

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

2

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 №7 від 25.08.2010)*

Передплатний індекс – 22867

Здоров'я і суспільство

Слабкий Г. О., Труш О. А., Ященко Ю. Б., Шевченко М. В., Заболотна І. Е. Проблемні питання профілактики йодного дефіциту.

4

Шкробанець І. Д., Нечитайло Ю. М. Епідеміологічний просторовий аналіз окремих медико-статистичних показників дитячої патології.

8

Голяченко О. А., Голяченко Б. А. Самооцінка здоров'я школярів 11-х класів м. Тернополя.

13

Організація медичної допомоги

Лазоришинець В. В., Пархоменко Г. Я. Деякі питання використання ліжкового фонду вторинного рівня медичної допомоги.

15

Голяченко О. М., Панчишин Н. Я., Смірнова В. Л., Голяченко А. О. Реформа охорони здоров'я в Україні. Кадрова проблема 1.

22

Бичков В. В. Якісно нова система медичної допомоги постраждалим від дорожньо-транспортних пригод на рівні мегаполіса.

27

Толстанов О. К. Оцінка доступності лабораторної діагностики амбулаторними пацієнтами центральних районних лікарень.

31

Буряк О. Г., Ященко Ю. Б., Нечитайло Д. Ю., Басистий С. І. Застосування конденсату видихуваного повітря як біологічного середовища для імуно-біохімічних досліджень.

35

Якість медичної допомоги

Корчинська О. О., Волошина У. В., Данканич Є. Е. Кесарський розтин як фактор ризику розвитку ендометріозу.

39

Історія медицини

Ганіткевич Я. В. До історії терору комуністичного режиму Радянського Союзу щодо лікарів Радянської України.

44

Health and society

Slabkyi G. O., Trush O. A., Yashchenko Yu. B., Shevchenko M. V., Zabolotna I. Ye. Problem questions of preventive maintenance of iodine deficiency.

Shkrobanets I. D., Nechytailo Yu. N. Epidemiological spatial analysis of separate medical and statistical indices of children pathology.

Holyachenko O. A., Holyachenko B. A. Self-assessment of health students in 11 grades Ternopil.

Organization of medical care provision

Lazoryshynets V. V., Parkhomenko G. Ya. Some questions of use bed fund of the secondary level of medical aid.

Golyachenko A. M., Panchyshyn N. Ya., Smirnova V. L., Golyachenko A. A. A Health care reform in Ukraine. Staff problem 1.

Bichkov V. V. Qualitatively new system of medical care by the victim of road and transport incidents at the level of the megacity.

Tolstanov O. K. Estimation of availability of laboratory diagnostics by out-patient patients of the central regional hospitals.

Buriak O. G., Yashchenko Yu. B., Nechytailo D. Yu., Basystyi S. I. Use of condensate respiratory air as biological environment for immune and biological researches.

Quality of medical care

Korchynska O. A., Voloshyna U. V., Dankanych E. Ye. Caesarean section as a risk factor of development of endometriosis.

History of medicine

Hanitkevych Ya. V. To history of terror of communist regime of Soviet Union in relation to physicians of soviet Ukraine.

УДК 612.392.64:616.43/45-082:618.2

Г. О. СЛАБКИЙ, О. А. ТРУШ, Ю. Б. ЯЩЕНКО, М. В. ШЕВЧЕНКО, І. Е. ЗАБОЛОТНА
(Київ, Чернівці)

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЙОДНОГО ДЕФІЦИТУ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
Буковинський державний медичний університет

У світі майже немає країн, у яких йодний дефіцит не визначається як серйозна проблема охорони здоров'я. Світовий досвід показує, що для стійкої та довготривалої ліквідації йододефіцитних захворювань серед населення найбільш економічно вигідним, універсальним та безпечним методом профілактики є загальне йодування солі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: йодний дефіцит, профілактика, загальне йодування солі.

Профілактика йодного дефіциту є вкрай важливим заходом серед усіх вікових груп населення, основним завданням якої є ліквідація дефіциту йоду у харчуванні. Майже на всій території України спостерігається ендемія з дефіциту йоду, який найбільш виражений у гірських та передгірських районах (Закарпаття, гірські райони Криму, західні регіони України).

Згідно із сучасними рекомендаціями, середньодобова норма споживання йоду становить 150 мкг. В Україні середнє вживання йоду дорівнює 50–70 мкг на добу, що в 2–3 рази нижче за фізіологічну потребу. Якщо порівняти середньодобове вживання йоду населенням України із добовою потребою у даному мікроелементі під час вагітності, яка становить 250 мкг/добу, то можна стверджувати, що вагітні жінки в Україні отримують йод у 2,5–5 разів менше, ніж потрібно. Для порівняння: жителі США за добу отримують 400–800 мкг йоду, а жителі Японії – близько 1500 мкг за добу.

Мета дослідження – висвітлити сучасну проблему запобігання розвитку йододефіцитних станів серед населення України.

Матеріали і методи: інформаційно-аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Найпоширенішими шляхами, якими можна компенсувати дефіцит йоду в організмі та забезпечити адекватне його надходження відповідно до віку та статі людини, є наступні:

- йодування харчових продуктів;
- призначення йодних препаратів;
- введення до раціону харчування продуктів з високим природним вмістом йоду.

Нині з метою вирішення проблеми йодного дефіциту слід проводити масову (йодування харчових продуктів) та індивідуальну профілактику, що дасть змогу попередити розвиток патологіч-

них процесів, обумовлених дефіцитом йоду. Індивідуальна профілактика йодного дефіциту передбачає призначення препаратів, які містять йод, за 3–6 місяців до планування вагітності, а також під час вагітності та в період лактації та, крім того, дітям у критичні періоди розвитку.

Добова потреба людини у йоді залежить від віку та фізіологічного стану організму і становить 100–200 мкг (табл.).

Основне джерело надходження йоду до організму людини – це продукти харчування. Найбільше йоду міститься у морепродуктах: морській капусті (500–1000 мкг на 100 г), морській рибі та риб'ячому жирі (100–265 мкг на 100 г). Відносно невеликий вміст йоду у продуктах тваринного походження: молоко (9 мкг на 100 г), яйця (23 мкг на 100 г), м'ясо (5–20 мкг на 100 г). Низький вміст йоду у овочах та фруктах (2–8 мкг на 100 г), зернових культурах (1,5–7 мкг на 100 г). На йод багаті арахіс, баклажани, картопля, полуниця, кокосовий горіх, огірки, зелений перець, томати, часник.

Сьогодні Україна за рівнем проведення йодної профілактики посідає останні позиції у світі, а серед країн Європи – 25-те місце. Основними проблемами, які гальмують реалізацію програм із ліквідації захворювань, пов'язаних із дефіцитом йоду, в Україні є:

- Недостатнє споживання йодованої солі, яку постійно використовує не більше 25% населення. Міжнародний досвід показує, що універсальним методом йодної профілактики, за допомогою якого можлива ліквідація йодного дефіциту у глобальному масштабі, є йодування продуктів харчування, зокрема солі, оскільки саме сіль використовується всіма верствами суспільства, незалежно від соціального та економічного статусу.

- Відсутність об'єктивної інформації з проблем йодного дефіциту серед населення.

© Г. О. Слабкий, О. А. Труш, Ю. Б. Ященко, М. В. Шевченко, І. Е. Заболотна, 2010

Таблиця. Нормативи щоденного вживання йоду [5]

Віковий період	Потреба у йоді (мкг/добу)
Діти дошкільного віку (від 0 до 59 місяців)	90
Діти молодшого шкільного віку (від 6 до 12 років)	120
Підлітки і дорослі	150
Жінки репродуктивного віку	150
Вагітні та жінки, які годують грудьми	250

• Недосконалість нормативно-правової бази та недостатність фінансування державних програм профілактики йододефіцитних захворювань.

ВООЗ та інші міжнародні організації регламентують загальне йодування солі та вважають, що вживання йодованої солі є основним і достатнім методом масової йодної профілактики. Ефективність загального йодування солі неодноразово продемонстрована у багатьох країнах та має потужну наукову базу.

Дослідження, проведені в Ірані N. Salarkia et al., засвідчили, що через 10 років після впровадження йодної профілактики у вогнищі тяжкого йодного дефіциту показники розумового розвитку дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку підвищилися за шкалою Равенса на 7–9 балів. Дослідниками не встановлено суттєвої різниці у показниках ментальних здібностей серед дітей, народжених за умов прегравідарної підготовки (профілактичне вживання йоду жінкою впродовж 1–4 роки до вагітності) та дітьми, які розвивалися в умовах запровадженої загальної профілактики йододефіциту шляхом йодування солі. Найгіршими були показники IQ у дітей, які почали отримувати йод із запізненням – після народження, а також у тих малюків, матері яких не отримували допологову профілактику йододефіциту [9].

Дослідження, проведене серед 384 пар «мати–дитина» впродовж першого тижня після пологів (Москва, 2000 р.), показало суттєве неблагополуччя за показниками йодного статусу та тиреоїдної системи у дітей, які виношувалися в умовах дефіциту йоду на тлі відсутності пренатальної дотації мікроелемента. Доведено вірогідну відмінність досліджених показників (покращення тиреоїдного статусу майже до нормалізації) у немовлят, народжених жінками, які отримували йодну дотацію у складі йодовмісних таблетованих препаратів, починаючи з ранніх строків вагітності. Екскреція йоду із сечею значно вища серед тих дітей, матері яких впродовж першого півріччя після пологів отримують дотацію йоду та вигодовують немовлят грудним молоком. За умов адекватної йодної профілактики серед таких жінок зареєстровано

збільшення йодурії вдвічі, а серед немовлят – утричі [2;4;7].

Результати моніторингу ефективності заходів з профілактики йодного дефіциту у регіонах України з природним легким дефіцитом йоду за період 2006–2008 рр. показали, що у дітей вікової групи 6–9 місяців, матері яких за умов легкого йодного дефіциту з 5–8-го тижня гестації та увесь період лактації приймали, крім йодованої солі, препарати калію йодиду (у дозі 150–200 мкг/добу), середній коефіцієнт психічного розвитку був на 4–5 балів вищим порівняно з дітьми, матері яких не отримували дану профілактику. Проте науковцями встановлено, що, незважаючи на проведення таких профілактичних заходів, серед даної групи дітей зберігається ризик затримки нервово-психічного розвитку. Тому з метою профілактики ментальних порушень у дітей, народжених у йододефіцитному регіоні, майбутня мати повинна приймати препарати йоду ще до вагітності, а її настання диктує необхідність збільшення дози йоду до 250 мкг/добу. Рання (не пізніше 9-го тижня вагітності) корекція гестаційної гіпотироксинемії ліво-тироксинам (1,2 мг/кг маси тіла) дає змогу швидко нормалізувати рівень тироксину у вагітних, підвищити коефіцієнт психічного розвитку дітей на першому році життя до 92–97 балів [6].

Від проведення адекватної йодної профілактики залежить показник інфекційного індексу серед дитячого населення. За умов недостатнього надходження йоду до організму дитини, низького рівня вільного тироксину у сироватці крові, гіпертрофії щитовидної залози серед дітей спостерігається підвищений інфекційний індекс, що корелює з показником екскреції йоду із сечею. І навпаки, серед дітей, які отримують йодну профілактику (Йодомарин, йодована сіль), відсутній навіть легкий гіпотиреоз, а значення інфекційного індексу мінімальні. Слід також зазначити, що на ефективність йодної профілактики впливає тривалість її проведення. Так, за умов проведення йодної профілактики впродовж двох років показник інфекційного індексу у дитячій популяції знижується удвічі. У разі більш тривалої йодної профілактики (що передбачається сучасними програмами її проведення)

вже через 5 років можливо знизити респіраторну захворюваність серед дітей у 10 разів [8].

Діапазон вживання солі невеликий (в середньому 5–10 г на добу) і не залежить від пори року, віку та статі. Вартість йодованої солі значно менша від вартості лікарських препаратів, які містять йод. Серед йодвмісних препаратів найбільш поширеними є вітамінно-мінеральні комплекси, які містять 100–150 мкг йоду у одній добовій дозі, та препарати йодиду калію, які містять 100 мкг та 200 мкг йоду в 1 таблетці (фізіологічну дозу йоду для дитини та дорослої людини відповідно). Слід зазначити, що, на відміну від лікарських йодвмісних препаратів, вживання йодованої солі ніколи не призведе до «передозування» йоду, оскільки його вміст у солі розраховано таким чином, щоб забезпечити денну фізіологічну потребу в цьому мікроелементі. Це можна довести на простому прикладі. У 1 г йодованої солі міститься в середньому до 40 мкг йоду. Середня добова потреба у солі становить 5–10 г. Отже, надходження йоду за рахунок йодованої солі (з урахуванням того, що 50% йоду втрачається при зберіганні та кулінарній обробці) становить 100–200 мкг за добу, що є фізіологічною нормою. Крім того, збільшення солі у їжі призводить до погіршення смакових якостей продукту, тому майже завжди, що хтось вживає сіль ложками [3].

Лікарські препарати зазвичай застосовують у тих випадках, коли не вдається усунути йодний дефіцит за допомогою йодування солі та продуктів харчування.

Йодування солі – це простий і дешевий технологічний процес, який легко впровадити у будь-якій країні. В Україні виробництво солі є достатнім для задоволення потреб населення та становить близько 200 тис. т солі на рік, з них третину становить сіль, збагачена йодом. Проте основна маса йодованої солі експортується до інших країн, наслідком чого є недостатнє її надходження до власного споживача (за оцінками деяких експертів, до 20% від потреби). За таких умов споживач вимушений купувати нейодовану сіль. Крім того, у системі гуртової торгівлі вартість йодованої солі порівняно із нейодованою на 10–15% дорожча, хоча різниця між виробництвом йодованої та звичайної солі не перевищує 2 коп за кілограм.

Суттєвою проблемою реалізації адекватної йодної профілактики серед населення України є відсутність або недостатня обізнаність майже всіх громадян країни про наслідки нестачі йоду в організмі та способи профілактики йододефіциту.

Результати звіту маркетингового агентства IRS (Україна) про проведене дослідження (квітень–серпень 2009 р.) щодо практики споживання йодованої солі та ставлення населен-

ня до проблеми йододефіциту свідчать, що переважна більшість громадян, які взяли участь у опитуванні, не змогли назвати наслідків і ознак йододефіцитних захворювань. Найтипівішими ознаками нестачі йоду в організмі респонденти вважають збільшення щитовидної залози, послаблення імунітету, проблеми з ендокринною системою, зниження працездатності, в'ялість. Найважчі наслідки специфічно йодної патології назвала незначна кількість опитаних. Серед усіх ознак найчастіше респонденти називали кретинізм – 8–9%, народження мертвого плода – 1–2%, спонтанні викидні – 4–6%, перинатальну смертність – 2%.

Дослідження, проведені співробітниками Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка та Інституту медицини праці АМН України, засвідчують, що 37,3% жінок репродуктивного віку взагалі нічого не знають про вплив йоду на організм жінки та майбутньої дитини, йодовану сіль вживають лише 52,3% жінок, а збагачені йодом продукти – близько 7%. З метою запобігання йодному дефіциту вітамінно-мінеральні комплекси з йодом вживають близько 9% жінок, наявність у раціоні харчування жінок морепродуктів і риби відмічають близько 10%. За даними опитування, близько 30% населення України постійно споживає йодовану сіль, а спектр споживання солі за регіонами коливається від 3–10% до 50%.

Для того, щоб підвищити попит на йодовану сіль, необхідно покращити рівень знань про способи профілактики йододефіциту. У зв'язку з цим упродовж 2004–2009 рр. за підтримки ЮНІСЕФ в Україні проводилася кампанія соціального маркетингу у Львівській, Черкаській, Київській, Вінницькій, Кіровоградській, Полтавській, Сумській, Луганській та Донецькій областях щодо інформування населення про користь вживання йодованої солі.

Слід зазначити, що в Україні поряд з проблемою профілактики йодного дефіциту існує проблема у системі моніторингу йодного статусу населення (мережа лабораторій, періодичність проведення скринінгу тощо), а також відсутня нормативно-правова база щодо урегулювання профілактики йододефіцитних захворювань взагалі та йодизації солі зокрема. Міжнародний досвід свідчить, що подолання йододефіциту можливе у результаті застосування певних норм законодавства або добровільних рішень щодо йодизації солі.

Обов'язкові вимоги щодо йодизації солі запроваджувалися різними державами в різні часи у вигляді різних нормативних актів і документів (закони, постанови урядів, стандарти) та стосувалися вимог щодо йодизації солі при її виробництві, продажу йодованої солі чи її використанні

для приготування їжі, виготовлення харчових продуктів, які містять сіль [2]. До тих чи інших методів обов'язкового йодування солі чи вимог продажу йодованої солі у свій час вдавалися колишня Югославія, Чехія, Словаччина, Австрія, Данія (з 1995 р.), Болгарія (з 1995 р.), Польща (з 1997 р.). Наприклад, Грузія та Молдова, як країни, що лише імпортують сіль та не виробляють її, запровадили вимогу імпорту виключно йодованої солі. Останнім часом запровадження вимог щодо обов'язкової йодизації солі на пострадянському просторі на законодавчому рівні набуло поширення в Азербайджані (2002 р.) та в країнах Центральної Азії (Туркменістан (1996 р.), Киргизстан (2000 р.), Таджикистан (2002 р.), Казахстан (2003 р.), Монголія (2003 р.), Узбекистан (2007 р.).

Урядом Литви прийнято постанову, згідно з якою на території країни у продовольчих магазинах та у відділах універсамів дозволяється продаж тільки йодованої солі. Продаж нейодованої солі дозволяється у магазинах та відділах торгівлі побутовими товарами.

В Італії прийнято законодавство, яке регламентує знаходження на торгових вітринах магазинів тільки йодованої солі. Поряд з цим на вимогу покупця продавець повинен продати звичайну сіль, яку зберігають на складах поза межами залів торгівлі.

У Швейцарії йодована сіль використовується в усіх галузях харчової промисловості, у т.ч. й при виробництві сиру. У Німеччині, Нідерландах, Данії, Швейцарії, у багатьох країнах Центральної та Східної Європи йодована сіль обов'язково використовується при виготовленні хлібобу-

лочних виробів. Ці країни мають досвід використання спеціальної нітратної йодованої солі для випуску м'ясної продукції.

У Білорусі з 2001 р. постановою Уряду у харчовій промисловості дозволено використання тільки йодованої солі (крім випуску продукції з морської риби).

Подолання йодної недостатності може бути досягнуто й добровільними зусиллями держави, операторів ринку та споживачів. Таким шляхом, зокрема, йшли США, Нідерланди, Швейцарія, Вірменія. Втім успішність таких зусиль залежить від щасливого збігу низки факторів – від наявності активного громадського суспільства і заможності населення до якомога меншої кількості потужних виробників солі, які внаслідок своїх дій можуть істотно змінити ситуацію на ринку. Потребує уваги й перехід споживачів на використання йодованої солі.

Висновки

Таким чином, для успішності добровільного переходу на застосування йодованої солі мають бути суспільні фактори, та, можливо, регулювання в суміжних сферах, що сприятимуть такому переходу та виступатимуть як чинники, які забезпечуватимуть його ефективність і сталість.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні епідеміології йодного дефіциту серед різних вікових груп населення України у регіональному аспекті із застосуванням сучасних методів його діагностики, що сприятиме висвітленню даної проблеми з метою розробки програми запобігання захворювань, спричинених йодною недостатністю, серед населення України на державному та регіональному рівнях.

Список літератури

1. *Йодная* профилактика у детей первого года жизни / Д. Е. Шилин, М. И. Пыков, Т. С. Логачева [и др.] // *Лечащий врач*. – 2001. – № 10. – С. 4–11.
2. *Йодний дефіцит* – загроза здоров'ю та інтелекту нації України / Г. О. Слабкий, О. А. Труш, М. В. Шевченко [та ін.]; Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) в Україні. – К., 2010. – 47 с.
3. *Йододефіцит* та як запобігти йододефіцитним захворюванням / В. І. Кравченко, М. Д. Тронько, О. А. Труш; ЮНІСЕФ. – К., 2008. – 39 с.
4. *Касаткина Э. П.* Йодное обеспечение детей при искусственном вскармливании / Э. П. Касаткина, Д. Е. Шилин, М. Н. Володина // *Лечащий врач*. – 2002. – № 10. – С. 61–70.
5. *Оцінювання йододефіцитних захворювань та моніторинг їх усунення: посібник для керівників програм* / пер. з англ. В. І. Кравченко. – 3-є вид. – К. : «К.І.С.», 2008.
6. *Паньків В. І.* Шляхи оптимізації системи профілактики йододефіцитних захворювань в Україні / В. І. Паньків // *Здоров'я України*. – 2009. – № 20/1. – С. 3–6.
7. *Профилактика* дефицита йода у беременных и новорожденных с помощью препарата “Матерна” / Д. Е. Шилин, М. И. Пыков, Т.С. Логачева [и др.] // *Акушерство и гинекология*. – 2002. – № 5. – С. 46–48.
8. *Шилин Д. Е.* Эндемический зоб у детей и подростков Российской Федерации: диагностика, лечение и профилактика в условиях дефицита йода / Д. Е. Шилин // *Педиатрия* (прил. к журналу *Consilium medicum*). – 2005. – № 2. – С. 59–65.
9. *Salarkia N.* Timing of the effect of iodine supplementation intelligence quotients of schoolchildren / N. Salarkia, P. Mirmiran, F. Azizi // *Int. J. Endocrinol. Metab.* – 2004. – № 2. – С. 95–102.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА

Г. А. Слабкий, Е. А. Труш, Ю. Б. Яценко, М. В. Шевченко, И. Э. Заболотна (Киев, Черновцы)

В мире практически не существует стран, в которых йодный дефицит не определяется как серьезная проблема здравоохранения. Мировой опыт показывает, что для устойчивой и длительной ликвидации йододефицитных заболеваний среди населения наиболее экономически выгодным, универсальным и безопасным методом профилактики является всеобщее йодирование соли.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: йодный дефицит, профилактика, всеобщее йодирование соли.

PROBLEM QUESTIONS OF PREVENTIVE MAINTENANCE OF IODIC DEFICIENCY

G. O. Slabkyj, O. A. Trush, Yu. B. Yashchenko, M. V. Shevchenko, I. Ye. Zabolotna (Kyiv, Chernivtsi)

In the world there are no almost countries where iodine deficiency is not defined as serious problem of health care. World experience shows, that for proof and long-term liquidation iodine deficiency diseases among the population the most economic profitable, universal and safe method of preventive maintenance is iodination salts.

KEY WORDS: iodic deficiency, prevention, general iodination salt.

Рецензент: д. держ. упр. Н. П. Ярош

УДК 616.8-053.2:004.94

І. Д. ШКРОБАНЕЦЬ, Ю. М. НЕЧИТАЙЛО (Чернівці)

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ ПРОСТОРОВИЙ АНАЛІЗ ОКРЕМИХ МЕДИКО-СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ДИТЯЧОЇ ПАТОЛОГІЇ

Буковинський державний медичний університет

У статті розглянуто можливості і шляхи застосування в охороні здоров'я просторового аналізу медико-географічних показників сучасних географічних інформаційних супутникових технологій, заснованих на Інтернет-рішеннях.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: просторовий аналіз медико-географічних показників, географічних інформаційних супутникових технологій

Органи охорони здоров'я збирають значну кількість даних медичної та демографічної статистики для аналізу, підготовки різних форм звітності, ухвалення рішень. Однак маючи колосальні об'єми даних, вони часто виглядають як справжній "інформаційний жебрак", оскільки інформація в більшості випадків непридатна для сучасного релевантного епідеміологічного аналізу. Наслідком цього є незначна кількість вірогідних прогнозів, низька ефективність управлінських рішень і нераціональне витрачання коштів [6].

Особливо це стосується просторової інформації, яка є однією із трьох основних підвалин сучасної епідеміології. Статистичні дані переважно структуруються в межах адміністративної одиниці (міста, району, села) і не носять персональ-

ного характеру. При цьому майже ніколи не використовуються географічні чи топографічні карти та накладання на них персональних медичних даних пацієнтів. Створення супутникової системи точної навігації та розробка фотографічних карт призвели до широкого застосування навігаторів та приладів географічного позиціонування. Карти і поєднані з ними аналітичний інструмент (комп'ютерна програма) створюють географічну інформаційну систему (ГІС) і можуть бути дуже корисними для науково обґрунтованої обробки зібраних даних з визначеного місця [2;4;6].

ГІС – це сучасна комп'ютерна технологія, що дозволяє поєднати модельне зображення території (електронне відображення карт, схем, космо-, аерозображень земної поверхні) з інформацією табличного типу (різноманітні статистичні дані, списки, економічні показники тощо). Також під ГІС розуміють систему управління просто-

© І. Д. Шкробанець, Ю. М. Нечитайло, 2010

ровими даними та асоційованими з ними атрибутами, що забезпечує можливість використання, збереження, редагування, аналізу та відображення географічних даних [2;3]. Другий напрямок розвитку ГІС – спільне і широке використання даних визначення високоточного глобального розташування (позиціонування) того чи іншого об'єкта, отриманих за допомогою систем GPS [2]. Ці системи широко розповсюджені в морській навігації, повітроплаванні, геодезії, автоперевезеннях, туристичній галузі тощо. Поєднане застосування обох напрямків (супутникової картографії та супутникового позиціонування об'єктів) утворює могутній інструмент високоточної, актуальної (аж до реального режиму часу), постійно оновлюваної, об'єктивної і щільно насиченої територіальної інформації, яку можна використовувати практично скрізь [4;6].

У Чернівецькій області вперше ця технологія була використана з метою моделювання туристично-рекреаційного комплексу засобами ГІС співробітниками Чернівецького національного університету [5]. Соціальна інфраструктура регіону та рівень її розвитку сприяє розбудові об'єктів індустрії відпочинку і лікування. Чернівецька область має значну кількість структурних компонентів рекреаційних ресурсів та є рекреаційним регіоном багатопрофільного літнього і зимового, гірсько-спортивного, масового пізнавально-оздоровчого відпочинку та бальнеологічного лікування.

Застосування ГІС є ефективним в різноманітних предметних областях, де важливі знання про взаємне розташування та форму об'єктів у просторі (екологія, сільське господарство, управління природними ресурсами, комунікації, містобудування тощо), у тому числі і в охороні здоров'я [7]. Так, канадські аналітики медико-демографічних даних використовували картографічне програмне забезпечення і дійшли висновку, що в охороні здоров'я воно є високоєфективним [8]. Водночас однією з важливих проблем є відсутність стандартизації в програмному забезпеченні, використовуваному медиками, що погіршувало можливості зіставлення результатів та ускладнювало аналіз. Через це було запропоновано розвивати заснований на Інтернет-доступі інструмент картографії, який був би легким для використання, захищав персональні дані пацієнтів і надавав можливість використання баз даних різними учасниками.

Проблеми із залученням ГІС в процесі ухвалення рішень в межах закладів та органів охорони здоров'я пов'язані з відсутністю фінансових ресурсів для придбання програмного забезпечення та відсутністю фахівців, які б надали можливість нефахівцям-адміністраторам використовувати такі інструменти [6]. Для Украї-

ни однією з найбільш гострих соціальних проблем є стан здоров'я дітей.

Незадовільний стан здоров'я у дитячому віці призводить до його порушень впродовж усього життя людини, що негативно впливає на рівень соціально-економічного розвитку країни в цілому [6;8]. Тому застосування нових методів аналізу ефективності охорони здоров'я, особливо дитячого, розширить можливості раціонального використання коштів та покращить загальні демографічні показники країни.

Мета дослідження: вивчити можливості застосування ГІС-рішень із використанням Інтернет-доступу до сучасних картографічних даних Чернівецької області.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети було проаналізовано дані медико-демографічної статистики та результати власного дослідження на основі анкетування неврологічної служби Чернівецької області. Супутникові знімки та картографічні дані використовувалися із відкритих Інтернет-джерел: пошукових систем Яндекс та Google. Позиціонування точок земної поверхні виконувалося за допомогою навігатора iXtone GP35d та карт iGO 8.3 у градусах за кутовими показниками – північною широтою та східною довготою. Застосовано дескриптивний дизайн дослідження. Усі отримані дані формалізували та вводили в розроблену автоматизовану базу даних. Статистичну обробку результатів проводили за стандартними методами варіаційної статистики [1] та кореляційного аналізу із використанням пакету комп'ютерних програм Statistica 6.0 for Windows та QuattroPro 12.0 for Windows. Достовірність різниці оцінювали за критерієм Стьюдента ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі дослідження було проведено вибір роздільної здатності (масштабу), необхідної для різних видів аналізу. Окремі дослідники схиляються до думки, що для вивчення розподілу поширених станів достатнім є номер поштового індексу місця проживання пацієнта, за яким можна сформувати коміркову порівняльну структуру [8]. Частина науковців є прибічниками просторової структури, що охоплює окремі населені пункти. Однак більшість вважає, що оптимальним є вибір так званого "гранулярного рівня", що ґрунтується на персональних даних пацієнта (адреса будинку, де мешкає, або відповідні географічні координати). В разі необхідності отримання більш узагальнених даних завжди можна перейти до агрегованих структур [3;7;8].

Ми вивчили можливість практичного використання різних варіантів ГІС-аналізу з різним масштабом карт. В якості першого прикладу була

взята поширеність неврологічних захворювань у дітей в межах області (табл.). Табличні дані не є наочними, а річні коливання показників пе-

решкоджують виявленню закономірностей. В таких випадках графічні дані сприяють встановленню певних особливостей інформації.

Таблиця. Поширеність хвороб нервової системи серед дітей Чернівецької області (2007–2008 рр.)

Назва району	Поширеність (на 1000 дітей)	
	2007 р.	2008 р.
Вижницький	60,06	54,36
Герцаївський	27,61	45,39
Глибоцький	50,45	46,76
Заставнівський	68,74	76,69
Кельменецький	74,00	69,89
Кіцманський	68,17	63,47
Новоселицький	79,53	79,38
Путильський	40,21	42,09
Сокирянський	61,49	52,32
Сторожинецький	42,81	45,72
Хотинський	62,77	62,16
м. Чернівці	62,30	65,20
Чернівецька область	58,48	59,04

Для ГІС-аналізу за одиницю відображення було взято окремі райони області. Показники поширеності за два роки усереднювалися, і агреговані дані наносилися на карту області (рис. 1). Графічні дані демонструють значну різницю між рівнинною сільськогосподарською частиною області та підгірною лісовою частиною. Така закономірність може бути пов'язана із забрудненням ґрунтів та вод рівнинної частини області пестицидами.

Інший масштаб було використано для аналізу частоти випадків інвалідності від неврологіч-

них захворювань. Ми проаналізували їх у межах одного району – Глибоцького (рис. 2). Просторовий розподіл нерівномірний, значно виділяються окремі населені пункти, в яких кількість випадків у декілька разів більша, ніж у сусідніх з ними поселеннях. Розташовані ці пункти переважно у низинній частині вздовж річки Сирет та її приток. Формалізовані показники підтверджують таку асоціацію – коефіцієнт кореляції Спірмена між частотою випадків та їх ландшафтним розташуванням вказує на їх позитивний зв'язок ($r=0,53$, $p<0,05$).



Рис. 1. Поширеність захворювань нервової системи серед дітей Чернівецької області за районами (картосхема).

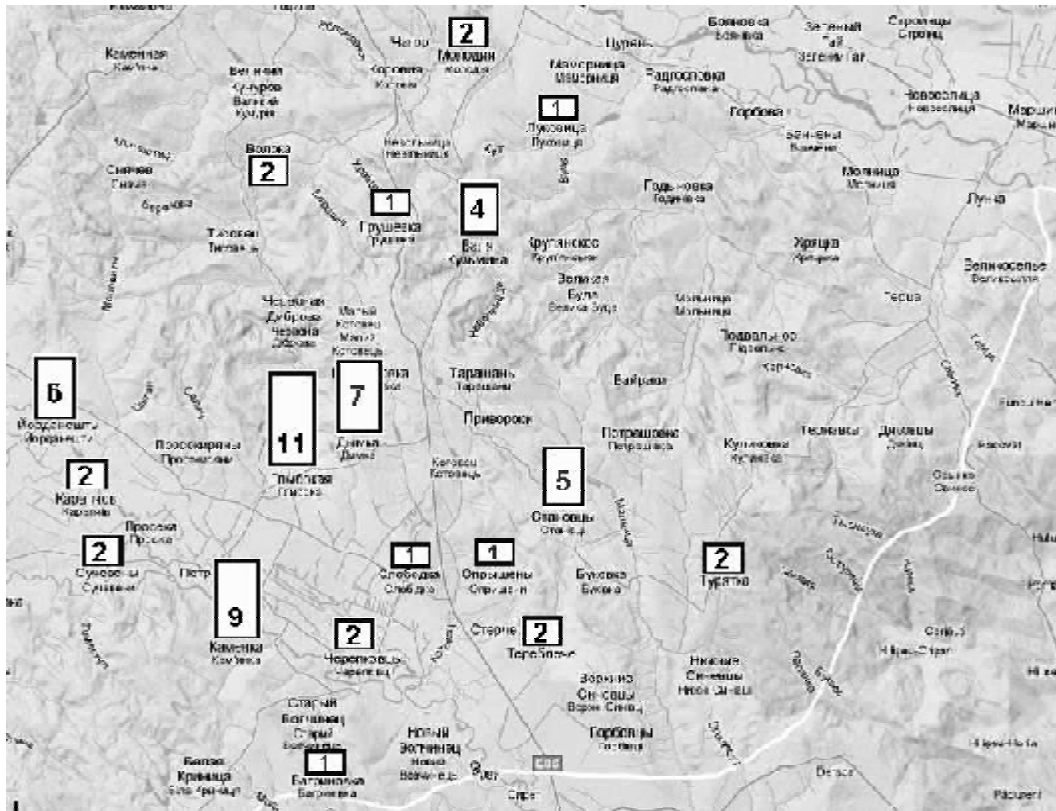


Рис. 2. Просторовий розподіл випадків інвалідності при захворюваннях нервової системи у дітей Глибочького району (ландшафтна карта, Google).

На прикладі випадків хвороби Пертеса (природжені вади кістково-м'язової системи), зареєстро-

ваної у дітей та підлітків Сторожинецького р-ну, ми проаналізували значення масштабу (рис. 3).

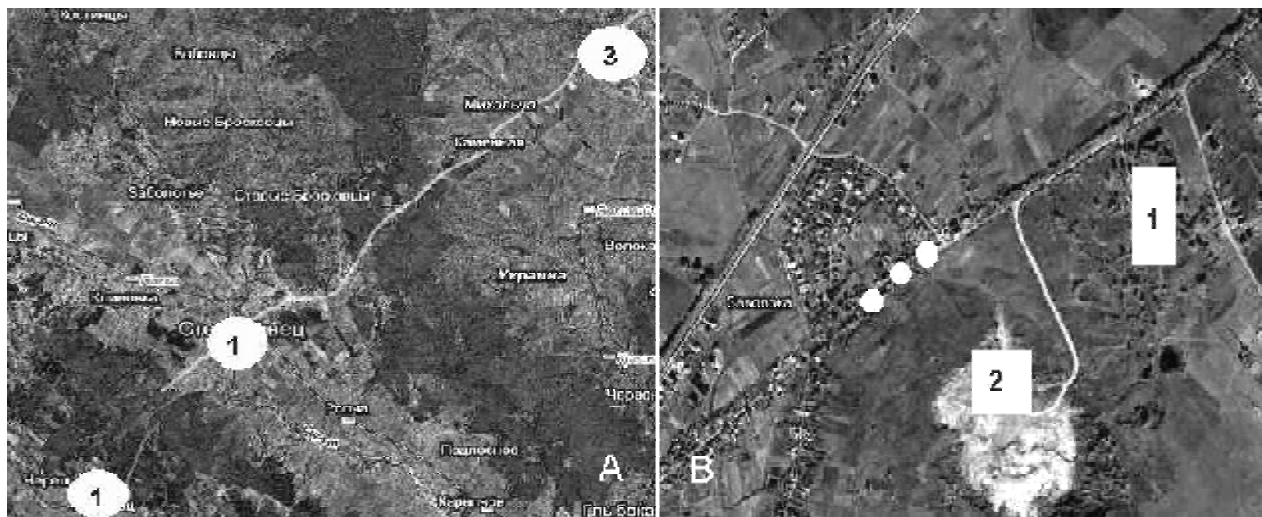


Рис. 3. Просторовий розподіл випадків інвалідності при хворобі Пертеса (А) у дітей та потенційних джерел забруднення (В: 1 – склади, 2 – кар'єр), супутникова фотографія, Яндекс.

Прив'язана до населених пунктів роздільна здатність малоінформативна сама по собі (рис. 3,А). Більш детальну інформацію дають локальні дані 3 випадків у с. Заволока (Сторожинецький р-н) (рис. 3,В). Аналіз цих випадків хвороби Пертеса у приміській зоні м. Чернівці показав значну

близькість (0,8–1,2 км) потенційних джерел екологічного забруднення водоносних горизонтів – зруйнованих складів паливно-мастильних матеріалів та кар'єру з видобутку глини (координати П 48,26196° та С 25,91338°).

Висновки

1. Сучасне комп'ютерне оснащення з доступом до мережі Інтернет дозволяє використовувати ГІС для просторового аналізу медико-статистичних даних.
2. Для ефективного аналізу необхідно забезпечити наявність персональних даних пацієнта про його місце проживання.
3. ГІС створює розширені умови для вивчення впливу екологічних факторів на показники здоров'я населення.

Перспективи подальших досліджень. Виходячи з наявної зараз інформації і відстежуючи сучасні тенденції розвитку геоінформаційних систем і технологій, можна говорити про широкі можливості застосування їх у сфері охорони здоров'я, намітити деякі риси майбутніх прикладних географічних інформаційних систем. Поеднання можливостей ГІС, GPS та Інтернету складе могутній напрямок розвитку просторової інформації, нових технологій, раціонального планування медичної допомоги та медичних послуг.

Список літератури

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика : пер. с англ. / С. Гланц. – М. : Практика, 1998. – 459 с.
2. Застосування об'єктно-реляційного підходу для вирішення задачі локалізації точки у геоінформаційних базах даних / С.В. Ленков, О.Г. Міхно, В.М. Камінський, О.В. Кравчук // Зб. наук. пр. НТУ "Київський політехнічний інститут". – К., 2005. – С. 37–41.
3. Камінський В.М. Про структури даних геоінформаційних баз / В.М. Камінський // Вісн. Черкаського держ. технологічного ун-ту. – Спецвип., 2006. – С. 18–20.
4. Особливості використання вітчизняних цифрових карт у сучасних географічних інформаційних системах / П.П. Кулябко, О.Г. Міхно, В.О. Осипа, В.М. Камінський // Вісн. КНУ ім. Тараса Шевченка. – 2003. – № 7. – С. 176–179.
5. Явкін В.Г. Моделювання туристично – рекреаційного комплексу засобами ГІС [Електронний ресурс] / В.Г. Явкін, С.В. Матешук. – Чернівці : ЧНУ, 2007. – Режим доступу : <http://www.pryroda.gov.ua/ua/index.php?newsid=743>. – Заголовок з екрану.
6. Dredger S.M. Using participatory design to develop (public) health decision support systems through GIS / S. M. Dredger, A. Kothari, J. Morrison // International Journal of Health Geographics. – 2007. – Vol. 6. – P. 53–64.
7. Singleton P. Consent for the use of personal medical data in research / P. Singleton, M. Wadsworth // British Medical Journal. – 2006. – Vol. 333. – P. 255–258.
8. Zandbergen P.A. Error and bias in determining exposure potential of children at school locations using proximity-based GIS techniques / P.A. Zandbergen, J.W. Green // Environ Health Perspect. – 2007. – Vol. 115. – P. 1363–1370.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОСТРАНСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ОТДЕЛЬНЫХ МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТСКОЙ ПАТОЛОГИИ

И. Д. Шкробанец, Ю. Н. Нечитайло (Черновцы)

В статье рассмотрены возможности и пути применения в здравоохранении пространственного анализа медико-демографических показателей современных географических информационных спутниковых технологий, основанных на Интернет-решениях.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пространственный анализ медико-демографических показателей, географические информационные спутниковые технологии.

EPIDEMIOLOGICAL SPATIAL ANALYSIS OF SEPARATE MEDICAL AND STATISTICAL INDICES OF CHILDREN PATHOLOGY

I. D. Shkrobanets, Yu. N. Nechytailo (Chernivtsi)

In the article possibilities and ways of spatial analysis application in health care statistics indices of modern satellite geographical informative technologies based on Internet decisions have been considered.

KEY WORDS: spatial analysis application in health care statistics indices, satellite geographical informative technologies.

Рецензент: к.мед.н. О. О. Дудіна

УДК 616 – 031. 8: 616 - 023.1(475.84)

О.А. ГОЛЯЧЕНКО Б.А. ГОЛЯЧЕНКО (Тернопіль)

САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ 11-Х КЛАСІВ М. ТЕРНОПОЛЯ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Проаналізовано самооцінку здоров'я учнів випускних класів в м. Тернопіль. Лише половина опитаних оцінила своє здоров'я як добре, інша половина – нижче доброго, задовільне і незадовільне. Хлопці оцінюють своє здоров'я краще в порівнянні з дівчатами.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **самооцінка здоров'я, підлітки.**

Школярів випускних класів належать до категорії осіб, у яких здоров'я є найліпшим. Водночас лікарі б'ють тривогу з приводу того, що це здоров'я погіршується.

Серед робіт, присвячених вивченню цього питання дуже мало таких, які побудовані на самооцінці здоров'я. Самооцінка здоров'я є європейським шляхом у вивченні здоров'я людей. На це вказують сучасні українські дослідники (3,6,7).

Мета: дослідити стан здоров'я дітей випускних класів м. Тернополя згідно їхньої самооцінки.

Матеріал і методи дослідження: нами була розроблена спеціальна анонімна анкета, яка розповсюджувалась серед випускного класу школи №5 м. Тернополя. При роздачі анкети школярам наголошувалось, що анкета анонімна і ніяких наслідків для школярів не матиме. Питання були сформульовані таким чином, що вони дозволяли отримати достовірні відповіді. Всього було опита-

но 54 учні 11-х класів, з них 40,7 % склали хлопці і 59,3 % дівчата. Розподіл опитаних за професією батьків дав такі результати: 27,8 ± 6,1 % склали робітники, 37,0 ± 6,6 % службовці і 35,2 ± 5,2 % інші.

Аналіз результатів дослідження та їхнє обговорення: самооцінка здоров'я школярів представлена в таблиці 1.

Як видно із таблиці 1, лише половина школярів (51,9 %) оцінюють своє здоров'я як добре (частка тих що вважають його відмінним, є незначною), інша половина (48,1 %) оцінюють своє здоров'я як нижче доброго, при чому кожен десятий (11,1 %) як задовільне і незадовільне.

Здоров'я дівчат, згідно їхньої самооцінки, значно гірше порівняно з хлопцями: частка тих, що оцінили його добре, в 2,3 рази менша, порівняно з хлопцями, а частка тих що оцінили його як нижче доброго, навпаки, в 3,8 рази більша порівняно з хлопцями.

Таблиця 1. Самооцінка здоров'я опитаних (%)

Стать	Здоров'я				
	Відмінне	Добре	Скоріше добре, ніж задовільне	Задовільне	Незадовільне
Хлопці	9,1 ± 6,1	72,7 ± 9,5	18,2 ± 8,2	-	-
Дівчата	-	31,2 ± 8,2	50,0 ± 8,8	6,3 ± 4,2	12,5 ± 5,8
Разом	3,7 ± 2,6	48,2 ± 6,8	37,0 ± 6,6	3,8 ± 2,6	7,3 ± 3,5

В таблиці 2 представлено дані про те, як школярі планують зміцнювати своє здоров'я: більшість (74,1 %) займатиметься спортом, половина не буде вживати тютюну, менше третини - не вживатиме міцних напоїв, кожен третій бачить вихід в налагодженні сімейних стосунків і приблизно кожний п'ятий - в поліпшенні матеріального стану, у виїзді за кордон і в регулярному відвідуванні лікаря.

Суттєві відмінності між хлопцями і дівчатами відмічаємо в занятті спортом, не вживанні міцних

напоїв, в виїзді за кордон і в регулярному відвідуванні лікаря. Крім останнього, показники значно вищі серед хлопців.

Цікавим є порівняння планів щодо зміцнення здоров'я у тих, хто вважає його добрим (перша група), порівняно з тими, хто оцінює його нижче (друга група, таблиця 3).

Як видно із цієї таблиці, лишень частка тих, хто пов'яже поліпшення здоров'я із одруженням, є майже однаковою в обох групах; по всім іншим показникам плани першої групи є значно оптимістичнішими порівняно з другою групою: в

Таблиця 2. Як школярі думають зміцнювати своє здоров'я (%)

Стать	Займатися спортом	Не вживати тютюну	Не пити міцних напоїв	Поліпшити свій матеріальний стан	Виїхати до країн, де рівень життя вищий	Одружитись	Регулярне відвідування лікаря
Хлопці	100,0 ± 4,2	54,5 ± 10,6	36,4 ± 0,3	18,2 ± 8,2	36,4 ± 10,3	35,9 ± 10,3	18,0 ± 8,2
Дівчата	56,2 ± 8,7	55,8 ± 8,7	24,9 ± 7,7	18,8 ± 6,9	12,5 ± 5,7	31,3 ± 8,2	25,0 ± 7,7
Разом	74,1 ± 6,0	55,6 ± 6,8	29,6 ± 6,2	18,5 ± 5,2	22,2 ± 5,6	33,4 ± 6,4	21,4 ± 5,6

Таблиця 3. Як школярі планують зміцнити своє здоров'я залежно від його нинішнього стану.

Шляхи зміцнення здоров'я	Стан здоров'я	
	Відмінний і добрий	Нижче доброго
Займатися спортом	92,3 ± 3,7	60,2 ± 6,7
Не вживати тютюну	69,2 ± 6,3	39,8 ± 6,7
Не пити міцних напоїв	46,1 ± 6,7	20,5 ± 5,4
Поліпшити свій матеріальний достаток	30,8 ± 5,8	10,1 ± 4,1
Виїхати в країни, де рівень життя вищий	31,2 ± 5,8	19,8 ± 5,4
Одружитись, щоб мати сімейну підтримку	38,5 ± 6,6	39,8 ± 6,7
Регулярно відвідувати лікаря	31,9 ± 5,8	9,9 ± 4,1

ній майже всі планують займатися спортом проти двох третин в другій групі, майже вдвічі вищою є частка тих, хто планує поліпшити свій матеріальний стан і регулярно відвідувати лікаря.

Висновки:

1. Здоров'я підлітків є таким, що має викликати серйозну стурбованість серед батьків, педагогів і медиків.

2. Потрібна злагоджена і цілеспрямована робота батьків, педагогів і медиків у напрямку виховання у підлітків загальних і індивідуальних установок на зміцнення власного здоров'я.

Перспективи подальших досліджень: полягають у проведенні моніторингу та порівнянні даних самооцінки із об'єктивною оцінкою здоров'я – даними медичної документації.

Список літератури

1. *Заходи щодо виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2010 рр.* – К. : ДМП «Полімед», 2002. – 131 с.
2. *«Здоров'я-21. Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВОЗ»* / ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген, 1999. – 243 с. – (Європейська серія по досягненню здоров'я для всіх, №6)
3. *EUROHIS: Розробка об'єктивного інструментарія для опитованих осіб про стан здоров'я.* – М. : Права людини, 2005. – 193 с.
4. *Методологічні, методичні та організаційні аспекти моніторингу виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2010 рр.* / Пономаренко В.М., Москалець Г.М., Карлова А.Л. [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. - №4. – С. 5-10.
5. *Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації»* / [колектив авторів ; за ред. Г.О. Слабкого]. – К., 2008. – 90 с.
6. *Москаленко В.Ф.* Самооцінка здоров'я – складова частина моніторингу європейської політики «Здоров'я для всіх» в Україні / В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко / Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. - №1. – С. 5-10.
7. *Нагорна А.М.* Дослідження стану здоров'я населення України за Європейською програмою «Огляди стану здоров'я за допомогою інтерв'ю» / А.М. Нагорна, І.В. Ковешнікова // Зб. наук. пр. ОФУАДУ. – Одеса, 2001. – С. 107-113.
8. *Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВОЗ. Обновление 2005* / ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген, 2005. – 98 с. – (Європейська серія по досягненню здоров'я для всіх, №7).
9. *Реалізація заходів щодо медико-соціальної допомоги вразливим верствам населення України в межах міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2010 рр.* - Пономаренко В.М., Курчатова Г.В., Москалець Г.М. [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. - №1. – С. 19-24; №2. – С. 24-29.

САМООЦЕНКА ЗДОРОВ'Я ШКОЛЬНИКІВ 11-Х КЛАСІВ Г. ТЕРНОПІЛЯ

А. А. Голяченко Б. А. Голяченко (Тернопіль)

Проаналізовано самооценку здоров'я учеників випускних класів в г. Тернопіль. Тільки половина опитаних оцінила своє здоров'я як хороше, друга половина – нижче хорошого, удовлетворительное і неудовлетворительное. Юноши оцінюють своє здоров'я краще в порівнянні з дівчатами.

КЛЮЧЕВІ СЛОВА: самооценка здоров'я, подростки.

SELF-ASSESSMENT OF HEALTH STUDENTS IN 11 GRADES TERNOPIL

О. А. Holyachenko, В. А. Holyachenko (Ternopil)

Analysis of self-assessment of health graduate students in Ternopil. Only half of the respondents assessed their health as good, the other half - below good, satisfactory and unsatisfactory. Boys better assess their health in comparison with girls.

KEY WORDS: **self-assessment, graduate students.**

Рецензент: д.мед.н. Л. Т. Кухаренко

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 614.2:615.859

В. В. ЛАЗОРИШИНЕЦЬ, Г. Я. ПАРХОМЕНКО (Київ)

**ДЕЯКІ ПИТАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ
ВТОРИННОГО РІВНЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України
МОЗ України

Наведено аналіз забезпеченості населення України ліжковим фондом в лікувально-профілактичних закладах другого рівня надання медичної допомоги та показники його використання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **забезпеченість, ліжковий фонд, вторинний рівень медичної допомоги.**

Основними принципами вторинної медичної допомоги є своєчасна діагностика порушень життєво важливих функцій організму, їх швидка та активна корекція і штучна підтримка функцій уражених органів і систем, аж до їх повного відновлення [11;13].

За останні півстоліття здатність системи охорони здоров'я впливати на здоров'я населення збільшилася в декілька разів. За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільше потребує, характеризуватися високою якістю і безпечністю медичних послуг та забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні [3;5;8;10].

Дані наукової літератури вказують на недостатню ефективність та якість стаціонарної медичної допомоги та раціональність використання ресурсів [1,4,6,9].

Намічені плани з реформування і модернізації системи охорони здоров'я стосуються, передусім, інтенсивної медичної допомоги – важливої та високозатратної ланки [13].

Стан служби інтенсивної медичної допомоги є пріоритетним у соціальній політиці держави в системі охорони здоров'я населення і впливає на національну безпеку України.

Щорічно по невідкладну медичну допомогу звертається кожний третій житель України. У зв'язку з цим підрозділи інтенсивної терапії стали невід'ємними структурними підрозділами сучасного лікувально-профілактичного закладу [12].

Для технічного вдосконалення ВМСД важливим є не лише винахід нових медичних технологій, а передусім ефективніше використання вже існуючих методів. Для цього необхідно упорядковувати інфраструктуру та ліжковий фонд спеціалізованих медичних закладів другого рівня медичної допомоги, удосконалювати їх ресурсне забезпечення та інтенсифікувати

діяльність, підвищувати рівень надання населенню медичної допомоги на основі запровадження новітніх організаційних і медичних технологій [2;7].

Мета дослідження: вивчити та проаналізувати використання ліжкового фонду вторинного рівня медичної допомоги.

Матеріали і методи. Статистичний, історико-інформаційний, системного підходу. Використані дані галузевої статистики за період з 2005 р. по 2009 рік.

Результати дослідження та їх обговорення. Структурні зміни у мережі ЛПЗ протягом 2005–2009 рр. характеризувалися зменшенням їх загальної кількості на 5,3% з подальшим скороченням (125 закладів). Поряд з цим спостерігалось і зменшення кількості диспансерів на 10 закладів.

Слід вказати, що у регіонах в 2005–2009 рр. спостерігався нерівномірний розподіл показників забезпечення населення лікарняними ліжками (табл.1).

Таблиця 1. Динаміка забезпеченості населення України лікарняними ліжками у 2005–2009 рр. (на 10 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					Динаміка змін 2009/2005 рр. (%)
	2005	2006	2007	2008	2009	
АР Крим	88,7	88,0	87,9	87,6	86,7	-2,2
Область						
Вінницька	84,9	85,5	86,4	85,3	84,0	-1,0
Волинська	80,7	80,2	81,1	81,0	80,9	0,3
Дніпропетровська	98,9	98,9	99,2	99,7	98,1	-0,8
Донецька	82,7	83,3	82,7	82,9	81,8	-1,1
Житомирська	75,6	74,7	75,1	75,4	75,0	-0,8
Закарпатська	78,5	78,4	78,7	78,8	78,8	0,4
Запорізька	87,7	90,8	88,0	88,1	87,8	0,1
Івано-Франківська	89,4	89,3	89,6	89,8	89,3	-0,1
Київська	87,3	87,0	87,1	86,4	84,7	-3,0
Кіровоградська	93,4	94,6	95,2	96,2	93,4	0,0
Луганська	99,4	99,7	100,0	100,0	99,8	0,4
Львівська	93,1	93,3	92,3	91,5	90,8	-2,5
Миколаївська	79,8	80,7	80,7	81,1	80,1	0,3
Одеська	84,7	84,9	85,2	85,4	84,5	-0,3
Полтавська	84,2	84,6	85,0	85,1	84,4	0,3
Рівненська	83,8	86,6	86,6	87,1	87,0	3,8
Сумська	88,6	90,0	91,1	92,1	92,8	4,7
Тернопільська	88,9	89,3	89,8	89,9	89,6	0,8
Харківська	81,2	81,4	81,8	81,5	78,5	-3,4
Херсонська	86,6	85,9	84,8	85,2	84,1	-2,9
Хмельницька	84,3	86,5	87,5	88,0	87,8	4,2
Черкаська	88,4	87,8	87,8	87,3	86,8	-1,9
Чернівецька	88,6	88,8	89,1	89,5	88,8	0,2
Чернігівська	110,5	111,6	112,6	113,5	113,3	2,5
Місто						
Київ	76,9	76,4	75,8	77,8	77,1	0,2
Севастополь	79,1	79,1	79,1	78,5	78,9	-0,2
Україна	87,2	87,6	87,5	87,7	86,8	-0,5

Порівняно з 2005–2009 рр. показники забезпеченості населення стаціонарними ліжками (на 10 тис. населення) у Сумській (4,7%), Хмельницькій (4,2%), Рівненській (3,82%) та Чернігівській (2,5%) мали тенденцію до зростання.

У Харківській (-3,4%), Київській (-3,0%), Херсонській (-2,9%) Львівській (-2,5%) областях та

в АР Крим (-2,2%) показники забезпечення стаціонарними ліжками змали тенденцію до зниження.

Станом на 31.12.2009 р. в Україні зареєстровано 2487 лікарняних закладів, з них 2218 лікарень і 269 диспансерів зі стаціонарами.

Загальна кількість лікарняних ліжок в Україні на 31.12.2009 р. становила 397 167 (86,8 на 10 тис.

населення). У 2005 р. цей показник дорівнював 87,2. У 2009 р. порівняно з 2005 р. він був меншим на 0,5. У країнах ЄС показник забезпеченості населення лікарняними ліжками становив 55,0.

Кількість лікарень на 100 тис. населення у 2009 р. в Україні дорівнювала 5,4, тоді як в ЄС – 3,11, тобто в Україні цей показник значно перевищив середньоєвропейський.

В Україні серед підрозділів інтенсивної терапії, як одного з найбільш важливих у структурі стаці-

онарної допомоги, у лікувальних закладах II рівня надання медичної допомоги переважають відділення на 6–11 ліжок (70,3%). У МЛ таких структурних підрозділів було 22,75%, а у ЦРЛ – лише 1,07% (табл. 2).

Служба інтенсивної терапії України на сучасному етапі має потужний ліжковий фонд. Так, у лікарнях II рівня надання медичної допомоги (ЦРЛ, МЛ) у середньому становить 1,03 ліжка на 10 тис. населення (рис. 1).

Таблиця 2. Розподіл відділень інтенсивної терапії за кількістю ліжок у лікарнях України II рівня надання медичної допомоги

Кількість відділень інтенсивної терапії за типами лікувальних закладів	Усього	Відділення інтенсивної терапії					
		на 1–5 ліжок		на 6–11 ліжок		на 12 і більше ліжок	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
МЛ	211	28	13,27	135	63,98	48	22,75
ЦРЛ	373	83	22,25	286	76,68	4	1,07
Усього в Україні	584	111	19,00	421	72,08	52	8,90

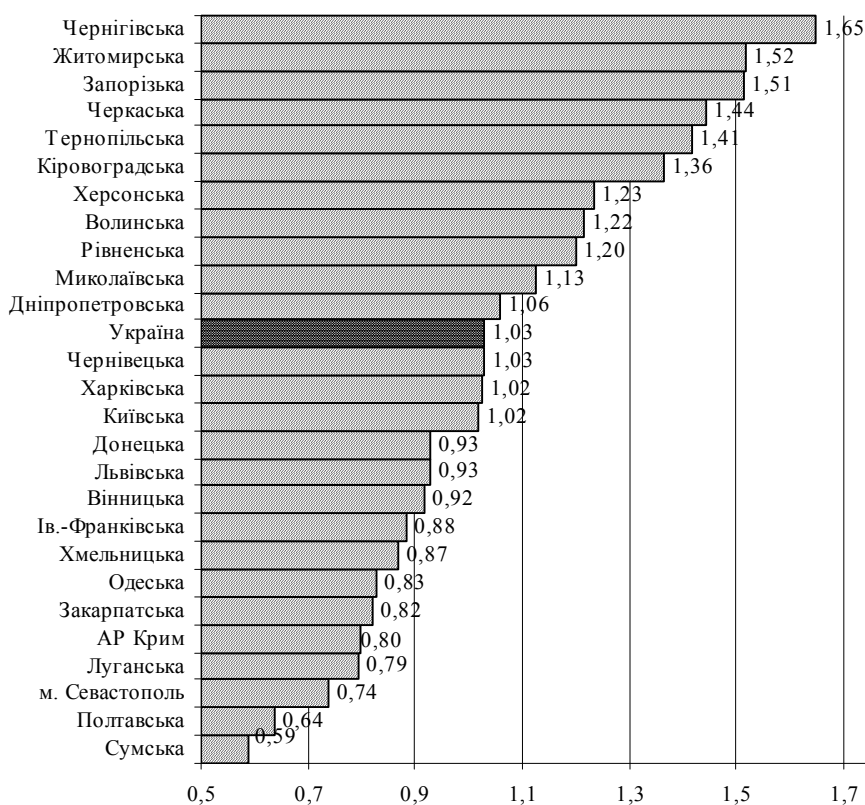


Рис. 1. Кількість ліжок інтенсивної терапії в лікувальних закладах загального профілю II рівня надання медичної допомоги за адміністративними територіями України (на 10 тис. населення)

Цей показник варіює від 0,59 ліжка на 10 тис. населення у Сумській області до 1,65 у Чернігівській області. Наведені адміністративні території майже не відрізняються за географічним положенням, кількістю населення, співвідношенням міського і сільського населен-

ня, однак число ліжок інтенсивної терапії на 10 тис. населення різниться майже втричі.

Питома вага ліжок інтенсивної терапії в загальному ліжковому фонді лікарень становить у середньому по Україні 2,21% та значно коливається за адміністративними територіями. Най-

більшу питому вагу ліжок інтенсивної терапії в загальному ліжковому фонді цих закладів виявлено у Запорізькій (3,64%), Житомирській (3,22%), Тернопільській (3,17%) та Миколаївській (3,13%) областях, а найменшу – в Сумській (1,15%), Полтавській (1,39%) та Луганській (1,47%) областях.

Актуальним залишається використання ліжкового фонду ЛПЗ. Аналіз динаміки показників використання ліжкового фонду ЛПЗ протягом 2005–2009 рр. вказав на зменшення середнього числа днів зайнятості (роботи) ліжка, що свідчить про нераціональне використання ресурсів галузі (табл. 3).

Таблиця 3. Кількість днів роботи ліжка (в днях) за 2005–2009 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					Динаміка змін 2009/2005 рр. (%)
	2005	2006	2007	2008	2009	
АР Крим	322,89	323,30	336,00	330,23	332,96	3,12
Область						
Вінницька	336,70	339,90	339,30	341,38	333,87	-0,84
Волинська	344,26	348,0	353,0	349,65	341,01	-0,94
Дніпропетровська	342,36	338,30	340,60	335,80	332,50	-2,88
Донецька	342,85	338,30	338,30	337,33	333,26	-2,80
Житомирська	312,23	339,0	340,0	317,58	320,85	2,76
Закарпатська	335,20	341,60	340,50	324,44	318,13	-5,09
Запорізька	336,10	336,14	339,57	325,50	321,04	-4,48
Івано-Франківська	334,13	339,60	339,50	328,43	317,56	-4,96
Київська	331,23	334,80	332,44	323,66	323,04	-2,47
Кіровоградська	334,40	332,30	333,60	332,34	336,76	0,71
Луганська	343,56	341,0	340,0	337,29	336,16	-2,15
Львівська	339,23	343,0	342,60	331,79	331,39	-2,31
Миколаївська	349,20	346,0	348,0	345,68	344,60	-1,32
Одеська	326,96	335,60	339,40	326,80	321,74	-1,60
Полтавська	317,26	314,20	317,50	316,19	309,79	-2,35
Рівненська	345,02	344,70	340,50	338,61	333,90	-3,22
Сумська	327,20	327,59	330,40	323,05	315,32	-3,63
	2005	2006	2007	2008	2009	
Тернопільська	340,56	346,0	349,30	340,48	337,51	-0,90
Харківська	334,50	331,0	330,0	328,90	323,45	-3,30
Херсонська	335,80	335,87	339,10	336,81	333,61	-0,65
Хмельницька	332,85	333,10	334,20	329,45	321,45	-3,42
Черкаська	340,20	339,0	338,0	329,04	325,28	-4,39
Чернівецька	341,23	342,60	342,40	335,71	332,75	-2,49
Чернігівська	337,25	340,10	339,90	334,0	328,36	-2,64
Місто						
Київ	312,25	314,60	317,30	302,72	292,71	-6,26
Севастополь	354,10	352,0	344,0	334,53	329,73	-6,88
Україна	335,17	336,95	340,20	330,60	326,62	-2,55

З таблиці 3 видно, що робота ліжка за останні 5 років знизилася на -2,55% по Україні. Лише АР Крим (3,12%), Житомирська (2,76%) та Кіровоградська (0,71%) області збільшили роботу ліжка. Чернівецька, Київська, Полтавська та Чернігівська області мають показники навантаження на ліжко майже такі, як у середньому по Україні. Більше, ніж по Україні, знизилось навантаження на ліжко у 2009 р. порівняно з 2005 р. у

м. Севастополі (-6,88%), м. Києві (-6,26%), Закарпатській (-5,09%), Івано-Франківській (-4,96%) та Запорізькій (-4,48%) областях.

Перебування хворих на ліжку – це один з вагомих показників оцінювання доступності, якості та ефективності діагностичної та лікувальної роботи спеціалістів стаціонарних відділень ЛПЗ.

У 2009 р. в середньому тривалість перебування хворого в лікарні по Україні становила 12,71

дня, а в ЄС – 9,2 дня. Цей показник є вищим за показник ЄС, що свідчить про більшу затрату часу на діагностику захворювань і про недостатнє застосування новітніх технологій у лікувальному процесі та про неефективне використання ліжкового фонду у стаціонарах ЛПЗ України (табл. 4).

Таблиця 4. Середнє перебування хворого на ліжку в регіонах України та в ЄС у 2008–2009 рр. (на 10 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Середнє перебування хворого на ліжку		
	2008	2009	Динаміка змін 2009/2008 рр. (абс.)
АР Крим	13,52	13,61	+0,09
Область			
Вінницька	12,17	12,05	-0,12
Волинська	12,17	11,92	-0,25
Дніпропетровська	13,68	13,47	-0,21
Донецька	13,12	13,04	-0,08
Житомирська	10,87	19,76	+8,9
Закарпатська	12,95	12,73	-0,22
Запорізька	13,61	13,58	-0,03
Область			
Івано-Франківська	12,44	12,24	-0,2
Київська	12,06	12,03	-0,03
Кіровоградська	12,73	12,66	-0,07
Луганська	13,47	13,64	+0,17
Львівська	13,50	13,34	-0,16
Миколаївська	12,83	12,74	-0,09
Одеська	14,14	14,00	-0,14
Полтавська	12,39	12,29	-0,1
Рівненська	12,52	12,32	-0,2
Сумська	12,92	12,87	-0,05
Тернопільська	12,90	12,78	-0,12
Харківська	12,25	12,05	-0,2
Херсонська	13,05	12,94	-0,11
Хмельницька	12,00	11,93	-0,07
Черкаська	11,50	11,42	-0,08
Чернівецька	12,88	12,72	-0,16
Чернігівська	13,63	13,53	-0,1
Місто			
Київ	11,25	11,43	+0,18
Севастополь	11,64	11,68	+0,04
Україна	12,79	12,71	-0,08
ЄС	9,2	9,2	0

Як видно з таблиці 4, з усіх областей лише Черкаська (11,42) наближається до середньоевропейських показників перебування хворого на ліжку. Цей показник свідчить про більш ра-

ціональне використання медичними установами області наявних ресурсів – кадрового, технічного потенціалу та інноваційних технологій у діагностиці та лікуванні.

У Житомирській (19,76), Одеській (14,00), Луганській (13,64), АР Крим (13,61), Запорізькій (13,58), Дніпропетровській (13,68), Чернігівській (13,63), Запорізькій (13,61), та Чернігівській (13,53) областях зареєстровано показники, вищі за середні по Україні (12,71), і, відповідно, значно вищі, ніж у країнах ЄС, що свідчить про нераціональне використання потужностей лікарень при діагностичних обстеженнях і лікуванні хворих.

Порівняно з 2005 р. показники середнього перебування хворого на ліжку у 2009 р. в Україні знизилися на -0,08, однак залишаються вищими порівняно з показниками країн ЄС. Середнє перебування хворого на ліжку в Україні порівняно з країнами світу залишається високим і посідає майже передостаннє місце.

Аналіз показників рівня госпіталізації населення по регіонах свідчить про те, що вони значно перевищують середні по Україні. Як видно з таблиці 5, у 2009 р. порівняно з 2007 р. рівень госпіталізації на 100 жителів знизився: у Донецькій області – з 21,16 у 2007 р. до 20,96 у 2009 р.; Запорізькій – з 21,28 до 20,78; Київській – з 23,46 до 22,84; Миколаївській – з 21,72 до 21,50; Харківській – з 22,1 до 21,21; Черкаській – з 25,16 до 23,30, м. Києві – з 20,90 до 19,81, м. Севастополі – з 23,11 до 22,24, але у цих областях показники вищі за загальноукраїнські.

Середній показник госпіталізації на 100 жителів по Україні за 3 роки зменшився і у 2009 р. становив 22,36, тобто знизився з 22,55 у 2007 р. на -0,19. Також зменшився показник госпіталізації міських жителів з 22,63 у 2007 р. до 22,34 у 2009 р. (на -0,29), а показник госпіталізованих сільських жителів збільшився з 22,37 у 2007 р. до 22,41 у 2009 р. (на +0,04).

В Одеській (19,52), Закарпатській (19,52) областях та в м. Києві (19,81) показник госпіталізації значно нижчий за загальноукраїнський.

Значно вищими за українські є показники госпіталізації в Чернігівській (27,36), Кіровоградській (25,45), Черкаській (24,77), Луганській (24,54) та Дніпропетровській (24,41) областях.

Але порівняно з країнами ЄС та країнами Європи ці показники в Україні залишаються високими (рис. 2).

Україна порівняно з іншими країнами світу за кількістю госпіталізованих до стаціонару на 100 жителів посіла останнє місце. Однією з причин може бути необґрунтована госпіталізація до ЛПЗ (рис. 3).

З рисунка 3 видно, що необґрунтована госпіталізація до стаціонарів становить 32%, тобто одну третину від усієї госпіталізації, а це впливає на показники кількості днів роботи ліжка, се-

Таблиця 5. Рівень госпіталізації за 2007–2009 рр. (на 100 жителів)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік								
	2007			2008			2009		
	усього	у т.ч.		усього	у т.ч.		усього	у т.ч.	
		міських	сільських		міських	сільських		міських	сільських
АР Крим	20,95	22,87	17,74	21,13	23,09	17,87	21,14	23,03	17,98
Область									
Вінницька	23,14	23,53	22,78	23,31	23,36	23,27	23,35	23,79	22,92
Волинська	23,23	24,10	22,35	23,28	23,55	23,00	23,21	23,51	22,89
Дніпропетровська	24,46	24,65	23,54	24,36	24,45	23,89	24,41	23,89	27,03
Донецька	21,16	21,51	17,96	21,18	21,56	17,67	20,96	21,29	17,81
Житомирська	21,78	22,15	21,30	21,86	22,24	21,35	22,47	22,88	21,92
Закарпатська	19,80	21,88	18,59	19,65	21,11	18,80	19,70	21,50	18,65
Запорізька	21,28	20,78	22,88	20,96	20,51	22,41	20,78	20,41	22,00
Івано-Франківська	23,55	24,18	23,08	23,68	23,95	23,48	23,24	23,35	23,16
Київська	23,46	23,20	23,86	23,23	23,05	23,49	22,84	22,53	23,33
Кіровоградська	24,82	26,89	21,57	24,93	26,43	22,56	25,45	26,99	23,00
Луганська	24,86	25,25	22,34	24,90	25,36	21,94	24,54	25,07	21,15
Львівська	22,57	22,35	22,89	22,58	22,31	22,97	22,60	22,33	23,01
Миколаївська	21,72	21,56	22,05	21,76	21,63	22,03	21,50	21,20	22,12
Одеська	19,62	19,04	20,73	19,67	19,23	20,52	19,52	19,06	20,44
Полтавська	21,63	21,31	22,09	21,67	21,31	22,20	21,35	21,06	21,79
Рівненська	23,27	22,97	23,54	23,41	22,97	23,79	23,65	23,03	24,21
Сумська	22,69	23,10	21,88	22,85	23,56	21,45	22,61	23,08	21,66
Тернопільська	23,29	23,38	23,22	23,67	23,63	23,70	23,67	23,33	23,92
Харківська	22,16	22,69	20,13	21,76	22,31	19,62	21,21	21,76	19,05
Херсонська	21,72	22,33	20,77	21,88	23,45	19,44	21,85	22,51	20,83
Хмельницька	23,95	23,45	24,51	24,00	23,36	24,73	23,79	23,22	24,45
Черкаська	25,16	25,72	24,48	24,98	25,86	23,88	24,77	25,39	24,00
Чернівецька	23,19	19,11	26,01	23,26	23,92	22,80	23,30	23,96	22,84
Чернігівська	26,97	27,98	25,41	27,54	28,37	26,24	27,36	28,02	26,30
Місто									
Київ	20,90	19,92	0,00	20,97	19,83	0,00	19,81	18,86	0,00
Севастополь	23,11	23,28	20,48	22,53	22,75	19,07	22,24	22,43	19,33
Україна	22,55	22,63	22,37	22,55	22,65	22,34	22,36	22,34	22,41

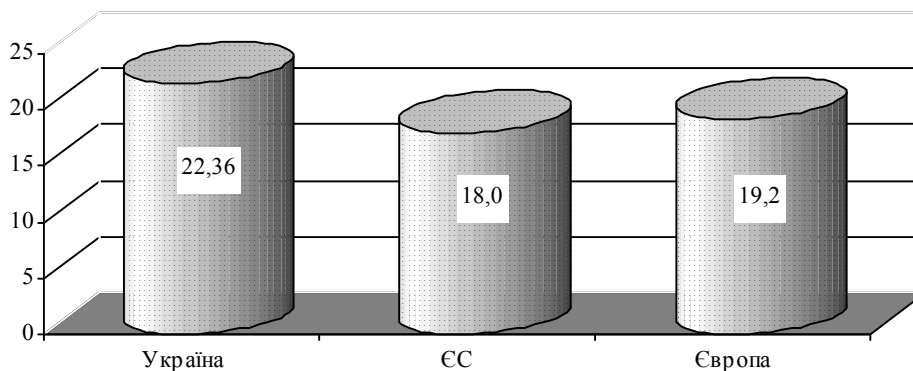


Рис. 2. Рівень госпіталізації в Україні у 2009 р.

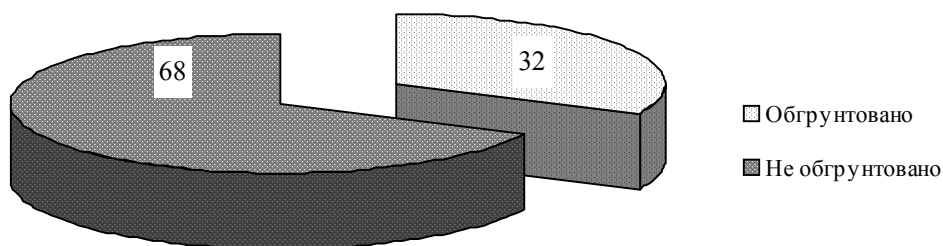


Рис. 3. Обґрунтованість госпіталізації (%)

реднього перебування хворого на ліжку, госпіталізації хворих, а також на динаміку показників забезпеченості населення України стаціонарними ліжками.

Висновки

1. Забезпеченість населення лікарняними ліжками в Україні у 2009 р. становила 86,8 на 10 тис. населення. У 2005 р. цей показник дорівнював 87,2. У 2009 р. порівняно з 2005 р. він був меншим на 0,5. У країнах ЄС показник забезпеченості населення лікарняними ліжками становив 55,0.

2. Питома вага ліжок інтенсивної терапії у загальному ліжковому фонді лікарень становить в середньому по Україні 2,21%, зі значними коливаннями за адміністративними територіями. Найбільшу питому вагу ліжок інтенсивної терапії в загальному ліжковому фонді цих закладів виявлено у Запорізькій (3,64%), Житомирській (3,22%), Тернопільській (3,17%) та Миколаївській (3,13%) областях, а найменшу – в Сумській (1,15%), Полтавській (1,39%) та Луганській (1,47%) областях.

3. Робота ліжка за останні 5 років знизилася на -2,55% по Україні. Лікувально-профілактичні заклади АР Крим (3,12%), Житомирської (2,76%) та Кіровоградської (0,71%) областей

збільшили роботу ліжка. Більше, ніж по Україні, знизилось навантаження на ліжку у 2009 р. порівняно з 2005 р. у м. Севастополі (-6,88%), м. Києві (-6,26%), Закарпатській (-5,09%), Івано-Франківській (-4,96%) та Запорізькій (-4,48%) областях.

4. У 2009 р. в середньому тривалість перебування хворого в лікарнях становила 12,71 дня, а в ЄС – 9,2 дня, що свідчить про більшу затрату часу на діагностику захворювань і про недостатнє застосування новітніх технологій у лікувальному процесі та про неефективне використання ліжкового фонду у лікувально-профілактичних закладах України.

5. У 2009 р. порівняно з 2007 р. рівень госпіталізації на 100 жителів знизився: у Донецькій області – з 21,16 у 2007 р. до 20,96 у 2009 р.; Запорізькій – з 21,28 до 20,78; Київській – з 23,46 до 22,84; Миколаївській – з 21,72 до 21,50; Харківській – з 22,1 до 21,21; Черкаській – з 25,16 до 23,30, м. Києві – з 20,90 до 19,81, м. Севастополі – з 23,11 до 22,24, але у цих областях показники вищі за загальноукраїнські.

Перспективи подальших досліджень сфокусовані на вивчення ефективності використання ліжкового фонду ЛПЗ України та обґрунтування підходів до оптимізації даного процесу.

Список літератури

1. 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.
2. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
3. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем влияния на детерминанты здоровья. – Женева : ВОЗ, 2009. – 129 с.
4. Матеріали підсумкової колегії МОЗ України, 3 березня 2010 р. [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : <http://www.apteka.ua/article/8309?print=1>. – Назва з екрану.
5. Мировая статистика здравоохранения, 2009 год. – Женева : ВОЗ, 2009. – С. 100–104.
6. Міжгалузєва комплексна програма «Здоров'я нації». 2009 / за ред. З. М. Митника, Г. О. Слабкого ; МОЗ України, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України». – К., 2010. – 153 с.
7. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні : [спільний звіт] / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
8. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Обновление 2005. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2005. – 98 с. – (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 7).
9. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2007–2008 роки / МОЗ, ЦМС. – К., 2009. – 327 с.

10. Системи охорони здоров'я – здоров'я – благополуччя : матеріали Європейської міністерської конференції ВООЗ по системам охорони здоров'я, 25–27 черв. 2008 р., Таллінн, Естонія [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : <http://www.who.int/en/> – Назва з екрану.
11. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік .– К., 2007. – 398 с.
12. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – 360 с.
13. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2007 рік. – К., 2008. – 283 с.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА ВТОРИЧНОГО УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В. В. Лазоришинець Г. Я. Пархоменко (Киев)

Приведен анализ обеспеченности населения Украины коечным фондом в лечебно-профилактических учреждениях второго уровня оказания медицинской помощи и показатели его использования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **обеспеченность, коечный фонд, вторичный уровень медицинской помощи.**

SOME QUESTIONS OF USE BED FUND OF THE SECONDARY LEVEL OF MEDICAL AID

V. V. Lazoryshynets, G. Ya. Parkhomenko (Kyiv)

The analysis of population security of Ukraine by bed fund in treatment-and-prophylactic establishments of the second level of rendering medical aid and parameters of its use has been resulted.

KEY WORDS: **security, bed fund, secondary level of medical aid.**

Рецензент: д.мед.н., проф. В. І. Агарков

УДК: 614.2.07

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

РЕФОРМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ. КАДРОВА ПРОБЛЕМА 1

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

В статті наведено динаміку забезпеченості медичними кадрами за останні 30 років. Забезпеченість лікарями зросла на 34,2 %, середніми медичними працівниками знизилась на 48,3 %, дефіцит лікарів спочатку зростав з 19,7 до 27,7 %, потім знизився до 18,6.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **реформа охорони здоров'я, кадрова проблема.**

В 1923 р. III з'їзд здоровоохорони України прийняв рішення про реформу охорони здоров'я в Україні згідно адміністративно-територіального поділу. За основу було взято сільський повіт (район). Було передбачено мати в кожному повіті 2 дільниці – одну амбулаторну і одну лікарню, 1 ліжко на 1840 мешканців. З тих пір багато що змінилося, однак повіт залишився незмінним при плануванні медичної мережі.

Тепер передбачається нова адмінреформа. Нові райони складатимуться з теперішніх трьох

– п'яти. Вони будуть проміжними ланками між громадою та областю. На основі районів будуть утворені лікарські округи. Вони матимуть пересічно 150 тисяч населення. Так же пересічно матимуть до 20 лікарень, що дозволить вводити їхню спеціалізацію. Станції швидкої медичної допомоги будуть у кожній громаді.

Постає перше питання, що буде з медичними кадрами, які, як відомо, вирішують все. Для відповіді на це питання спробуємо заглянути в минуле.

Мета. Дослідити еволюцію кадрового забезпечення системи охорони здоров'я напередодні радикальної реформи адміністративного устрою держави. Спочатку йтиметься про кількісні показники.

Матеріали і методи. Досліджено офіційні статистичні матеріали МОЗ України.

Результати дослідження та їхнє обговорення. В 2009 р. в системі охорони здоров'я України працювало 199725 лікарів. Це включно з зубними, однак зубних лікарів було небагато – 2077. Оскільки офіційна статистика оперує цим числом, не будемо від нього відмовлятися.

Разом з іншими відомствами в Україні працює на 26 тисяч лікарів більше. В 1980 р. їх було 26780 (14,7 % загального числа), в 2005 р. – 26264 (11,9 % загального числа). Пишуться дисертаційні дослідження, в яких ставиться питання про єдиний медичний простір. Таке питання ставиться в пору революційних перетворень. Так, в громадянську війну санітарне управління Червоної Армії входило до складу Наркомздраву. Але невдовзі воно виділилось в окрему організацію. Важко повірити, що медична організація армії, міліції, СБУ та залізничників та ще деяких дрібних відомств стане складовою частиною загальної системи і наші вояки стоятимуть в чергах в територіальних поліклініках. Але в дисертаціях на цьому наголошується. Інша справа, що при розрахунку забезпеченості людно-

медичними кадрами в системі МОЗ України, слід було б виокремити ті, орієнтовно 2 млн. людей, які мають свою відомчу службу, але цього в офіційних джерелах не робиться.

Динаміка лікарських кадрів в Україні представлена в таблиці 1. З 1980 до 2009 р. чисельність лікарів зросла у відносному обчисленні на 34,2 %, з 32,5 до 43,6 лікарів на 10 тис. осіб. Цей ріст складав від 7,0 % в Криму до 93,2 % в Івано-Франківській області.

Цей ріст був неоднаковим в перший і другий періоди. Останні 12 років радянська медицина супроводжувалась велетенським ростом забезпеченості кадрами. В 1992 р. число лікарів досягло максимуму – 208805, що склало 40,2 лікарів на 10 тис. осіб, і хоча в наступні роки це число дещо знизилось (на 9080 осіб), однак зменшення людно-лікарської частоти призвело до росту забезпеченості лікарями (43,6 на 10 тис. осіб). В 1980 р. співвідношення крайніх показників склало 3,0 рази (м. Київ і Сумська область), в 1992 р. – 2,3 рази (м. Київ і Сумська область) і в 2009 р. – 1,9 рази (Чернівецька і Херсонська області).

В роки самостійності забезпеченість в 7 регіонах зменшилась порівняно з 1992 р., а саме в Криму, Дніпропетровській, Миколаївській, Одеській, Херсонській областях і найбільш суттєво в м. Києві (на 19,7 %) і Севастополі (на 15,2 %).

Таблиця 1. Чисельність лікарів у закладах системи МОЗ, включаючи лікарів у НДІ та закладах підготовки кадрів, забезпеченість ними населення по території розміщення закладів (включаючи зубних)

Область	1980		1992		2009	
	Абсолютні дані	На 10000 населення	Абсолютні дані	На 10000 населення	Абсолютні дані	На 10000 населення
1	2	3	4	5	6	7
Україна	162297	32,5	208805	40,2	199725,0	43,6
Автономна республіка Крим	8057	43,1	10294	46,9	9022,0	46,1
Вінницька	5521	27,1	7259	38,2	7677,0	46,7
Волинська	2773	27,2	3678	34,2	3874,0	37,5
Дніпропетровська	12381	33,7	16741	42,7	14270,0	42,6
Донецька	17077	32,4	21648	40,5	18558,0	41,7
Житомирська	4085	25,6	4648	30,9	4899,0	38,1
Закарпатська	2886	24,8	4422	34,7	4734,0	38,1
Запорізька	6622	33,8	8669	41,1	7827,0	43,2
Івано-Франківська	3956	29,6	5973	41,2	7879,0	57,2
Київська	4602	23,9	6007	31,1	6559,0	38,2
Кіровоградська	3358	26,9	4050	32,7	3360,0	33,2
Луганська	8226	29,4	10524	36,5	9099,0	39,4
Львівська	8216	31,7	11552	41,9	13015,0	51,4
Миколаївська	3579	28,7	4647	34,2	3799,0	32,0
Одеська	10133	39,6	11802	45,0	10308,0	43,3

Продовження табл. 1

1	2	3	4	5	6	7
Полтавська	4717	27,1	6475	35,7	6660,0	44,6
Рівненська	2786	24,7	3633	30,7	4549,0	39,5
Сумська	3478	23,9	4329	30,3	4138,0	35,4
Тернопільська	3333	28,7	5094	43,3	5356,0	49,3
Харківська	10870	35,4	13670	43,2	13353,0	48,5
Херсонська	3508	29,9	4450	34,8	3470,0	31,8
Хмельницька	3867	24,9	5028	33,0	5264,0	39,6
Черкаська	4164	27,0	5258	34,2	4544,0	35,2
Чернівецька	2946	33,0	3891	41,0	5488,0	60,9
Чернігівська	3727	24,9	4307	31,0	3934,0	35,7
м. Київ	15706	71,7	18435	70,5	16426,0	59,9
М.Севастополь	1723	50,6	2321	55,8	1663,0	43,9

По зайнятих посадах зниження в роки самостійності торкнулося 12 регіонів. До вищезначених областей додалися ще Волинська, До-

нецька, Запорізька, Кіровоградська, Херсонська області (табл. 2).

Таблиця 2. Динаміка зайнятих посад лікарів в Україні (на 10000 населення)

Область	1980	1992	2009
Україна	39,2	50,7	49,44
Автономна республіка Крим	47,2	54,4	52,76
Вінницька	32,5	44,1	48,41
Волинська	33,7	44,1	43,14
Дніпропетровська	42,7	57,1	51,24
Донецька	41,1	53,8	50,88
Житомирська	31,0	41,7	45,40
Закарпатська	29,7	38,8	37,95
Запорізька	42,1	58,5	53,30
Івано-Франківська	33,9	45,5	49,79
Київська	29,7	39,4	44,55
Кіровоградська	37,2	44,7	43,20
Луганська	40,3	47,6	49,44
Львівська	34,8	45,9	48,95
Миколаївська	36,8	48,1	41,59
Одеська	45,9	56,0	47,30
Полтавська	34,1	47,2	49,95
Рівненська	32,5	43,1	45,71
Сумська	31,3	41,3	43,19
Тернопільська	34,9	46,8	50,00
Харківська	41,5	54,7	53,34
Херсонська	39,7	47,2	40,67
Хмельницька	29,7	41,3	43,36
Черкаська	32,9	42,4	43,24
Чернівецька	35,8	45,3	53,64
Чернігівська	31,4	41,0	43,38
м. Київ	76,4	86,9	70,07
М.Севастополь	56,4	64,8	57,64

Наступна таблиця (табл. 3) показує нам причини кадрового дефіциту. Це частка від ділення різниці між штатними посадами і фізичними особами лікарів на кількість штатних посад. Як бачимо із таблиці 3, в 1980 р. кожна п'ята посада лікаря в Україні була вакантною (19,7 %) в 1992 р. при колосальному зростанні кількості посад – вже майже кожна третя посада (27,7 %) була вакантною і в 2009 р. справа вернулася до 1980 р. (18,6 % вакантних посад). Чому зростали посади в останнє десятиріччя радянської влади?

Зростала спеціалізація, збільшувалось число ліжок, було поставлене завдання перейти до суцільної диспансеризації. Це стало основною причиною, чому в перші роки самостійності зроблено спробу подолати «дефіцит» кадрів за рахунок відкриття нових медичних інститутів.

В роки самостійності відбувались такі основні зміни. Зменшилось число людності майже на 8 млн. осіб, більше ніж в 1,5 рази зросла загальна захворюваність людей, на третину скоротилось число непотрібних ліжок.

Таблиця 3. Відношення різниці між фізичними особами та штатними посадами до штатних посад лікарів в системі охорони здоров'я України (на 10000 населення)

Область	1980	1992	2009
Україна	19,7	27,7	18,6
Автономна республіка Крим	12,1	20,5	21,7
Вінницька	20,6	20,2	10,6
Волинська	22,4	28,4	18,5
Дніпропетровська	23,9	34,9	23,3
Донецька	23,5	30,0	24,2
Житомирська	18,7	38,8	24,0
Закарпатська	20,2	15,7	3,9
Запорізька	23,0	36,8	26,5
Івано-Франківська	13,6	13,8	-7,9
Київська	21,5	29,5	24,4
Кіровоградська	28,7	36,8	33,2
Луганська	27,7	29,5	25,4
Львівська	11,9	14,7	-1,1
Миколаївська	25,0	35,5	28,9
Одеська	14,4	27,1	17,9
Полтавська	22,5	25,7	17,1
Рівненська	26,9	41,9	21,0
Сумська	25,9	34,4	27,2
Тернопільська	20,1	13,5	5,7
Харківська	17,7	27,4	14,9
Херсонська	29,1	32,7	29,1
Хмельницька	21,5	29,0	15,5
Черкаська	20,1	22,6	25,1
Чернівецька	10,0	17,3	-9,3
Чернігівська	23,6	34,1	26,9
м. Київ	8,1	26,2	21,1
М.Севастополь	13,1	19,2	26,8

З'явилися нові характерні риси забезпеченості лікарями. При загальному незмінному числі вакантних посад з'явилися регіони, де число фізичних осіб лікарів перевищило число штатних посад: в Чернівецькій області на 9,3 %, в Івано-Франківській – на 7,9 % і у Львівській – на 1,1 %. До них наблизились ще дві західні області: Закарпатська (96,1 % зайнятих посад) і Терно-

пільська (94,3 % зайнятих посад). Що стосується таких областей, як Крим, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Луганська, Черкаська, Київська, Житомирська, Сумська, Чернігівська області та м. Київ і Севастополь, то тут число вакантних посад залишилось на рівні однієї п'ятої – однієї четвертої, а в Херсонській і Кіровоградській областях воно сягає однієї третини.

Загалом, по Україні в 1980 році різниця між фізичними особами лікарів і штатними посадами складала 38308, в 1992 р. – 78336 і в 2009 р. – 45679 одиниць. Зменшення порівняно з 1992 роком орієнтовно відповідає зменшенню числа людей в Україні.

А тепер подивимось, що відбувалось з середніми медичними кадрами. В 1992 р. їх було 638700, в 2009 р. – 430821 осіб. Співвідношення лікарських кадрів до середніх склало: 1992 р. – 3,1; 2009 р. – 2,1. Як видно із таблиці 4, в 1992 р. було зайнято 86 % посад середнього медперсоналу, в 2009 р. – 95,7 %, причому в 10 регіонах відмічав-

ся дефіцит кадрів, в деяких відчутний: Чернівецька область (-13,6 %), Закарпатська (-11,1 %), Волинська (-10,0 %), Івано-Франківська (-9,8 %), Рівненська (-11,0 %), Тернопільська (-10,9 %).

В 1980 р. було випущено 8865 лікарів і провізорів, з них лікувального профілю 6947, санітарного – 628, стоматологів – 613 і провізорів – 667, в 2010 р., як слідує із даних Інтернету, на лікувальний фах прийнято майже стільки ж лікарів, як і в 1980 р. (орієнтовно половина на державне замовлення і половина на контракті), стоматологів прийняли в 3,7 рази, а провізорів більш ніж в 3 рази більше, ніж в 1980 р.

Таблиця 4. Відношення різниці між фізичними особами та штатними посадами середніх медичних працівників до числа штатних посад середніх медичних працівників в системі охорони здоров'я України (на 10000 населення)

Область	1992	2009
Україна	86,0	95,7
Автономна республіка Крим	83,9	90,1
Вінницька	93,4	-4,4
Волинська	93,6	-10,0
Дніпропетровська	77,6	89,8
Донецька	83,5	88,8
Житомирська	88,0	-2,4
Закарпатська	95,9	-11,1
Запорізька	76,9	88,7
Івано-Франківська	98,3	-9,8
Київська	87,5	87,2
Кіровоградська	81,3	93,4
Луганська	84,7	96,3
Львівська	92,3	-9,2
Миколаївська	81,1	90,9
Одеська	87,3	88,7
Полтавська	87,5	95,7
Рівненська	86,2	-11,0
Сумська	89,9	98,3
Тернопільська	96,2	-10,9
Харківська	79,5	91,9
Херсонська	90,4	95,5
Хмельницька	91,1	-5,0
Черкаська	91,6	96,9
Чернівецька	97,9	-13,6
Чернігівська	92,6	98,1
м. Київ	81,0	80,1
М.Севастополь	92,1	79,2

Висновки.

1. За 30 останніх років чисельність лікарів в Україні збільшилась на третину, середніх медичних працівників скоротилось на 48,3 %. Співвідношення лікарів і середнього медичного персоналу скоротилось з 3,1 до 2,1.

2. В 1992 р. органам управління охороною здоров'я було надане право самостійно вирішувати кадрові питання. За один рік в закладах охорони здоров'я було зареєстровано на 100 тис. штатних посад більше. Це право було

невдовзі ліквідоване. За 20 років незалежності самостійність постачальників медичних послуг призведе до зворотнього результату – масового звільнення персоналу. Тому МЗ України треба як знищити ока берегти оті вакантні посади, які забезпечують працевлаштування випускників

медичних ВУЗів. Що стосується співвідношення лікарів і середнього медичного персоналу, то тут незрозуміле подальше співвідношення.

Перспективи подальших досліджень полягають у тому, щоб показати як кадри виконують свою роботу.

Список літератури

1. МЗ УССР. Показатели деятельности медицинских учреждений за 1980-1981 годы. Статист Киев, 1982. – 352 с.
2. МОЗ України. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 1991-1992 роки. Київ, 1993. – 264 с.
3. МОЗ України. Статистичні показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2009 рік. Київ, 2010. – 283 с.
4. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір /Лехан В. М., Слабкий Г. О. Новини медицини і фармації, 2010. - № 4. – С. 3-7.
5. Лехан В. М., Стратегії розвитку системи охорони здоров'я: український вимір /Лехан В. М., Слабкий Г. О. Новини медицини і фармації, 2010. - № 5. – С. 26-29.

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ. КАДРОВАЯ ПРОБЛЕМА 1.

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

В статье приведена динамика обеспеченности медицинскими кадрами за последние 30 лет. Обеспеченность врачами выросла на 34,2 %, средними медицинскими работниками снизилась на 48,3 %, дефицит врачей сначала возрос с 19,7 до 27,7 %, потом снизился до 18,6.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **реформа здравоохранения, кадровая проблема.**

HEALTH CARE REFORM IN UKRAINE. STAFF PROBLEM 1.

A. M. Golyachenko, N. Ya. Panchyshyn, V. L. Smirnova, A. A. Golyachenko (Ternopil)

The dynamics of medical staff supply for the last 30 years is presented in the article. Supply of doctors grew by 34,2 %, of middle medical workers dropped by 48,3 %, the deficit of doctors at first grew from 19,7 to 27,7 %, then dropped to 18,6.

KEY WORDS: **health care reform, staff problem.**

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

УДК 614.2:616-082(1-21)

В. В. БИЧКОВ (Київ)

ЯКІСНО НОВА СИСТЕМА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ПІД ЧАС ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД НА РІВНІ МЕГАПОЛІСА

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Представлена якісно нова система медичної допомоги постраждалим під час дорожньо-транспортних пригод на рівні мегаполіса. Особливістю системи є міжсекторальний підхід в організації медичної допомоги, прогнозування ДТП та безперервне підвищення якості медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **система медичної допомоги, міжсекторальний підхід, якість медичної допомоги, дорожньо-транспортна пригода.**

Стан здоров'я, тривалість та якість життя населення великою мірою визначаються станом організації та функціонування системи охорони здоров'я, доступністю та якістю медичних послуг,

що гарантують забезпечення реалізації передбаченого Конституцією України права громадян на медичну допомогу, а також ефективністю використання відповідних фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів. Це певним чином

стосується і медичної допомоги постраждалим під час дорожньо-транспортних пригод [5].

Слід зазначити, що до існуючої недостатньо ефективної системи охорони здоров'я додаються нові ризики, які пов'язані з розпорошеністю наявних ресурсів, деформованістю структури медичних послуг, нераціональністю системи розподілу фінансових ресурсів, що підтримує структурні диспропорції, відсутність ефективного менеджменту [4].

Організація ефективної медичної допомоги постраждалим під час дорожньо-транспортних пригод відіграє значну роль у збереженні не тільки здоров'я, але й життя значної кількості населення, що вкрай важливо в умовах демографічної кризи [3].

В рамках розробленого МОЗ України та представленого на Парламентських слуханнях 20.05.09 р. антикризового плану заходів в системі охорони здоров'я екстрена і, як її складова, інтенсивна медична допомога займають пріоритетне значення.

Оптимізація системи охорони здоров'я на сучасному етапі передбачає необхідність подальшого розвитку системи медичної допомоги на засадах, які мають забезпечити доступність якісних медичних послуг для всіх тих, хто їх потребує відповідно до медичних показань [6].

Мета дослідження: розробити якісно нову систему медичної допомоги постраждалим під час ДТП.

Матеріали і методи: системного підходу, аналітико-інформаційний, бібліосемантичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Наукове обґрунтування системи медичної допомоги постраждалим під час ДТП нами проводиться в рамках існуючої системи охорони здоров'я, медико-демографічної та соціально-економічної ситуації з урахуванням в перспективі позитивних змін.

Таким чином, теоретичною основою дослідження стали дані світової та вітчизняної літератури, бази фактичних даних організації медичної допомоги постраждалим під час ДТП, з використанням яких було обґрунтовано і запропоновано систему організації медичної допомоги постраждалим під час дорожньо-транспортних пригод на рівні мегаполіса (рис.).

Ключовою ідеєю є послідовне вирішення пріоритетної проблеми забезпечення постраждалих під час ДТП медичною допомогою шляхом оптимізації структури і процесів надання медичної допомоги на основі наукового аналізу даних про їх вплив на летальність постраждалих.

Обґрунтування та розробка системи проводилося з позиції системного підходу до організації медичної допомоги постраждалим під час дорожньо-транспортних пригод на рівні 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, які потребують вирішення конкретних питань, що здійснювалося в таких напрямках:

- визначення основних аспектів, які впливають на рівень летальності постраждалих під час ДТП (такими аспектами нами визначені організація, структура, ресурсне забезпечення та забезпечення якості медичної допомоги);
- аналіз складових визначених аспектів, а також стратегічних напрямів їх розвитку.

Виходячи із названих аспектів, ми виділили наступну групу задач:

1. Удосконалення системи управління організацією медичної допомоги постраждалим під час ДТП.
2. Структурна перебудова служби.
3. Матеріально-технічне забезпечення.
4. Кадрове забезпечення.
5. Безперервне підвищення якості медичної допомоги.
6. Науковий супровід постійного удосконалення медичної допомоги постраждалим під час ДТП (про це ми повідомляли в своїх попередніх публікаціях) [1;2].

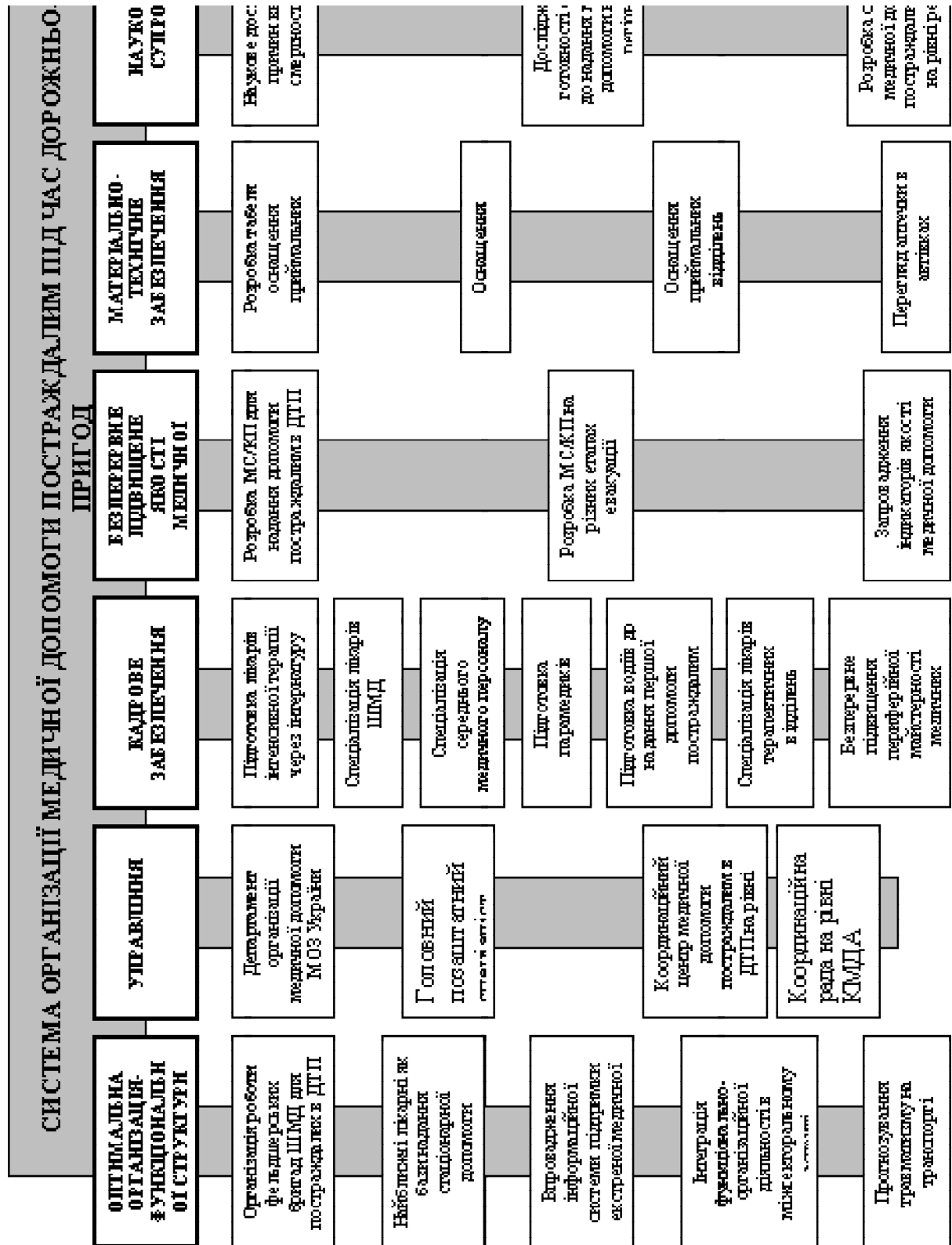
Для вирішення задач з надання медичної допомоги постраждалим під час ДТП на рівні державної адміністрації міста створюється координаційний центр, основними функціями якого визначено організацію міжсекторальної взаємодії в організації своєчасної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі з метою зниження їх смертності (рис.).

Вважаємо, що для досягнення поставленої мети потрібне створення державної (міжгалузєвої) Програми із 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 мають здійснюватися на основі державної політики інформатизації охорони здоров'я.

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

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, із застосуванням стратегічного, оперативного, ситуаційного та проблемно-тактичного видів 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 штабного типу.

Висновки

Результатом роботи стала розробка концептуальних підходів до обґрунтування системи надання медичної допомоги постраждалим під час ДТП. Інноваційним є обґрунтування принципово нових функціонально-організаційних підходів до організації медичної допомоги постраждалим під час ДТП. Вони мають комплексний характер.

Перша інновація полягає у створенні на міському рівні (КМДА) системи управління організацією медичної допомоги постраждалим під час ДТП, центральним елементом якої є організація координаційного центру медичної допомоги постраждалим в ДТП з елементами інформаційного забезпечення управлінського процесу.

Другою інновацією є міжсекторальний підхід до організації надання медичної допомоги постраждалим під час ДТП із залученням служби ДАІ та водіїв до надання першої допомоги по-

раждалим з їх відповідною підготовкою та забезпеченням засобами медичного призначення.

Третьою інновацією є обґрунтування та розробка системи безперервного підвищення професійної майстерності медичних працівників ШМД та приймальних відділень ЛПЗ.

Четвертою інновацією є створення умов у приймальних відділеннях багатопрофільних лікарень для надання інтенсивної медичної допомоги постраждалим під час ДТП на ранньому госпітальному етапі.

П'ятою інновацією полягає у запровадженні системи безперервного підвищення якості медичної допомоги постраждалим під час ДТП шляхом розробки та впровадження клінічних протоколів надання медичної допомоги, які ґрунтуються на даних з доведеною ефективністю та визначенні індикаторів якості надання медичної допомоги постраждалим.

Шостою інновацією – це організаційна складова системи, яка полягає у прогнозуванні ДТП та розробці маршрутів під'їзду ШМД до місця ДТП та транспортування постраждалих до найближчого ЛПЗ і застосування елементів телемедичних консультацій на догоспітальному етапі.

Сьома інновація відображає науковий супровід постійного удосконалення системи організації та клінічного забезпечення медичної допомоги постраждалим під час ДТП.

Перспективи подальших досліджень полягають у впровадженні та визначенні ефективності даної системи.

Список літератури

1. Бичков В. В. Система медичної допомоги постраждалим в дорожньо-транспортних пригодах в умовах великого міста / В. В. Бичков // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 1. – С. 12–16.
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. *Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма.* – Женева : ВОЗ, 2004. – 25 с.
4. 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.
5. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
6. *Системи охорони здоров'я – здоров'я – благополуччя : матеріали Європейської міністерської конференції ВООЗ по системам охорони здоров'я, 25–27 черв. 2008 р., Таллінн, Естонія [Електронний ресурс].* – Шлях доступу : <http://www.who.int/en/> – Назва з екрану.

КАЧЕСТВЕННО НОВАЯ СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОТЕРПЕВШИМ ВО ВРЕМЯ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ НА УРОВНЕ МЕГАПОЛИСА

В. В. Бычков (Киев)

Представлена качественно новая система медицинской помощи потерпевшим во время дорожно-транспортных происшествий на уровне мегаполиса. Особенностью системы является межсекторальный подход в организации медицинской помощи, прогнозирования ДТП и непрерывное повышение качества медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **система медицинской помощи, межсекторальный подход, качество медицинской помощи, дорожно-транспортное происшествие.**

QUALITATIVELY NEW SYSTEM OF MEDICAL CARE BY THE VICTIM OF ROAD AND TRANSPORT INCIDENTS AT THE LEVEL OF THE MEGACITY

V. V. Bichkov (Kyiv)

Qualitatively new system of medical care is submitted to the victim of road and transport incidents at level of megacity. Feature of system is the intersectoral approach in the organization of medical care, forecasting of road accident and continuous improvement of medical care quality.

KEY WORDS: medical care system, intersectoral approach, quality of medical care, road and transport incident.

Рецензент: д.мед.н. О. С. Коваленко

УДК 616-08-07052:65.015.3

О. К. ТОЛСТАНОВ (Житомир)

ОЦІНКА ДОСТУПНОСТІ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ АМБУЛАТОРНИМИ ПАЦІЄНТАМИ ЦЕНТРАЛЬНИХ РАЙОННИХ ЛІКАРЕНЬ

Управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації

Наведено результати соціологічного дослідження щодо оцінки амбулаторними пацієнтами центральних районних лікарень організації роботи лабораторної діагностичної служби.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лабораторна діагностика, пацієнт, центральна районна лікарня.

Триває активна оптимізація системи охорони здоров'я України. Провідними напрямками перетворень в системі охорони здоров'я міста мають бути визначені: підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я; підвищення якості медичного обслуговування; підвищення доступності ліків; запровадження соціального медичного страхування; запровадження професійного менеджменту; моніторинг та аналіз здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги [2,4].

Центральна роль в реалізації цього напрямку належить структурній реорганізації системи відповідно до потреб населення у різних видах медичної допомоги і, передусім, розвитку первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини що передбачає чітке розмежування первинної та вторинної медичної допомоги та створення мережі закладів первинного рівня, переважно у вигляді амбулаторій загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ) та їх устаткування відповідно до затверджених табелів [3].

© О. К. Толстанов, 2010

З метою оптимізації керованості закладів первинної ланки, використання фінансових ресурсів, що виділяються на первинну допомогу, фінансової сталості закладів ПМСД необхідне створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги [1].

Що стосується вторинного рівня, то виходячи з даних доказового менеджменту та найкращого світового досвіду з метою покращання якості вторинної медичної допомоги з одночасним підвищенням ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг пропонується наступна диференціація лікарень за інтенсивністю медичної допомоги, що надається:

– лікарні інтенсивної допомоги – для надання цілодобової медичної допомоги хворим з гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Ресурсне забезпечення лише лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, високоартісного діагностичного та лікувального обладнання, наявності

служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики;

– для проведення планового лікування – для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або долікування з використанням стандартних схем лікування;

– для відновлювального лікування – для відновлення функцій, порушених в результаті захворювання чи травми, з метою або попередження інвалідності, або реабілітації інвалідів, потребують спеціального обладнання (фізіотерапевтичного, тренажерів для лікувальної фізкультури);

– хоспіси – надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним (безнадійно) хворим, потребують спеціального оснащення для надання допомоги і догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського персоналу, та широке залучення волонтерів;

– для медико-соціальної допомоги – забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим, цей заклад потребує мінімального діагностичного та лікувального обладнання, обслуговування забезпечується переважно сестринським персоналом [1].

В цих умовах важливе значення приділяється розвитку лабораторної діагностичної служби [5;6].

Мета роботи: вивчити оцінку організації лабораторної служби в центральних районних лікарнях пацієнтами, які отримують амбулаторну допомогу.

Матеріали і методи: соціологічного дослідження за спеціально розробленою анкетною.

Нами вивчалися питання доступності: як фізичної, так і фінансової лабораторних досліджень, інформаційне забезпечення, рівень задоволення якістю лабораторної діагностики та взаємовідносинами з медичним персоналом під час здачі біоматеріалу для дослідження, а також рівень обговорення результатів дослідження з лікуючим лікарем. Опитування пацієнтів проводилося в 7 ЦРЛ, які функціонують області.

Результати дослідження та їх обговорення. Відповідно до програми дослідження, методом соціологічного дослідження було охоплено 324 пацієнти ЦРЛ, що отримували амбулаторно-поліклінічну допомогу. Віко-статеву характеристику респондентів наведена в табл. 1.

Серед респондентів, які взяли участь у дослідженні, 53,1% склали жінки та 46,9% чоловіки. Найбільшу кількість склали пацієнти у працездатному віці – 59,6% жінок та 61,5% чоловіків

Із загальної кількості респондентів 194 (59,9%) склали жителі сіл і 130 (40,1%) – міські жителі.

Результати оцінки фізичної доступності лабораторних досліджень пацієнтами ЦРЛ наведено в таблиці 2.

Таблиця 1. Віко-статеву характеристику респондентів

Показник	Амбулаторні пацієнти	
	абс.	%
Чоловіки	153	46,9
Вік		
До 18 років	27	17,6
18–60 років	94	61,5
60 років і старше	32	20,9
Жінки	171	53,1
Вік		
До 18 років	31	18,1
18–55 років	102	59,6
55 років і старше	38	22,3

Наведені в таблиці 2 дані вказують на незадовільну організацію роботи лабораторної служби в ЦРЛ, яка полягає у неможливості здати матеріали для проведення аналізів в один день, необхідності кількох візитів до лабораторії за отриманням результатів дослідження та неможливості пройти необхідне обстеження в лабораторії лікарні. Особливе значення це має для сільських жителів.

Наступним кроком дослідження було вивчення фінансової доступності при лабораторних обстеженнях. Було встановлено:

– проходили обстеження безкоштовно повністю – 72 (22,2%) респондентів;

– оплачували частину проведених досліджень – 201 (62,1%);

– оплачували проведення всіх досліджень – 51 (15,7%).

Вивчалися також місце і форма оплати послуг. Місце оплати: каса ЛПЗ – 54 (21,4%) респондентів; лікарняна каса – 138 (54,9%); безпосередньо працівнику лабораторії – 48 (19,0%); лікуючому лікарю – 12 (4,7%). Форма оплати: через лікарняну касу – 138 (54,9%); в якості благодійної допомоги 54 (21,4%); за домовленістю з медичним персоналом – 60 (23,7%). Отримані результати вказують на порушення прав пацієнтів та чинного законодавства про безоплатність медичної допомоги.

Результати вивчення рівня задоволеності респондентів якістю лабораторної діагностики та взаємовідносинами з медичним персоналом під час здачі біоматеріалів для дослідження наведені у таблиці 3.

Наведені в таблиці 3 дані є основою для поглибленого вивчення якості лабораторних досліджень та прийняття відповідних управлінських рішень, адже 21,9% пацієнтів не довіряють результатам дослідження, 24,4% пацієнтів вказують на грубе ставлення до них медичного персоналу.

Таблиця 2. Оцінка фізичної доступності лабораторних досліджень

Показник	Міські жителі		Сільські жителі	
	абс.	%	абс.	%
Можливість здачі аналізів для лабораторних досліджень:				
- в день консультативного прийому спеціалістом	27	20,7	31	15,9
- всіх призначених аналізів в один день	72	55,3	93	47,9
- всіх призначених аналізів за два дні	58	44,6	101	52,1
Можливість отримати результати дослідження:				
- в день здачі аналізів	4	3,0	–	–
- на наступний день	121	93,0	156	80,4
Біоматеріали для проведення всіх досліджень приймаються щоденно	52	40,0	67	34,5
За результатами дослідження необхідно приходити два і більше разів	64	49,2	79	40,7
Результати дослідження медичними працівниками передаються до кабінету лікаря	79	60,7	102	52,5
Пацієнт самостійно забирає результати дослідження в лабораторії	51	39,2	92	47,4
Випадки неможливості отримати результати дослідження	12	9,2	9	4,6
Неможливість здати рекомендовані аналізи в лабораторії ЦРЛ	17	13,0	13	6,7
Лікар надає направлення на здачу аналізів до лабораторій інших ЛПЗ	–	–	–	–
Лікар дає усні рекомендації про можливе місце обстеження	32	24,6	28	14,4
Проведене необхідне обстеження:				
- в обласних ЛПЗ	12	9,2	9	4,6
- в республіканських ЛПЗ	–	–	–	–
- в приватних ЛПЗ	15	11,5	11	5,7
- за кордоном	–	–	–	–
Рекомендоване обстеження не проведене	14	10,8	9	4,6

Таблиця 3. Характеристика ставлення пацієнтів до якості лабораторних досліджень та виконання медичними працівниками правил медичної етики

Показник	Абс.	%
Якість лабораторних досліджень висока	59	18,2
Якість лабораторних досліджень відповідає потребам	194	59,0
Якість лабораторних досліджень низька	71	21,9
Довіряєте отриманим результатам	68	20,9
Довіряєте отриманим результатам певною мірою	185	57,2
Не довіряєте отриманим результатам	71	21,9
Ставлення медичних працівників:		
- грубе	79	24,4
- байдуже	113	34,8
- доброзичливе	132	40,8

Інформаційне забезпечення процесу лабораторного обстеження нами було умовно розподілено на два періоди: призначення дослідження і підготовки до обстеження та здачі аналізів; отримання результатів.

В ході дослідження отримані наступні результати:

1. Обговорення результатів з лікуючим лікарем – 89 (27,4%);

2. Коментарі результатів лікуючим лікарем – 139 (42,9%);

3. Коментарі результатів лаборантом – 59 (18,3%);

4. Отримані результати без роз'яснення пацієнту – 37 (11,4%).

Крім того, в ході дослідження встановлено, що 40,2% сільських та 39,2% міських пацієнтів не отримали від лікаря або медичної сестри

роз'яснення щодо підготовки до обстеження, конкретне місце та час здачі аналізів.

Висновки

Результати дослідження показали незадовільну організацію роботи лабораторної служби в ЦРЛ, яка полягає у неможливості здати матеріали для проведення аналізів в один день, необхідності кількох візитів до лабораторії за для отримання результатів дослідження та неможливості пройти необхідне обстеження в лабораторії лікарні.

Тільки 22,2% пацієнтів проходили лабораторне обстеження безкоштовно, при цьому 21,9% пацієнтів не довіряють результатам дослідження та 24,4% пацієнтів вказують на грубе ставлення до них медичного персоналу. Без роз'яснення отримали результати дослідження 11,4% пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням задоволеності пацієнтів стаціонарних пацієнтів організацією лабораторної справи.

Список літератури

1. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
2. Матеріали підсумкової колегії МОЗ України, 3 березня 2010 р. [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : <http://www.apteka.ua/article/8309?print=1>. – Назва з екрану.
3. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації». 2009 / за ред. З. М. Митника, Г. О. Слабкого ; МОЗ України, ДУ «Укр. ін.-т стратегічних досліджень МОЗ України». – К., 2010. – 153 с.
4. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні : [спільний звіт] / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
5. Толстанов О. К. Використання коефіцієнта поєднання для діагностики та статистичного аналізу захворюваності у поліморбінтних пацієнтів / О. К. Толстанов., Шатило В.Й., Свиридчук В.З. //Вісник соц.гігієни та організації охорони здоров'я України. 2010 №1 – С. 37–43
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік .– К., 2007. – 398 с.

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ АМБУЛАТОРНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ

А. К. Толстанов (Житомир)

Приведены результаты социологического исследования относительно оценки пациентами центральных районных больниц организации работы лабораторной диагностической службы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: лабораторная диагностика, пациент, центральная районная больница.

ESTIMATION OF AVAILABILITY OF LABORATORY DIAGNOSTICS BY OUT-PATIENT PATIENTS OF THE CENTRAL REGIONAL HOSPITALS

О. К. Tolstanov (Zhitomir)

Results of sociological research concerning an estimation have been resulted by ambulatory patients of the central regional hospitals of organization of work laboratory diagnostic service.

KEY WORDS: laboratory diagnostic, patient, central regional hospital.

Рецензент: д.мед.н. В. Й. Шатило

УДК 612.014.464:612.017.1:612.015

О. Г. БУРЯК, Ю. Б. ЯЦЕНКО, Д. Ю. НЕЧИТАЙЛО, С. І. БАСИСТИЙ (Чернівці, Київ)

ЗАСТОСУВАННЯ КОНДЕНСАТУ ВИДИХУВАНОВОГО ПОВІТРЯ ЯК БІОЛОГІЧНОГО СЕРЕДОВИЩА ДЛЯ ІМУНО-БІОХІМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Буковинський державний медичний університет
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
Комунальна медична установа «Міська дитяча клінічна лікарня», м. Чернівці

Наведено сучасні погляди на застосування конденсату видихуваного повітря як нового та перспективного біологічного матеріалу для проведення імуно-біохімічних досліджень, зокрема для діагностики запального процесу на альвеоло-бронхіальному рівні у новонароджених з тяжкими дихальними розладами.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: конденсат видихуваного повітря, бронхолегенева патологія, неінвазивні методи дослідження, новонароджені.

Останнім часом в усіх сферах клінічної медицини зростає інтерес до вивчення конденсату видихуваного повітря, оскільки дана методика є неінвазивною та її можна проводити тяжко хворим дітям, що знаходяться на апараті штучної вентиляції легень [1;6]. У конденсаті повітря, що видихується, на даний час можна визначати до 200 різноманітних сполук [20].

Мета дослідження – висвітлити сучасні погляди щодо застосування конденсату видихуваного повітря як біологічного матеріалу для проведення діагностичних досліджень при діагностиці запального процесу в легенях у новонароджених з тяжкими дихальними розладами.

Методи: інформаційно-аналітичний

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідженнями W.A. Marinelly, C.A. Henke (1990 р.) та F.W. Khan, R. Jones (1996 р.) доведено, що бронхоальвеолярний лаваж дозволяє отримати клітинні та безклітинні елементи, медіатори ушкодження переважно з альвеолярної поверхні при незначному домішку вмісту бронхів. Цей метод не дає можливості ідентифікувати локалізацію процесу в бронхах або в альвеолах, але дозволяє загалом оцінити зміни у легенях [3;7].

Інші дослідження показують, що найкращим методом дослідження трахеобронхіального дерева та аерогематичних мембран є конденсат повітря, що видихується хворим. Даний метод є, по-перше, неінвазивним порівняно з фібробронхоскопією, по-друге – більш доступним щодо необхідності спеціальних засобів для проведення забору матеріалу для дослідження.

У світовій літературі конденсат видихуваного повітря становить особливий інтерес щодо мож-

ливостей використання його як біологічного матеріалу для імуно-біохімічних досліджень. У чому ж унікальність даної методики?

Конденсат видихуваного повітря – це середовище, яке відображає варіанти біохімічної індивідуальності в нормі і при патології. Склад повітря, що видихується, і крові взаємозв'язаний, що дозволяє у деяких випадках відмовитися від досліджень крові і проводити оцінку концентрації цих речовин в експіраті. Діагностичні можливості конденсату видихуваного повітря підтверджуються і тим, що концентрації бронхоальвеолярних речовин в ньому і в легеневої тканині змінюються однонаправлено (рис.) [9].

Традиційні методи оцінки активності запалення в дихальних шляхах включають аналіз звичайного й індукованого мокротиння, бронхоальвеолярного лаважу і бронхобіопсії [2;4;19]. Індукування мокротиння інгаляціями гіпертонічного розчину хлориду натрію може змінювати склад одержуваних зразків, а також викликати бронхоконстрикцію [17].

Для отримання бронхоальвеолярного лаважу і бронхобіоптатів необхідне проведення бронхоскопії, однак цей метод діагностики не можна застосовувати у тяжких хворих, дітей і в амбулаторній практиці, тому що він є інвазивним і травматичним. Цим можна пояснити зростання інтересу до аналізу легеневого експірату – простого неінвазивного методу оцінки ступеня запалення дихальних шляхів, що сприяє діагностиці захворювань органів дихання та оцінці ефективності проведеного лікування. У даний час дослідження конденсату видихуваного повітря є одним з найбільш перспективних

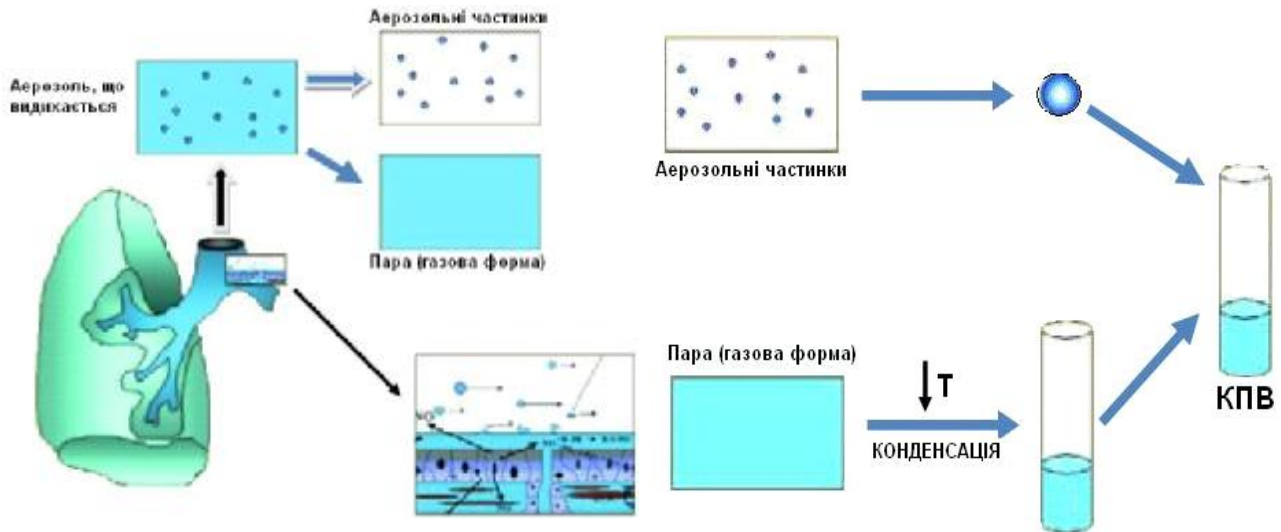


Рис. Схема утворення конденсату повітря, що видихується

напрямок у пульмонології та активно впроваджується в клінічну практику. Вологовидільна функція легень тісно пов'язана з продукцією в альвеолах і бронхах рідкого секрету, надлишок рідини з якого абсорбується епітелієм верхніх дихальних шляхів. Абсорбція рідини цими сегментами дихальних шляхів є результатом узгодженої роботи іонотранспортуючих систем, що здійснюють в клітинах дихального епітелію процеси абсорбції і секреції хлориду натрію і осмотично-вільної води [13;22]. Отже, конденсат видихуваного повітря має певний іонний склад, який відображає ці процеси. Провідним патогенетичним механізмом розвитку і прогресування більшості хвороб легень є запалення дихальних шляхів, яке супроводжується дисбалансом в системах оксиданти-антиоксиданти і протеоліз-антипротеоліз. При цьому змінюється склад рідини, яка вистилає епітелій дихальних шляхів та містить велику кількість летких і нелетких біологічно активних речовин [19]. Значна частина цих сполук може бути використана в якості біомаркерів стану епітелію дихальних шляхів при багатьох захворюваннях органів дихання. Методи визначення біомаркерів у легеневих експіратах постійно удосконалюються, розробляються більш чутливі й селективні методи, зокрема з використанням сенсорів для детекції низьких концентрацій пероксиду водню [12;21].

Таким чином, дослідження конденсату видихуваного повітря є новим та перспективним методом діагностики запального процесу та окисного статусу дихальної системи [11;14;19]. З методологічної точки зору вивчення легеневих експіратів можна розцінити як практично єдиний доступний спосіб для всебічного дослідження мікросередовища та граничних мемб-

ран аерогематичного бар'єра та трахеобронхіального дерева.

Особливої актуальності набуває дослідження легеневих експіратів у неонатальній практиці, що пов'язано з обмеженням можливості проведення дослідження крові серед новонароджених у зв'язку з інвазивністю існуючих методик та великою кількістю крові, необхідної для дослідження (загальний об'єм циркулюючої крові новонародженої дитини становить 80 мл/кг маси тіла дитини). Крім того, аналіз конденсату видихуваного повітря, особливо порівняно з іншими біосередовищами, дозволяє більш повно дослідити фізіологію дихання та патогенез розвитку захворювань органів бронхолегеневої системи [18]. Вивчення біохімічних та імунологічних змін у легеневих експіратах у дітей з ризиком розвитку тяжкої дихальної недостатності може виступати важливим діагностичним та прогностичним критерієм, тому що інші методи діагностують паренхіматозну дихальну недостатність на більш пізніх стадіях розвитку [15;16].

В умовах відділення інтенсивної терапії методика збору конденсату досить проста. Легеневий експірат у пацієнтів, які знаходяться на керованій механічній вентиляції легень, збирають з дихального контуру апарату штучної вентиляції легень на видиху. Незважаючи на те, що дослідження конденсату видихуваного повітря є єдиним методом діагностики, який дозволяє оцінити запальний процес в легенях на будь-якому етапі штучної вентиляції легень, причому не погіршуючи при цьому стан пацієнта, на сьогодні роботи в даному напрямку поодинокі.

Збір конденсату видихуваного повітря є першим методом в пульмонології, який сам по собі не впливає на зібрані зразки. Біологічні моле-

кули потрапляють в легеневий експірат з бронхіального і альвеолярного аерозолей, які формуються при випаровуванні рідини, що прилягає до ендотеліальної вистилки. Саме ця рідина є межею розділу між клітинами респіраторного тракту і зовнішнім середовищем [5].

Конденсат видихуваного повітря має достатню поверхневу активність, причому різні об'єми рідини дають приблизно однакові результати. Вміст у респіраторній рідині невисоких, іноді навіть мізерних, концентрацій поверхнево-активних речовин вже вимагає пошуку нових методів дослідження [8].

Проведені впродовж останніх 5 років дослідження конденсату видихуваного повітря у новонароджених в критичних станах показали доцільність дослідження рівнів метаболітів оксиду азоту та продуктів пероксидного окиснення білків та ліпідів в легневих експіратах з метою ранньої діагностики дихальної недостатності легеневого ґенезу, а також діагностичну чутливість та специфічність даних біохімічних тестів у діагностиці даної патології [10].

Аналізуючи вищенаведені факти, можна виділити наступні переваги методу збору та дослідження конденсату повітря, що видихується:

1. Неінвазивний, атравматичний, простота збору.
2. Не впливає на зібрані зразки.
3. Порівнянність змін складу легневих експіратів з тими, які виявляються при використанні

традиційних методів (бронхоальвеолярний лаваж, індукована мокрота).

4. Безпека для слизової бронхів, відсутність чинника розведення, що мають місце при проведеної бронхоскопії і бронхоальвеолярного лаважу.

5. Доступність для пацієнтів будь-якого віку і тяжкості легеневої патології.

Висновки

Аналіз легневих експіратів стає в один ряд з іншими методами дослідження і дозволяє вирішити ряд проблем медицини, які пов'язані з патофізіологією захворювань респіраторного тракту. Проте даний підхід до вивчення запальних процесів дихальних шляхів все ще знаходиться на ранній стадії розвитку, і в цій галузі залишається багато не вирішених питань. Дослідження конденсату видихуваного повітря є новим підходом до моніторингу легневих захворювань, який в майбутньому може мати величезний потенціал.

Перспективи подальших досліджень полягають в вивченні діагностичної цінності змін імунно-біохімічних показників легневих експіратів у новонароджених з тяжкими дихальними розладами на тлі різних патологічних станів, що супроводжуються респіраторними розладами з позиції доказової медицини з метою можливості застосування даного неінвазивного методу діагностики у клінічній практиці.

Список літератури

1. Анаев Э. Х. Исследование конденсата выдыхаемого воздуха в пульмонологии (обзор зарубежной литературы) / Э. Х. Анаев, А. Г. Чучалин // Пульмонология. – 2002. – № 2. – С. 57–65.
2. Анаев Э. Х. Конденсат выдыхаемого воздуха в диагностике и оценке эффективности лечения болезней органов дыхания / Э. Х. Анаев, А. Г. Чучалин // Пульмонология. – 2006. – № 4. – С. 12–20.
3. Голубовская О. А. Острый респираторный дистресс-синдром взрослых с позиции инфекциониста / О. А. Голубовская, А. В. Шкурба // Сучасні інфекції. – 2007. – № 2. – С. 56–66.
4. Климанов И. А. Механизмы формирования конденсата выдыхаемого воздуха и маркеры оксидативного стресса при патологиях респираторного тракта / И. А. Климанов, С. К. Соодаева // Пульмонология. – 2009. – № 2. – С. 113–119.
5. Смирнов А. С. Конденсат выдыхаемого воздуха. Подходы к диагностике заболеваний легких / А. С. Смирнов, А. Е. Скрыгин, А. Д. Таганович // БМЖ. – 2004. – № 3 (9).
6. Смирнов А. С. Применение метода множественной линейной регрессии для оценки повреждения легких, вызванного искусственной вентиляцией, по маркерам в конденсате выдыхаемого воздуха / А. С. Смирнов, А. Д. Таганович // БМЖ. – 2006. – № 2 (16).
7. Современные бронхологические методы исследования в системе диагностики синдрома дыхательных расстройств взрослых / Г. А. Рябов, Т. Ю. Чилина, С. И. Дорохов [и др.] // Анестезиол. и реаниматол. – 1998. – № 3. – С. 27–31.
8. Физико-химические свойства конденсата выдыхаемого воздуха у здоровых людей / О. В. Синявченко, В. Н. Казаков, А. А. Фаерман [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. – 2003. – № 11. – С. 23–34.
9. Яценко Ю. Б. Неінвазивний метод діагностики дихальних розладів легеневого походження у новонароджених при критичних станах : метод. реком. / Ю. Б. Яценко, О. Г. Буряк. – К. : Укрмедпатентінформ, 2010. – 25 с.
10. Яценко Ю. Б. Синдром гострого пошкодження легень у новонароджених (патогенез, діагностика, прогнозування перебігу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.10 «Педіатрія» / Ю. Б. Яценко. – К., 2007. – 35 с.

11. Cheah F. C. Problems associated with collecting breath condensate for the measurement of exhaled hydrogen peroxide from neonates on respiratory support / F. C. Cheah, B. A. Darlow, C. C. Winterbourn // *Biol. Neonate.* – 2003. – Vol. 84. – P. 338–341.
12. Elevated exhalation of hydrogen peroxide and thiobarbituric acid reactive substances in patients with community acquired pneumonia / E. Majewska, M. Kasielski, R. Luczynski [et al.] // *Respir. Med.* – 2004. – Vol. 98 (7). – P. 669–676.
13. Exhaled breath condensate in children: pearls and pitfalls / P. P. Rosias, E. Dompeling, H. J. Hendriks [et al.] // *Pediatr. Allergy Immunol.* – 2004. – Vol. 15 (1). – P. 4–19.
14. Exhaled breath condensate nitrite and its relation to tidal volume in acute lung injury / C. Gessner, S. Hammerschmidt, H. Kuhn [et al.] // *Chest.* – 2003. – Vol. 124. – P. 1046–1052.
15. Holz O. Catching breath: monitoring airway inflammation using exhaled breath condensate / O. Holz // *Eur. Respir. J.* – 2005. – Vol. 26, № 3. – P. 371–372.
16. Horvath I. Exhaled breath condensate: methodological recommendations and unresolved questions / I. Horvath, J. Hunt, P. J. Barnes // *Eur. Respir. J.* – 2005. – Vol. 26. – P. 523–548.
17. Inflammatory response to sputum induction measured by exhaled markers / A. Antczak, S. A. Kharitonov, P. Montuschi [et al.] // *Respiration.* – 2005. – Vol. 72 (6). – P. 594–599.
18. Interactions between neutrophils and cytokines in blood and alveolar spaces during ARDS / S. Chollet-Martin, B. Jourdain, C. Gibert [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 1996. – Vol. 154, № 3. – P. 594–601.
19. Kharitonov S. A. Exhaled markers of pulmonary disease / S. A. Kharitonov, P. J. Barnes // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2001. – Vol. 163. – P. 1693–1722.
20. Montuschi P. Analysis of exhaled breath condensate in respiratory medicine: methodological aspects and potential clinical applications / P. Montuschi // *Respiratory Disease.* – 2007. – № 1. – P. 5–23.
21. Oxidative stress in expired breath condensate of patients with COPD / K. Kostikas, G. Papatheodorou, K. Psathakis [et al.] // *Chest.* – 2003. – Vol. 124 (4). – P. 1373–1380.
22. Reduced pH and chloride levels in exhaled breath condensate of patients with chronic cough / A. Niimi, L. T. Nguyen, O. Usmani [et al.] // *Thorax.* – 2004. – Vol. 59 (7). – P. 608–612.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА В КАЧЕСТВЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО СУБСТРАТА ДЛЯ ИММУНО-БИОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

А.Г. Буряк, Ю.Б. Ященко, Д.Ю. Нечитайло, С.И. Басистый (Черновцы, Киев)

Представлен современный взгляд на использование конденсата выдыхаемого воздуха как нового и перспективного биологического материала для проведения иммуно-биохимических исследований, в том числе для диагностики воспалительного процесса на альвеоло-бронхиальном уровне у новорожденных с тяжелыми дыхательными расстройствами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: конденсат выдыхаемого воздуха, бронхолегочная патология, неинвазивные методы исследования, новорожденные.

USE OF THE CONDENSATE OF EXHALED AIR AS BIOLOGICAL SUBSTRATE FOR IMMUNOLOGIC-BIOCHEMICAL RESEARCH

A.G. Buriak, Y.B. Jashchenko, D.Y. Nechytallo, S.I. Basistyj (Chernivtsi, Kyiv)

The modern view on use of a condensate of exhaled air as new and perspective biological material for carrying out of immunologic-biochemical research, including for diagnostics of inflammatory process at alveolo-bronchial level in newborns with acute respiratory disorders is presented.

KEYWORDS: condensate of exhaled air, bronchopulmonary pathology, non-invasive research methods, newborn.

Рецензент: д.мед.н., проф. С. Н. Вадзюк

О. О. КОРЧИНСЬКА, У. В. ВОЛОШИНА, Є. Е. ДАНКАНИЧ (Ужгород)

КЕСАРСЬКИЙ РОЗТИН ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЕНДОМЕТРІОЗУ

Ужгородський національний університет
Ужгородський міський перинатальний центр

Проаналізовано особливості перебігу ендометріозу у жінок з кесарським розтином в анамнезі. Показано, що оперативне розродження є вагомим фактором ризику цієї патології.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ендометріоз, кесарський розтин.

Генітальний ендометріоз є однією з найважливіших проблем сучасної гінекології. Займаючи III місце в структурі гінекологічної захворюваності, ендометріоз належить до соціально значущих проблем сучасної медицини, що обумовлено низкою факторів:

- медико-соціальними – є частою причиною порушення працездатності та репродуктивної функції жінок [11];
- лікувально-діагностичними – складність клінічної діагностики та консервативної терапії на пізніх стадіях розвитку захворювання [1;6];
- онкологічним – збільшується число спостережень хворих із давніми злоякісними захворюваннями, що на ранніх етапах були діагностовані як ендометріоз [1].

У загальній популяції жінок частота ендометріозу коливається від 6,2% до 50% [3;7]. Дана патологія виявляється при наступних станах: хронічний тазовий біль – 33–74%, альгодисменорея – 40–60%, безпліддя – 40–50% [2;3;4;8;10]. За даними ВООЗ, близько 25–30% жінок репродуктивного віку хворіють на ендометріоз [5].

Згідно з офіційним виданням центру медичної статистики МОЗ України “Стан здоров’я жіночого населення в Україні” за 2003–2005 роки, у 2003 р. ендометріоз виявлявся серед жіночого населення в цілому в 0,1% випадків (27516 жінок), в 2004 р. – 0,115% (29377 жінок), а в 2005 р. – 0,21% (29147 жінок) [6].

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, виявлення генітального ендометріозу на 100 тис. жіночого населення мало тенденцію до зростання (табл.).

На сьогоднішній день з методів оперативного розродження найбільш розповсюдженим є

Таблиця. Частота ендометріозу серед жінок України у 2002–2005 рр.

Показник/роки	2002	2003	2004	2005
Виявлено ЕМ на 100000 жінок	7,5	8,4	9,6	10,9

кесарський розтин. Даний метод розродження має особливе значення для зниження дитячої та перинатальної захворюваності та смертності, а отже покращання здоров’я майбутніх поколінь. Збільшення кількості кесарських розтинів зумовлено ростом показань до операції, серед яких в останні десятиліття пріоритетними є відносні в інтересах плода. Водночас залишається відкритим питання про віддалені наслідки кесарського розтину для здоров’я матері. Відомо, що при абдомінальному розродженні ризик материнської смертності у десять разів, а ризик розвитку ускладнень – у 10–26 разів вищий порівняно з фізіологічними пологами [9]. Частота кесарського розтину невинно зростає (рис. 1).

Як видно з рисунку 1, кількість кесарських розтинів у Закарпатській області за 18 років зросла майже у 4 рази, а у Львівській, Тернопільській, Чернівецькій областях – удвічі. Порівнюючи кількість кесарських розтинів Закарпатської області з іншими областями потрібно врахувати, що у Львівській області чисельність жіночого населення удвічі більша, ніж у Закарпатській.

Цілком можливе механічне занесення частинок ендометрія руками хірурга та інструментарієм на краї операційної рани та інші органи під час акушерських і гінекологічних операцій, що пов’язані із розкриттям порожнини матки та хірургічною травмою ендометрія. Такий же механізм

Кількість кесарських розтинів

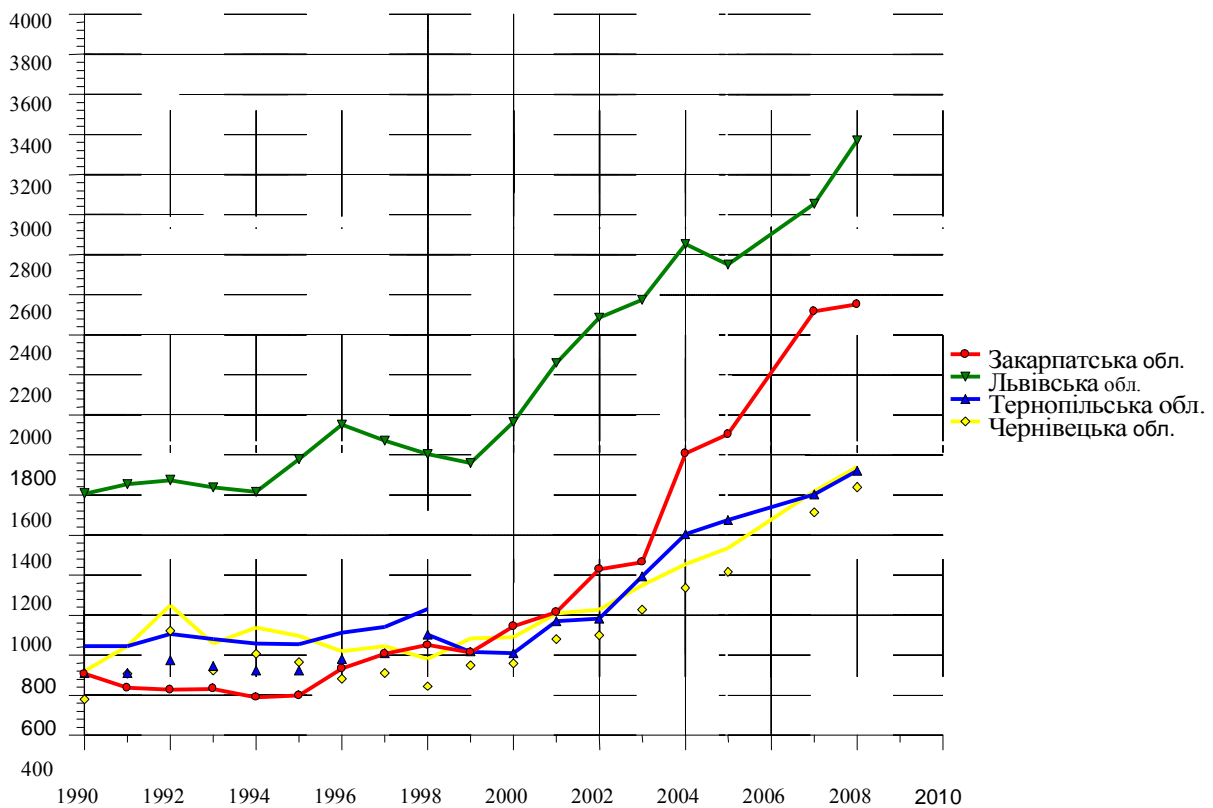


Рис. 1. Динаміка частоти кесарського розтину в Західній Україні у 1990–2010 рр.

виникнення ендометріозу під час хірургічних втручань, що виконувалися під час або відразу після закінчення менструації, коли у прямокишково-маткову заглибину потрапляє ретроградно по маткових трубах менструальна кров. Життєздатні елементи ендометрія, що знаходяться в ній, руками хірурга та інструментами можуть бути перенесені в інше місце [2].

Встановлено, що хірургічні втручання сприяють безпосередньому інфільтративному проростанню клітин ендометрія в стінку матки, що призводить до розвитку аденоміозу. Крім того, хірургічна травма ендометрія сприяє потраплянню елементів слизової оболонки матки в кров та лімфу і поширенню їх в інші органи, що було доведено в дослідженнях А. Vardos (1973), Я. В. Бохман (1977).

У наукових джерелах ми не знайшли даних щодо особливостей розвитку ендометріозу у жінок з кесарським розтином в анамнезі.

Метою нашої роботи стала оцінка впливу факторів ризику розвитку ендометріозу у жінок з кесарським розтином в анамнезі.

Матеріали і методи дослідження. Вивчалися карти диспансерного обліку жінок з ендометріозом, вперше виявленим у 2005–2009 рр.

у м. Ужгород. Для підтвердження діагнозу були використані клінічні та параклінічні методи дослідження: збір анамнезу, огляд, УЗД органів малого тазу, гістероскопія, кольпоскопія, визначення гормонального статусу та онкомаркера (CA-125).

Результати дослідження та їх обговорення. Всього виявлено 57 жінок з вперше встановленим діагнозом ендометріозу, з них 39 в анамнезі мали кесарський розтин (68,4%). Середній вік жінок склав $27 \pm 1,3$ року.

Виявлено ендометріоз у перші 6–12 місяців після кесарського розтину у 82,1% жінок, у решти 17,9% жінок – через 16–20 місяців (рис. 2).

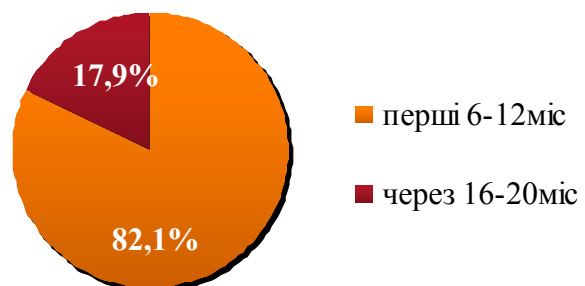


Рис. 2. Час діагностики ендометріозу з моменту кесарського розтину

Особливостями перебігу вагітності у жінок з ендометріозом та кесарським розтином в анамнезі були: загроза невиношування вагітності

(100%), анемія вагітних (46,15%), дисфункція плаценти (28,20%), прееклампсія легкого (10,26%) та середнього ступеня (7,69%) (рис. 3).

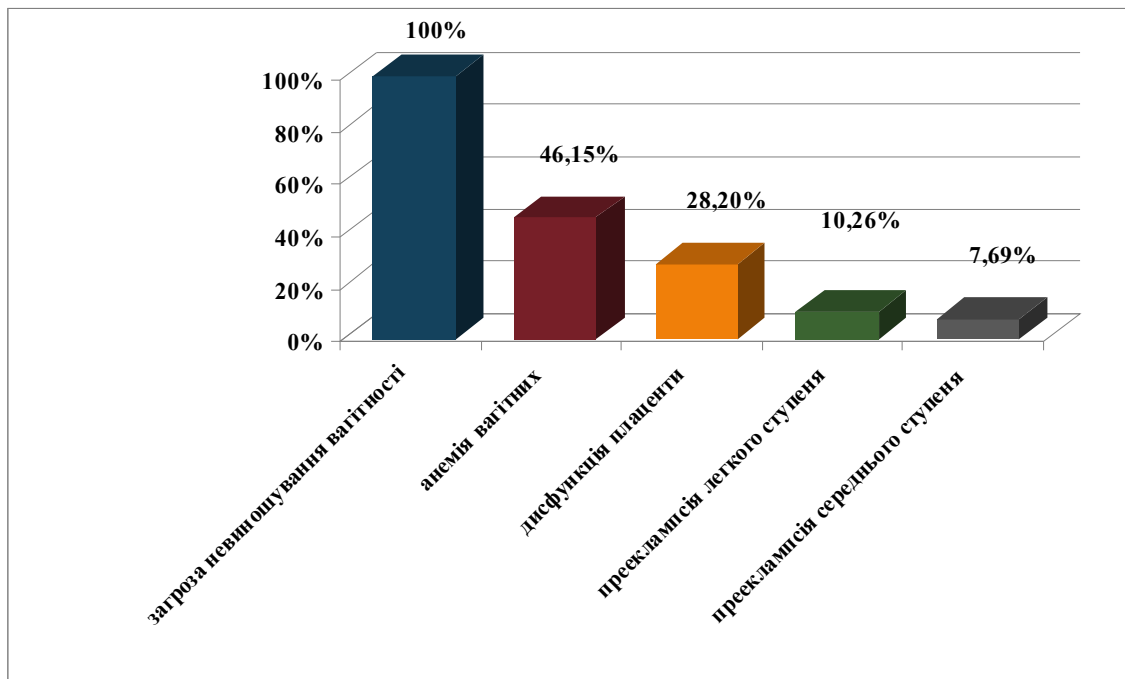


Рис. 3. Особливості перебігу вагітності у жінок з ендометріозом та кесарським розтином в анамнезі

При вивченні даних анамнезу цих жінок привертала увагу значна частота дисгормональних порушень, що є причиною загрози невиношування та вторинної безплідності. У 46,2% жінок з недостатністю лютеїнової фази виявлено гіпогестагенію незалежно від віку в II фазі менструального циклу. Результати наших досліджень знаходять підтвердження в науковій літературі, згідно з даними якої на початкових стадіях розвитку ендометріозу поряд із збереженим двофазним циклом та овуляторними піками гонадотропних гормонів з'являлися додаткові піки цих гормонів у фолікулярну та лютеїнову фази циклу. Концентрація лютеїнізуючого гормону протягом всього менструального циклу, включаючи овуляторний пік, була різко підвищена, а вміст фолікулостимулюючого гормону – значно зниженим. Крім того, було виявлено закономірне збільшення пролактину в середині циклу [2]. У більшості пацієнток з гіперпролактинемією (35,9%) виявляється галакторея, однак частота її не корелює ні з характером менструального циклу, ні зі ступенем гіперпролактинемії. Також спостерігалася поширеність гінекологічної патології – кісти та кістоми яєчників (17,95%), лейоміоми матки (12,82%); 76,9% жінок мали повторний кесарський розтин в анамнезі; післяпологовий період у 61,54% жінок ускладнився інфекційно-запальним процесом. Діагностовано автоімунний

тиреїдит у 10,3% жінок, в яких виявлялися пригнічення преовуляторного піку лютеїнізуючого гормону, зниження чутливості гонад до гормонів, наслідком чого були або недостатність лютеїнової фази, або ановуляція і безпліддя. Ревматоїдний артрит – 7,69% жінок з характерними ознаками різкого порушення імунологічного гомеостазу, які проявляються дефіцитом Т- і В-клітинної ланки, дизімуноглобулінемією в сироватці крові, появою циркулюючих імунних комплексів, в склад яких входили імуноглобуліни класів М, G, А, зниженням лізоциму в цервікальному слизу, у фолікулярній і перитонеальній рідині. Спадкові форми ендометріозу виявлено у 25,6% жінок із характерним порушенням менструальної та репродуктивної функції та верифікованим діагнозом у родичок I та II покоління.

Показаннями до проведення кесарського розтину були: дистрес плода (35,9%), резистентні до медикаментозної терапії аномалії пологової діяльності (20,51%), клінічно вузький таз (12,82%), тазове передлежання великого плода (10,26%), лікування безпліддя понад сім років (7,69%), тазове передлежання першого плода при двійні (5,13%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (5,13%), повне передлежання плаценти (2,56%) (рис. 4).

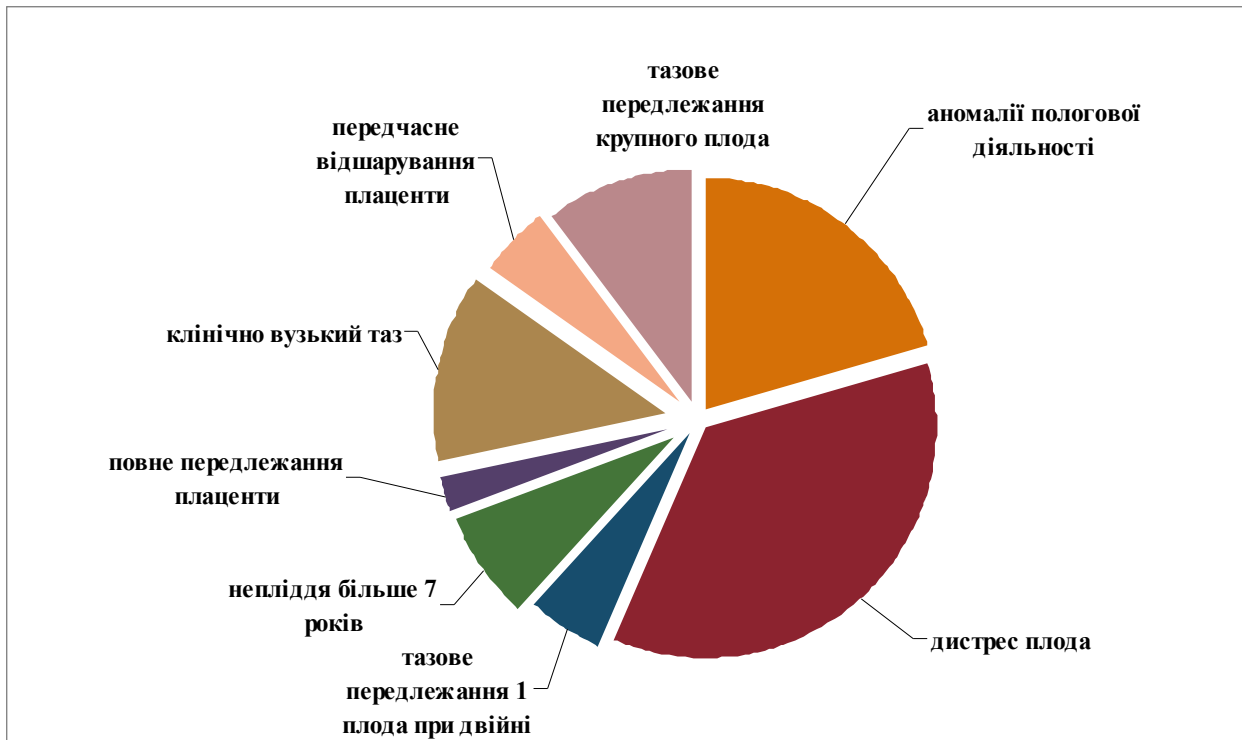


Рис. 4. Структура кесарського розтину у жінок з ендометріозом

Серед жінок з кесарським розтином в анамнезі та ендометріозом виявлено наступні скарги (за частотою):

- у 100% жінок провідним симптомом цього захворювання був хронічний тазовий біль. Вираженість та інтенсивність больового синдрому залежить від: локалізації ендометріодних ектопій, особливо виражений біль при ендометріозі перешийки матки, крижово-маткових зв'язок та вузлової форми аденоміозу; ступеня поширеності процесу; тривалості захворювання; індивідуальних особливостей – порогу больового відчуття та ситуаційних факторів;

- альгодисменорея турбувала 87,2% жінок та характеризувалася взаємозв'язком між ступенем вираженості дисменореї та порушенням працездатності;

- порушення менструальної функції за типом гіперполіменореї діагностовано у 76,9% жінок і спостерігалось здебільшого при аденоміозі матки;

- диспареунія – біль та дискомфорт при статевому акті – у 69,2%;

- вторинне безпліддя – у 25,6% жінок. Основною причиною його були ановуляція на фоні гіперестрогенії та недостатність лютеїнової фази.

У жінок з ендометріозом та кесарським розтином в анамнезі найбільш часто мали місце наступні локалізації патології:

- ендометріоз післяопераційного рубця – у 28,2% жінок. Він виникає в результаті розростання ендометрія по матково-очеревинних но-

рицях після кесарського розтину. Перед менструацією спостерігалось посилення болю в ділянці рубця та пальпувалися щільні вузлики чи кістозні утворення розміром з горошину або більші;

- ендометріоз шийки матки виявлено у 66,6% хворих з характерними скаргами на масткі перед- та постменструальні кров'янисті виділення мимовільного чи контактного характеру;

- аденоміоз виявлено у 100% жінок, у яких спостерігалась зміна розмірів матки та структури міометрія залежно від фази менструального циклу, поступове зростання проявів альгодисменореї чи гіперполіменореї після кесарського розтину.

Висновки

1. Ендометріоз – поліетіологічний процес, який розвивається на фоні гормональних та імунних порушень у жінок з кесарським розтином в анамнезі.

2. Кесарський розтин є важливим аспектом виникнення та прогресування ендометріозу.

3. У зв'язку із зростанням числа кесарських розтинів (за 18 років у 4 рази по Закарпатській обл.) спостерігатиметься збільшення частоти випадків ендометріозу серед жінок репродуктивного віку, що вимагає розробки ефективних лікувально-профілактичних заходів.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці ефективних лікувально-профілактичних заходів у жінок з ендометріозом.

Список літератури

1. Адамян Л. В. Эндометриозы : рук-во для врачей / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков. – М. : Медицина, 1998. – 316 с.
2. Баскаков В. П. Эндометриозидная болезнь / В. П. Баскаков, Ю. В. Цвелев, Е. Ф. Кира. – СПб. : НЛ, 2002. – 452 с.
3. Корсак В. С. Эндометриоз и ВРТ / В. С. Корсак, О. Е. Васильева, Э. В. Исакова // Проблемы репродуктологии. – 2006. – Т. 12, № 3. – С. 41–46.
4. Кулаков В. И. Вспомогательная репродукция: настоящее и будущее / В. И. Кулаков // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 1. – С. 3–7.
5. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / под ред. акад. РАМН Г. М. Савельевой. – М. : МИА, 2006. – С. 518–526.
6. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2005 рік / за ред. В. Л. Весельського. – К., 2006.
7. Стрижаков А. Н. Эндометриоз / А. Н. Стрижаков, Л. Г. Тумилович // Справочник по акушерству и гинекологии. – М., 1996. – С. 292–296.
8. Теория и практика гинекологической эндокринологии / под ред. проф. З. М. Дубоссарской. – Днепропетровск : Лира ЛТД, 2005. – С. 298–315.
9. Чернуха Е. А. Кесарево сечение – настоящее и будущее / Е. А. Чернуха // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 5. – С. 22–28.
10. Guo S. W. The prevalens of endometriosis in woman with chronic pelvic pain / S. W. Guo, V. V. Wund // Gynecol Obstet. Invest – 2000. – Vol. 62 (3). – P. 121–130.
11. Rice V. M. Conventional medical therapies for endometriosis / V. M. Rice // Ann. N.Y. Acad. Sci. – 2002. – Vol. 955. – С. 343–352.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

О. А. Корчинская, У. В. Волошина, Е. Э. Данканич (Ужгород)

Проанализированы особенности течения эндометриоза у женщин с кесаревым сечением в анамнезе. Показано, что оперативное родоразрешение является весомым фактором риска этой патологии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **эндометриоз, кесарево сечение.**

CAESAREAN SECTION AS A RISK FACTOR OF DEVELOPMENT OF ENDOMETRIOSIS

О. А. Korchynska, U. V. Voloshyna, E. Ye. Dankanych (Uzhgorod)

In this article the features of motion of endometriosis for women with a caesarean section in anamnesis have been analysed. It is shown that operative delivery is the ponderable factor of risk of this pathology.

KEY WORDS: **endometriosis, caesarean section.**

Рецензент: д.мед.н. Ю. Б. Ященко

Я. В. ГАНІТКЕВИЧ (Львів)

ДО ІСТОРІЇ ТЕРОРУ КОМУНІСТИЧНОГО РЕЖИМУ РАДЯНСЬКОГО СОЮЗУ ЩОДО ЛІКАРІВ РАДЯНСЬКОЇ УКРАЇНИ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Представлені матеріали про репресування лікарів радянської України всіх поглядів і національностей протягом 1919-1953 рр., про репресування українських лікарів-учених, засновників українських національних науково-медичних шкіл в 1928-1941 рр., і ініційованого Сталіним «поділу лікарів» в 1952-1953 рр. Приведені дані про 622 репресованих лікарів, з них 142 розстріляних і 337 відправлених до концентраційних таборів Гулагу; показано переважне знищення лікарів-українців. Приведені факти про арешти (близько 50 осіб) і розстріли (7 осіб) українських учених-медиків, описана історія «справи лікарів».

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лікарі, репресії, радянська Україна.

Останніми роками все більш відомими стають злочини комуністичного режиму в СРСР проти людськості. Європейська громадськість прирівняла протилюдську спрямованість гітлерівського нацизму і сталінського комунізму.

Історії терору комуністичного режиму в СРСР проти свого народу присвячено багато праць як в Україні (1, 2, 7, 22, 25, 26) так і у світовій літературі (29, 30). Почавши від Р.Конквеста (14) досить широко висвітлено спланований комуністичним режимом геноцид-голодомор 1932-1933 рр. в Україні (7, 18, 25, 27, 31). З'явилося немало публікацій про «розстріляне відродження» - масове вбивство українських літераторів, письменників, поетів, митців, бандуристів (11, 12, 13, 18). В той же час немає фактичних матеріалів про масові репресії щодо окремих професіоналів, зокрема щодо найбільш гуманної у світі професії - лікарів. Лише в окремих мало доступних публікаціях наводяться дані про репресування деяких українських науковців (10, 20).

Після розпаду СРСР в Україні розсекречено архіви НКВД і КДБ, удоступлено для дослідників відомості про роботу репресивних органів комуністичного режиму. В усіх областях України створено спеціальні групи, які досліджують архівні матеріали про репресованих і реабілітованих осіб та публікують їх у книгах «Реабілітовані історією» (8, 22).

Число репресованих в СРСР за різними даними становить від 21,5 до 44 мільйонів осіб. За рішенням політбюро ЦК ВКП(б) в липні 1937 р. створено неконституційні позасудові каральні органи – спеціальні судові «двійки» та «трійки», до яких зви-

чайно входили секретар обласного комітету компартії, начальник обласного управління НКВС, обласний прокурор. Вони відзначалися надзвичайною жорстокістю, за одне засідання (переважно вночі) могли розглянути понад тисячу (!) справ, засуджували людей як правило до розстрілу!

В УРСР тільки протягом 1937-1938 рр. арештовано понад чверть мільйона (267 579) осіб, з них засуджено до розстрілу 122 237 (!) осіб (8). Це була війна комуністичного режиму проти власного народу, організований комуністичною партією терор, подібного якому не знає світова історія! Такою була реальність в СРСР, якої досі не визнають деякі партійні лідери, що прагнуть відновити советську імперію.

Можна виділити три етапи терору більшовицького режиму по відношенню до лікарів.

1. Репресування лікарів усіх національностей, всіх ланок і рівнів у 1919-1953 рр;

2. Репресування українських професорів і викладачів медичних інститутів, видатних вчених європейського рівня у 1928-1941 роках;

3. «Справа лікарів» - сфабрикована за особистою вказівкою Сталіна у 1951- 1953 рр. проти лікарів кремлівської лікарні та інших, в т.ч. українських лікарів, із звинуваченням їх у намаганні вбивства керівників комуністичної партії.

Репресування лікарів почалося зразу ж із вторгненням більшовиків в Україну і поваленням Української Народної Республіки. Ці трагічні сторінки нашої медицини представлено в нашій книзі (5). В даній статті наведено аналіз матеріалів з цього питання.

В процесі довготривалої, копіткої пошукової роботи, перегляду десятків тисяч довідок про

репресованих, при допомозі низки редколегій книг «Реабілітовані історією» вдалося зібрати відомості про 941 репресованих за політичними мотивами в 1919 - 1951 рр. і згодом реабілітованих лікарів і інших медичних працівників України. На жаль, деякі архівні довідки неповні, не містять даних про професію, місце роботи, національність репресованого, що утрудняло пошук.

Детально вдалося проаналізувати матеріали про 622 лікарів, серед яких було 467 чоловіків і 154 жінок. Отже чоловіків-лікарів репресували значно частіше, ніж жінок-лікарок. Серед жінок була група, яку в судових документах називали «жінки зрадників батьківщини» («ЖИР»), - лікарки, яких чоловіків засудили «за зраду батьківщини». Таким лікаркам, як правило, виносили вирок - 8 років ув'язнення в концтаборах.

Найчастіше арештованих засуджували за 54 статтю Кримінального кодексу УРСР, за звинуваченнями у контрреволюційних злочинах, зраді батьківщини, контрреволюційній пропаганді і агітації, недонесенні (!) про контрреволюційний злочин.

Серед репресованих є люди різних поглядів і різної сфери діяльності, від сільських лікарів, лікарів поліклінік - до професорів, директорів науково-дослідних і кадрових медичних інститутів, міністрів охорони здоров'я. Імена та короткі дані про них подано в нашій книзі (5).

За віком репресовані лікарі поділялися на такі групи:

До 30 років - 66
31 - 40 років - 201
41 - 50 років - 232
51 - 60 років - 97
старші за 61 рік - 26

Репресіям підлягали лікарі всіх вікових груп, як найбільш досвідчені лікарі середнього віку, так і молоді та лікарі старшого віку.

Місце роботи вдалося встановити у 612 осіб, при цьому виділено такі групи репресованих лікарів:

Лікарі поліклінік і лікарень - 196
Санітарні лікарі - 39
Військові лікарі - 98
Залізничні лікарі - 36
Сільські лікарі - 47
Заводські лікарі - 22

Керівники лікувальних закладів та охорони здоров'я - 49

Науково-педагогічні працівники - 73
Інші - 52.

До останньої групи віднесено лікарів диспансерів, санаторіїв, пологових будинків, судовомедичних експертів, прозекторів, лаборантів тощо.

Рішенням судових органів або «особливих нарад», військових трибуналів, «двійок» і «трійок» 142 лікарів було засуджено до найвищої міри покарання і розстріляно (!). В числі розстріляних - два наркоми охорони здоров'я УРСР - С.І. Канторович (1937) і Г.Н. Камінський (1938). Засуджені директори медичних інститутів Києва і Харкова: С.В. Коршун (1930), С.І. Златогоров (1930, помер в ув'язненні), Г.П. Радченко (1931), Д.С. Ловля (1938), директор інституту мікробіології І.О. Ручко (1937).

337 лікарів засуджено до різних термінів утримання в сталінських концентраційних таборах. «Виховно-трудова табори» (ВТТ) - так фарицейськи називали концентраційні табори Гулагу - найбільш жорстоку у світі систему використання безоплатної робочої сили та знищення свого народу (6, 7, 16). Близько 150 таких таборів за колючими дротами з посиленою охороною, яку здійснювали нелюди-наглядачі, з найгіршим харчуванням і неймовірно важкою, каторжною працею швидко зводили в могилу навіть найсильніших і найвитриваліших. В цих таборах від недоїдання, надмірної праці та нелюдського поводження і утримання загинули мільйони людей.

До 20-25 рр. утримання в концтаборах засуджено 22 невинних лікарів (!). Незначну частину засуджено до заслання в Сибір. Усі разом засуджені лікарі мали провести в концтаборах і засланні 2382 роки! Не усі вони вижили, багато з них загинуло.

Підкреслюємо, що усіх згаданих репресованих лікарів пізніше визнано невинними, бо ж їх засуджено за фальшивими, надуманими звинуваченнями.

Десятки лікарів загинули до суду від допитів і тортур, які за спеціальним дозволом більшовицької влади широко застосовувалися щодо «ворогів народу».

Із числа заарештованих лікарів лише 126 осіб звільнено, справу припинено «за відсутністю доказів» (хоч реальних доказів вини не було в усіх 622 випадках арешту лікарів).

Після 1955 року усіх цих лікарів реабілітовано в числі інших жертв репресій тоталітарного режиму. Військові трибунали та вищі судові органи Радянської України, Радянського Союзу, а пізніше незалежної України визнали, що справи були сфабриковані органами ЧК, ГПУ та НКВД, засуджені лікарі були невинними, а окремі призначення до приписуваних їм злочинів вибивали жорстокими тортурами.

В процесі реабілітації в СРСР видавали відповідну довідку. Наводимо один з таких документів, який отримала донька безвинно розстріляного професора О.М. Пучківського.

“Военный трибунал Белорусского военного округа 11 ноября 1957 р. N 1613 гор. Минск.

С П Р А В К А

Дело по обвинению Пучковского Александра Митрофановича, до ареста - 12 октября 1937 г. - работал профессором Киевского медицинского института, пересмотрено Военным Трибуналом Белорусского военного округа 14 ноября 1957 г. Постановление от 6 декабря 1937 г. в отношении Пучковского Александра Митрофановича отменено и дело за отсутствием состава преступления прекращено. Пучковский Александр Митрофанович реабилитирован посмертно. Председатель Военного Трибунала Белорусского военного округа полковник юстиции (В.Кондратьев). Печатка”.

І все. Зміст постанови «суду» - розстріл вченого - замовчується. Ні слова вибачення, ні слова жалю чи співчуття ні судові органи, ні полковник юстиції не знайшли для доньки невинно вбитого вченого! “Отсутствие состава преступления!” А факт розстрілу невинного лікаря-професора не становить “состав преступления?” Хіба не злочинці ті, хто не хотів бачити того, що побачив полковник юстиції Кондратьев - відсутність складу злочину? Чому тисячі і тисячі чекістів-енкаведистів з великою запопадливістю фабрикували справи і розстрілювали людей за “відсутності складу злочину”? Чи мовчазна скорбота і всепрощення злодіянь тоталітарного комуністичного режиму, яким не було рівних в світовій історії, не заохотять нових диктаторів знову почати десь будувати “комуністичний рай”?

Потрібно відзначити, що наведені дані не відображають абсолютно повно чисельності усіх

репресій лікарів в УРСР. В ході архівних пошуків вибираються імена лише тих арештованих, яких вже реабілітовано. В той же час залишається невідомою кількість репресованих осіб, які залишилися нереабілітованими, деяка кількість справ залишається ще не переглянутою. Не в усіх справах вказано професію. Не усі випадки репресування зафіксовано в документах (розстріли в роки громадянської війни, Другої світової війни), відсутні остаточні дані про наслідки масового терору комуністичного режиму, як в цілому в СРСР, так і в УРСР (8). Отже, справжня кількість репресованих лікарів є більшою. Тим не менше, зібрані нами дані можна вважати репрезентативними, такими, що представляють об'єктивно справу репресування лікарів в Україні. Імовірно, вони відображають приблизно ? - 4/5 репресій того часу.

Отже в радянській Україні за тоталітарного режиму (за неповними даними) розстріляно 142 ні в чому невинних лікарів, засуджено до перебування в нелюдських умовах сталінських концтаборів 337 лікарів (!). Проводилося знищення спеціалістів найгуманнішої професії – медицини, які присвятили своє життя рятуванню інших людей, переважно віддавали усі свої сили і знання збереженню життя і здоров'я народу. Такого масового знищення лікарів своєї держави не знає історія народів! Подібні сторінки історії поневоленої України не можна далі замовчувати. Вони повинні послужити ще одним мотивом для засудження сталінізму.

В Україні працювали лікарі багатьох національностей, в числі репресованих є представники 17 національностей. Наводимо їх кількість.

Українці - 278	Греки - 10	Азербайджанці - 2
Росіяни - 109	Вірмени - 5	Молдавани - 1
Євреї - 134	Болгари - 4	Грузини - 1
Німці - 26	Литовці - 2	Чехи - 1
Поляки - 24	Латвійці - 2	Татари - 1
Білоруси - 10	Угорці - 2	

Здавалось би, терор комуністичного режиму знищував лікарів без різниці, не зважаючи на національність. Однак, чи справді однаковим було ставлення репресивних органів до різних національностей? Взагалі серед репресованих

українці становили біля 70%, по Вінницькій обл. – 70,69% (8). Ми проаналізували репресування лікарів тих національностей, де репресії охопили найбільше число жертв - лікарів українців, росіян і євреїв.

Національність	Репресовано осіб	% від усіх репресованих	Розстріляно осіб	% від числа репресованих	Засуджено До ВТТ	Середня кількість років	Звільнено осіб	% звільнених
українці	278	45	70	25	169	9	39	14
росіяни	109	18	22	20	58	8	26	24
Євреї	134	22	27	20	58	7	45	34

При аналізі цих даних потрібно враховувати, що після Першої світової війни і до Другої світової війни більшість лікарів на українських землях становили євреї. Точних даних немає, проте є підстави припускати, що їх кількість становила біля $\frac{4}{5}$ усього числа лікарів. Лікарів українців і росіян було порівняно небагато.

Як видно, лікарі-українці становили близько половини усіх репресованих лікарів, більше ніж репресовані росіяни і євреї разом узяті. Якщо врахувати, що кількість лікарів-українців на українських землях була приблизно в 4-5 разів меншою, ніж кількість лікарів-євреїв, то видно, що українців-лікарів репресували 8-10 разів частіше, ніж лікарів-євреїв; у 2-3 рази частіше, ніж лікарів-росіян. Українців-лікарів розстрілювали частіше, ніж лікарів-євреїв та росіян. Середній термін позбавлення волі був найбільшим в українців-лікарів. До 20-25 років концтаборів засуджено 19 українців, 1 росіянина і 2-х євреїв. Відсоток припинених справ «за відсутністю доказів» в українців-лікарів більш ніж двічі менший, ніж у лікарів-євреїв, значно менший ніж у лікарів-росіян.

Отже аналіз матеріалів свідчить про те, що репресивні органи неоднаково засуджували лікарів різних національностей. Лікарів-українців набагато частіше арештовували, частіше засуджували до розстрілу, частіше засуджували до 20-25 років концтаборів, набагато рідше припиняли їхні справи. Таким чином проводилося цілеспрямоване вибіркове знищення лікарів-українців.

Чи не значить це, що репресії тоталітарного комуністичного режиму щодо фахівців лікарів України, як і організований режимом голодомор-геноцид, були спрямовані насамперед на знищення української нації, позбавлення її фахівців, інтелігенції, національної еліти?

Влада СРСР заявляла, що після смерті Сталіна політичні репресії припинилися. Проте і в наступні роки арештовували за критичне ставлення до режиму. В радянській Україні, зокрема, були засуджено з політичних мотивів лікарів українців С.С. Корольчука (Львів, 1961), Геврича (1965), Н. Строкату-Караванську (Одеса, 1971), С. Глузмана (єврей, Київ, 1972), Л.Гук (1972), М.Г. Плахотнюка (Київ, 1972), С. Хмару (1980, Львів), О.Т. Уманець-Терелю (Київ, 1967 – депортована з України); В. Івасюк – лікар і видатний український композитор, яким «опікувалося» КДБ, загинув (Львів, 1979) за загадкових обставин.

Якщо наведені репресії лікарів охоплювали окрім українців також інші національності, то в 30-х роках проводилися репресії, спрямовані безпосередньо на українських лікарів-вчених (4, 20). В цьому наступі на українських вчених-медиків протягом 1928 – 1941 рр. розстріляно, зас-

лано в концтабори або усунено з роботи понад 50 провідних українських вчених, насамперед з медичних інститутів Києва і Харкова.

Наведемо конкретні факти мартирології представників української медичної науки, переважно київських вчених.

1928 – звільнено з роботи професора-хірурга Григорія Іваницького.

1929 – заарештовано професорів-гігієністів Володимира Підгаєцького та Володимира Удовенка, лікаря-терапевта Аркадія Барбара, їх **розстріляно** в концтаборах на Соловецьких островах у 1937 р. (Тільки у 1989 році з'ясували обставини масового знищення ув'язнених Гулагу у 1937 р., коли на честь 20-ї річниці «жовтневої революції» нарком Єжов видав наказ провести масові розстріли ув'язнених за «контрреволюційну діяльність»; Соловецькій в'язниці він виділив «ліміт» – розстріляти 1200 осіб!) Заарештовано лікаря-гігієніста Володимира Кудрицького.

1929 – заарештовано професора-фізіолога Валентину Радзимовську та професора-гістолога Олександра Черняхівського; усунено з роботи професора-хірурга Євгена Черняхівського, професора-анатома Олексія Івакіна.

1930 – заарештовано професорів - терапевта Івана Базилевича, фтизіатра Антона Собкевича, усунено з роботи професора Олексія Івакіна, доцента-анатома Миколу Вовкобая.

1931 – заарештовано професора-бактеріолога Льва Кандибу, **розстріляно** 1938 р.; заарештовано професорів - мікробіолога Марка Нецадименка, патофізіолога Миколу Вашетка.

1933 – в Харкові заарештовано професора-психоневролога Івана Соколянського, в Кам'янці-Подільському - доктора медицини, професора Миколу Герашенка.

1934 – в Харкові заарештовано доктора медичних наук Володимиру Крушельницьку, **розстріляно** на Соловках в 1937 р.; усунуто від вивчення кафедру професора-гігієніста О.Корчака-Чепурківського, першого лікаря, обраного академіком Всеукраїнської академії наук.

1935 – засуджено доцента-патологоанатома Миколу Сисака

1937 – заарештовано професора акушер-гінеколога Олександра Крупського.

1937 – заарештовано і **розстріляно** професора-отоларинголога Олександра Пучківського.

1938 – заарештовано і **розстріляно** доцента-фтизіатра Андрія Журавля; усунено з роботи в Харківському психоневрологічному інституті професора-психоневролога Михайла Міщенко.

П'ять українських вчених-лікарів були засуджені у сфабрикованій ГПУ справі «Союзу визволення України» («СВУ»), в числі 45 провідних представників української наукової та культур-

ної інтелігенції на чолі з віце-президентом Української академії наук С.Єфремовим (4, 7, 13). Лікарів-науковців засудили за фальшивим звинуваченням у намаганнях вбивати пацієнтів-комуністів. Як свідчать документи, терор проти українських вчених скеровувався центральними партійними органами з Москви. Нещодавно опубліковано дані про особисту роль Сталіна у винищенні українських вчених-лікарів (16). Після розпаду СРСР в архіві ЦК КПРС виявлено таку телеграму Сталіна до керівництва комуністичної партії України, вислану під час процесу "СВУ":

Шифром Харьков Косиору, Чубарю

Когда предполагается суд над Ефремовым и др.? Мы здесь думаем, что на суде надо развернуть не только повстанческие и террористические дела обвиняемых, но и медицинские фокусы, имевшие своей целью убийство ответственных работников. Нам нечего утаивать перед рабочими грехи своих врагов. Кроме того, пусть знает так назыв. Европа, что репрессии против контрреволюционной части спецов, которые пытаются отравить и зарезать коммунистов-пациентов, имеют полное «оправдание» и по существу дела бледнут перед преступной деятельностью этих контрреволюционных мерзавцев. Наша просьба согласовать с Москвой план ведения дела в суде. № 8/ш Подпись И. Сталин. 2.1. (19)30 г. 16.45.

Для Сталіна і його суддів не мало значення те, що четверо із п'яти звинувачених медиків були представниками теоретичної медицини (гігієни та гістології) і не працювали безпосередньо з хворими. Їх все одно безглуздо звинуватили в "медичному терорі" і засудили!

Це були репресії, спеціально спрямовані проти українців, лікарів-учених, які почали в роки української незалежності (1917-1921) розвивати українську медичну науку і практику. Вони були шанувальниками української мови, прагнули формувати українську медичну науку як частину української культури, навчати у вищих школах рідною мовою.

Українські лікарі-вчені мали своїх учнів, готували аспірантів і докторантів, видавали наукові монографії і підручники українською мовою, започаткували розвиток українських національних наукових шкіл. Багато з них співпрацювали з європейськими науковими центрами, бували в провідних наукових лабораторіях Європи, брали участь в зарубіжних і міжнародних медичних конгресах, публікували свої праці в європейських журналах (4).

Вчених-медиків знищували, розстрілювали, усували від роботи не за якісь проступки, не за вороже ставлення до режиму або якісь підозрілі дії. Їх знищили лише за те, що вони були украї-

нськими вченими, розвивали українську науку, плекали рідну мову. Їх знищили для того, щоб на їх місце поставити не-українців, інонаціональних фахівців, вірнопідданих партії людей.

Факти свідчать, що на місці розстріляних або усунутих режимом українських вчених не залишили ні в одному випадку українця із школи репресованого професора-завідувача. На їх місце прислали осіб іншої національності, переважно з Росії. Нові керівники зразу ж переводили навчальний процес на російську мову, міняли напрямки наукових досліджень, вилучали українські підручники і монографії своїх попередників, забороняли їхні праці (4, 19).

З радянської медичної науки повністю або переважно вилучено також імена і праці українських лікарів-вчених того періоду, які померли своєю смертю (патологоанатома П. Кучеренка, офтальмолога М. Левітського, дерматолога О. Тижненка, мікробіолога Ф.Омельченка) або в ході Другої світової війни емігрували за кордон (хірургів Б. Андрієвського, Г. Іваницького, П. Шидловського та М. Галина, фтизіатра В. Плюща, рентгенолога О.Богаєвського, анатома академіка ВУАН А.Старкова).

Таким чином, усунення українських вчених, чи то шляхом фізичного знищення, чи звільнення їх з наукової роботи та заміна їх новими кадрами були проявом безпрецедентного цілеспрямованого знищення тоталітарним режимом української національної медичної науки, яку почали інтенсивно розвивати наші вчені в 20-х – 30-х роках ХХ сторіччя.

Українські вчені, їх наукові школи, були приречені режимом на повне знищення. Майже всі їхні імена і науковий доробок в УРСР були заборонені і невідомі радянським лікарям. Таке можливе лише при тоталітарній системі, при повсякчасному шпигуванні за словами і думками, заміні творчого мислення і пошуку на послушне, сліпе, вірнопіддане виконання волі керівництва правлячого клану-партії. Тільки тепер в незалежній Україні повертаються імена репресованих вчених в історію української медицини.

Широко висвітлено у світовій літературі «справу лікарів» - коли незадовго до своєї смерті у 1952 р. Сталін звинуватив дев'ять кремлівських лікарів-професорів (з них шість євреїв) у змові з метою отруїти і вбити радянських керівників (3, 9, 15, 23, 28).

В жовтні 1952 р. Сталін дозволив застосовувати до арештованих лікарів «заходи фізичного впливу» – тортури. Він наказував слідчим: «Бийте, бийте і знову бийте». Радянську пресу заповнили статті і фельетони про «вбивць в білих халатах». Оскільки справа посувалася надто повільно, в

Українські лікарі-науковці, замордовані більшовиками 1937-1938 рр.



Проф. О. Пучківський



Проф. Л. Кандиба



Проф. В. Підгаєцький



Проф. В. Удовенко



Доцент А. Журавель



Доктор мед. наук В. Крушельницька



Доцент А. Барбар

грудні 1952 р. він ініціював спеціальну постанову ЦК КПРС «Про ситуацію в МГБ і шкідництво в лікувальній справі». Зобов'язано МГБ «до кінця викрити терористичну діяльність групи лікарів, які орудували в кремлівській лікарні, та їх зв'язок з американсько-англійською розвідкою».

13 січня 1953 р. газета «Правда» опублікувала статтю «Підлі шпигуни та вбивці під маскою професорів-лікарів», автором якої, за словами М. Хрущова, був сам Сталін. Повідомлялося про арешт нової групи високопоставлених «лікарів-шкідників». В Москві і Ленінграді заарештовано професорів і лікарів: В.Ф. Зеленіна, Б.І. Збарського, Е.М. Гольштейна, Н.А. Шерешевського, Я.Л. Рапопорта, С.Е. Незлина, Н. Л. Вільк, А.М. Гринштейна, А.І. Фельдмана, М.Я. Серейського, Я.С. Темкіна, Г.І. Майорова, А.Н. Федорова, І.І. Фейгеля, А.А. Бусалова, Б.С. Преображенського, В.Н. Виноградова, П.І. Єгорова, М.С. Вовсі, Я.Л. Рапопорта, Б.Б. Когана. Останнього, наприклад, звинуватили в тому, що він давній агент «Інтеліженс сервіс», знайомий з керівниками єврейського антифашистського комітету і т.п. Арештовано також українця – видатного терапевта, учня академіка М. Стражеска професора В.Х.Василенка, всього 36 осіб.

В Україні було арештовано видатного вченого професора Віктора Когана-Ясного (який першим в СРСР отримав інсулін і налагодив його виробництво), харківських професорів хірурга О.З. Цейтліна, акушер-гінеколога Д.Е. Шмундака, педіатра В.Т. Бахура, М.Я. Горкіна, лікаря-дерматовенеролога Ю. Шлемензона та ін. Кримінальну справу було заведено на Миколу Амосова.

Аналітики цього періоду відзначають, що Сталін погано почувався після перенесеного інсульту, допомога лікарів була неефективною. Поради перебувати в спокої, не турбуватися справами він сприймав як спроби відсунути його від керівництва країною. А тут ще знайшовся донос однієї кремлівської лікарки з 1948 року про неправильне лікування керівників держави. Розглядають і політичний аспект цієї справи. Наростала «холодна війна». Вороже зустріли в Москві нового посла США Дж.Кеннана, незабаром він був змушений залишити країну. Президент Айзенхауер закликав до звільнення радянських країн-сателітів. СРСР відповів бурхливими протестами, могутньою пропагандою ненависті до США, закликами до населення посилити «пильність», у Східній Європі відбулася низка «шпійонських процесів». Для загострення «холодної війни» використано і антисемітизм. Припускають, що в такому плані було сфабриковано справу про медичний терор лікарів, переважно євреїв, при чому змові приписували антикомуністичний, буржуазний, сіоністський і націоналістичний характер. Побоювались, що за нею може наступити депортація

євреїв. Імовірно ця справа була розрахована на досягнення певних політичних цілей. Готувався показовий процес над арештованими, деякі лікарі не витримали тортур і підписали неправдиві зізнання. Сталін санкціонував розширення процесу, як свідчать його резолюції на протоколах, давав прямі вказівки, кого з арештованих лікарів судити відкрито, а кого на закритому процесі. За деякими даними, він готував наказ провести показову страту «лікарів-вбивців» на Красній площі, депортувати євреїв з центральних районів СРСР до Сибіру.

Але за кілька днів до початку суду диктатор помер, справа розпалася. В квітні 1953 р. постановою центрального комітету комуністичної партії усіх 36 арештованих реабілітовано. 4 квітня 1953 року в офіційній газеті «Правда» було опубліковано «Повідомлення міністерства внутрішніх справ СРСР», в якому говорилося, що справа лікарів була сфальсифікована працівниками КГБ, що звинувачення були неправдиві, а зізнання, на яких опиралися працівники КГБ, отримані через застосування недопустимих прийомів розслідування. Професорів, немало потурбованих жорстокими допитами, відправили з пошаною до місць праці. Звільнено також арештованих в Україні лікарів.

Дивно, але ні в одній з численних публікацій на тему «справи лікарів» не згадується, що Сталін вже раніше, у 1929 році ініціював справу про «медичний терор» українських лікарів-професорів, так само звинувачував їх у намаганні вбивати комуністів. Їх тоді засуджено, 8 вчених розстріляно. Про них українські та європейські дослідники сталінських репресій чомусь забули, а повинні би знати і пам'ятати.

Парадокс, але українська та світова громадськість широко поінформована про цю сталінську «справу лікарів», в якій не було ні одного засудженого, і майже нічого не знає про вбивство біля тисячі лікарів радянської України, про розстріли київських і харківських професорів-медиків! Основна причина тому – колишня бездержавність України, пригнічене становище української нації. Не було держави, яка захищала б своїх громадян, тоді як про арештування Сталіним лікарів-євреїв єврейська спільнота зразу ж підняла широкий розголос у всьому світі. Зрештою, про репресування більше сотні лікарів-євреїв, про розстріл кількох десятків євреїв-лікарів (тільки в УРСР!) єврейські публіцисти чи не знали, чи не хотіли знати.

Медична громадськість України і світу, європейська спільнота народів повинні бути поінформовані про масове репресування комуністичним режимом лікарів в Радянській Україні, а державні діячі і політики повинні зробити все, щоб така ситуація не повторилася ніколи ні в Україні, ні в жодній країні світу.

Список літератури

1. Білас І. Репресивно-каральна система в Україні 1917-1953: суспільно-політичний та правовий аналіз. – К., 1994. Кн. 1.
2. Білокін С. Масовий терор, як засіб державного управління в СРСР. – Київ, 1999.
3. Брент Д., Наумов В. Остання справа Сталіна. – М. : ТОВ «Видавництво Проспект», 2004.
4. Ганіткевич Ярослав. Українські лікарі-вчені першої половини ХХ століття та їхні наукові школи. Біографічні нариси та бібліографія / Львів: В-во НТШ і ін. 2002.
5. Ганіткевич Ярослав, Пундій Павло. Українські лікарі. Біобібліографічний довідник. Книга 3. Учасники національно-визвольної боротьби і українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України. НТШ, ВУЛТ. Львів, 2008.
6. Гривачевський Б. Листи з Соловків. – К. : Молодь, 1992.
7. Даниленко В. та ін. Сталінізм на Україні. 20–30-ті роки. К.–Едмонтон, 1991;
8. Давидюк А.Т. Вінницький мартиролог. – Вінниця, 2001.
9. Этингер Я. К сорокалетию «Дела врачей» // Еврейская газета. – 1993. – №3 (90).
10. Збірник на пошану українських учених, знищених большевицькою Москвою. Записки НТШ. Чикаго, 1962.- Том 173.
11. З порога смерті: Письменники України - жертви сталінських репресій. – К. :Рад. письменник, 1991.
12. Ільєнко І.О. У жорнах репресій: Оповіді про українських письменників. (За архівами ДПУ-НКВС).– К.:Веселка, 1995.
13. Касьянов Г.В., Даниленко В.М. Сталінізм і українська інтелігенція (20-30-ті роки). – К., 1991.
14. Конквест Роберт. Жнива скорботи. Радянська колективізація й терор голодом Видавництво: Либідь. Київ, 1993.
15. Медведєв Ж.А. Сталин и «дело врачей» // Вопросы истории, № 1–2, 2003.
16. Мирський Марк. Українські вчені-медики – жертви сталінських репресій // Агарті. Київ. – 1995. -№ 2. – С. 48.
17. Підгайний С. Українська інтелігенція на Соловках. Недостріяні. – К.: Києво Могилянська академія, 2008.
18. Плющ В. Розгром української еліта та українського селянства. Лондон, 1973.
19. Плющ В. Русифікація української медичної науки і освіти // Шлях перемоги. – 1974. –Ч. 5-11.
20. Плющ В. Медична наука в Україні у першій половині ХХ сторіччя // Матеріяли до історії української медицини . Том І. Нью-Йорк-Мюнхен, 1975.
21. Політичний терор і тероризм в Україні ХІХ–ХХ ст. Історичні нариси / Відповід. ред. В.А.Смолій. – К.: Наукова думка, 2002.
22. Реабілітовані історією. Київська область. Кн 1. 2004.
23. Хрущев Н.С. Время. Люди. Власть, кн. 1–4. М., 1999.
24. Ченцов В.В. Політичні репресії в Радянській Україні в 20-ті роки. Тернопіль, 2000.
25. Чорна книга України. Збірник документів, архівів, матеріалів, листів, доповідей, статей, досліджень, есе / Упор. ред. Ф.Зубанича. – К.: Просвіта, 1998.
26. Шаповал Ю. Україна в добу «Великого терору»: 1936-1938 роки. Либідь.- Киев, 2009.
27. Boriak Hennadii. Sources for the Study of Great Famine in Ukraine. – Cambridge, MA: Ukrainian Studies Fund, 2009.
28. Chin Jung. Stalin's Last Crime: The Doctors' Plot. BMJ Publishing Group Ltd. 2004.
29. Conquest Robert. The Great Terror: A Reassessment: 40th Anniversary Edition, Oxford University Press, USA, 2007.
30. Courtois Stephane. The Black Book of Communism: Crimes, Terror, Repression. Harvard University Press.1999.
31. Kardash Peter. Genocide in Ukraine, Publisher Fortuna publishing, 2007.

К ИСТОРИИ ТЕРРОРА КОММУНИСТИЧЕСКОГО РЕЖИМА СОВЕТСКОГО СОЮЗА ПО ОТНОШЕНИЮ ВРАЧЕЙ СОВЕТСКОЙ УКРАИНЫ

Ярослав Ганиткевич (Львов)

Представлены материалы о репрессировании врачей советской Украины всех взглядов и национальностей в течение 1919–1953 гг., о репрессировании украинских врачей-ученых, основателей украинских национальных научно-медицинских школ в 1928-1941 гг., и инициированного Сталиным «дела врачей» в 1952-1953 гг. Приведены данные о 622 репрессированных врачах, из них 142 расстрелянных и 337 отправленных в концентрационные лагеря Гулага; показано преимущественное уничтожение врачей-украинцев. Приведены факты об арестах (около 50 лиц) и расстрелах (7 лиц) украинских ученых-медиков, описана история «дела врачей».

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **врачи, репрессии, советская Украина.**

TO HISTORY OF TERROR OF COMMUNIST REGIME OF SOVIET UNION IN RELATION TO PHYSICIANS OF SOVIET UKRAINE

Yaroslav Hanitkevych (Lviv)

Materials are presented about subjecting to repression of physicians of soviet Ukraine all looks and nationalities during 1919–1953, subjecting to repression of the Ukrainian physicians-scientists, founders of Ukrainian national scientific-medical schools in 1928-1941, and initiated by Stalin «The Doctors' Plot» in 1952-1953. Data are resulted about 622 doctors subjected to repression, from them 142 shot up and 337 deported in the concentration camps of Gulag, overwhelming elimination of doctors-Ukrainians is given. Are resulted facts about the arrests (near 50 persons) and shooting (7 persons) of the Ukrainian scientists-physicians, history of «The Doctors' Plot» is described.

KEY WORDS: **physicians, repression, soviet Ukraine.**

Рецензент: д.мед.н., проф. О. Гонченко

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

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

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

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візю керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 90 у.о. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.

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

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

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50);

- таблиць;

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

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

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

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

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

Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. Оформлення бібліографії здійснюється за новим стандартом з бібліографічного опису ДСТУ ГОСТ 7.1:2006. Скорочення слів і їх поєднань наводять згідно з ДСТУ 3582-97 “Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила”.

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (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. Аббревіатура 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 організовують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. №16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв'язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.
2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.
3. Редакційним колегіям організувати належне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов'язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 році та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтування отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.
4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційних робіт зарахувати статті, подані до друку, починаючи з 2003 року, як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п.3 даної постанови.
5. Встановити обов'язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.
6. Зобов'язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 року надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.
7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 року аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

Голова ВАК України В.В. Скопенко
Вчений секретар ВАК України Л.М. Артюшин

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

З 1999 р. видається журнал "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України".

Тематика журналу:

- питання державної політики охорони здоров'я;
- концептуальні основи реформування галузі;
- дослідження та прогнозування здоров'я населення;
- питання управління, економіки та інформатизації системи охорони здоров'я;
- проблеми підготовки медичних кадрів;
- правове та інформаційне забезпечення галузі тощо.

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

Слід зазначити, що журнал розрахований на керівників закладів охорони здоров'я усіх рівнів (головні лікарі районних, міських, обласних лікарень і санепідемстанцій), співробітників кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, кафедр і циклів медичної інформатики медичних закладів освіти, науковців-медиків та лікарів різних спеціальностей, студентів вищих медичних закладів освіти та курсантів закладів післядипломної освіти.

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 у.о., одностороння – 170 у.о.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 у.о.

рекламні статті – 150 у.о. за 1 авт. арк. (40 000 знаків).

З приводу розміщення Вашої реклами в журналі звертайтеся за телефоном: (044) 576-41-09; 576-41-19

З надією на плідну співпрацю

Головний редактор,
Директор Українського інституту
стратегічних досліджень МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Г.О. Слабкий

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.93 №326 “Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики”, рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.98 №297 “Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду”, у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного співставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України (з 2008 р. – ДУ “Український інститут стратегічних досліджень” МОЗ України) пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи), вартість якого становить 120 грн.

Довідки та замовлення за телефонами: **(044) 576-41-19; 576-41-09.**

Директор Українського
інституту стратегічних досліджень МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Г.О. Слабкий

Адреса редакції

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3
E-mail: uisr_moz@ukr.net

Адреса видавництва

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво “Укрмедкнига” Тернопільського державного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського
телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33
Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області
МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830
Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І.Я. 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 30.08.2010. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 6,74. Обл.-вид. арк. 6,31. Наклад 600. Зам. № 256