоги. Вибір медичних технологій враховує стан основних фондів поліклініки, забезпеченість кадровими, матеріальними ресурсами, організаційні методи роботи. Значну увагу у протоколі приділено розробці індикаторів якості медичної допомоги.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Відповідно до сучасних вимог, для вибору індикаторів якості медичної допомоги (ІЯМД) можуть бути використані клінічні рекомендації, систематичні огляди, результати кращих практик, висновки експертів. Всі індикатори повинні відповідати певним вимогам [1]: бути заснованими на доказах; стосуватись важливих аспектів надання медичної допомоги; бути вимірюваними; бути скоріше детальними, ніж загальними.

За сучасними уявленнями, силу доказовості прийнято ранжувати з урахуванням рівня наявних доказів:

Рівень А. Докази, які ґрунтуються на результатах декількох рандомізованих клінічних досліджень або метааналізів.

Рівень В. Докази, які ґрунтуються на результатах одного рандомізованого клінічного дослідження або багатьох нерандомізованих досліджень.

Рівень С. Узгоджена думка експертів і/або нечисленні дослідження, ретроспективні дослідження, реєстри.

Засади доказової медицини дозволяють виділити класи рекомендацій з використання методів обстеження і видів втручання:

Клас I. Докази і/або загальна згода щодо сприятливого впливу, користі та ефективності методу.

Клас II. Суперечливі докази і/або розбіжність думок щодо користі/ефективності лікування.

Клас IIa: переважають докази/думки про користь/ефективність.

Клас IIb: докази/думки щодо користі/ефективності менш переконливі.

Клас III. Докази або загальна згода, що лікування або діагностичний захід некорисні/неефективні і в деяких випадках можуть бути шкідливими.

В практичній діяльності необхідно використовувати ті методи обстеження та лікування, які належать до класу рекомендацій I та IIa.

З урахуванням вимог доказової медицини нами розроблено підходи до оцінки якості медичної допомоги хворим на АГ в амбулаторних умовах. При розробці індикаторів якості особливу увагу було приділено виконанню лікарями вимог доказової медицини щодо верифікації та корекції факторів ризику, визначення рівня загального серцево-судинного ризику та дотримання програми обстеження і лікування.

Для стандартизації підходів щодо виявлення факторів ризику, проведення необхідних

досліджень для визначення рівня загального серцево-судинного ризику, відповідно до вимог доказової медицини, нами була розроблена та запроваджена уніфікована "Карта оцінки ступеня серцево-судинного ризику пацієнта з артеріальною гіпертензією". Ця карта була створена як додаток до медичної карти амбулаторного хворого. Слід зазначити, що в Україні немає відповідних стандартизованих форм, що негативно впливає на процес оцінки факторів ризику та цілеспрямовану роботу лікаря з їх корекції. В карту нами внесено дані про загальновизнані фактори ризику, ураження органів-мішеней та наявність супутньої патології. Таким чином, лікар визначає основні фактори ризику та проводить стратифікацію ризику, що визначає тактику ведення хворого на АГ. До ІЯМД хворим на артеріальну гіпертензію нами було включено наявність в амбулаторній карті заповненої "Карти оцінки факторів ризику" з визначенням рівня загального серцево-судинного ризику (табл. 1).

Мета лікування хворих на АГ – досягнення максимального зменшення ризику розвитку серцево-судинних ускладнень за рахунок досягнення цільового рівня артеріального тиску та корекції інших факторів ризику. Досягнення цієї мети потребує послідовної роботи лікаря і пацієнта. Важливе значення має цілеспрямований моніторинг факторів ризику, що дозволяє коригувати тактику ведення хворих. Для контролю цього процесу нами була розроблена та запроваджена "Карта моніторингу хворого на артеріальну гіпертензію". Наявність заповненої карти моніторингу в амбулаторній картці пацієнта, у якій вказано дату наступного візиту пацієнта до лікаря-терапевта, надано інформацію щодо виконання програми диспансерного нагляду пацієнта також було включено до ІЯМД хворим на АГ (табл.).

Доведено, що модифікація стилю життя впливає на перебіг АГ і ризик розвитку ускладнень. Так, позитивний вплив зменшення маси тіла у пацієнтів з надмірною вагою відповідає класу рекомендацій I, рівень доказів А; зменшення вживання солі також відповідає I А; збільшення фізичної активності – I В, припинення тютюнокуріння – I В. Тому відмітки в амбулаторній карті про призначення модифікації стилю життя та консультація щодо відмови від тютюнокуріння також були включені нами до ІЯМД хворим на АГ.

Підвищення якості медичної допомоги хворим на АГ неможливе без активної участі пацієнта в процесі лікування. Споживач медичних послуг – не пасивний реципієнт, а активний та компетентний учасник процесу. "Вища якість" споживача медичних послуг – це обізнаність з основними засадами здорового способу життя та методами покращення стану здоров'я, краще вміння догляду за собою, вирішення проблем, що виникають, здатність взаємодії з ліка-

Таблиця. Перелік індикаторів якості медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію

| Індикатори                    |  |
|-------------------------------|--|
| 1                             | Наявність у лікаря локального протоколу  |
| 2                             | Наявність в МКАХ заповненої “Карти оцінки факторів ризику” з визначенням рівня загального серцево-судинного ризику |
| 3                             | Наявність в МКАХ заповненої “Карти моніторингу хворого на АГ”  |
| 4                             | Наявність в МКАХ дати наступного візиту пацієнта до лікаря-терапевта   |
| 5                             | Наявність в МКАХ відмітки про призначення модифікації стиля життя  |
| 6                             | Консультація по відмові від тютюнопаління*   |
| 7                             | Відмітка про отримання пацієнтом “Інформаційного листа”  |
| 8                             | Наявність в МКАХ даних щодо виконання програми диспансерного нагляду пацієнта                                      |
| 9                             | Призначені антигіпертензивні препарати 1-го ряду   |
| 10                            | Призначення статинів   |
| 11                            | Призначення аспірину/клопідогрелю  |
| 12                            | Досягнення цільового рівня артеріального тиску   |
| 13                            | Досягнення цільового рівня загального холестерину  |
| <b>Виникнення ускладнень:</b> |  |
| 14                            | Виклики бригади “Швидкої допомоги” з приводу гіпертензивного кризу   |
| 15                            | Інфаркт міокарда   |
| 16                            | Інсульт  |
|                               | Інші   |

Примітка: \*для пацієнтів, які курять.

рем, активна участь у процесі надання медичної допомоги. “Концепція якості споживача медичних послуг” може бути визначена та виміряна різними шляхами, але головним є те, що на цю якість можна впливати. Доведено, що підхід, при якому пацієнт бере активну участь у визначенні стратегії лікування під час консультації лікаря, сприяє впровадженню новітніх підходів до діагностики та лікування. Пацієнт краще виконує рекомендації лікаря, коли він знає, що вони відповідають сучасному рівню медичної науки. Доведено ефективність роботи у цьому напрямку як за допомогою засобів масової інформації, так і при наданні пацієнтові інформаційних листів, пам’яток тощо. Особливістю розробленого нами Локального протоколу став детальний методичний супровід процесу підвищення поінформованості пацієнтів з питань лікування та профілактики артеріальної гіпертензії. З цією метою було створено додаток до локального протоколу – “Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією”, в якому в доступній формі викладено основні принципи лікування підвищеного артеріального тиску та корекції супутніх факторів ризику, представлено дієтичні рекомендації та щоденник самоконтролю. Всі пацієнти з артеріальною гіпертензією отримують цей інформаційний лист і мають можливість обговорити з лікарем стратегію свого лікування. Відмітка в амбулаторній карті про отримання пацієнтом “Інформаційного листа” була включена нами до ІЯМД хворим на АГ.

Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (2008), Рекомендації Європейського товариства з артеріальної гіпертензії/Європейського товариства кардіологів по лікуванню артеріальної гіпертензії 2009 року регламентують диференційований підхід до призначення медикаментозного лікування хворим на АГ. З позицій доказової медицини доведено доцільність призначення антигіпертензивних препаратів 1-го ряду – клас рекомендацій I, рівень доказів А; статинів – I A, аспірину – I A, клопідогрелю – I B. Тому призначення цих класів препаратів включені нами до ІЯМД хворим на АГ. До клінічних індикаторів результату ми включили досягнення цільового рівня артеріального тиску та цільового рівня загального холестерину, що теж відповідає класу рекомендацій I, рівень доказів А.

Важливим результатом лікування АГ є профілактика виникнення ускладнень. Тому до ІЯМД хворим на АГ ми включили наявність викликів бригади “Швидкої допомоги” з приводу гіпертензивного кризу, розвиток інфаркту міокарда та інсульту.

Оцінка якості надання медичної допомоги за допомогою клінічних індикаторів проводиться з використанням класичного підходу – аналіз медичних карток амбулаторного хворого. При цьому особлива увага приділяється клінічним індикаторам структури та процесу, що і визначає якість надання медичної допомоги. Клінічні індикатори ре-

зультату та частота розвитку ускладнень більше відображають ефективність медичної допомоги і залежать не тільки від якості надання медичної допомоги, але й від цілого ряду інших чинників, передусім індивідуальних характеристик хворого, його прихильності до лікування, віку, наявності коморбідних розладів і супутньої патології.

Використання клінічних індикаторів для оцінки якості надання медичної допомоги хворим на АГ дозволяє проводити в динаміці аналіз відповідності надання медичної допомоги вимогам доказової медицини як окремими лікарями, так і відповідними клінічними підрозділами, визначати питання, які потребують доопрацювання, що дозволяє вносити корективи в організацію роботи медичного закладу.

## Висновки

1. Вибір індикаторів якості медичної допомоги має ґрунтуватись на результатах досліджень, які відповідають вимогам доказової медицини.

2. Індикатори якості (структури, процесу, результату) повинні стосуватись важливих аспектів допомоги, які впливають на досягнення мети лікування хворих на артеріальну гіпертензію.

3. Використання індикаторів якості медичної допомоги спрямоване на удосконалення медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію.

**Перспектива подальших досліджень полягає** у запровадженні локального протоколу надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію у амбулаторно-поліклінічних умовах.

## Список літератури

1. Багдасарян В. Є. Вступ до клінічного аудиту / В. Є. Багдасарян, В. М. Богомаз // Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю. – К., 2009. – С. 21–30.
2. Медичні стандарти первинної і вторинної медичної допомоги населенню / NICARE; за заг. ред. Г. Росс, О. М. Новічкова, А. В. Степаненко, Д. В. Варивончик. – К., 2006. – 238 с.
3. Посібник для розробників клінічних рекомендацій / медичних стандартів / NICO; за заг. ред. О. М. Новічкова, Г. Росс, А. В. Степаненко. – К., 2007. – 71 с.
4. 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 № 795/75 від 03.11.2009 [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Baker R. Clinical Guidelines: Where Next? / R. Baker, G. Feder // International Journal for Quality in Health Care. – 2003. – Vol. 9. – № 6. – P. 399–404.
6. 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.
7. Clinical Indicators. NHS Quality Improvement Scotland, 2007. ISBN 1-84404-477-7.
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian // Milbank Mem Fund Q. – 1966. – Vol. 44. – P. 166–206.
9. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? / A. Donabedian // JAMA 1988. – Vol. 260. – P. 743–1748.
10. Loeb J. M. The current state of performance measurement in health care / J. M. Loeb // International Journal for Quality in Health Care. – 2004. – Vol. 16 (Sup. 1). – P. 5–9.

## НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Д. Д. Дячук, Г. З. Мороз, И. Н. Гидзинская (Киев)

Обобщены методологические подходы к внедрению индикаторов качества оказания медицинской помощи. Изложены результаты работы по выбору индикаторов качества медицинской помощи больным с артериальной гипертензией на амбулаторно-поликлиническом этапе с использованием критериев доказательной медицины.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** методологический подход, индикаторы качества оказания медицинской помощи, артериальная гипертензия, доказательная медицина.

## SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF SELECTION OF CLINICAL INDICATORS OF MEDICAL CARE QUALITY TO ARTERIAL HYPERTENSION PATIENTS

D. D. Dyachuk, H. Z. Moroz, I. M. Hydzynska (Kyiv)

Methodological approaches to implementation of medical care quality indicators in medical practice has been generalized. Results of quality indicators selection in primary care setting patients undergoing arterial hypertension management with utilization of evidence based information has been exposed.

**KEY WORDS:** methodological approach, medical care quality indicators, arterial hypertension, conclusive medicine.

Рецензент: к.мед.н. О. О. Дудіна

УДК 616.89-053.9-082-058].004.12(083.74)

І. Я. ПІНЧУК (Донецьк)

## ІНДИКАТОРИ ТА СТАНДАРТИ ЯКОСТІ ПРИ НАДАННІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ЛІТНІМ ЛЮДЯМ З ВАДАМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Головне управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації

Автором розроблені індикатори та стандарти якості при наданні медико-соціальної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я: дотримання правових процедур при наданні медико-соціальної допомоги, запобігання дискримінації літніх людей з вадами психічного здоров'я та членів їхніх родин, організація безпечної допомоги у максимально нестигматизованих умовах, забезпечення права на конфіденційність медичної інформації, задоволеність родин пацієнтів, доступність, ефективність, науково-технічний рівень медико-соціальної допомоги.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** індикатори, стандарт якості, медико-соціальна допомога, літні люди, вади психічного здоров'я.

Традиційно при виробленні політики у сфері охорони здоров'я головна увага приділялася фінансуванню медичного обслуговування, а також структурним та організаційним проблемам. Однак останніми роками накопичуються дані, які свідчать про відсутність безпосередньої залежності між обсягами фінансування охорони здоров'я і результатами її діяльності, вираженими в показниках здоров'я населення [2;8]. Збереження і зміцнення здоров'я населення є предметом постійної уваги і турботи держави та суспільства, пріоритетним напрямком соціальної політики [5]. Психічне здоров'я та психічне благополуччя – фундаментальні складові життя літньої людини, що забезпечують значимість буття, дозволяють їм реалізувати особистісний потенціал, брати активну участь у житті суспільства.

Актуальність питань забезпечення якості медичної допомоги, зокрема психіатричної, зростає в період реформування охорони здоров'я, що пояснює необхідність освоєння майбутніми лікарями філософії поняття якості, способів керування якістю, форм і методів її оцінки [2;8].

За визначенням ВООЗ, якість психіатричної допомоги – це система підвищення ймовірності досягнення бажаного результату при наданні послуг на основі науково обґрунтованого підходу в медицині. Дане визначення містить у собі два компоненти. Для людей із психічними розладами, членів їхніх родин і населення в цілому це означає, що послуги, які надаються службами охорони психічного здоров'я, повинні призводити до позитивного результату лікування. Для фахівців із планування та охорони психічного здоров'я, а також для осіб, що формують політику, наведене визначення означає найбільш оптимальне застосування сучасних знань і технологій.

Отримання високоякісної психіатричної допомоги – це фундаментальне право кожної людини, що має вади психічного здоров'я. В даний час психіатрична служба перебуває в стані організаційних змін. Очікуваний результат реформування – це поліпшення якості надання психіатричної допомоги населенню, у тому числі шляхом не тільки підвищення якості лікувального процесу в кожному психіатричному закладі, але й досягнення мети при наданні психіатричної допомоги конкретному пацієнту. Заходи з удосконалення системи повинні орієнтуватися передусім на потреби пацієнтів, а не на потреби медичних закладів [10].

Сьогодні основною проблемою аналізу якості надання медико-соціальної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я є відсутність показників оцінки даної допомоги, котрі були б пов'язані як з постановкою цілей і завдань, так і з конкретними шляхами вирішення, обумовленими особливостями медико-соціальної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я [7].

**Метою** дослідження стала розробка індикаторів та стандартів якості при наданні медико-соціальної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я.

**Матеріали і методи.** Розробка індикаторів та стандартів якості при наданні медико-соціальної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я здійснювалась на підставі двох досліджень, які були проведені в психіатричних закладах Донецької області. Перше дослідження – вивчення якості лікувального процесу – проводилося в 14 психіатричних ЛПЗ Донецької області за підсумками роботи 2006–2007 рр. Оцінка якості медичної допомоги здійснювалась за висновками експертного аналізу медичної документації 1750 пролікованих пацієнтів: медич-

них карт стаціонарного хворого (форма № 003/о), медичних карт пацієнтів відділень денного стаціонару, медичних карт амбулаторного хворого (форма № 025/о), а також за підсумками анкетування пацієнтів у відділеннях (390 анкет).

Оцінка лікувально-діагностичного процесу проводилася за 16 критеріями (клінічними індикаторами), що були розроблені кафедрою психіатрії і медичної психології Донецького державного медичного університету:

1. Відповідність клінічного діагнозу пацієнта МКХ-10.
2. Дотримання етико-правових норм медичного втручання (добровільна згода, інформованість про права, конфіденційність тощо).
3. Повнота обстеження пацієнта.
4. Обґрунтованість діагностичного висновку.
5. Час між госпіталізацією і початком лікування.
6. Тривалість перебування в стаціонарі за медичними показниками.
7. Адекватність вибору психотропного засобу.
8. Адекватність загальної тактики лікування.
9. Адекватність режиму прийому і способу введення медикаментозних препаратів.
10. Адекватність дози і способів нарощування (зниження) дози психотропного препарату.
11. Одночасний прийом психотропних засобів однієї групи.
12. Взаємовідносини медичного персоналу з пацієнтом і його родичами.
13. Побічні ефекти й ускладнення в процесі лікування.
14. Наявність залежності від стаціонару.
15. Об'єктивно зареєстрована, з використанням стандартизованих методів, оцінка динаміки проявів основних психопатологічних симптомів.
16. Задоволеність пацієнта обсягом і якістю отриманої допомоги.

Друге дослідження – вивчення якості лікувального процесу – проводилося також в 14 психіатричних ЛПЗ Донецької області за підсумками роботи 2008 р. під час проведення державної акредитації психіатричних закладів області. Оцінка якості медичної допомоги здійснювалась за висновками експертного аналізу медичної документації 270 пролікованих пацієнтів: 140 медичних карт стаціонарного хворого (форма № 003/о), 60 медичних карт пацієнтів відділень денного стаціонару, 70 медичних карт амбулаторного хворого (форма № 025/о), а також за підсумками анкетування пацієнтів у відділеннях (800 анкет). Оцінка лікувально-діагностичного процесу проводилася за критеріями наказу МОЗ України від 24.02.2007 № 92 “Про затвердження Критеріїв (умов) державної акредитації лікувально-профілактичних закладів” [9].

В обох дослідженнях було визначено рівень якості лікувального процесу в амбулаторній та стаціонарній мережах психіатричних ЛПЗ [6]. Вивчалися три компоненти: структура закладу (рівень фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів, професійний рівень медичного персоналу); власне лікувально-діагностичний процес (правильний вибір і дотримання адекватних технологій лікувально-діагностичної допомоги на конкретному етапі надання психіатричної допомоги – стаціонар, денний стаціонар, амбулаторна ланка); результати лікувально-діагностичного процесу (ступінь досягнення лікувальних і реабілітаційних цілей, а також рівень задоволеності пацієнтів якістю психіатричної допомоги на конкретному етапі надання психіатричної допомоги).

З огляду на те, що зусилля з удосконалення системи повинні орієнтуватися передусім на потреби пацієнтів, а не на потреби медичних закладів [5], були повторно вивчені результати даних двох досліджень: власне лікувально-діагностичний процес (правильний вибір і дотримання адекватних технологій лікувально-діагностичної допомоги на всіх етапах, а не в конкретному лікувальному закладі, та з урахуванням індивідуальних особливостей літньої людини з вадами психічного здоров'я); результати лікувально-діагностичного процесу (ступінь досягнення лікувальних і реабілітаційних цілей, а також рівень задоволеності пацієнтів якістю психіатричної допомоги).

Результати дослідження та їх обговорення. З урахуванням накопиченого досвіду при визначенні рівня якості лікувального процесу в амбулаторній та стаціонарній мережах психіатричних ЛПЗ Донецької області та з урахуванням основних характеристик якості психіатричної допомоги – адекватності (застосування заходів, технологій і використання ресурсів, в якісному і кількісному відношенні достатніх для досягнення поставлених цілей); доступності (відсутність при отриманні медичної допомоги географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних або мовних бар'єрів); наступності та безперервності (надання допомоги одним і тим же спеціалістом впродовж всього курсу лікування), дієвості (здатність медичних втручань впливати на поліпшення здоров'я в суворо контрольованих умовах, наприклад в рамках рандомізованих, контрольованих клінічних випробувань); результативності (здатність медичних втручань впливати на поліпшення здоров'я в звичайних практичних умовах, або ступінь досягнення бажаного результату); ефективності (співвідношення отриманих результатів та витрачених ресурсів для досягнення мети); безпечності (ступінь мінімізації ризиків травм, інфікування або інших побічних ефектів лікування і небажаних наслідків

в процесі надання медичної допомоги) [1;3;4;11–14] – були розроблені індикатори якості при наданні медико-соціальної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я: дотримання правових процедур при наданні медико-соціальної допомоги, запобігання дискримінації

літніх людей з вадами психічного здоров'я та членів їхніх родин, організація безпечної допомоги у максимально нестигматизованих умовах, забезпечення права на конфіденційність медичної інформації, задоволеність родин пацієнтів (табл. 1); доступність, ефективність, науково-тех-

**Таблиця 1. Показник якості (індикатор якості) для моніторингу дотримання правових процедур при наданні медико-соціальної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я**

| № з/п | Показник (індикатор якості)   | Стандарт якості   |
|-------|---|---|
| 1     | Законність надання літній людині з вадами психічного здоров'я спеціалізованої психіатричної допомоги                    | Надання спеціалізованої психіатричної допомоги літній людині з вадами психічного здоров'я має бути добровільним, за усвідомленою її згодою. У разі неможливості отримати усвідомлену згоду (внаслідок психічного захворювання) або відмову від надання психіатричної допомоги при її необхідності, рішення про надання психіатричної допомоги приймає суд.<br>З літньою людиною має бути погоджено: план обстеження, план лікування, умови та тривалість госпіталізації, порядок диспансерного нагляду, заходи реабілітаційної програми, застосування медикаментів за показаннями або в дозах, що не передбачені інструкціями.<br>За наявності рішення суду про позбавлення дієздатності і наявності опікуна, всі питання надання психіатричної допомоги вирішуються з опікуном |
| 2     | Кожна літня людина має отримувати допомогу в умовах із найменш обмеженим режимом  | Обстеження та лікування літньої людини з вадами психічного здоров'я, як правило, проводиться в амбулаторних умовах  |
| 3     | Кожна літня людина з вадами психічного здоров'я повинна мати доступ до базових медико-соціальних послуг                 | Літня людина з вадами психічного здоров'я повинна мати можливість отримати загальномедичну допомогу на загальних підставах  |
| 4     | Кожна літня людина з вадами психічного здоров'я повинна мати доступ до спеціалізованих медичних послуг                  | Служби охорони психічного здоров'я повинні проводити організацію територіальної медичної допомоги, демаркацію районів чи дільниць таким чином, щоб літні люди з вадами психічного здоров'я мали доступ до: <ul style="list-style-type: none"> <li>• амбулаторної спеціалізованої психіатричної допомоги;</li> <li>• стаціонарної психіатричної допомоги;</li> <li>• медико-соціальної реабілітації за програмами раннього втручання.</li> </ul> Служби охорони психічного здоров'я мають докладати зусиль для уникнення дискримінації населення літнього віку з вадами психічного здоров'я щодо доступності всіх наведених форм допомоги  |
| 5     | Кожна літня людина з вадами психічного здоров'я має право вчасно отримати передбачену законодавством соціальну допомогу | Служби охорони психічного здоров'я повинні вживати всебічні заходи з метою усунення перешкод вчасному скеруванню літніх людей з вадами психічного здоров'я для отримання соціальної допомоги: <ul style="list-style-type: none"> <li>• територіальних центрів, що надають соціальну допомогу;</li> <li>• обслуговування вдома;</li> <li>• скерування на МСЕК.</li> </ul> Обстеження, необхідні для підготовки відповідних документів, мають проводитися переважно в амбулаторних умовах   |

**Таблиця 2. Показник якості (індикатор якості) для моніторингу доступності, ефективності, науково-технічного рівня медичної допомоги та реабілітації**

| № з/п | Показник (індикатор якості)   | Стандарт якості   |
|-------|---|---|
| 1     | 2   | 3   |
| 1     | Кожній літній людині з вадами психічного здоров'я має бути встановлений діагноз | Лікарі-геріатри, терапевти, неврологи, сімейні лікарі повинні вживати зусиль для раннього виявлення вад психічного здоров'я у людей літнього віку.<br>Служби охорони психічного здоров'я повинні вживати всебічні заходи для того, щоб літнім людям з вадами психічного здоров'я своєчасно проводилось обстеження із застосуванням спеціальних скринінгових інструментів, визначалась необхідність, обсяги та форми проведення цілеспрямованої профілактики |

Продовження табл. 2

| 1 | 2  | 3   |
|---|--|---|
| 2 | Кожна літня людина з вадами психічного здоров'я повинна отримувати якісну спеціалізовану психіатричну допомогу   | Служби охорони психічного здоров'я мають забезпечити доступність для літніх людей з вадами психічного здоров'я програм раннього втручання, своєчасної діагностики та сучасного лікування психічних розладів   |
| 3 | Кожна літня людина з підозрою на вади психічного здоров'я має бути обстежена за допомогою загальноновизнаних стандартних діагностичних скринінгових процедур   | Для попередньої діагностики психічних розладів у літніх людей, як в первинній ланці, так і на етапі спеціалізованої психіатричної допомоги, мають застосовуватися загальноновизнані стандартні діагностичні методики: геріатрична шкала депресії (GTS), Міні-тест оцінки психічного стану (MMSE), що включає в себе нейропсихологічні тести, які оцінюють в балах когнітивні функції (увагу, пам'ять, гнозис, мову, праксис, рахування), Поведінкова рейтингова шкала для геріатричних пацієнтів (BGP), що визначає стан соціального функціонування |
| 4 | Для кожної літньої людини з вадами психічного здоров'я має бути розроблена індивідуальна програма реабілітації з опорою на встановлені за допомогою загальноновизнаних методів обстеження сильні та найбільш проблемні сфери психічного функціонування | У кожної літньої людини з вадами психічного здоров'я має бути визначений рівень реабілітаційного потенціалу, на підставі чого розроблена індивідуальна реабілітаційна програма, що включає медикаментозну, фізичну, психологічну реабілітацію, а також раціональне харчування.  |
| 5 | Відсоток людей літнього віку, яким було вперше діагностовано деменцію середнього та важкого перебігу   | Служби охорони психічного здоров'я мають вживати всебічні заходи для скорочення випадків пізньої діагностики психічних розладів у людей літнього віку   |
| 6 | Відсоток людей літнього віку, яким було проведено стаціонарне лікування в умовах спеціалізованого психіатричного закладу   | Служби охорони психічного здоров'я мають вживати всебічні заходи для надання медичної допомоги в максимально дестигматизованих умовах, переважно амбулаторно за місцем мешкання   |
| 7 | Відсоток людей літнього віку, яким було проведено стаціонарне лікування в умовах спеціалізованого психіатричного закладу понад 2 тижні   | Служби охорони психічного здоров'я мають вживати всебічні заходи для скорочення термінів перебування літніх людей з вадами психічного здоров'я на стаціонарному психіатричному ліжку для збереження їхнього реабілітаційного потенціалу   |
| 8 | Відсоток людей літнього віку, яким протягом року повторно було проведено стаціонарне лікування в умовах спеціалізованого психіатричного закладу  | Служби охорони психічного здоров'я мають розглядати кожен випадок повторного лікування літніх людей з вадами психічного здоров'я на стаціонарному психіатричному ліжку на засіданні контрольно-експертної комісії (КЕК)   |
| 9 | Кожна літня людина з вадами психічного здоров'я не повинна отримувати лікування, ефективність якого не доведена  | Служби охорони психічного здоров'я при наданні медичної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я мають не допускати застосування методів лікування, ефективність та безпечність яких не доведена, які не мають показань до застосування згідно із затвердженими МОЗ України інструкціями  |

нічний рівень медичної допомоги, рівень якості диспансеризації, діагностики, лікування, обстеження, профілактики та реабілітації (табл. 2).

**Перспективи подальших досліджень** полягають у впровадженні розроблених індика-

торів та стандартів якості при наданні медико-соціальної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я в усіх регіонах України шляхом затвердження Міністерством охорони здоров'я в межах клінічних протоколів.

#### Список літератури

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2002. – 156 с.
2. *Забезпечення якості медичної допомоги. Стандартизація в охороні здоров'я : метод. реком. (проект) / Шпак І. В., Островецька М. М., Лехан В. М. [та ін.].* – К., 2008. – 24 с.
3. *Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / Щепин О. П., Стародубов В. И., Линденбратен А. Л., Галанова Г. И. – М. : Медицина, 2002. – 176 с.*

4. *Нагорна А. М.* Проблема якості в охороні здоров'я : монографія / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка –НОВА, 2002. – 384 с.
5. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні* / [за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого]. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
6. *Пінчук І. Я.* Контроль якості лікувального процесу в спеціалізованих психіатричних лікувально-профілактичних закладах Донецької області / І. Я. Пінчук // Психічне здоров'я. – 2008. – № 3–4 (20–21). – С. 128–132.
7. *Пінчук І. Я.* Якість життя осіб літнього і старечого віку з вадами психічного здоров'я: перспективи і можливості / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська // Проблемы старения и долголетия. – 2005. – Т. 14, прил. – С. 256.
8. *Посібник для розробників клінічних рекомендацій/медичних стандартів / NICARE ; за заг. ред. Г. Росс, О. Новічкова.* – К., 2006. – 166 с.
9. *Про затвердження Критеріїв (умов) державної акредитації лікувально-профілактичних закладів : наказ МОЗ України № 92 від 24.02.2007* [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
10. *Шоу Ч. Д.* Основы для разработки национальных стратегий по усовершенствованию качества в системах здравоохранения / Ч. Д. Шоу, И. Кало. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2002. – 67 с.
11. *Control, compare and communicate: designing control charts to summarize efficiently data from multiple quality indicators* / Guthrie B., Love T., Fahey T. [et al.] // Quality & Safety in Health Care. – 2005. – № 14. – P. 450–454.
12. *Howley P.* Using hierarchical models to analyze clinical indicators: a comparison of the gamma-Poisson and beta-binomial models / P. Howley, R. Gibberd // International journal for Quality in Health Care. – 2003. – Vol. 15, № 4. – P. 319–329.
13. *Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care* / Campbell S. M., Braspenning J., Hutchinson A. Marshall M. N. // BMJ. – 2003. – Vol. 326. – P. 816–819.
14. *Otten K.* Identification of quality indicators of stroke care / K. Otten, M. Geraedts, C. Kugler // Arztl Fortbild Qualitatssich. – 2006. – № 100 (4) – P. 265–274.

#### **ИНДИКАТОРЫ И СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*И. Я. Пинчук (Донецк)*

Автором разработаны индикаторы и стандарты качества при оказании медико-социальной помощи пожилым людям с психическими расстройствами: выполнение правовых процедур при оказании медико-социальной помощи, предотвращение дискриминации пожилых людей с психическими расстройствами и членов их семей, организация безопасной помощи в максимально дестигматизированных условиях, обеспечение права на конфиденциальность медицинской информации, удовлетворенность родственников пациентов, доступность, эффективность, научно-технический уровень медико-социальной помощи.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** индикаторы, стандарт качества, медико-социальная помощь, пожилые люди, психические расстройства.

#### **THE INDICATORS AND QUALITY STANDARDS RENDERING MEDICAL AND SOCIAL HELP TO ELDERLY PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS**

*I. Ya. Pinchuk (Donetsk)*

In the presented work the author are developed the indicators and quality standards in rendering medical and social help to elderly people with mental disorders, exactly, performance of legal procedures in rendering medical and social help, prevention of discrimination of elderly people with mental disorders and members of their families, organization of the safe help in maximum destigmatisation conditions, ensuring the law to confidentiality medical information, satisfaction the relatives of patients, availability, efficiency, scientific and technical level of medical and social help.

**KEY WORDS:** indicators, quality standards, medical and social help, the elderly people, mental disorders.

*Рецензент:* к.мед.н. Н. П. Ярош



УДК 617.7-007+615.2(477):001.5

О.П. ВИТОВСЬКА (Київ)

## ДОСТУПНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ НАДАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПЕРВИННУ ГЛАУКОМУ В УКРАЇНІ ТА ОЦІНКА ЇХ ВПЛИВУ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ПАТОЛОГІЇ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Встановлено, що зниження доступності та якості надання хворим на глаукому медичної допомоги негативно впливає на клінічний перебіг їх захворювання і сприяє його прогресуванню. Низькі рівні доступності хворих до офтальмологічної допомоги пов'язані із наступними групами причин: суб'єктивними – відсутність мотивів до лікування у хворих, низька довіра до лікаря, запропонованих рекомендацій та режимів лікування; об'єктивними – недостатність фінансових ресурсів у хворого й матеріально-технічних ресурсів в лікувально-профілактичному закладі.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** глаукома, медична допомога, доступність, якість, клінічний перебіг захворювання.

Глаукома є провідною причиною стійкої втрати зорових функцій серед населення в Україні. Одним із напрямків подолання цієї негативної ситуації є забезпечення хворих доступною та високоякісною офтальмологічною допомогою, яка спрямована на стабілізацію патологічного процесу та попередження втрати зорових функцій внаслідок атрофії зорового нерву [5].

Від доступності та якості офтальмологічної допомоги залежить раннє виявлення, профілактика, ефективність надання медичної допомоги населенню [2; 4; 6].

В сучасних умовах в Україні існує ряд недоліків в організаційній діяльності офтальмологічної служби, яка працює в умовах реформування галузі охорони здоров'я. Це обумовлено тим, що система, яка існує на даний момент, виявилась неадекватною до сучасних вимог; значного дефіциту економічних та матеріально-технічних ресурсів офтальмологічної служби на фоні гальмування впровадження страхової медицини; значного зниження спроможності пацієнтів оплатити медичні послуги; приділення меншої уваги в діяльності лікарів-офтальмологів профілактичному та реабілітаційному напрямкам [1].

Вищезазначене негативно впливає на стан офтальмологічної допомоги населенню в Україні, результатом чого стало значне зниження частки населення на щорічних профілактичних оглядах, рівня диспансеризації хронічних офтальмологічних хворих, доступності для населення спеціалізованої офтальмологічної допомоги [3].

Однак до теперішнього часу в Україні не проводились наукові дослідження щодо оцінки доступності та якості надання медичної допомоги хворим на первинну глаукому та не прово-

дилась оцінка їхнього впливу на клінічний перебіг патології, що визначило актуальність наукового дослідження.

**Мета дослідження** – оцінка доступності та якості надання медичної допомоги хворим на первинну глаукому та їхнього впливу на клінічний перебіг патології

**Матеріали і методи.** Проведено вибіркове дослідження серед 450 хворих на первинну глаукому – відкритокутову (300 осіб) та закритокутову (150 осіб), яким надавалась офтальмологічна допомога на III (висококваліфікованому) рівні медичної допомоги в амбулаторних умовах (глаукомний кабінет) Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні «Центр мікрохірургії ока» (КМКОЛ «ЦМХО»), Київської Олександрівської лікарні, та Київської обласної лікарні.

Під час дослідження проводилась оцінка доступності хворим на первинну глаукому основних компонентів високоякісної медичної допомоги, які входять до організаційного стандарту:

1. Заходи діагностики та моніторингу: збір скарг та анамнезу; візометрія; рефрактометрія (автоматична); біомікроскопія (на щілинній лампі); ультразвукова (В/С) біометрія; офтальмоскопія; томографія сітківки та диску зорового нерву (методами НРТ, ОСТ); тонометрія (за Гольдманом чи Маклаковим), тонографія, навантажувально-розвантажувальні проби; периметрія (динамічна); периметрія комп'ютерна (квантитативна); кампіметрія; гоніоскопія (за Гольдманом); кератопахіметрія (ультразвукова); ультразвукова біометрія переднього відрізка ока; визначення наявності факторів ризику; визначення якості життя хворих.

2. Заходи лікування: визначення цільового внутрішньоочного тиску (ВОТ); місцева фарма-

котерапія препаратами I лінії (аналоги простагландинів,  $\beta$ -блокатори); місцева фармакотерапія препаратами II лінії (міотики, інгібітори карбоангідрази місцевої дії, комбіновані препарати); нейропротекторна фармакотерапія; лазерна хірургія; мікрохірургічне лікування.

Також проводилось опитування хворих (450 осіб) та лікарів-офтальмологів (50 осіб) з метою визначення причин зниження доступності та якості медичної допомоги, яка надається хворим. Проводилось дослідження впливу якості та доступності медичної допомоги на клінічний перебіг первинної глаукоми серед 450 хворих. З цією метою досліджені особи були розподілені на три групи за динамікою клінічних показників перебігу глаукоми (табл. 1).

Дослідження впливу факторів якості та доступності медичної допомоги на клінічний перебіг первинної глаукоми серед хворих проводилось із використанням факторного аналізу.

Таблиця 1. Якісні офтальмологічні критерії розподілу хворих на первинну глаукому за клінічними критеріями динаміки патології протягом одного року

| Ознаки                             | Клінічна динаміка перебігу глаукоми |                |                         |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------|
|                                    | «Погіршення»                        | «Стабілізація» | «Покращення»            |
| Скарги на погіршення гостроти зору | збільшились                         | Без динаміки   | зменшились              |
| Скарги на біль в оці               | Збільшились                         | Без динаміки   | Зменшились              |
| Рівень ВОТ                         | Не нормалізовано                    | Нормалізовано  | Нормалізовано           |
| Динаміка полів зору                | Тенденція до звуження               | Без динаміки   | Тенденція до розширення |
| Динаміка скотоми Б'єрума           | Тенденція до збільшення             | Без динаміки   | Тенденція до звуження   |
| Морфологія ДЗН                     | Посилення ознак атрофії             | Без динаміки   | Зменшення ознак атрофії |

у Київській міській клінічній офтальмологічній лікарні «Центр мікрохірургії ока», яка має бюджетні дотації на придбання спеціального обладнання та спеціальний бюджетний фонд, який формується за рахунок надання медичної допомоги хворим із інших міст України та з-за кордону. Однак, у жодному із досліджених медичних закладів не було обладнання для проведення ультразвукової біомікроскопії ока (табл. 2, 3).

Дослідженням також визначені наявні недоліки у забезпеченні лікувального процесу хворих на первинну глаукому. Так, визначено, що у всіх випадках для забезпечення цього процесу у хворих завжди визначається цільовий внутрішньоочний тиск, що відповідає сучасним стандартам надання медичної допомоги, повністю забезпечується призначення та використання хворими фармакотерапії – міотиками та  $\beta$ -блокаторами, використання мікрохірургічних методів лікування. Однак при цьому спостерігається значний дефіцит у використанні таких сучасних методів лікування первинної глаукоми, як фармакотерапія аналогами простагландинів та антагоністів

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дослідженням встановлено, що доступність та якість заходів класичної діагностики та моніторингу перебігу глаукоми серед хворих на первинну глаукому є високими. Однак спостерігається значний дефіцит у використанні сучасних високоточних методів діагностики, як серед хворих на відкритокутову, так і закритокутову глаукому – автоматичної рефрактометрії, ультразвукової (В/С) біомікроскопії. Спостерігається абсолютний дефіцит у використанні таких високоточних, але і високовартісних методів діагностики та моніторингу, як – прижиттєва морфометрія сітківки та зорового нерву (HRT, OCT), кератопахіметрія, комп'ютерна квантитативна периметрія. Така ситуація склалась переважно у Київській Олександрійській клінічній лікарні та Київській обласній лікарні, які мають лише бюджетне фінансування із значними дефіцитом до існуючих потреб. Краща ситуація спостерігається

карбоангідрази, комбінованими антиглаукомними препаратами, нейропротекторна терапія, лазерне лікування (табл. 2, 3). А це в свою чергу не дозволяє забезпечити відповідну якість медичної допомоги у повному обсязі. Обмеження якості медичної допомоги хворим в досліджених медичних закладах була аналогічною до обмеження діагностики та моніторингу у них.

При вивченні причин обмеження доступності та якості медичної допомоги (діагностичної та лікувальної) встановлено, що на думку хворих на глаукому це пов'язано із відсутністю чи недостатністю мотиву та вільного часу для відвідування лікаря (медичного закладу), низькою довірою до лікаря та його рекомендацій, а також – недостатністю грошей для проведення діагностичних та лікувальних заходів. Більш виражені ці фактори були у забезпеченні лікувального процесу та серед мешканців сільської місцевості, яким медична допомога надавалась у Київській обласній лікарні, що, на нашу думку, пов'язано із більш скрутним положенням мешканців села та існуючими труднощами щодо по-

Таблиця 2. Доступність та якість наданої медичної допомоги хворим на первинну відкритокутову глаукому (%) ( $p < 0,05$ )

| Показники якості                         | Досліджені хворі, які знаходились під диспансерним наглядом у спеціалізованих глаукоматозних кабінетах |   |                            |
|--|--|---|----------------------------|
|  | КМКОЛ «ЦМХО»   | Київської центральної міської клінічної лікарні | Київської обласної лікарні |
| Кількість хворих (осіб)                  | 100  | 100   | 100                        |
| <b>Заходи діагностики та моніторингу</b> |  |   |                            |
| Збір скарг та анамнезу                   | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Візометрія                               | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Рефрактометрія автоматична               | 100,0  | 5,0±1,8   | 9,0±2,3                    |
| Біомікроскопія                           | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Ультразвукова (В/С) біометрія            | 100,0  | 5,0±1,8   | 12,0±2,6                   |
| Офтальмоскопія                           | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| HRT, OCT                                 | 23,0±3,5   | 0,0   | 0,0                        |
| Тонометрія                               | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Тонографія                               | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Навантажувально-розвантажувальні проби   | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Периметрія динамічна                     | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Кампіметрія                              | –  | 31,0±3,8  | 66,0±3,9                   |
| Комп'ютерна периметрія                   | 100,0  | 0,0   | 0,0                        |
| Гоніоскопія                              | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Кератопахіметрія                         | 100,0  | 0,0   | 0,0                        |
| Ультразвукова біомікроскопія             | 0,0  | 0,0   | 0,0                        |
| Визначення факторів ризику               | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Визначення якості життя                  | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| <b>Заходи лікування</b>                  |  |   |                            |
| Визначення цільового VOT                 | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Місцева фармакотерапія I лінії:          |  |   |                            |
| - аналоги простагландинів                | 10,0±2,5   | 7,0±2,1   | 1,0±0,8*                   |
| - β-блокатори                            | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Місцева фармакотерапія II лінії:         |  |   |                            |
| - міотики                                | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| - інгібітори карбоангідрази місцевої дії | 75,0±3,5   | 37,0±3,9  | 42,0±4,0                   |
| - комбіновані препарати                  | 73,0±3,6   | 41,0±4,0  | 12,0±2,6                   |
| Нейропротекторна фармакотерапія          | 99,0±0,8   | 74,0±3,6  | 32,0±3,8                   |
| Лазерна хірургія                         | 100,0  | 41,0±4,0  | 8,0±2,2                    |
| Мікрохірургічне лікування                | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |

Примітка: \* –  $p > 0,05$

долання відстані від місця їх мешкання до медичного закладу (табл. 4).

Отримана у досліджені інформація щодо причин низької доступності та якості наданої хворим на глаукому медичної допомоги на думку лікарів-офтальмологів, вказала на:

- з боку організації медичної допомоги: відсутність необхідних матеріально-технічних ресурсів; обмеження необхідного часу для обслуговування хворих.

- з боку хворих: відсутність / недостатність мотиву для лікування; дефіцит фінансових ре-

сурсів; недотримання рекомендацій та режиму лікування.

Також ці причини були більш виражені серед мешканців сільської місцевості, яким медична допомога надавалась у Київській обласній лікарні (табл. 5).

Так, проведеним непараметричним кореляційним аналізом Спірмена встановлено, що існує статистичний взаємозв'язок високого ступеня між думкою лікарів-офтальмологів та пацієнтів щодо причин обмеження доступності та якості медичної допомоги хворим на первинну глау-

Таблиця 3. Доступність та якість наданої медичної допомоги хворим на первинну закритокутову глаукому (%)

| Показники якості                             | Досліджені хворі, які знаходились під диспансерним наглядом у спеціалізованих глаукоматозних кабінетах |   |                            |
|--|--|---|----------------------------|
|  | КМКОЛ «ЦМХО»   | Київської центральної міської клінічної лікарні | Київської обласної лікарні |
| Кількість хворих (осіб)                      | 50   | 50  | 50                         |
| <b>Заходи діагностики та моніторингу</b>     |  |   |                            |
| Збір скарг та анамнезу                       | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Візометрія                                   | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Рефрактометрія автоматична                   | 100,0  | 7,0±3,6   | 12,0±4,6                   |
| Біомікроскопія                               | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Ультразвукова В/С біометрія                  | 100,0  | 10,0  | 8,0±3,8                    |
| Офтальмоскопія                               | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| HRT, OCT                                     | 25,0±6,1   | 0,0   | 0,0                        |
| Тонометрія                                   | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Тонографія                                   | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Навантажувально-розвантажувальні проби       | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Периметрія динамічна                         | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Кампіметрія                                  | –  | 48,0±7,1  | 77,0±5,9                   |
| Комп'ютерна периметрія                       | 100,0  | 0,0   | 0,0                        |
| Гоніоскопія                                  | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Кератопахіметрія                             | 100,0  | 0,0   | 0,0                        |
| Ультразвукова біомікроскопія                 | 0,0  | 0,0   | 0,0                        |
| Визначення факторів ризику                   | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Визначення якості життя                      | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| <b>Заходи лікування</b>                      |  |   |                            |
| Визначення цільового VOT                     | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| <b>Фармакотерапія:</b>                       |  |   |                            |
| - міотики                                    | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| - інгібітори карбоангідрази місцевої дії     | 12,0±4,6   | 3,0±2,4   | 4,0±2,8                    |
| - сечогінні та дегідратуюча системна терапія | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |
| Нейропротекторна фармакотерапія              | 99,0±1,4   | 63,0±6,8  | 28,0±6,3                   |
| Лазерна хірургія                             | 100,0  | 31,0±6,5  | 1,0±1,4*                   |
| Мікрохірургічне лікування                    | 100,0  | 100,0   | 100,0                      |

Примітка: \* –  $p > 0,05$ .

кому, відсутність довіри хворого до лікаря визначається такими факторами:

- відсутністю необхідних матеріально-технічних ресурсів, обмеженням необхідного часу для обслуговування хворих, відсутністю необхідної інформації та професійних навичок у лікаря, що в свою чергу веде до відсутності мотиву у хворого до лікування;

- значне обмеження фінансових ресурсів у хворого веде до неможливості дотримання ним призначеного лікування та рекомендацій;

- обмеження вільного часу для відвідування хворим лікаря підтримується його низькою мотивацією та веде до недотримання рекомендацій та призначеного йому режиму лікування (табл. 6).

Як показано вище, в системі надання медичної допомоги хворим на первинну глаукому існує обмеження доступності та якості до висококваліфікованої допомоги, вперш за все – до висококатерісної діагностики та лікування. Нами проведено дослідження щодо встановлення клінічних наслідків цих обмежень. При дослідженні 450 осіб протягом року були виділені три групи за динамікою клінічних показників перебігу глаукоми, відповідно до яких і визначені фактори, які на них впливали.

Так, факторним аналізом встановлено, що в групі хворих із клінічним «погіршенням» переважають фактори, які знижують доступність та якість надання медичної допомоги:

Таблиця 4. Причини обмеження доступності та якості медичної допомоги хворим на первинну глаукому, на думку хворих (%) (p<0,05)

| Причини  | Досліджені хворі, які знаходились під диспансерним наглядом у спеціалізованих глаукоматозних кабінетах |   |  |
|--|--|---|--|
|  | КМКОЛ «ЦМХО» (n=30 осіб)   | Київської центральної міської клінічної лікарні (n=10 осіб) | Київської обласної лікарні (n=10 осіб) |
| <b>Заходи діагностики та моніторингу</b>   |  |   |  |
| Відсутність можливості своєчасно та в повному обсязі надати необхідну діагностичну допомогу хворому: |  |   |  |
| відсутність необхідних матеріально-технічних ресурсів  | 0,0  | 50,0±15,8   | 90,0±9,5                               |
| обмеження необхідного часу для обслуговування хворих   | 70,0±8,4   | 100,0   | 100,0                                  |
| відсутність необхідної інформації та професійних навичок   | 0,0  | 0,0   | 0,0                                    |
| відсутності мотиву у хворого для відвідування медичного закладу                                      | 100,0  | 100,0   | 100,0                                  |
| відсутність / недостатність у хворого фінансових ресурсів  | 100,0  | 100,0   | 100,0                                  |
| недотримання хворим режиму відвідувань   | 100,0  | 100,0   | 100,0                                  |
| <b>Заходи лікування</b>  |  |   |  |
| Відсутність можливості своєчасно та в повному обсязі надати необхідну лікувальну допомогу хворому:   |  |   |  |
| відсутність необхідних матеріально-технічних ресурсів  | 0,0  | 100,0   | 100,0                                  |
| обмеження необхідного часу для обслуговування хворих   | 100,0  | 100,0   | 100,0                                  |
| відсутність необхідної інформації та професійних навичок   | 0,0  | 50,0±15,8   | 50,0±15,8                              |
| відсутність / недостатність мотиву у хворого для лікування   | 100,0  | 100,0   | 100,0                                  |
| відсутність / недостатність у хворого фінансових ресурсів  | 100,0  | 100,0   | 100,0                                  |
| недотримання хворим рекомендацій та режиму лікування   | 100,0  | 100,0   | 100,0                                  |

Примітка: \* – p>0,05.

Таблиця 5. Причини обмеження доступності якісної медичної допомоги хворим на первинну відкритокутову глаукому, на думку лікарів-офтальмологів (%) (p<0,05)

| Причини  | Досліджені хворі, які знаходились під диспансерним наглядом у спеціалізованих глаукомних кабінетах |  |   |
|--|--|--|---|
|  | КМКОЛ «ЦМХО» (n=150 осіб)  | Київської центральної міської клінічної лікарні (n=150 осіб) | Київської обласної лікарні (n=150 осіб) |
| <b>Заходи діагностики та моніторингу</b>   |  |  |   |
| Відсутність можливості своєчасно відвідати лікаря внаслідок:                     |  |  |   |
| відсутності чи недостатності мотиву  | 1,3±0,9*   | 5,3±1,9  | 14,0±2,8                                |
| недостатності вільного часу  | 4,7±1,7  | 6,7±2,0  | 36,0±3,9                                |
| відсутності довіри до лікаря   | 1,3±0,9*   | 1,3±0,9*   | 1,3±0,9*                                |
| недостатності грошей   | 8,0±2,2  | 8,7±2,3  | 16,0±3,0                                |
| <b>Заходи лікування</b>  |  |  |   |
| Відсутність можливості провести призначене лікування в повному обсязі внаслідок: |  |  |   |
| недостатності бажання, внаслідок недооцінки стану та прогнозу                    | 1,3±0,9*   | 8,0±2,2  | 8,7±2,3                                 |
| відсутності довіри до призначень лікаря  | 1,3±0,9*   | 3,3±2,6*   | 6,7±2,0                                 |
| недостатності грошей   | 32,0±3,8   | 32,7±3,8   | 60,0±4,0                                |

- з боку хворого – недостатність фінансових ресурсів (35 %), відсутність мотивів та бажання до лікування (20 %);

- з боку лікаря-офтальмолога – відсутність необхідних матеріально-технічних ресурсів (22 %),

а також недотримання хворим режиму та рекомендацій лікування (12 %).

В клінічних групах хворих із «стабілізацією» та «покращенням» основними факторами, які обмежують доступність та якість медичної допомоги є:

Таблиця 6. Кореляційні зв'язки між причинами, які обмежують доступність хворим на первинну глаукому якісної медичної допомоги, серед хворих та лікарів (непараметрична кореляція Спірмена) ( $p < 0,05$ )

| Причини             |  | Хворі на первинну глаукому                      |   |                                   |
|---------------------|--|---|---|-----------------------------------|
|                     |  | обмеження вільного часу для відвідування лікаря | відсутність довіри до призначень лікаря | недостатність фінансових ресурсів |
| Лікарі-офтальмологи | Відсутність необхідних матеріально-технічних ресурсів    | –   | 0,84±0,06                               | –                                 |
|                     | Обмеження необхідного часу для обслуговування хворих     | –   | 0,99±0,01                               | –                                 |
|                     | Відсутність необхідної інформації та професійних навичок | –   | 0,79±0,03                               | –                                 |
|                     | Відсутності мотиву у хворого                             | 0,78±0,05                                       | 0,91±0,02                               | –                                 |
|                     | Недостатність грошей у хворого                           | –   | 0,54±0,05                               | 1,00                              |
|                     | Недотримання хворим рекомендацій та режиму лікування     | 0,71±0,03                                       | 0,98±0,01                               | 0,94±0,01                         |

- серед хворих – недостатність фінансових ресурсів, ступінь яких підвищується у порівнянні із групою хворих із «погіршенням» (відповідно – 65 % та 87 %);

- серед лікарів – недостатність матеріально-технічного забезпечення, ступінь якого зменшується в групах дослідження (відповідно – 17 % та 8 %).

Різномасштабний вклад досліджених факторів у клінічний результат перебігу захворювання вказує на те, що:

- дефіцит фінансових ресурсів у хворого не впливає на клінічний результат лікування, що

може бути пов'язано із пошуком альтернативних (менш коштовних) методів його лікування, на фоні наявності у нього високого рівня мотивації до лікування;

- дефіцит матеріально-технічних ресурсів впливає на клінічний перебіг захворювання, що можна пояснити неможливістю надати високоякісну допомогу хворим з використанням сучасного та високоартісного обладнання, альтернатив яким нема, а фінансові витрати хворих, спрямовані на часткову компенсацію їх вартості, не є реальними через їх значну вартість (табл. 7).

Таблиця 7. Дані факторного аналізу щодо клінічних наслідків обмеження доступності хворим на первинну глаукому якісної медичної допомоги (% вкладу) ( $p < 0,05$ )

| Причини                           |  | Клінічні наслідки перебігу глаукоми (впродовж одного року) (n=450 осіб) |                |              |
|-----------------------------------|--|---|----------------|--------------|
|                                   |  | «Погіршення»  | «Стабілізація» | «Покращення» |
| Кількість хворих (осіб / %)       |  | 117 / 26,0 %  | 265 / 58,9     | 68 / 15,1    |
| Хворі                             | Відсутність мотивів та бажання лікуватись                | 20,0±3,7  | 5,0±1,3        | 1,0±1,2*     |
|                                   | Недостатність довіри до лікаря                           | 3,0±1,6   | 1,0±0,6        | 1,0±1,2*     |
|                                   | Недостатність фінансових ресурсів                        | 35,0±4,4  | 65,0±2,9       | 87,0±16,6    |
| Лікарі-офтальмологи               | Відсутність необхідних матеріально-технічних ресурсів    | 22,0±3,9  | 17,0±2,3       | 8,0±3,3      |
|                                   | Обмеження необхідного часу для обслуговування хворих     | 7,0±2,6   | 3,0±1,0*       | 1,0±1,2*     |
|                                   | Відсутність необхідної інформації та професійних навичок | 1,0±0,9*  | 1,0±0,6*       | 1,0±1,2*     |
|                                   | Недотримання хворим рекомендацій та режиму лікування     | 12,0±3,0  | 8,0±1,7        | 1,0±1,2*     |
| <b>Загалом</b>                    |  | 100,0   | 100,0          | 100,0        |
| $\eta^2$                          |  | 0,97  | 0,71           | 0,34         |
| <b>F</b>                          |  | <0,01   | <0,05          | >0,05        |
| Частка причин хворого             |  | 58,0±4,6  | 71,0±2,8       | 89,0±3,8     |
| Частка причин лікаря-офтальмолога |  | 42,0±4,6  | 29,0±2,8       | 11,0±3,8     |

Примітка: \* –  $p > 0,05$

### Висновки

Таким чином, встановлено, що зниження доступності та якості надання хворим на глаукому медичної допомоги негативно впливає на клінічний перебіг їх захворювання і сприяє його прогресуванню. Низькі рівні доступності хворим офтальмологічної допомоги пов'язані із наступними групами причин:

1) суб'єктивними – відсутність мотивів до лікування у хворих, низька довіра до лікаря та запропонованих ним рекомендацій та режимів лікування;

2) об'єктивними – недостатність фінансових ресурсів у хворого й матеріально-технічних ресурсів в лікувально-профілактичному закладі.

«Позитивний» клінічний перебіг глаукоми визначається наступними факторами, які визначають доступність та якість надання медичної допомоги: наявність у хворих високої мотивації до проведення лікування; висока довіра хворого до ліка-

ря-офтальмолога; оптимальне забезпечення лікувально-діагностичного процесу матеріально-технічними ресурсами; оптимальнонеобхідний час для надання медичної допомоги хворому; дотримання хворим призначених рекомендацій та режиму лікування.

Дані проведеного дослідження вказують на необхідність реалізації комплексу науково обґрунтованих заходів, спрямованих на покращення надання медичної допомоги хворим на глаукому шляхом: централізації та консолідації матеріально-технічних, кадрових та фінансових ресурсів для надання медичної допомоги хворим в спеціалізованих міських кабінетах та обласних центрах боротьби із глаукомою; реалізації цільових національної та регіональних програм забезпечення хворих на глаукому засобами фармакотерапії. Вищевикладені підходи стали науковим підґрунтям для розробки Національної стратегії боротьби із глаукомою.

### Список літератури

1. *Возможности и пути профилактики слепоты и слабовидения в Украине в современных условиях реформирования организации здравоохранения* / И. М. Логай, Н. М. Сергиенко, И. Л. Ферфильфайн [и др.] // *Офтальмол. журнал.* – 1998. – № 4. – С.253–257.
2. *Капралова Н. Ф. Единая система оценки качества медицинской помощи* / Н. Ф. Капралова // *Новости медицины и фармации.* – 1994. – №29. – С. 35.
3. *Медведовська Н. В. Сучасний погляд на організацію офтальмологічної допомоги* / Н. В. Медведовська // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України.* – 2001. – № 4. – 59–61.
4. *Нагорна А. М. Проблеми якості в охороні здоров'я* / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський: Абетка-Нова, 2002. – 384 с.
5. *Соціальні аспекти попередження сліпоти, організація медичної допомоги та реабілітація хворих на глаукому* / автори-уклад : Н. В. Пасечнікова, С. О. Риков, О. П. Вітовська, [та ін.]; за ред. : Н. В. Пасечнікової. – К. : ТОВ "Доктор-Медіа", 2009. – 172 с.
6. *Чавпецов В. Ф. Качество медицинской помощи, проблемы и перспективы обеспечения его гарантии в системе ОМС* / В. Ф. Чавпецов, К. А. Кудрин // *Международ. мед. обзор.* – 1995. – № 3. – С. 209–215.

### ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО ПРЕДОСТАВЛЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ В УКРАИНЕ И ОЦЕНКА ИХ ВЛИЯНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ

О. П. Витовская (Киев)

Установлено, что снижение доступности и качества предоставления больным с глаукомой медицинской помощи негативно влияет на клиническое течение у них заболевания и содействует его прогрессированию. Низкие уровни доступности больных к офтальмологической помощи обусловлены следующими группами причин: субъективными – отсутствие у больных мотивов к лечению, низкое доверие у них к врачу, предложенным им рекомендациям и режиму лечения; объективными – недостаточностью финансовых ресурсов у больного и материально-технических ресурсов в лечебно-профилактическом учреждении.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: глаукома, медицинская помощь, доступность, качество, клиническое течение заболевания.

### ACCESSIBILITY AND QUALITY OF GLAUCOMA MEDICAL CARE IN UKRAINE AND ITS INFLUENCE ON THE CLINICAL COURSE OF THE DISEASE.

О. П. Vitovska (Kyiv)

The decrease of accessibility and quality of glaucoma medical care has negative influence on the clinical course of the disease and leads to its progression. Low levels of the ophthalmological care accessibility are based on low motivation of patients, lack of confidence, lack of financial resources as in medical institution so in patients.

KEY WORDS: glaucoma, medical care, accessibility, quality

Рецензент: д. мед. н., проф. В. Б. Гошинський

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГІЧНОГО КЛІМАТУ У СІЛЬСЬКИХ СІМ'ЯХ

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”

Наведено результати соціологічного дослідження психологічного клімату сільської сім'ї як підґрунтя психічного здоров'я сільського населення. Виявлено значний рівень конфліктності у сучасних сільських сім'ях, основними причинами якої є низький рівень достатку та високе психоемоційне навантаження на членів родини.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** соціологічне дослідження, сім'я, конфлікт, психічне здоров'я.

Психічне здоров'я та психічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, які дозволяють людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активним і творчим членом суспільства. Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим фактором соціальної єдності, продуктивності праці, суспільного спокою та стабільності оточуючого середовища, що сприяє зростанню соціального капіталу та економічному розвитку суспільства [5;6].

Жодна країна світу не захищена від проблем, пов'язаних із психічними розладами. У Європейському регіоні нервово-психічні розлади належать до найважливіших причин захворюваності та інвалідності, з ними пов'язані до 30% усіх звернень до лікарів загальної практики. Очікувана тривалість життя в ряді держав – членів ЄС за одне десятиліття зменшилася на 10 років, що значно пов'язано зі стресами й патологічними станами психічного характеру [2;4].

Самогубства, кількість яких у світі коливалася в 2005 р. від 23,8 на 100 тис. населення в Японії до 42,0 в Литві, є важливою причиною смерті серед молоді. Щорічно понад 0,5 млн осіб на планеті закінчує життя самогубством [1].

**Мета роботи:** вивчити психологічний клімат у сільських сім'ях як підґрунтя психічного здоров'я сільських жителів.

**Матеріали і методи.** Методом соціологічного дослідження за спеціально розробленою анкетною було опитано членів 620 повних сільських сімей Рівненської області. Із загальної кількості опитаних чоловіки склали 278 (44,8%) осіб, жінки – 342 (55,2%).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Характеристика респондентів наведена у таблиці 1.

Віковий розподіл респондентів-чоловіків був рівномірним, кожна вікова група становила біля

20%. За рівнем освіти найбільшу групу склали чоловіки із середньою освітою (25,5%), а найменшу – з неповною вищою освітою (0,7%) та вищою освітою (1,4%). Слід зазначити, що постійний прибуток мають лише 27,3% опитаних чоловіків: 16,9% – працюють, 5,7% – підприємці, 4,7% – інваліди. Працюють сезонно 22,3% опитаних, а 35,6% є безробітними. 12,6% чоловіків ідентифікували себе як домогосподарі – вони мають власне домогосподарство, за рахунок якого живе сім'я.

Віковий розподіл респондентів-жінок також був рівномірним, кожна вікова група становила біля 20%. Як і серед чоловіків, серед жінок за рівнем освіти найбільшу групу становили жінки із середньою освітою (60,9%) та неповною середньою освітою (21,9%), але серед них була більша частка з неповною вищою (1,7%) та вищою (1,2%) освітою. За соціальним статусом найбільш чисельну групу склали безробітні жінки (30,5%) та ті, що працюють постійно (26,9%) і сезонно (16,7%). Питома вага жінок, що ідентифікували себе як домогосподарки, становила 18,4%.

При порівнянні соціального статусу респондентів за статтю було встановлено, що питома вага постійно працюючих жінок на 10,0% більша, ніж чоловіків, – 26,9% проти 16,9%.

На початку дослідження вивчалося питання про кількість членів сім'ї респондентів (рис. 1). Було встановлено, що серед чоловіків найбільша частка – по 26,3% – належить сім'ям з чотирьох-п'яти осіб, а найменша – 3,9% та 8,3% – сім'ям із семи і більше членів та двох членів.

Серед опитаних респондентів найбільшу групу (31,0%) також склали жінки із сімей з чотирьох-п'яти осіб (21,3%), а найменшу – сім і більше (6,1%) та два члени (8,5%).

Наступним кроком було виявлення тривалості спільного життя чоловіків та жінок як членів сім'ї (рис. 2).



Таблиця 1. Характеристика респондентів

| Характеристика респондентів | Чоловіки |      | Жінки |      |
|-----------------------------|----------|------|-------|------|
|                             | абс.     | %    | абс.  | %    |
| Вік (роки)                  |          |      |       |      |
| 20–29                       | 59       | 21,2 | 65    | 19,  |
| 30–39                       | 61       | 22,0 | 67    | 19,6 |
| 40–49                       | 57       | 20,5 | 73    | 21,4 |
| 50–59                       | 43       | 15,5 | 71    | 20,7 |
| 60 років і старше           | 58       | 20,8 | 66    | 19,3 |
| Освіта                      |          |      |       |      |
| неповна середня             | 71       | 25,5 | 75    | 21,9 |
| середня                     | 164      | 59,1 | 208   | 60,9 |
| середня спеціальна          | 37       | 13,3 | 49    | 14,3 |
| неповна вища                | 2        | 0,7  | 6     | 1,7  |
| вища                        | 4        | 1,4  | 4     | 1,2  |
| Соціальний статус           |          |      |       |      |
| навчається (очно)           | –        | –    | 2     | 0,6  |
| навчається (заочно)         | 6        | 2,2  | 8     | 2,3  |
| працює                      | 47       | 16,9 | 92    | 26,9 |
| підприємець                 | 16       | 5,7  | 7     | 2,0  |
| безробітний                 | 99       | 35,6 | 104   | 30,5 |
| домогосподар                | 35       | 12,6 | 63    | 18,4 |
| інвалід                     | 13       | 4,7  | 9     | 2,6  |
| працює сезонно              | 62       | 22,3 | 57    | 16,7 |

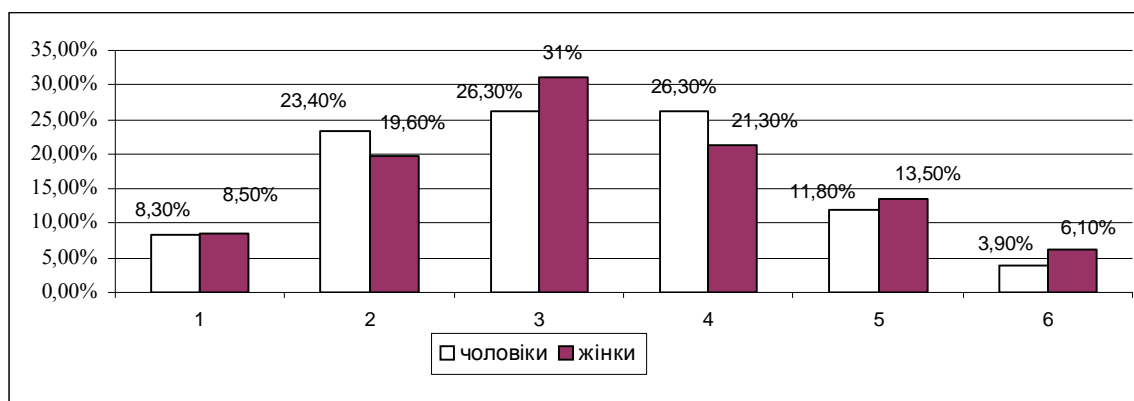


Рис. 1. Характеристика респондентів за кількістю членів сім'ї (%): 1–2 члени; 2–3 члени; 3–4 члени; 4–5 членів; 5–6 членів; 6–7 членів і більше

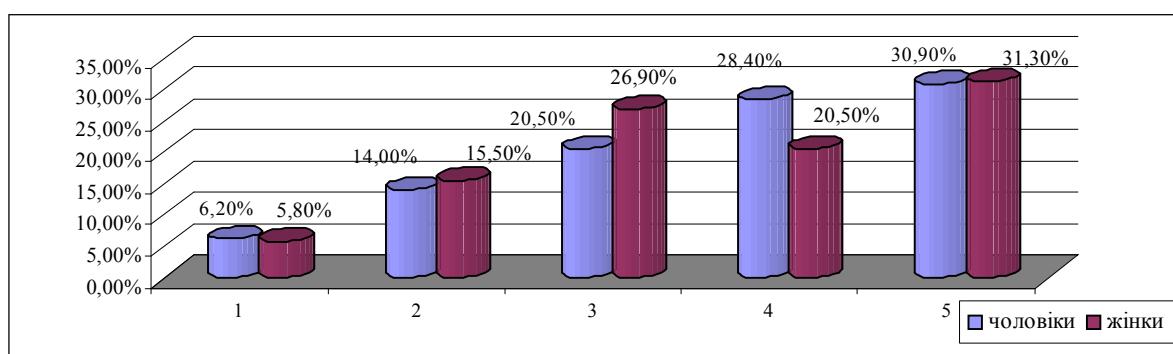


Рис. 2. Тривалість спільного життя (%): 1 – до 1-го року; 2 – 1–5 років; 3 – 6–10 років; 4 – 11–20 років; 5 – 21 і більше років

Як видно з рисунку 2, серед чоловіків найбільшу групу склали ті, що в сім'ї живуть 21 і більше років (30,9%) та 11–20 років (28,4%), а найменшу – до 1 року (6,2%) та один–п'ять років (14,0%).

Серед жінок найбільшу групу склали ті, що мають досвід сімейного життя 21 і більше років (31,3%)

та шість–десять років (26,9%), а найменшу – до одного року (5,8%) та один–п'ять років (15,5%).

Далі вивчався склад сім'ї за родинними відносинами. Метою цього етапу було з'ясувати, хто з родичів проживає в сім'ї: діти, батьки чоловіка, батьки дружини, інші члени родини (табл. 2).

Таблиця 2. Склад сім'ї за родинними відносинами

| Члени сім'ї                       | Чоловіки |      | Жінки |      |
|-----------------------------------|----------|------|-------|------|
|                                   | абс.     | %    | абс.  | %    |
| Діти                              | 21       | 8,2  | 30    | 9,6  |
| Батьки чоловіка                   | 28       | 10,9 | 41    | 13,1 |
| Батьки дружини                    | 24       | 9,4  | 22    | 7,0  |
| Діти та батьки чоловіка           | 103      | 40,6 | 114   | 36,6 |
| Діти та батьки дружини            | 59       | 23,1 | 54    | 26,8 |
| Батьки чоловіка і дружини         | 4        | 1,6  | 3     | 0,9  |
| Діти та батьки чоловіка і дружини | 7        | 2,7  | 6     | 1,9  |
| Інші члени родини                 | 9        | 3,5  | 13    | 4,1  |

Як видно з таблиці 2, найбільша група опитаних чоловіків (40,6%) проживає разом з дружиною і дітьми та своїми батьками; 23,1% – з дітьми і батьками дружини; 8,2% – тільки з дітьми; 20,3% – тільки з батьками, а з 3,5% респондентів крім дітей і батьків спільно проживають інші родичі.

Найбільшу групу жінок (36,6%) склали ті, що разом з чоловіком і дітьми проживають з батьками чоловіка, і значно меншу групу (26,6%) – що

проживають зі своїми батьками. У сім'ях 4,1% жінок крім дітей та батьків проживають інші родичі.

Соціологічним дослідженням вивчаються питання наявності в сім'ї членів, які потребують постійного догляду за віком, станом здоров'я тощо. Згідно отриманих нами даних, біля 10% респондентів мають дітей у віці до трьох років та біля 40% – членів сім'ї похилого та старечого віку (рис. 3, табл. 3).

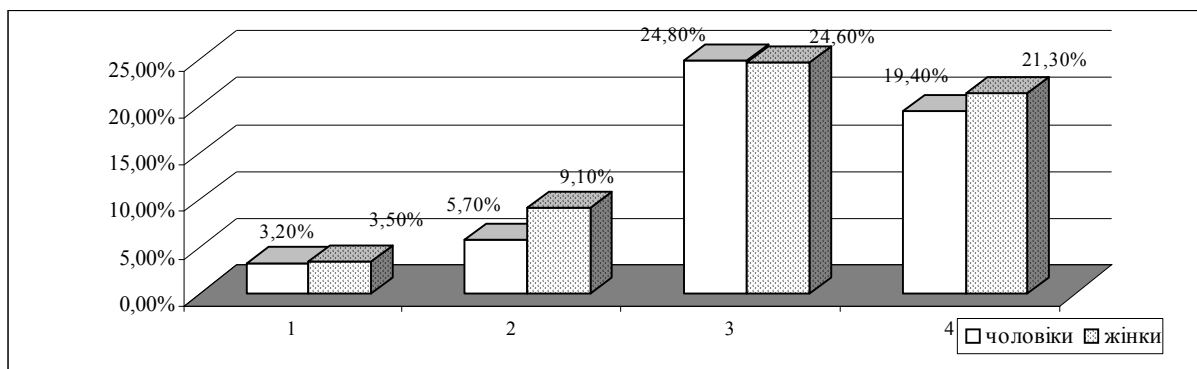


Рис. 3. Наявність в сім'ї малолітніх дітей та людей похилого віку (%): 1 – діти першого року життя; 2 – діти у віці 1–3 роки; члени сім'ї у віці 70–80 років; члени сім'ї старше 80 років

Таблиця 3. Дані про членів сім'ї (крім малолітніх дітей), які потребують постійної допомоги

| Контингент                            | Чоловіки |      | Жінки |      |
|---------------------------------------|----------|------|-------|------|
|                                       | абс.     | %    | абс.  | %    |
| Інваліди                              | 7        | 2,5  | 9     | 2,9  |
| За віком                              | 53       | 19,1 | 61    | 17,8 |
| Хворі на розлади психіки та поведінки | 2        | 0,7  | 1     | 0,3  |
| Онкохворі                             | 4        | 1,4  | 4     | 1,2  |
| Після перенесеного ГПМК               | 4        | 1,4  | 3     | 0,9  |
| Хворі на хвороби системи кровообігу   | 7        | 2,5  | 6     | 1,8  |
| Інші причини                          | 11       | 3,9  | 15    | 4,4  |
| Всього                                | 88       | 31,6 | 99    | 28,9 |

Як видно з даних таблиці 3, у 31,6% сім'ях опитаних чоловіків та у 28,9% сім'ях жінок проживають особи, які потребують допомоги, з них найбільшу частку (19,1% у сім'ях чоловіків та 17,8% у сім'ях жінок) становлять члени сім'ї по-

хилого та старечого віку, в межах 2,5% (з них) – це інваліди, решта хворі на різні захворювання.

Далі вивчалося питання про наявність конфліктів у сім'ї (рис. 4).

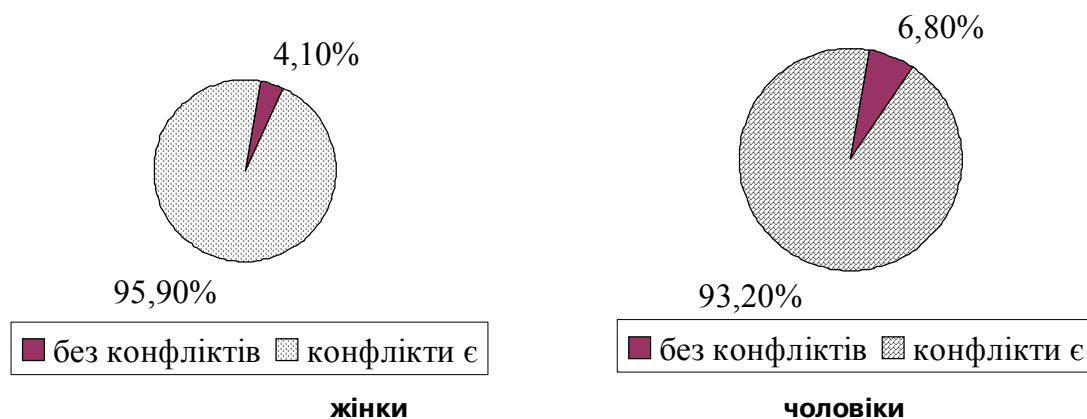


Рис. 4. Наявність конфліктів у сім'ї (%)

Із опитаних жінок 95,9% вказала на наявність конфліктів між членами сім'ї, і тільки у 4,1% сім'ях конфліктів не виникає. Дані соціологічного дослідження серед чоловіків вказали, що тільки 6,8% сімей живуть без конфліктів, у решті 93,2% сімей конфліктують. Принципової різниці між респонден-

тами за статтю в оцінці наявності конфліктів в їхніх сім'ях не встановлено. Високий рівень конфліктів у сім'ях респондентів став підставою для вивчення їх частоти (табл. 4). Щоденні та по декілька разів на день конфлікти нами визначені як часті, а щотижневі та по декілька разів на тиждень – як рідкі.

Таблиця 4. Частота конфліктів у сім'ях

| Частота конфліктів        | Чоловіки |      | Жінки |      |
|---------------------------|----------|------|-------|------|
|                           | абс.     | %    | абс.  | %    |
| Щоденно                   | 81       | 31,3 | 94    | 28,6 |
| Декілька разів на день    | 27       | 10,4 | 31    | 9,5  |
| Щотижня                   | 31       | 11,9 | 57    | 17,4 |
| Декілька разів на тиждень | 101      | 39,1 | 102   | 31,1 |
| Декілька разів на місяць  | 19       | 7,3  | 44    | 13,4 |

Отримані в ході статистичної обробки анкет та наведені в таблиці 4 дані вказують на те, що у 31,3% сімей чоловіків та 28,6% сімей жінок конфлікти виникають щоденно, причому у 10,4% сімей чоловіків і 9,5% сімей жінок – по декілька разів на день. Найбільшу частку (39,1% за даними чоловіків, 31,1% за даними жінок) становлять сім'ї, у яких конфлікти виникають по декілька разів на тиждень, а найменшу (7,3% за даними чоловіків, 13,4% за даними жінок) – ті, у яких конфлікти виникають по декілька разів на місяць.

При аналізі частоти конфліктів була встановлена достовірна різниця між частотою конфліктів у сім'ях і віком подружжя ( $p \geq 0,05$ ): за визначенням чоловіків, найбільша частота конфліктів у сім'ях, де подружжю 50–59 років (90,7%) і найменша – де 20–29 років (28,8%). Така ж закономірність встановлена і за визначенням жінок: у віці 20–29 років – 36,9%, у віці 60 років і старше – 86,4% ( $p \geq 0,05$ ).

Кількість конфліктів у сім'ях залежить і від рівня освіти. За визначенням чоловіків, при неповній середній освіті у сім'ях часті конфлікти виникають у 88,7% випадків, а за наявності вищої освіти – у 25,0% ( $p < 0,05$ ). За визначенням жінок, які мають неповну середню освіту, часті конфлікти у сім'ях виникають у 81,3%, а за наявності вищої освіти – у 25,0% ( $p \geq 0,05$ ).

Встановлена залежність частоти конфліктів у сім'ї від соціального статусу. На думку чоловіків, що є безробітними, у їхніх сім'ях часті конфлікти виникають у 94,9%, а у тих, що працюють, – у 44,6% ( $p \geq 0,05$ ). Цікавим є те, що у сім'ях приватних підприємців часті конфлікти виникають у 68,7% випадків.

У дослідженні серед жінок встановлено, що часті конфлікти у сім'ях виникають у 66,3% випадків, коли жінка не працює, 33,7% у сім'ях працюючої жінки і 28,6% у сім'ях жінки приватного підприємця.

Встановлена достовірна різниця ( $p \geq 0,05$ ) частих конфліктів у сім'ях, в яких чоловік – приватний підприємець (68,7%) і жінка – приватний підприємець (28,6%).

У зв'язку з малою питомою вагою сімей, які живуть без конфліктів (6,8% за даними чоловіків

і 4,1% за даними жінок), їх розподіл за віком, рівнем освіти та соціальним статусом не проводиться.

Далі вивчалось питання, кого із членів сім'ї респонденти вважають винними у конфліктах (табл. 5).

Таблиця 5. Структура конфліктів з членами сім'ї\*

| Контингент, з яким конфліктують     | Чоловіки |      | Жінки |      |
|-------------------------------------|----------|------|-------|------|
|                                     | абс.     | %    | абс.  | %    |
| Діти                                | 129      | 49,8 | 117   | 35,7 |
| Батьки                              | 94       | 36,3 | 132   | 40,2 |
| Діти і батьки                       | 123      | 47,5 | 147   | 44,8 |
| Інші члени сім'ї                    | 11       | 4,2  | 8     | 2,4  |
| Члени сім'ї, які потребують догляду | 67       | 25,9 | 79    | 24,1 |
| Чоловік, дружина                    | 131      | 50,5 | 112   | 34,1 |

Примітка. \*Допускалося дві позитивні відповіді, тому при статистичній обробці загальна сума відповідей перевищувала 100%.

Результати дослідження показали, що чоловіки найбільше конфліктують з дружинами (50,5%), дітьми (49,5%) та з дітьми і батьками разом (47,5%), а жінки – з дітьми та батьками (44,8%) та батьками (40,2%) і дітьми (35,7%). Таким чином встановлено, що чоловіки більш толерантні до батьків (конфлікти у 36,3% випадків),

а жінки – до дітей (конфлікти у 35,7% випадків). Конфлікти з членами сім'ї, які потребують стороннього догляду, у респондентів обох статей в загальній структурі відповідей становлять біля 25%.

Наступним кроком дослідження було вивчення впливу конфліктів на настрій респондентів (табл. 6).

Таблиця 6. Вплив конфліктів на психоемоційний стан членів сім'ї

| Психоемоційний стан                            | Чоловіки |      | Жінки |      |
|--|----------|------|-------|------|
|  | абс.     | %    | абс.  | %    |
| Не впливає                                     | 11       | 4,2  | -     | -    |
| Викликає агресію                               | 24       | 9,3  | 37    | 11,3 |
| Викликає погіршення настрою                    | 13       | 5,0  | 34    | 10,4 |
| Викликає плач                                  | -        | -    | 27    | 8,2  |
| Викликає істерію                               | 9        | 3,5  | 6,1   | 18,7 |
| Викликає безсоння                              | 19       | 7,3  | 36    | 10,9 |
| Викликає головний біль                         | 17       | 6,6  | 29    | 8,8  |
| Викликає бажання піти із сім'ї                 | 29       | 11,1 | 15    | 4,6  |
| Викликає бажання вжити алкоголь                | 81       | 31,4 | 31    | 9,4  |
| Викликає бажання випалити багато цигарок       | 23       | 8,9  | 19    | 5,8  |
| Викликає бажання «зірватися» на близьких людях | 33       | 12,7 | 39    | 11,9 |

Як показали результати дослідження, конфлікти в сім'ї негативно впливають на психоемоційний стан учасників. Так, 31,4% чоловіків після конфлікту в сім'ї вживають алкогольні напої, 12,7% свій поганий психоемоційний стан переносять на інших членів сім'ї, у 11,1% виникає бажання піти із сім'ї, у 7,3% виникає безсоння, а у 6,6% – головний біль.

Серед жінок відмічається інша структура психоемоційних реакцій на конфлікти в сім'ї. У 18,7% із них виникає істерична реакція, 11,9% свій стан

переносить на інших членів сім'ї, у 10,9% з'являється безсоння, у 9,4% виникає бажання вжити алкоголь.

Окремо вивчалось питання можливості самогубства (рис. 5). Було встановлено, що у 18,1% чоловіків та 16,5% жінок за останній рік виникла депресія, а у 12,4% чоловіків та 14,0% жінок виникали думки про самогубство. При цьому 4,2% та 5,7% із них відповідно робили спроби самогубства.

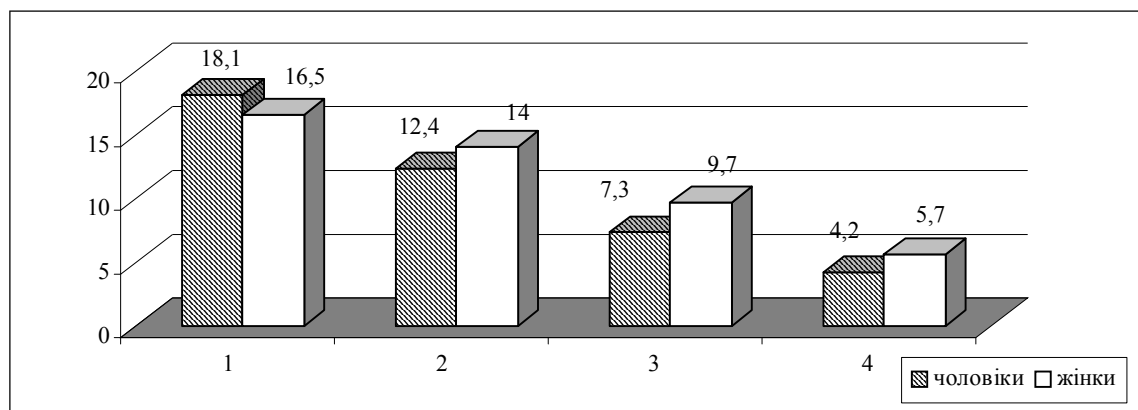


Рис. 5. Вивчення думки про самогубство як спосіб виходу із критичної ситуації (%):

- 1 – протягом останніх 12 місяців було так безнадійно, що припинив(ла) виконувати звичні справи по дому;
- 2 – протягом останніх 12 місяців розглядав(ла) можливість спроби самогубства;
- 3 – протягом останніх 12 місяців розробляв(ла) план спроби самогубства;
- 4 – протягом останніх 12 місяців робив(ла) спроби самогубства.

### Висновки

1. В результаті соціологічного дослідження встановлено наявність високого рівня конфліктності у сім'ях: 95,9% респондентів-жінок та 93,2% чоловіків, причому у сім'ях 31,3% чоловіків та 28,6% жінок конфлікти виникають щоденно, а у 39,1% та 31,1% відповідно – по декілька разів на тиждень.

2. Чоловіки відмітили що у 50,5%, 49,8%, 36,3%, 47,5%, та 25,9% винними в конфліктах є відповідно дружини, діти, батьки, діти та батьки, члени сім'ї, які потребують стороннього догляду. Жінки вважають, що у 35,7%, 40,2%, 44,8%, 24,1%, 34,1% винними в конфліктах відповідно є діти, батьки,

діти та батьки, члени сім'ї, які потребують стороннього догляду та чоловіки.

3. Як спосіб зняття психоемоційної напруги у конфліктній ситуації 31,4% чоловіків обирають вжиття алкогольних напоїв, 11,1% хочуть покинути сім'ю та 12,4% вчинити самогубство. У 18,7% жінок виникає істерична реакція, 11,9% свій важкий стан переносять на інших членів сім'ї, поглиблюючи конфліктну ситуацію, а у 14,0% жінок виникають думки про самогубство.

**Перспективи подальших досліджень** сфокусовані на вивчення організації медичної допомоги сільському населенню при порушеннях психіки та поведінки.

### Список літератури

1. Дмитриев В. И. Изучение множественных причин смерти – важный шаг к пониманию современного состояния смертности населения / В. И. Дмитриев, А. Д. Соломонов, М. М. Балыгин // *Здравоохран. Рос. Федерации.* – 2006. – № 2. – С. 17–21.
2. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения.* – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2006. – 168 с.
3. *Європейська база даних „Здоров'я для всіх”* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/hfadb>. – Назва з екрану.
4. *Обзорная сводка о состоянии здоровья в Украине. 2005.* – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2006. – 39 с.
5. *Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2005 рр.* – К. : Сфера, 2006. – 52 с.
6. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік.* – К., 2007. – 398 с.

### ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГІЧЕСКОГО КЛІМАТУ В СІЛЬСЬКИХ СІМ'ЯХ

Г. А. Слабкий, С. М. Загородній (Київ)

Представлены результаты социологического исследования психологического климата сельской семьи как основы психического здоровья сельского населения. Установлен значительный уровень конфликтности в современных сельских семьях, основными причинами которой являются низкий уровень достатка и высокая психоэмоциональная нагрузка на членов семьи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: социологическое исследование, семья, конфликт, психическое здоровье.

**THE CHARACTERISTIC OF THE PSYCHOLOGICAL CLIMATE IN RURAL FAMILIES**

G. A. Slabkyi, S. M. Zagorodnyi (Kyiv)

Results of sociological research of rural family psychological climate as bases of agricultural population mental health are submitted. The significant level of conflictness in modern rural families which principal causes are a low level of prosperity and high psycho and emotional loading on members of family is established.

KEY WORDS: **sociological research, family, the conflict, mental health.**

Рецензент: к.мед.н. І. Я. Пінчук

УДК 316.728:613.955

*І. О. КАЛИНИЧЕНКО (Суми)*

**СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ**

Інститут фізичної культури Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка

На підставі соціологічного дослідження способу життя дитячого населення встановлено, що соціальний статус сімей і умови життя безпосередньо впливають на структуру вільного часу дітей, незважаючи на його недостатність через навантаження навчального характеру. Пріоритетність пасивних форм відпочинку, зниження інтересу до самоосвіти і самовдосконалення зумовлена відсутністю цільового впливу соціального оточення на підвищення рухової активності, популяризацію різних форм фізичної діяльності. Визначено ознаки ризикової поведінки у дітей і підлітків (захоплення палінням, вживання алкогольних напоїв, токсичних і наркотичних засобів).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **соціологічне дослідження, здоровий спосіб життя, дитяче населення, фізична активність, ризикова поведінка.**

На сьогодні поняття здорового способу життя (ЗСЖ) трактується як типова сукупність форм і способів культурної щоденної життєдіяльності особистості, що об'єднує норми і цінності керованої діяльності і сприяє повноцінному виконанню навчально-трудова, соціальних і біологічних функцій [7].

Загальновідомо, що поведінка і спосіб життя безпосередньо або опосередковано впливають на здоров'я дітей. Безсумнівно, дослідження поведінки дітей і підлітків, що пов'язано з їхнім здоров'ям, має суттєвий вплив на розробку відповідних ефективних програм щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я дитячого контингенту. Вказаний підхід здійснювався за Міжнародним науковим проектом "Здоров'я і поведінка школярів" ("Health Behavior in School-aged Children" (HBSC)) [12] та Загальнонаціональною програмою інтегрованої профілактики неінфекційних захворювань СІНДІ (The Countrywide Integrated Noncommunicable Disease

Intervention programs), які виконувалися у різних країнах світу за ініціативою Європейського бюро ВООЗ [9;10].

Існують групи дітей, які надають перевагу ЗСЖ, і групи дітей з ризикованою для здоров'я поведінкою. Ці моделі формуються не самостійно та ізольовано від соціальних та культурних умов, а пов'язані з певними закономірностями. Тому формування фізичної активності школярів, як специфічного виду їх діяльності і підґрунтя ЗСЖ, повинно базуватися на основі визначення і врахування закономірностей впливу медико-соціальних і педагогічних чинників.

Численними науковими дослідженнями доведено, що пріоритетність має, по-перше, визнання і пропагування фізичної активності як життєво необхідної функції людини, як основи ідеології ЗСЖ [11]; по-друге, адекватність змісту і умов фізичної підготовки індивідуальному стану дитини, гармонізація і оптимізація фізичного тренування, свобода вибору форм фізичної активності [3]; по-третє, специфічність впливу природних факторів на розвиток фізичного потен-

ціалу людини, дія яких може посилюватися або зменшуватися відповідно до активності самої людини [8].

Фізичну активність можна розглядати як філогенетично детермінований фундамент для широкого кола морфо-функціональних характеристик і властивостей організму людини. Фізична активність, як стверджує В. К. Бальсевич, по суті має подвійний та суперечливий характер. Ці характеристики визначаються передусім тим, що по своїй суті фізична активність є соціальним і біологічним явищем, крім того, вона детермінується фізіологічними, морфологічними субстратами локомоторних систем, генетичними передумовами їх формування і розвитку та значним впливом, який здійснюють фактори соціального походження на становлення і розвиток рухової функції, на її мотивацію у процесі діяльності особистості [4].

**Метою дослідження** був аналіз умов життєдіяльності дітей і підлітків та поведінкових факторів ризику щодо ЗСЖ. Для досягнення мети дослідження були визначені наступні задачі: оцінити вплив соціального оточення на формування здорового способу життя і встановити факторіальну структуру чинників способу життя дитячого населення.

**Матеріали і методи.** Збір інформації здійснювався шляхом опитування за допомогою стандартизованої анонімної анкети. Всього в анкетуванні взяли участь 1070 дітей молодшого (6–10 років), середнього (11–14 років) та старшого (15–17 років) шкільного віку загальноосвітніх навчальних закладів (ЗНЗ) різного типу (850 учнів міських шкіл і 220 – сільських). Анкета включала питання відносно родини, навчальної діяльності, вільного часу, фізичної активності (організованих форм та самостійних занять), характеру ризикової поведінки та харчування. Статистичну обробку проведено на ПК з використанням стандартних пакетів програм Microsoft Excel та STATISTICA. Математична обробка отриманих даних проведена за такими методами: розрахунок первинних статистичних характеристик; статистичне порівняння середніх значень за критерієм Стьюдента, встановлення взаємозв'язку між змінними за допомогою кореляційного аналізу, визначення глибинних характеристик способу життя за допомогою факторного аналізу [1].

Дослідження є складовою частиною НДР кафедри спортивної медицини та валеології Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету ім. А.С. Макаренка "Розробка критеріїв оцінки здоров'язберігаючих технологій у загальноосвітніх навчальних закладах (номер державної реєстрації 0106U000613).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вирішальним значенням для формування особистості дитини є вплив найближчого соціального оточення, якими є батьки, друзі, вчителі. За результатами анкетування школярів визначено, що вік матерів і батьків ( $36,20 \pm 5,73$  і  $38,61 \pm 6,63$  років) відповідає періоду сформованості життєвих установок і набуття певного стереотипу поведінки, на які орієнтуються діти. Однак соціально-побутові умови не завжди є сприятливими для гармонійного розвитку дитини. Свідченням цього є той факт, що  $21,59 \pm 1,41\%$  матерів і  $18,24 \pm 1,32\%$  батьків не мають постійного місця роботи. У дітей сільської місцевості трудова зайнятість батьків вірогідно менша, ніж у місті, відповідно  $39,15 \pm 3,35\%$  матерів і  $27,04 \pm 3,05\%$  батьків ( $p < 0,05$ ).

За даними анкетування, умови життя дітей і підлітків міських і сільських шкіл мають достовірні відмінності. Зокрема кількість сімей, що мешкають у гуртожитку, більша у містах ( $8,50 \pm 1,48\%$ ), ніж у селах ( $3,65 \pm 1,29\%$ ,  $p < 0,05$ ). Крім того,  $54,39 \pm 1,71\%$  сімей міських школярів мають квартиру і  $36,83 \pm 1,65\%$  – власний будинок. У той час як у квартирах мешкають  $4,57 \pm 1,41\%$  школярів сільських шкіл, а  $91,78 \pm 1,85\%$  – у власних будинках. Звичайно, цей факт визначає як час перебування на свіжому повітрі, так і умови організації дозвілля.

Позитивним моментом повинен бути вплив рівня освіти батьків на формування навичок ЗСЖ у дітей. Встановлено, що вищу освіту мають  $47,18 \pm 1,71\%$  батьків міських школярів та  $15,84 \pm 2,46\%$  сільських. Проте кореляційний аналіз дозволив виявити достовірний позитивний зв'язок тільки рівня освіти матері з окремими значимими чинниками умов життєдіяльності: тривалістю перебування на свіжому повітрі ( $r = 0,349$ ,  $p < 0,05$ ) та тривалістю нічного сну ( $r = 0,435$ ,  $p < 0,05$ ). Встановлений факт збігається з даними попередніх досліджень про досить низький загальний рівень свідомості людей щодо ЗСЖ і практичному використанню у повсякденному житті навичок здоров'язбереження [2]. Враховуючи, що соціальний статус сімей і умови життя безпосередньо впливають на структуру вільного часу дитини і визначає успіх формування життєвих установок, інтересів і потреб, не викликає сумніву, що, з одного боку, вільний час зумовлює можливість реалізації потреб особистості, а з іншого – діяльність і потреби дитини впливають на структуру періоду, який присвячується відпочинку, самоосвіті, заняттям за інтересами та фізичній культурі і спорту.

Однак  $47,98 \pm 1,72\%$  опитаних міських школярів вказали на брак вільного часу, у той час діти сільських поселень визначають цей факт у  $12,56 \pm 1,89\%$  випадків. Відмічено низьку ак-

тивність учнів до самоосвіти і самовиховання: тільки  $44,51 \pm 1,70\%$  міських і  $36,65 \pm 3,24\%$  сільських школярів у вільний час читають,  $21,58 \pm 1,41\%$  дітей міст і  $15,54 \pm 2,44\%$  дітей у селі відвідують гуртки, улюблене заняття мають відповідно  $28,25 \pm 1,54\%$  і  $22,32 \pm 2,81\%$  респондентів. У той же час  $80,56 \pm 1,36\%$  дітей міст і  $71,30 \pm 3,04\%$

сіл надають перевагу перегляду телепередач, відповідно  $57,51 \pm 1,71\%$  і  $57,14 \pm 3,33\%$  опитаних у вільний час прослуховують музику.

Аналіз даних у віковому аспекті показав закономірні особливості структури вільного часу школярів. Зокрема читання художньої літератури з віком все менше приваблює дітей (рис.).

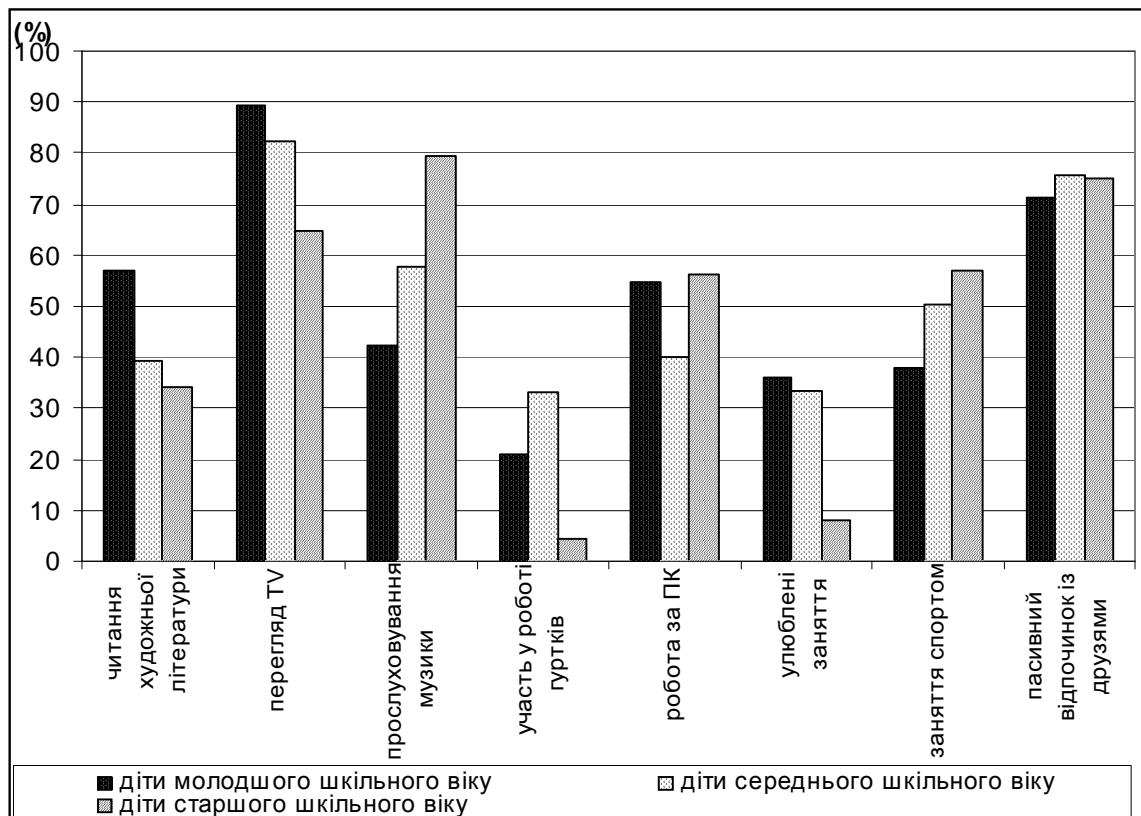


Рис. Розподіл дітей і підлітків шкільного віку за привабливістю різних елементів вільного часу

Захоплення улюбленим заняттям ( $36,15\%$ ) і відвідування гуртків ( $20,93\%$ ) у молодшому шкільному віці у старшому шкільному віці зменшується у 4,49 і 4,6 рази відповідно. Зміна мотивів і потреб у підлітковому віці визначають пріоритетність прослуховування музики ( $79,31\%$ ) і заняття спортом ( $56,82\%$ ), що серед учнів молодших класів менш поширене.

Комп'ютеризація навчального процесу і діяльності людей у цілому визначає пріоритетність роботи за ПК у  $49,44 \pm 1,71\%$  міських школярів і  $27,23 \pm 3,00\%$  дітей сільських шкіл ( $p < 0,05$ ). Встановлено, що діти будь-якого шкільного віку приділяють роботі за ПК, причому у різних формах (комп'ютерні ігри, спілкування через Internet, підготовка рефератів та інша діяльність), більшу частину вільного часу.

Зіставлення отриманих даних дозволяє констатувати, що в усі вікові періоди значну питому вагу і стабільність у структурі вільного часу мають пасивні форми відпочинку (учні молодшого шкільного віку –  $71,32\%$ , середнього –  $75,74\%$ , старшого –  $75,0\%$ ). Насторожує той факт, що у 90-х

роках минулого століття тільки  $31\%$  підлітків вільний час проводили у своїй компанії [6], а на сьогодні пасивно відпочивають і спілкуються з друзями  $73,94 \pm 1,51\%$  школярів міст і  $68,75 \pm 3,12\%$  – сільської місцевості ( $p > 0,05$ ). Зрозуміло, що значна частка дітей, які з різних причин відпочивають переважно пасивно, не можуть себе реалізувати у творчих заняттях, заняттях фізичною культурою і спортом, що у свою чергу опосередковано визначає поширеність шкідливих звичок серед дитячого контингенту та вплив соціального оточення на культуру життєдіяльності. Встановлено, що у  $71,55\%$  школярів більшість із знайомих палить, у  $16,38\%$  –  $50\%$  знайомих палять, а для  $5,17\%$  дітей усі близькі люди є курцями.

Типова картина визначилася із вживанням алкоголю у соціумі школярів: ніхто не зловживає алкоголем у  $23,68\%$  опитаних, у  $10,53\%$  дітей більшість близьких людей мають цю ваду. У цілому респонденти відповіли, що  $6,31\%$  знайомих вживали або вживають наркотичні і токсичні речовини, у  $70,27\%$  дітей оточення має сприятливий характер щодо наркоманії і токсикоманії.



Серед опитаних хоча б один раз у житті палили 48,75±1,71% дітей міських та 29,69±2,98% дітей – сільських поселень ( $p < 0,05$ ), вживали алкоголь 68,15±1,59% школярів міст та 71,97±3,03% – сіл ( $p > 0,05$ ), мали досвід використання наркотичних або токсичних речовин 0,98±0,33% учнів міст та 0,71±0,56% – сільської місцевості ( $p > 0,05$ ).

Отримані дані збігаються із даними попередніх соціологічних досліджень про чисельність дітей, які вживають наркотичні і токсичні речовини (2,0–5,9%) або зловживають алкоголем [5].

Було проаналізовано думку дітей і підлітків щодо мотивів до першої спроби паління, вживання алкоголю та наркотичних речовин і закріплення згубних звичок у подальшому житті. Міські школярі визначили провідну роль у розвитку схильності до паління для чиннику “звичка” (48,70%) і використання цигарок як засобу зняття напруги від життєвих ситуацій (28,83%), у той час діти сільських поселень перевагу надають зняттю напруги (58,98%), звичці (50,0%) і підвищенню авторитетності серед однолітків як критерію дорослості (30,23%).

Причому вплив друзів для сільських школярів на 27,04% переважає значимість цього чинника для городян. Від насмішок однолітків страждають у 2,96 рази більше дітей і підлітків, які не палили, у селі, ніж у місті.

Аналіз причин, які, на думку дітей і підлітків міських шкіл, можуть призвести до вживання алкоголю, є свята (64,55%), зняття напруги (44,79%) і боротьба із нудьгою (21,70%) у вільний час. Для дітей сільської місцевості, в основному, характерні аналогічні мотиви. Однак для них не менш важливими чинниками є насмішки однолітків і повна бездіяльність у вільний час, що у 1,5 рази переважає значення цих факторів для школярів міст.

Школярі міських закладів освіти висловили свою думку з майже рівномірним розподілом питомої ваги з приводу мотивів щодо вживання наркотичних і токсичних речовин. Однак найбільше значення має власна авторитетність у когорті однолітків (18,97%) і бездіяльність у вільний час, яка сприяє виникненню відчуття нудьги і безвихідного положення (18,92%).

Школярі сільських шкіл вирішальну роль визначили задоволенню зацікавленості (49,43%), крім того, у 1,93 рази важливішим для них є зняття напруги і у 4,62 рази – вплив друзів, ніж аналогічні мотиви для школярів міст. Як видно з отриманих даних, проблема зайнятості дітей і підлітків у вільний час, не залежно від місця поселення, сприяє не тільки поширеності шкідливих звичок, але й можливому формуванню асоціальних форм поведінки.

Деякі питання анкети стосувалися вивчення поінформованості школярів про негативний вплив шкідливих звичок на здоров'я. Встанов-

лено, що у середньому 6,14% школярів усіх вікових груп не вважають паління шкідливою звичкою. Алкоголь і вживання наркотичних речовин, на думку школярів 23,42% і 19,83% відповідно, також не мають негативного впливу на здоров'я.

Проте формування світогляду дитини і підлітка, а разом з цим і свідомого ставлення до свого здоров'я і здоров'я оточуючих, має вікові закономірності. Важливим є те, що рівень інформованості про вплив на здоров'я шкідливих звичок зростає з віком. Особливо це стосується вживання алкоголю та наркотичних і токсичних речовин. Якщо у молодшому шкільному віці 80% дітей вважають, що зловживання спиртними напоями не шкодить здоров'ю, то серед учнів старшого шкільного віку так вважають до 11,36% опитаних ( $p < 0,05$ ). Різниця у висловлюванні впевненості про безпечність наркотичних і токсичних речовин зменшується з віком: якщо серед дітей молодшого шкільного віку 47,83±3,17% опитаних не вбачали небезпеки у вживанні наркотичних речовин, то у підлітковому віці такої думки дотримуються 21,74±2,00% респондентів ( $p < 0,05$ ).

Однак впевненість про відсутність негативного впливу паління на організм людини має зворотній характер. Зокрема серед дітей молодшого і середнього шкільного віку не було жодної відповіді про безпечність паління, у той час 7,95% старшокласників визначилися щодо позитивного ставлення до паління цигарок. Ймовірно, це можна пояснити явищами максималізму і схильністю до конфліктності із соціумом у підлітковому віці, або отримані дані такого характеру є непрямым свідченням недостатньо свідомого ставлення школярів до свого здоров'я, низького рівня просвітницької роботи, формальної інформованості школярів щодо ЗСЖ та негативним впливом реклами тютюнокуріння, особливо у період становлення особистості, що є потенційною загрозою щодо зростання поширеності шкідливих звичок серед школярів.

За даними анкетування, рівень матеріального забезпечення опосередковано характеризувався постійною зайнятістю батьків. За цим показником серед учнів загальноосвітніх шкіл достовірних відмінностей не виявлено. Виняток становили учні інноваційного загальноосвітнього начального закладу (ІЗНЗ), у яких питома вага батьків, які забезпечені постійним робочим місцем, була вищою, ніж у загальноосвітніх навчальних закладах (ЗНЗ) з традиційною організацією навчального процесу, що зумовлено, ймовірно, вищим освітнім рівнем батьків та їх професійною діяльністю. Аналогічна закономірність простежується у забезпеченні житловими умовами сімей учнів різних навчальних закладів.

Оскільки організація навчального процесу впливає на структуру вільного часу, було про-

аналізовано його компоненти у школярів різних навчальних закладів. Опитування показало, що достовірні відмінності простежуються між учнями усіх ЗНЗ і ІЗНЗ переважно за такими пунктами: за часткою дітей, які вільний час присвячують читанню художньої літератури (відповідно  $38,30 \pm 1,66\%$  та  $50,77 \pm 1,71\%$ ,  $p < 0,05$ ), роботі за комп'ютером ( $42,55 \pm 1,69\%$  та  $67,44 \pm 1,61\%$ ,  $p < 0,05$ ), меншою кількістю гімназистів, які відвідують гуртки ( $15,38 \pm 1,24\%$ ) порівняно з учнями ЗНЗ ( $31,91 \pm 1,59\%$ ,  $p < 0,05$ ). Хоч за часом перегляду TV, заняттями спортом і пасивним спілкуванням із друзями гімназисти не відрізняються від своїх однолітків з інших ЗНЗ.

Безсумнівно, навчальний процес у гімназії більш напружений і вимагає більше витрат часу на додаткові факультативні заняття, приготування домашнього завдання, навчання старшокласників на підготовчих курсах вищих навчальних закладів, що відбивається, зокрема, на тривалості перебування на свіжому повітрі. Так, частка дітей і підлітків, які перебувають на відкритому повітрі менше 2 годин, серед гімназистів у 1,3–1,57 рази більша, ніж у школярів із ЗНЗ.

Відповідно до статті 22 Закону України "Про забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення", задачею навчального закладу є забезпечення повноцінного здорового харчування дітей та підлітків. Однак учні не завжди користуються послугами шкільних їда-

лень, посилаючись на брак часу, низьку якість, небажання харчуватися не вдома. Звичайно, в умовах соціально-економічної нестабільності і розшарування суспільства за рівнем достатку структура раціону харчування залишається недостатньо збалансованою. Зокрема на щоденне вживання м'яса і молока частіше вказують гімназисти, ніж учні усіх інших ЗНЗ, при меншому вживанні продуктів із значним вмістом вуглеводів ( $p < 0,05$ ).

Для встановлення основних чинників, що визначають спосіб життя дітей і підлітків, використано факторний аналіз за методом головних компонент і стратегії обертання Varimax normalized з пакету статистичного аналізу STATISTICA. У результаті обробки даних за 68 змінними виділено три фактори, що характеризувалися абсолютними значеннями факторних навантажень (більше 0,500) та знаками (+) або (-) для визначення напрямку і характеру зв'язку.

До першого фактору з умовною назвою «Фізична активність» увійшли 7 змінних з позитивними значеннями, які визначають обсяг ФА у спортивних секціях (0,538), час перебування на свіжому повітрі (0,633), проведення уроків фізичної культури (ФК) на стадіоні (0,633) з використанням футболу (0,681) як ігрової форми проведення уроку. За абсолютними значеннями „вага“ першого фактору становить 12,15% загальної дисперсії (табл.).

Таблиця. Факторні навантаження характеристик способу життя дітей і підлітків шкільного віку

| Характеристики способу життя                 | Фактор 1<br>"Фізична активність" | Фактор 2<br>"Організація вільного часу" | Фактор 3<br>"Соціальний статус сім'ї" |
|--|----------------------------------|---|---------------------------------------|
| Постійна зайнятість матері                   | 0,077                            | 0,412                                   | 0,564*                                |
| Постійна зайнятість батька                   | 0,035                            | -0,120                                  | 0,384                                 |
| Освіта матері                                | 0,158                            | 0,051                                   | 0,453                                 |
| Освіта батька                                | -0,098                           | 0,152                                   | 0,570 *                               |
| Прослуховування музики                       | -0,188                           | 0,523*                                  | -0,293                                |
| Пасивний відпочинок із друзями               | 0,058                            | 0,520*                                  | 0,067                                 |
| Спроба і звичка палити                       | 0,026                            | -0,652*                                 | -0,034                                |
| Спроба вживання алкоголю                     | -0,136                           | -0,627*                                 | 0,069                                 |
| Використання різних форм фізичної активності | 0,664*                           | 0,139                                   | 0,044                                 |
| Обсяг тижневого фізичного навантаження       | 0,538*                           | 0,404                                   | -0,143                                |
| Участь у спортивних змаганнях                | 0,175                            | 0,755 *                                 | 0,158                                 |
| Перебування на свіжому повітрі               | 0,633*                           | 0,010                                   | 0,242                                 |
| Проведення уроків на стадіоні                | 0,633*                           | 0,010                                   | 0,242                                 |
| Якість проведення уроків ФК                  | 0,772*                           | 0,090                                   | 0,238                                 |
| Відвідування уроків ФК                       | 0,162                            | -0,112                                  | -0,051                                |
| Задоволення від уроків ФК                    | 0,804*                           | 0,070                                   | 0,169                                 |
| <u>Заняття у спортивних секціях:</u>         |                                  |   |                                       |
| плавання                                     | 0,010                            | 0,553*                                  | -0,051                                |
| футбол                                       | 0,681*                           | 0,297                                   | -0,234                                |
| баскетбол                                    | -0,056                           | 0,593*                                  | 0,173                                 |

Примітка: \* абсолютне значення факторного навантаження  $> 0,500$ .

Другий фактор найкраще характеризує “організацію вільного часу” з факторною значимістю 10,85% загальної дисперсії. Він представлений змінними, що характеризують два взаємопов’язані блоки: комплекс окремих елементів структури вільного часу школярів та їх схильність до шкідливих звичок, про що свідчить різнополюсність пріоритетів за знаками факторних навантажень змінних величин у виборі способу проведення дозвілля і спроб до вживання алкоголю та паління.

На третій позиції за відсотком загальної дисперсії (7,00%) знаходиться фактор “Соціальний статус сім’ї” з двома найбільш значимими чинниками для матеріального благополуччя родини: освіта і наявність постійного місця роботи батьків.

Зважаючи на чільну роль першого фактору, можна припустити, що для обраної когорти дітей і підлітків фізична активність є системоутворюючим фактором способу життя, який формується під впливом соціального оточення і визначає структуру вільного часу школярів.

#### Висновки

1. На підставі дослідження способу життя дитячого населення встановлено, що соціальний

статус сімей та умови життя безпосередньо впливають на структуру вільного часу дітей, незважаючи на його недостатню тривалість через навантаження навчального характеру.

2. Пріоритетність пасивних форм відпочинку, зниження інтересу до самоосвіти і самовдосконалення зумовлені відсутністю цільового впливу соціального оточення на підвищення рухової активності, популяризацію різних форм фізичної діяльності.

3. Викликає тривогу наявність ознак ризикової поведінки у життєдіяльності дітей і підлітків з точки зору здоров’я і формування соціально дієздатної особистості (захоплення палінням, вживання алкогольних напоїв, токсичних і наркотичних речовин).

4. Визначення факторної структури способу життя дітей доводить потенційну дієвість активної участі сім’ї у формуванні особистості дитини, фізичної активності та організації вільного часу.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у визначенні та обґрунтуванні засобів фізичного виховання, які б сприяли розвитку мотивації рухової активності у дітей шкільного віку.

#### Список літератури

1. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М. Ю. Антомонов. – К., 2006. – 558 с.
2. Апанасенко Г. Л. Валеология против депопуляции. Избранные статьи о здоровье / Г. Л. Апанасенко – К., 2005. – С. 13–21.
3. Бальсевич В. К. Концепция альтернативных форм организации физического воспитания детей и молодежи / В. К. Бальсевич // Физическая культура : образование, воспитание, тренировка. – 1996. – № 1. – С. 8–17.
4. Бальсевич В. К. Феномен физической активности человека как социально-биологическая проблема / В. К. Бальсевич // Вопр. философии. – 1981. – № 8. – С. 78–89.
5. Гребняк М. П. Соціально-медичні фактори ризику для здоров’я дитячого населення / М. П. Гребняк, О. А. Дмитренко, В. В. Машиністов [та ін.] // Мед. перспективи. – 2006. – Т. XI, № 4. – С. 121–123.
6. Дюкарева А. М. Особенности здоровья и образа жизни молодежи / А. М. Дюкарева // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1995. – № 2. – С. 23–26.
7. Комков А. Г. Организационно – педагогическая технология формирования физической активности школьников / А. Г. Комков, Е. Г. Кирилова // Физическая культура : воспитание, образование, тренировка. – 2002. – №1. – С. 2–4.
8. Лубышева Л. И. Социальное и биологическое в физической культуре человека в аспекте методологического анализа / Л. И. Лубышева // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 1996. – № 1. – С. 7–11.
9. Международная программа СИНДИ // Мед. вести. – 1997. – № 2. – С. 24–25.
10. Профилактика через первичное здравоохранение. Рекомендации для улучшения качества работы / СИНДИ. – Копенгаген. – ЕРБ ВОЗ, 2003. – 165 с.
11. Cale L. Interventions to promote young people’s physical activity-issues, implications and recommendations for practice / Lorraine Cale, Jo Harris // Health Education Journal. – 2006. – Vol. 65 (4). – P. 320–337.
12. Health and Health Behaviour among Young People. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 1. International Report / editor C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte [et al.]. – Copenhagen : WHO, Regional Office for Europe, 2000. – 132 p.

#### СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

И. А. Калиниченко (Сумы)

На основании социологического исследования образа жизни детей установлено, что социальный статус семей и условия жизни непосредственно влияют на структуру свободного времени детей, несмотря на уменьшение его длительности за счет учебной деятельности школьников. Приоритетность пассивных форм отдыха, снижение интереса к самообразованию, самосовершенствованию обусловлены отсутствием целевого воздействия социального окружения на повышение двигательной активности, популяризацию

разнообразных форм физической деятельности. Выявлены признаки рискованного поведения детей и подростков (увлечение курением, употреблением алкогольных напитков, токсических и наркотических средств).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **социологическое исследование, здоровый образ жизни, детское население, физическая активность, рискованное поведение.**

## SOCIAL AND HYGIENICAL ASPECTS OF CHILDREN'S HEALTHY LIFESTYLE FORMATION

*I. A. Kalinichenko (Sumy)*

On the basis of sociological research of children's lifestyle it is established that social status of families and life conditions influence on the structure of children's pastime despite on the fact that spare time is shorter than study time.

The use of mainly passive pastimes, falling interest to self-education, self-growth result from inability of social surroundings to encourage motional activity and to make popular with children different forms of physical exercise. Among alarming facts are readiness of children and adolescents to endanger their health and formation of a socially able personality (due to bad habits: smoking, use of alcohol and drugs).

KEY WORDS: **sociological research, healthy lifestyle, children, physical activity, behavioral risks.**

*Рецензент: д.мед.н., доц. Ю. Б. Ященко*

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616-089.888.81-053.83.009

*О. О. КОРЧИНСЬКА, У. В. ВОЛОШИНА, Е. В. ОВВАДІ (Ужгород)*

## ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПАРТНЕРСЬКИХ ПОЛОГІВ

Ужгородський національний університет  
Ужгородський міський перинатальний центр

Проаналізовано особливості психоемоційного стану подружжя у випадку партнерських пологів. Результати дослідження вказують на переважно позитивне сприйняття родового акту чоловіками та роділлями, що, ймовірно, покращуватиме акушерські та перинатальні наслідки розродження.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **партнерські пологи, психологічні аспекти.**

Сучасний підхід до перинатології передбачає такий догляд, який бере до уваги інформаційні, соціальні, емоційні потреби вагітних та їх родин під час вагітності, пологів та післяпологового періоду. Ця модель догляду базується на переконанні, що народження дитини – це приємна життєва подія. Іншими словами, це пологи, орієнтовані на участь сім'ї [2].

Тема партнерських пологів на теперішній час є надзвичайно актуальною та підлягає інтенсивному обговоренню як серед науковців, так і серед подружніх пар, що вирішили народити дитину. На сьогоднішній день в пологових будинках України партнерські пологи перестали бути унікальним явищем. Все більше і більше подружніх пар, які «виносили» дитину протягом 9 місяців і добре теоретично підготувались, приходять разом в пологовий будинок, прийнявши рішення народжувати разом. Тому дуже важливим є визначення, що насправді необхідно жінці, яка народжує.

© О. О. Корчинська, У. В. Волошина, Е. В. Овваді, 2010

Безперечним та загальновідомим фактом є те, що сприятливе завершення пологів безпосередньо залежить від психологічного комфорту роділлі [3]. Є ряд принципів умов, яких необхідно дотримуватись для того, щоб жінці було добре. Вони впливають із фізіології родового процесу і специфічних особливостей діяльності головного мозку людини. Жінці, насамперед необхідно дати можливість розслабитись і поводити себе природно. А це можливо тільки в звичних, добре знайомих умовах або у присутності дуже близької та рідної людини, якій роділля довіряє [1]. Говорячи про знайоме місце, логічно припустити, що це може бути її дім. Але на теперішній час в Україні домашні пологи не практикуються, тоді як у Голландії, наприклад, 30% усіх пологів відбуваються вдома [4].

Сьогодні в Україні дуже інтенсивно впроваджується система сімейних пологових залів, де обстановка максимально наближена до домашньої: звичайне ліжко замість Рахманівського, туалет і ванна і, найважливіше, що поряд ніхто більше не

народжує. Все це сприяє психологічному комфорту. Щодо оточення, для жінки необхідні не тільки підтримка чи допомога, але й відчуття безпеки.

Існує два варіанти присутності чоловіка на пологах [2;3]:

1) чоловік знаходиться поряд із жінкою в передродовій палаті і допомагає їй під час перейм, а коли починається процес виходу дитини, батько виходить і повертається вже після її народження;

2) чоловік присутній протягом усього пологового процесу; йому дозволяють перерізати пуповину, потримати на руках новонародженого, викупати дитину.

Але якою б не була теоретична підготовка чоловіка до пологів, передбачити, якою буде його реакція на все побачене, неможливо. Так само, як і неможливо передбачити реакцію жінки на присутність чоловіка.

**Метою дослідження** стало визначення ставлення подружніх пар до партнерських пологів.

**Матеріали і методи.** Було проведено анкетування 70 подружніх пар, які народжували в акушерському стаціонарі Ужгородського міського перинатального центру за період грудень 2007 р. – лютий 2008 р.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В усіх випадках пологи відбувалися через природні пологові шляхи. Після обробки даних ми отримали наступні результати. Серед жінок 65 (92,8%) були задоволені присутністю чоловіка на пологах, психологічну підтримку, якого відволікала від болю; 47 (67,1%) жінок сказали, що після пологів вони з чоловіками стали ще ближчими один одному і разом їм вже нічого не страшно; 5 (7,2%) роділь відмітили, що задовго

до пологів збиралися народжувати разом і готувалися до них, але коли перейми стали надзвичайно болісними, вони зрозуміли, що їм взагалі ніхто не потрібний, а чоловік навіть почав дратувати своєю присутністю. Серед чоловіків 56 (80%) зізналися, що спочатку не хотіли бути присутніми на пологах, але змінили своє ставлення, тому що в момент появи дитини на світ, після її першого крику в них прокинувся батьківський інстинкт і вони зрозуміли, яка відповідальність на них тепер лягає; 8 (11,4%) чоловіків сказали, що після того, як побачили страждання своїх дружин, відчувають себе вічними боржниками і ніколи не зможуть піти від них; 4 (5,7%) чоловіків відчували комплекс вини за біль своїх жінок; 2 (2,9%) чоловіків не хотіли бути присутніми на пологах, але жінки наполягали на їхній участі, і після пологів вони зізналися, що гіршої картини не бачили і тепер відчувають певну відразу до своїх жінок.

### Висновки

Партнерські пологи переважно сприятливо впливають на психоемоційний стан подружжя, що, слід очікувати, покращить акушерські та перинатальні наслідки розродження. Але для того, щоб партнерські пологи дійсно дали позитивний результат, необхідно забезпечити ряд умов:

- чоловік може бути присутнім на пологах тільки тоді, якщо сам цього хоче і є ініціатором партнерських пологів;
- якщо протягом 9 місяців чоловік брав активну участь у виношуванні дитини, надавав моральну та фізичну підтримку дружині;
- чоловік відвідував школу відповідального батьківства;
- гармонійні стосунки і взаєморозуміння в сім'ї.

### Список літератури

1. *Перинатальная помощь и уход: руководство для участника.* – JCI, 2007. – С. 5–11.
2. *Essential antenatal, perinatal and postpartum care.* – Copenhagen : WHO EUR, 2002.
3. *Oakley A. Measuring the effectiveness of psychosocial interventions in pregnancy / A Oakley // Intl. J. Technol. Asses Health Care, – 1992. – Vol. 8 (1). – P. 129–38.*
4. *The world health report. Health systems: improving performance.* – Geneva : WHO, 2000.

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРТНЕРСКИХ РОДОВ

О. А. Корчинская, У. В. Волошина, Э. В. Оввади (Ужгород)

Проанализированы особенности психоэмоционального состояния семейной пары в случае партнерских родов. Результаты исследования указывают на преобладание положительного восприятия родового акта супругами, что, возможно, улучшит акушерские и перинатальные результаты родоразрешения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **партнерские роды, психологические аспекты.**

### PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PARTNER DELIVERIES

О. О. Korchynska, U. V. Voloshyna, E. V. Ovvedi (Uzghorod)

Peculiarities of married couple psychoemotional state in partner deliveries are analysed. The results of investigation display positive couple perception of partner deliveries with improved obstetrical and perinatal results of labour

KEY WORDS: **partner deliveries, psychological aspects.**

Рецензент: д.мед.н.,проф. Л. М. Маланчук

В. П. СТЕЛЬМАХІВСЬКА (Київ)

## ПИТАННЯ ГІГІЄНИ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ У ДІЯЛЬНОСТІ УКРАЇНСЬКОГО НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА ГІГІЄНІСТІВ

Інститут екології та медицини, м. Київ

У статті проаналізована діяльність наукового товариства гігієністів України з питань гігієни дітей та підлітків та його вплив на розвиток гігієни дітей та підлітків як самостійної медичної науки та галузі практичної охорони здоров'я в Україні.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** шкільна гігієна, гігієна дітей та підлітків, наукове товариство гігієністів, діти та підлітки, стан здоров'я, напрямки досліджень.

Гігієна дітей та підлітків як наука про збереження та зміцнення здоров'я дитячого населення та галузь практичної охорони здоров'я пройшла складний шлях становлення та розвитку. Для відтворення історії розвитку гігієни дітей та підлітків важливе значення має висвітлення діяльності наукового товариства гігієністів України, пов'язаної із вирішенням гігієнічних питань охорони здоров'я дитячого населення.

Відповідно до останньої редакції Статуту наукового товариства гігієністів України (1997), затвердженого XIII з'їздом гігієністів України, це добровільна громадська організація, основною метою діяльності якої є сприяння розвитку гігієнічної науки та санітарно-епідеміологічної служби України.

До керівних та контрольних органів товариства належать з'їзди гігієністів України, які відповідно до Статуту скликаються його Правлінням. Для обговорення на з'їздах виносяться найбільш актуальні наукові та практичні проблеми гігієни.

Діяльність наукового товариства гігієністів України, пов'язана із вирішенням гігієнічних питань охорони здоров'я дитячого населення, мала важливе значення для розвитку гігієни дітей та підлітків як науки та галузі практичної охорони здоров'я.

**Матеріали і методи дослідження.** Нами проведено аналіз діяльності наукового товариства гігієністів України з питань гігієни дітей та підлітків, матеріалів з'їздів гігієністів України, на яких проводилося обговорення найбільш актуальних питань гігієни дітей та підлітків для висвітлення його ролі у розвитку гігієни дітей та підлітків як самостійної медичної науки та галузі практичної охорони здоров'я в Україні.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вперше ідея створення Українського наукового товариства гігієністів була висловлена

на IX Українській санітарній раді у 1938 році [5]. В цей час відбувалася організація наукових товариств як відділень Всесоюзного гігієнічного товариства. Зокрема, у 1939 році було організовано як відділення Всесоюзного гігієнічного товариства Київське наукове товариство гігієністів, яким у довоєнний період поряд із вирішенням інших питань проводилася організаційна робота із залучення до товариства науковців та санітарних лікарів, визначення основних форм діяльності відділення та його секцій, узагальнення досвіду з організації санітарної справи [11].

Після закінчення війни на X Українській санітарній раді (1945) Українському інституту комунальної гігієни було доручено провести організаційну роботу зі створення Українського гігієнічного товариства [5]. Було створене тимчасове правління товариства начолі з академіком Марзевим О.М., яким проводилася робота з організації обласних відділень Українського гігієнічного товариства та підготовці з'їзду гігієністів.

V Український з'їзд гігієністів, епідеміологів, мікробіологів та інфекціоністів (1948) став, по суті, установчим для Українського товариства гігієністів [4]. На з'їзді було заслухано звіт тимчасового правління товариства та обрано нове правління. Головою правління Українського товариства гігієністів було обрано академіка Марзєєва О.М. До складу правління увійшов доцент Познанський С.С., який на той час очолював кафедру шкільної гігієни Київського медичного інституту.

Одним із завдань товариства став вплив на напрямки гігієнічних досліджень через проблемні комісії, гігієнічну комісію Вченої ради Міністерства охорони здоров'я, безпосередню участь у аналізі науково-тематичних планів гігієнічних установ [5]

Актуальні наукові та практичні проблеми гігієни, зокрема, і гігієни дітей та підлітків, систематично виносилися для обговорення на з'їздах гігієністів.

У з'їзд гігієністів, епідеміологів, мікробіологів та інфекціоністів проходив у Києві з 30 вересня по 6 жовтня 1948 р. З'їзд відбувався у період ліквідації санітарних наслідків війни, відновлення народного господарства, системи освіти та охорони здоров'я. На гігієнічній секції, яка працювала на з'їзді, було розглянуто питання ліквідації наслідків війни, зокрема, їх впливу на здоров'я та фізичний розвиток школярів. Обговорювалися також гігієнічні питання при організації навчально-виробничої діяльності підлітків [7].

З'їзд вказав на необхідність вивчення стану та динаміки здоров'я у віковому аспекті, розширення та поглиблення вивчення фізичного розвитку дітей. Однією з важливих проблем наукових досліджень було визнано вивчення та розробку характеру та режиму навчання підростаючих контингентів.

Одночасно з'їзд вказав на не досить задовільну роботу з організації наукових досліджень з гігієни дітей та підлітків та необхідність створення відділів шкільної та дошкільної гігієни у наукових установах Міністерства охорони здоров'я [8].

З 20 по 23 листопада 1959 р. у Львові проходив VI з'їзд гігієністів, епідеміологів, мікробіологів та інфекціоністів Української РСР. З'їзд відбувався у час, коли почалися зміни в організації навчання та виховання дітей різних вікових груп. Значна увага серед проблем шкільної та дошкільної гігієни, які обговорювалися на з'їзді, була приділена питанням фізичного розвитку дітей та підлітків, режиму дня та учбового навантаження у зв'язку із впровадженням політехнічного навчання, виробничого навчання школярів, чутливості підлітків до дії шкідливих виробничих факторів та організації їх професійної підготовки, організації виховання дітей дошкільного віку.

Як важливі напрямки гігієнічних досліджень на з'їзді розглядалося вивчення вікових та статевих зрушень функціональних можливостей різних систем та організму в цілому, що дозволило б підійти до встановлення вікових норм навантаження дітей та підлітків при різних видах діяльності. Зверталася увага також на необхідність подальшої поглибленої розробки питань впливу різних факторів трудового навчання, фізичного виховання, загартування, різних форм активного відпочинку на фізичний та психічний розвиток дітей для підвищення ефективності їх оздоровчого впливу [13; 14].

На VII з'їзді гігієністів Української РСР були запропоновані для обговорення такі актуальні на той час питання, як гігієнічні аспекти організації занять в підготовчій групі дитячого садка, їх відповідність віковим особливостям дітей для забезпечення поступового переходу дітей до режиму школи. Важливе місце серед питань гігієни дітей та підлітків, які розглядалися на

з'їзді, займали також вивчення різних аспектів організації навчання дітей у школах-інтернатах, досвід експериментального проектування шкільних будівель з урахуванням кліматичних умов України, гігієнічні підходи до організації сільськогосподарської праці школярів в період літньої виробничої практики, вплив на підлітків виробничого навчання в умовах дії підвищених температур, фізичний розвиток дітей різних регіонів України, їх захворюваність та фактори, які зумовлюють вікові особливості патології дітей.

Значна увага на з'їзді була приділена гігієні села. Дослідження з питань гігієни дитинства на селі було визнано одним із актуальних напрямків на той час. До важливих завдань таких досліджень було віднесено вивчення організації навчальної діяльності при різних формах політехнічного та виробничого навчання, вивчення можливостей професійного виробничого навчання підлітків за сільськогосподарськими професіями, пов'язаними із хімізацією сільськогосподарства, наукове обґрунтування гігієнічних вимог до планування та обладнання навчально-виховних закладів для дітей та підлітків у сільській місцевості, вивчення стану здоров'я та фізичного розвитку дітей у сільській місцевості [1].

VIII з'їзд гігієністів Української РСР відбувся 15-16 грудня 1970 р. у м. Києві. До важливих питань охорони здоров'я дітей, які обговорювалися на з'їзді, належать такі, як проблема прискорення фізичного розвитку дітей та підлітків та функціональні можливості їх організму, впливу навчальної діяльності на працездатність дітей з відхиленнями у стані здоров'я (хронічні тонзиліти, ревматизм, гіпотонічні та гіпертонічні стани), вплив соціальних факторів на фізичний розвиток дітей молодшого шкільного віку, гігієнічні питання охорони зору дітей. Однією з важливих проблем, що була представлена на з'їзді, стала проблема працездатності дітей як основи гігієнічного нормування навчального та трудового навантаження. Обговорювалося також питання навчання молоді без відриву від виробництва.

Перед гігієністами України були поставлені завдання розширення досліджень з вивчення стану здоров'я, фізичного розвитку та захворюваності дитячого населення, наукового обґрунтування раціональної організації начальної діяльності з врахуванням введення нових програм. Як важливі напрямки наукових досліджень на з'їзді розглядалися вивчення гігієнічних питань організації роботи груп продовженого дня, дослідження умов праці підлітків з врахуванням дії шкідливих чинників виробничого середовища.

На з'їзді було поставлено також питання про важливість розвитку психогігієни та прогнозування в галузі гігієни дітей та підлітків [12].

IX Український з'їзд гігієністів і санітарних лікарів тривав з 26 по 28 травня 1976 р. у м. Донецьку. Одними з важливих питань гігієни дітей та підлітків, які обговорювалися на з'їзді, були особливості розвитку, стану здоров'я та успішності школярів з відхиленнями у стані здоров'я, а також вплив навчального навантаження при роботі за новими програмами на учнів 1-10 класів загальноосвітніх шкіл. На з'їзді були також представлені проведені вперше в республіці дослідження з обґрунтування режиму праці та відпочинку, вивчення здоров'я студентів вищих навчальних закладів.

Серед основних актуальних напрямків досліджень з гігієни дітей та підлітків з'їзд намітив такі, як вивчення гігієнічних аспектів дошкільної підготовки дітей до навчання у школі та шкільної зрілості дітей у містах та сільській місцевості, гігієнічні дослідження з проблем професійної консультації та орієнтації, професійної підготовки підлітків у різних галузях промисловості та сільського господарства, вивчення впливу різних факторів середовища, зокрема малої інтенсивності, на стан здоров'я та фізичного розвитку дітей, наукова розробка питань діяльності лікаря з гігієни дітей та підлітків санітарно-епідеміологічних станцій [2].

Важливе місце займали питання гігієни дітей та підлітків у роботі X Українського з'їзду гігієністів, який відбувся 14-16 жовтня 1981 року у м. Києві. У роботі секції гігієни дітей та підлітків взяли участь такі відомі вчені-гігієністи дитинства, як директор НДІ гігієни дітей та підлітків академік АМН СРСР Сердюковська Г.М., професори Кардашенко В.М., Сухарев О.С. На з'їзді обговорювалися методичні підходи до організації систематичного вивчення динаміки стану здоров'я дітей та підлітків, результати вивчення стану здоров'я дітей у великому промисловому місті та динамічних спостережень за станом фізичного розвитку дітей різних регіонів України, гігієнічні аспекти трудового навчання школярів у таких нових закладах як навчально-виробничі комбінати, питання фізіолого-гігієнічного обґрунтування прогнозування успішності оволодіння виробничими професіями підлітками, гігієнічна проблема навчання дітей 6-річного віку у школах та дитячих дошкільних закладах, будівництва шкіл великої місткості. До важливих питань, які ставилися на обговорення на з'їзді, слід віднести також оптимізацію управління науковими дослідженнями з гігієни дітей та підлітків та їх координацію в межах республіки.

XI з'їзд гігієністів Української РСР проходив у Львові з 16 по 18 грудня 1986 р. На з'їзді обговорювалися такі питання: зміцнення здоров'я дітей дошкільного віку, гігієнічні аспекти будівництва шкіл в умовах реформування середньої

освіти та початком навчання у школі з 6-річного віку, медичні аспекти профорієнтації та профвідбору підлітків, їх професійної підготовки. Розглядалися також результати вивчення та методичні підходи до організації наукових досліджень з питань харчування підлітків, які навчаються у професійно-технічних училищах.

Серед актуальних завдань наукових досліджень з гігієни дітей та підлітків з'їзд виділив такі, як подальше вивчення стану здоров'я дітей, які почали навчання з 6-річного віку, наукове обґрунтування та розробка гігієнічних вимог до організації трудового навчання школярів різних вікових груп (молодшого, середнього, старшого шкільного віку), а також організації та умов навчання учнів старших класів на базових підприємствах [10].

Разом з тим необхідно відмітити, що підготовка матеріалів, які виносилися для обговорення на з'їзді, відбувалася до Чорнобильської катастрофи, яка внесла значні корективи в плани та напрямки гігієнічних досліджень, особливо у найближчі після аварії роки.

На XII з'їзді гігієністів України, який проходив з 2 по 5 жовтня 1991 року у м. Одесі, особливе місце зайняло обговорення питань, пов'язаних із охороною здоров'я дітей та підлітків в складних екологічних умовах, які особливо погіршилися після аварії на Чорнобильській АЕС. Разом з тим, на обговорення з'їзду було також винесено такі питання, як гігієнічні аспекти комп'ютеризації навчання, організації навчальної діяльності в умовах переходу на п'ятиденний навчальний тиждень, гігієнічні принципи професіографічного моделювання системи «підліток-навчально-виробниче середовище» [9].

XIII з'їзд гігієністів України проходив у Харкові з 3 по 5 жовтня 1995 року. Як і на попередньому з'їзді, значна увага була приділена впливу екологічних чинників на здоров'я дитячого населення [6].

Разом з тим, на з'їзді обговорювалися такі важливі питання як гігієнічні аспекти організації навчального процесу у загальноосвітніх навчальних закладах нового типу, проблема підвищення функціональних можливостей організму підлітків та організація їх вільного часу, соціально-гігієнічні проблеми професійного навчання підлітків [15].

До найбільш актуальних питань гігієни дітей та підлітків, які вимагали наукових розробок та їх вирішення, з'їздом були віднесені такі як обґрунтування комплексу профілактичних та оздоровчих заходів із врахуванням впливу різноманітних чинників навколишнього середовища та виявленням і використанням найбільш інформативних показників для оцінки цього впливу. Як важливі були поставлені такі питання гігієни дитинства, як гігієнічне обґрунтування навчаль-



но-виховної діяльності, систем оздоровлення, харчування дітей та підлітків в районах підвищеного радіаційного фону, гігієнічна регламентація навчально-виховної діяльності у різних типах навчальних закладів, гігієнічне обґрунтування системи формування здорового способу життя дітей та підлітків.

### Висновки

Діяльність Українського наукового гігієнічного товариства та його відділень сприяла розвитку гігієни дітей та підлітків як самостійної науки та галузі практичної охорони здоров'я.

Важливий вклад у вирішення актуальних наукових та практичних питань гігієни дитинства внесли з'їзди гігієністів України.

### Список літератури

1. *Гигиена* (Материалы к VII съезду гигиенистов УССР) / М-во здравоохран. УССР, Научное об-во гигиенистов УССР. - К., 1964. - 607 с.
2. IX Украинский съезд гигиенистов и санитарных врачей: тезисы докл. / М-во здравоохран. УССР, Украинск.научное об-во гигиенистов и санитарных врачей. - К., 1976. - 411 с.
3. X Украинский съезд гигиенистов: тезисы докл. / М-во здравоохран. УССР, Республиканское научное об-во гигиенистов. - К., 1981. - Т. I. - 300 с.
4. *Калужный Д.Н.* Деятельность Украинского научного общества гигиенистов / Д.Н. Калужный // *Врачебное дело.* - 1951. - № 6. С. 571-572.
5. *Калужный Д.Н.* К истории организации и деятельности Украинского научного общества гигиенистов / Д.Н. Калужный, М.В. Крыжановская // *Гигиена и санитария.* - 1966. № 7. - С. 50-53.
6. *Пріоритетні проблеми гігієнічної науки, медичної екології, санітарної практики та охорони здоров'я: тези допов. XIII з'їзду гігієністів України / М-во охор. здоров'я, АМН України, Наукове тов-во гігієністів України.* - К., 1995. - 400 с.
7. V Украинский съезд гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов (30 сентября - 6 октября 1948 г.): тезисы докл. - К., 1948. - 200 с.
8. *Резолюции 5-го Украинского съезда гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов (с 30 сентября по 6 октября 1948 г.) / М-во здравоохран. УССР, Украинск. респ. об-во гигиенистов.* - К., 1950. - 35 с.
9. *Современные проблемы гигиены, экологии и охраны здоровья: тезисы докл. XII съезда гигиенистов Украины (Одесса, 2-5 октября 1991 г.) / М-во здравоохран. УССР, Республиканское научное об-во гигиенистов Украины.* - К., 1991. - 418 с.
10. *Тезисы докладов XI съезда гигиенистов Украинской ССР (Львов, 16-18 декабря 1986 г.) / М-во здравоохран. УССР, Республиканское научное об-во гигиенистов.* - К., 1986. - 232 с.
11. *Трахтенберг И.М.* Материалы о деятельности Киевского научного общества гигиенистов / И.М. Трахтенберг // *Материалы к истории гигиены и санитарного дела в УССР.* - К., 1959. С. 173-182.
12. *Труды VIII съезда гигиенистов Украинской ССР (15-16 декабря 1970 г., Киев) / М-во здравоохран. УССР, Научное об-во гигиенистов УССР.* - К., 1971. - 255 с.
13. VI з'їзд гігієністів, епідеміологів, мікробіологів та інфекціоністів Української РСР: тези допов. / Українськ. наук. тов-во гігієністів, Українськ. наук. тов-во епідеміологів, мікробіологів, інфекціоністів. - К., 1959. - С. 133-153.
14. VI з'їзд гігієністів, епідеміологів, мікробіологів та інфекціоністів Української РСР ( 20-23 листопада 1959 р.): резолюції з'їзду / Українськ. наук. тов-во гігієністів, Українськ. наук. тов-во епідеміологів, мікробіологів, інфекціоністів. - К., 1960. - 30 с.
15. *Берзінь В.І.* Стан та пріоритетні напрямки наукових досліджень в гігієні дітей та підлітків / *Матеріали науково-практичної конференції „Профілактична медицина: проблеми і перспективи” / Берзінь В.І., Стельмахівська В.П. та ін.* - К., 2005 - С. 218-222.

### ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УКРАИНСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ГИГИЕНИСТОВ

В. П. Стельмаховская (Киев)

В статье проанализирована деятельность научного общества гигиенистов Украины по вопросам гигиены детей и подростков и его влияние на развитие гигиены детей и подростков как самостоятельной науки и области практического здравоохранения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **школьная гигиена, гигиена детей и подростков, научное общество гигиенистов, дети и подростки, состояние здоровья, направления исследований.**

### HYGIENE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS AND ACTIVITY HYGIENIC SCIENTIFIC SOCIETY IN UKRAINE

V. P. Stelmakhivska (Kyiv)

In this article an analysis activity in the field of children hygienic scientific society in Ukraine and influence upon development of hygiene of children and adolescents is presented.

KEYWORDS: **school hygiene, hygiene of children and adolescents, hygienic scientific society, children and adolescents, health state, scientific direction.**

Рецензент: к.мед.н. В. Л. Смірнова

## ВИДАТНИЙ ВЧЕНИЙ СОЦІАЛЬНИЙ ГІГІЄНИСТ, ОРГАНІЗАТОР ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПЕДАГОГ

*до 70-річчя від дня народження  
13 лютого виповнюється 70 років соціальному медику гігієністу України –  
професору Голяченко О.М.*

Відзначаючи 70-річчя науковця, мимоволі намагаєшся сягнути думкою в минуле, виділити основні віхи його діяльності та охопити коло проблем у його напрацюваннях.

Олександр Макарович Голяченко народився 13 лютого 1940 року в с. Малі Горошки Володарсько-Волинського району Житомирської області в селянській родині. В 1957 р. закінчив Володарсько-Волинську середню школу із золотою медаллю та вступив до Вінницького медичного інституту. Інститут закінчив з відзнакою. На четвертому курсі на 15-хвилинній лекції професора Л.Г.Лекарева обрав свій фах – організацію охорони здоров'я з історією медицини. На той час теоретичний розділ науки соціальна гігієна знаходився під заборонаю. З четвертого курсу зайнявся науковою роботою: на час літньої виробничої практики, яку проходив у Козятинській ЦРЛ, вивчав смертність населення цього району. Одноразово вивчав соціально-гігієнічні ідеї в працях соціалістів-утопістів Т.Мора і Т.Компанелли. Результати вивчення ще в студентські роки подав до провідного радянського журналу «Советское здравоохранение». Стаття викликала заперечення з боку деяких московських вчених за її назву «Социально-гигиенические идеи», але після дискусії була все ж опублікована.

Під час навчання в інституті мав тривалу зустріч з одним із основоположників земської медицини в Росії, депутатом II Державної думи (1906 р., фракція кадетів) академіком З. Г. Френкелем, яка справила величезний вплив на формування світогляду Олександра Макаровича.

За рекомендацією професора Л. Г. Лекарева навчався в аспірантурі Вінницького медичного інституту, після закінчення якої в 1967 році захистив кандидатську дисертацію, присвячену історії розвитку лікарняної справи в Україні (1864 – 1964) та працював на кафедрі.

З 1972 р. по 1977 р. працював лікарем-методистом Калинівської центральної районної лікарні, з 1977 р. по 1983 р. – заступником головного лікаря з оргметодроботи Вінницької обласної лікарні. Під час роботи створює потужну науково-інформаційну лабораторію з питань організації та управління охороною здоров'я. Розквіту наукової діяльності сприяв ряд обставин, і головною була фігура тодішнього головного лікаря А.Обухова, що розбудував в лікарні найкращу на той час не лише в області, але й в республіці, матеріально-технічну базу. О.М.Голяченко вдихнув у цю базу науковий сенс.

До наукової діяльності залучаються практично всі організатори охорони здоров'я. Тут науково обґрунтовується і реалізується на практиці ідея доступності лікарської допомоги жителям села, впроваджується диференційний підхід до медичного обслуговування різних соціальних прошарків населення, радикально перебудовується на засадах системного підходу і системного аналізу інформаційне забезпечення управління охороною здоров'я. В цей час О. М. Голяченко готує докторську дисертацію, присвячену соціально-гігієнічним проблемам організації доступної лікарської допомоги жителям села.

В ці роки О. М. Голяченко завершує цикл робіт, присвячених усім етапам організації медичної допомоги: «Центральная районная больница» (1977 р.), «Фельдшерско-акушерский пункт» (1982 р.), «Управление многопрофильной больницей» (1984 р.), «Сельская врачебная амбулатория» (1985 р.).

З 1983 р. Олександр Макарович Голяченко очолював кафедру соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Тернопільського медичного інституту. Під час перебування на посаді завідувача кафедри О. М. Голяченко сформував дружний колектив науковців і педагогів, забезпечив створення методичної та матеріальної бази педагогічного процесу.

О. М. Голяченко не лише визначний організатор охорони здоров'я, але й талановитий науковець, йому властиве вміння узагальнювати нове, прогресивне в науці та практиці, виділяти ключові проблемні питання, зорганізувати науковий пошук. Він є учасником наукових конференцій, де виступає з доповідями у розгалуженому спектрі своїх наукових зацікавлень. Прикметною рисою ювіляра є те, що він радо ділиться з молодими науковцями досвідом і знаннями.



В червні 1983 р. пленум ЦК КПРС приймає рішення про перехід країни до суцільної диспансеризації. Свою наукову роботу в Тернополі О. М. Голяченко починає із проведення широкомасштабного експерименту з впровадження моделі суцільної диспансеризації на базі Козівського району Тернопільської області. В експерименті приймали участь 16 кафедр інституту, обласна лікарня і диспансери. Експеримент завершується розробкою нормативів суцільної диспансеризації, які затверджуються МОЗ України, його хід демонструється на ВДНГ СРСР.

В 1983 р.і О. Голяченко організовує в інституті курс вдосконалення медичних статистиків України.

В 1997 р. О.М.Голяченко разом із тодішнім Міністром охорони здоров'я А.Сердюком та начальником управління охорони здоров'я О. Приходським публікує перший український підручник із соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я.

На 2002 р. припадає знайомство О. М. Голяченка із видатним українським істориком медицини Я. Ганіткевичем. Результатом їхньої співпраці став вихід першого українського підручника з історії медицини в 2004 р.

О. М. Голяченко – автор понад 200 наукових праць, у тому числі 2 підручників, 21 монографії. Під його керівництвом виконано 12 кандидатських та 1 докторську дисертацію. Є відповідальним редактором журналу «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України».

Сформував основні засади організації охорони здоров'я в самостійній Україні, обґрунтував цілі, завдання і методологію економіки охорони здоров'я як науки, відтворив історію української медицини з найдавніших часів до наших днів, ідентифікував її як наукове явище в світовому контексті.

Всі співробітники кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою Тернопільського державного медичного університету імені І. Я .Горбачевського, а також всі учні вітають ювіляра з 70-річчям, бажають йому міцного здоров'я, життєвої наснаги та творчої енергії, подальших здобутків у науці.

*Колектив кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського*

## АНАТОЛІЙ РОДІОНОВИЧ УВАРЕНКО

*до 75-річчя від дня народження*

1 травня виповнюється 75 років від дня народження та 60 років трудової, наукової, педагогічної і громадської діяльності доктору медичних наук, професору, заслуженому діячу науки і техніки, державному стипендіату – Анатолію Родіоновичу Уваренку.

Анатолій Родіонович народився у 1935 р. в с. Хомутець Брусилівського району Житомирської області в родині колгоспників.

Після закінчення в 1952 р. Київського медичного училища А. Р. Уваренко поїхав працювати на Волинь; в 1954 р. був призваний до лав Радянської Армії, де служив фельдшером на підводному човні.

У 1960 р. А. Р. Уваренко став студентом санітарно-гігієнічного факультету Київського медичного інституту ім. О.О. Богомольця, у 1966-1969 р. навчається в аспірантурі. Після захисту кандидатської дисертації у 1969 р. працює асистентом кафедри загальної гігієни (до 1975 р.).

У 1975 р. Анатолію Родіоновичу було запропоновано посаду керівника Республіканського відділу (Центру) наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України, де сформувався науковий погляд відомого у майбутньому соціального гігієніста.

У 1989 р. А.Р. Уваренко організував і до 1994 р. очолював Інститут соціальної гігієни та управління охороною здоров'я МОЗ України.

З 2006 р. і до сьогодні А.Р. Уваренко працює на посаді професора кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я по підвищенню кваліфікації керівних кадрів охорони здоров'я На-



ціонального медичного університету ім. О.О. Богомольця (з січня 2010 р. – кафедра менеджменту охорони здоров'я).

Професор А.Р. Уваренко був головним редактором журналу “Медичний реферативний журнал України”, заступником головного редактора журналу “Охорона здоров'я в Україні”, членом редколегії журналу “Лікарська справа”, підготував 12 кандидатів та 8 докторів наук. Опублікував біля 300 наукових праць, з них 8 монографій та підручників, зокрема “Научная медицинская информация в учреждениях здравоохранения Украины” (1981), “Научная медицинская информация в документальных потоках” (1988), “Информационные аспекты аварии на ЧАЭС” (1998).

Вагомий внесок у розвиток медичної науки і практики проф. Уваренка А.Р. відзначений державою – він нагороджений орденом “Дружби народів” та медалями. Уваренко А.Р. є членом спеціалізованої ради та головою апробаційної ради з проблем соціальної медицини і організації охорони здоров'я Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

Керівництво Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця та працівники кафедри менеджменту охорони здоров'я, колеги, друзі від щирого серця вітають зі славним 75 річчям Анатолія Родіоновича Уваренка, бажають йому доброго здоров'я, нових звершень і злетів, невичерпного творчого натхнення, наснаги, довголіття на науково-освітній ниві України.

*Колектив Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця  
Колектив Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України*

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

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

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

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 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 (X,XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.
- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.
- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті.
- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.
- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та 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) 52-44-92; 52-47-73; 52-14-64  
Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області  
МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830  
Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І.Я. Горбачовського”  
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 29.03.2010. Формат 60x84/8. Папір офсет.  
Друк офсет. Ум. друк. арк 11,39. Обл.-вид. арк. 10,60. Наклад 600. Зам. № 91