

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

3

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 №8 від 13.10.2010)*

Передплатний індекс – 22867

Здоров'я і суспільство

Голяченко О. М., Шулгай А. Г., Голяченко А. О., Романюк Л. М., Панчишин Н. Я., Смірнова В. Л., Галицька-Хархаліс О. Я., Федчишин Н. Є. Удосконалення методики вибіркового збору статистичних даних стосовно здоров'я населення.

4

Збитнева С. В. Захворюваність населення України на хвороби ока та його додаткового апарату.

14

Фітькало О. С. Прогнозування стійкості ремісій у хворих, залежних від опіоїдів, на різних стадіях протирецидивного лікування.

18

Компанієць О. А. Функціональний стан вестибулярного аналізатора у осіб льотного складу при різних формах його ураження.

24

Організація медичної допомоги

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

30

Марков Ю. І. Організаційні засади роботи протишокової палати у лікарні швидкої медичної допомоги.

33

Мазуренко О. В. Концептуальні засади залучення волонтерів при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

38

Медична інформатіологія

Килівник В. С., Цвень П. В., Кузьмін І. В. Інформатіологічні моделі штучних інформаційних систем та основні чинники їх впливу на організм людини.

42

Історія медицини

Ганіткевич Я. В. До історії становлення української вищої медичної школи (Медичний інститут в окупованому гітлерівцями Києві у 1941-1942 рр.).

47

Health and society

Holiachenko A. M., Shulhay A. H., Holiachenko A. A., Romanyuk L. N., Panchyshyn N. Ya., Smirnova V. L., Halytska-Kharkhalis A. Ya., Fedchyshyn N. Ye. Improvement of the method of selective acquisition of statistical data about of population's health.

Zbytneva S. V. Morbidity Ukrainian of the population disease and its additional apparatus.

Fitkalo O. S. The prognostication of remissions in patients with opioid addiction on different stages of antirelapse treatment.

Kompaniyets O. A. Vestibular function in patients crews in various forms of its lesions.

Organization of medical care

Holiachenko A. M., Panchyshyn N. Ya., Smirnova V. L., Holiachenko A. A., Terenda N. A. Health care reform in Ukraine. Staff problem II.

Markov Yu. I. Organizational principles of work antishock ward in the hospital of emergency call service.

Mazurenko O. V. Conceptual principles of volunteers involved to medical consequences recovery after disaster.

Medical informatiology

Kylivnyk V. S., Tsven P. V., Kuzmin I. V. Informatiological model of artificial informative systems and the main factors of its influence on human organism.

History of medicine

Hanitkevych Ya. V. To history of creation Ukrainian higher medical school (Medical institute in Kyiv occupied hitlerites, 1941-1942).

УДК: 614.1(1-22)

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

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ВИБІРКОВОГО ЗБОРУ СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ СТОСОВНО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

В статті наводиться методика вибіркового аналізу статистичного матеріалу, яка є доповненням до суцільного і здатна відповісти на два питання – про соціальну обумовленість здоров'я і вартість медичної допомоги, які не може дати суцільний метод.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вибіркового аналізу, здоров'я людей, статистика.

Брак об'єктивної медико-статистичної інформації значно ускладнює, а інколи унеможлиблює процес реорганізації охорони здоров'я у відповідно до сучасних вимог. Водночас загальновідомим є той факт, що медичні працівники понад 25 % робочого часу витрачають на письмову роботу, тобто на збір різних статистичних документів. В останні роки існування радянської здравоохорони діяло 269 облікових та більше 150 звітних статистичних форм. В самостійній Україні ці числа суттєво не змінились.

Слабка обізнаність керівників усіх рангів з питань медичної статистики та інформатики, соціальної медицини та управління охороною здоров'я змушувала при зборі статистичних та інших даних керуватись прагненням зібрати їх якнайбільше.

Основною причиною невідповідності між великим обсягом статистичного матеріалу, що збирався, і куцим обсягом аналізу була орієнтація на суцільний метод збору цього матеріалу. Відомо, що пересічно на кожного жителя щороку реєструється два захворювання. Четверта частина жителів госпіталізується в стаціонари. Більше половини жителів знаходяться на диспансерному обліку. У підсумку – це мільйони і мільйони облікових документів. Кожен з цих документів враховував значний перелік даних, необхідних для оцінки діагностики та лікування хворого. Обробити та проаналізувати їх було неможливо.

В практиці інформаційного забезпечення використовуються, однак, не ці, а так звані проміжні облікові документи, які створюються на їхній основі. Основними з них були в амбулаторно-поліклінічних закладах статистичний талон для реєстрації заключних (остаточних) діаг-

нозів, контрольна карта диспансеризації, карта профілактичного огляду. З 1989 р. усі ці документи були об'єднані в один, що отримав назву "талон амбулаторного пацієнта". В стаціонарах основною проміжною статистичною формою протягом останніх десятиліть була карта вибулого зі стаціонару. Для реєстрації смертності використовувалось лікарське свідоцтво про смерть.

Ці документи дають змогу визначити структуру явищ та їх частоту серед усієї людності. Але неможливо визначити структуру та частоту цих явищ серед соціальних та інших прошарків людності.

Справа ця копітка, але вона стає реальною за умови використання вибіркового методу збору та аналізу статистичних документів.

Мета дослідження: обґрунтувати вибіркового метод збору і аналізу статистичних матеріалів.

Результати дослідження та їх обговорення. Процес вдосконалення проміжних статистичних облікових форм, що ґрунтувались на індивідуальній карті амбулаторного хворого і слугували для аналізу діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів, виявився найбільш складним. Це не випадково. Адже йдеться про такий розділ, який стосується кожного мешканця. Облікові статистичні документи мали, з одного боку, визначити здоров'я пацієнта, з іншого – оцінити доступність гарантованої медичної допомоги.

З початку 50-х років було введено статистичний талон для реєстрації заключних (остаточних) діагнозів. Він заповнювався на кожну хворобу і містив декілька її характеристик: вік і стать захворюлого, його професію, джерело встановлення діагнозу - за даними звертальності чи профілактичного огляду та характер хвороби – первинний або повторний. На підставі зібраних талонів можна було обрахувати первинну та за-

гальну захворюваність всієї людності за переліком хвороб, який влаштовував провідника.

Однак талони не давали змоги визначити контингенти хворих, вірніше, це можна було зробити, але після копіткої алфавітизації талонів, тобто зведення до купи усіх талонів, заповнених на одну і ту ж особу. Окрім того, хоча талони давали змогу визначити вікову, статеву і навіть професійну характеристики захворюваності, практично зробити це було неможливо, оскільки медичні заклади не мали вікового, статевого і професійного складу своєї людності.

Контингенти хворих та здорових стало можливо визначати після введення контрольної карти диспансерного хворого, але лише з окремих фахів. Річ у тім, що один і той самий хворий міг стояти на диспансерному обліку у декількох фахівців. На диспансерний облік брались хронічні хворі в обсягах, які дозволяли матеріально-кадрові ресурси. З деяких фахів (онкологія, фтизіатрія, шкірні та венеричні хвороби тощо) цей облік намагались зробити повним.

Недоліком системи реєстрації захворювань та діяльності амбулаторій та поліклінік була передовсім оця низка медичних документів, що неминуче вело до повторень, збільшення обсягу письмової роботи, утруднення аналізу.

Тому введення з 1989 р. єдиного документу, т.з. "талона амбулаторного пацієнта", безперечно, було прогресивним явищем. Але певні вади, як і з талонами заключних (остаточних) діагнозів, залишилися. Досвід показав, що ці вади за допомогою єдиного документу усунути неможливо. Потрібен ще один документ, що реєструє віковий, статевий, професійний та соціальний склад людності. Талон амбулаторного пацієнта не мав також жодних даних про економічну діяльність амбулаторій та поліклінік.

Тому зупинившись на талоні амбулаторного пацієнта як єдиному статистичному документі, що реєструє здоров'я людності та діяльність амбулаторій та поліклінік, ми доповнили його параграфами про вартість амбулаторної допомоги (дод. 1).

В 1996 р. нами розроблена методика обрахунку вартості медичної допомоги, яка потім багаторазово повторювалася [1; 5; 6; 14]. Користуючись вищенаведеною методикою, неважко обрахувати фактичну вартість лікування амбулаторного хворого.

Проміжний статистичний документ – карта вибулого зі стаціонару – протягом останніх десятиліть зазнав найменших змін. Він виявився найбільш стійким за змістом, оскільки дозволяв вельми повно охарактеризувати стан стаціонарної допомоги. Однак інтенсивні характеристики госпіталізованої захворюваності та діяльності стаціонару можна було давати лише по відношенню до всієї людності з вищезначених причин.

Не містив цей документ, як і у випадку з амбулаторно-поліклінічними закладами, даних про економічну діяльність. Визначити вартість лікування, виходячи із цього документа, було неможливо.

Тому нами запропоновано фрагмент (дод. 2), що ліквідує цю прогалину. Отже, стає можливим обчислити вартість лікування кожного хворого, а це, в свою чергу, дає змогу визначити вартість лікування у кожного лікаря, тобто окрім медичної визначити й економічну ефективність лікування, що є надзвичайно важливим у подальшому вдосконаленні системи медичної допомоги. Методика обрахунку проста.

Пересічна величина заробітної плати лікаря, середніх і молодших медичних працівників із розрахунку на один ліжко-день встановлюється так: для лікаря – його заробітна плата ділиться на число ліжко-днів, проведених хворими, що лікувались у цього лікаря; для сестер і санітарок – їхня сумарна заробітна плата по відділенню ділиться на загальне число ліжко-днів, проведених у відділенні за означений термін часу.

Нормативна ціна проставляється згідно затверджених стандартів для кожного захворювання.

На основі єдиного документу неможливо визначити поширеність явища (захворюваності, смертності тощо) серед вікових, статевих, професійних та соціальних прошарків людності. Для цього потрібно знати відповідний склад людності. Цими даними медичні заклади не володіють. Тому суттєво впливати на ці явища ні вони, ні інші організації та відомства не можуть. Робити щорічний перепис людності з метою визначення цих характеристик – справа копітка і дорого. Вихід у вибіркового зборі матеріалу, тобто визначити поширеність цих явищ серед репрезентативної частини людності. Перепис цієї частини особливих складнощів не становить.

З цією метою запропонована карта жителя (дод. 3). Параметри, що становлять зміст цієї карти, – це ті фактори, які визначають здоров'я чи нездоров'я людності. Проведені численні дослідження, які дозволили виділити основні з них [3; 4; 6; 11]. Градація цих факторів повинна давати змогу отримати найповнішу інформацію стосовно здоров'я людності та забезпечення гарантованим обсягом медичної допомоги.

Соціальні групи формуються в залежності від кожного фактора, або їх сукупностей з урахуванням їх конкретних проявів на місцях.

Окрім статево-вікових карта містить дані стосовно професії жителя, наявності чи відсутності професійних шкідливостей, характеристики сім'ї, матеріального добробуту, житлових та мікроекологічних умов проживання жителя. Виокремлення професійних прошарків проведено з таким розрахунком, щоб кожен з них в структурі людності

не займав частки, нижчої за 10 %, і давав чітку ідентифікацію мешканців стосовно умов їхньої праці. Чітка ідентифікація цього, як і інших факторів дає змогу порівнювати статистичні дані у просторі і часі.

Суттєве значення має також чітке визначення градацій цих факторів, яке виключає різне тлумачення. Правда, цієї передумови поки-що важко дотриматись стосовно двох факторів здоров'я чи нездоров'я – житлових та мікроекологічних умов проживання мешканця. Для них важко покищо знайти загальноприйняті стандарти, тому запропоновано таку градацію: “добри”, “задовільні”, “незадовільні”.

Одне з центральних питань - визначення обсягу вибіркової статистичної сукупності.

Цей обсяг встановлюється згідно закону ве-

ликих чисел за такою формулою: $n = \frac{t^2 \times p \times q}{m^2}$,

де $t = 2$, p - показник, $q = 100$ (або 1000, 10000, т.д.) – p , m - помилка показника, максимальне значення якої становить $\frac{1}{2} p$.

Застосуємо цю формулу для отримання достовірних даних стосовно захворюваності людинності, в тому числі госпіталізованої. Якщо виходити із переліку хвороб, що їх взято для аналізу на базовому рівні, то нагадаємо, що в структурі захворюваності найменша частка – на рівні 5 %

або 50 ‰. Тоді $n = \frac{4 \times 50 \times 950}{625} = 304$

Враховуючи, що госпіталізуються не всі, а якась частка хворих, згідно найменшого показника госпіталізації встановлюємо число спостережень. Найменша частка госпіталізації становить 10%. Тоді $n = \frac{304 \times 100}{10} = 3040$

Тепер підійдемо до визначення вибіркової статистичної сукупності з іншого боку – з позицій отримання достовірних даних серед соціальних, професійних та вікових прошарків людинності. Частка вікових, професійних та соціальних факторів, наведених у карті жителя, в загальній структурі становить також не менше 10 %. Тоді

$n = \frac{4 \times 10 \times 90}{25} = 144$

Однак треба врахувати, що протягом року звертаються за допомогою не всі мешканці, а лише 70 %, а найнижча розповсюдженість хвороб становить 5 %. Тоді $n = \frac{144}{0,7 \times 0,05} = 4114$

Отже, чисельність вибірки коливається на рівні 4000 мешканців. Цю статистичну сукупність доцільно вибирати комбінованим способом. В

сільських районах спочатку виокремлюються сільські лікарські дільниці та районний центр, а потім пропорційно чисельності людинності формується вибіркова сукупність. У містах район діяльності лікарні поділяється на лікарські дільниці, а далі йде пропорційний відбір мешканців. Відбір слід здійснювати сім'ями, вибираючи по літерам алфавіту глав сімей (“К”, “Л” і т.д.) і всю родину. Так буде легше щорічно вносити корективи у вибірку статистичну сукупність, дописуючи народжених і виключаючи померлих. На кожного з обраних заповнюється карта жителя. Дані карти вводяться в ЕОМ або заводиться окрема картотека (в разі ручної обробки). Талони амбулаторного пацієнта та карти вибулого зі стаціонару на осіб, що попали у вибірку, об'єднуються з картою жителя і аналізуються. Це дає змогу отримати необхідну інформацію стосовно захворюваності. Стосовно смертності вибіркової сукупності замало. Тому нами запропоновано такий варіант аналізу. Дані про віковий, статевий, професійний та соціальний склад людинності, отримані на вибірковій сукупності, екстраполюються на всю людинність. Похибка, яка при цьому допускається, суттєвого значення не має. Що стосується лікарських свідоцтв про смерть, то збирається їхня суцільна сукупність. Зрозуміло, що кожне з цих свідоцтв повинно містити дані, які є в карті жителя. Отже цей медичний документ ми доповнили відповідними даними (дод. 4).

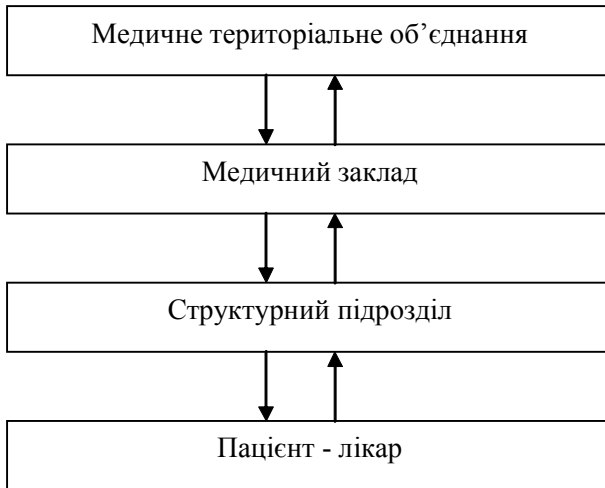
Вибіркова сукупність розрахована на щорічний аналіз статистичних документів. Якщо для аналізу взяти не рік, а два чи більше, то відповідно кратно збільшується ця сукупність, різко зростає можливість їх поглибленого аналізу.

В межах сільського району (міста) можна виокремити такі рівні організації та управління охороною здоров'я:

Для управління медичною допомогою на перших двох рівнях потрібна інформація про її обсяг, вартість, якість та ефективність, на третьому – про стан здоров'я людей та чинники, що його зумовлюють, на четвертому – про потребу в медичній допомозі.

Для визначення якості та ефективності медичної допомоги, що надається на рівні “пацієнт-лікар” та структурного підрозділу, пропонується проводити експертні оцінки. Такий підхід має суттєві недоліки. По-перше, це значно збільшує обсяг сумнозвісної роботи лікарів та провідників; по-друге, він суб'єктивний; по-третє, слабо пов'язаний зі статистичною службою лікарень.

На основі статистичних даних нами розроблені й апробовані економіко-математичні моделі, що дають змогу об'єктивно оцінити обсяг, вартість, якість та ефективність медичної допомоги на вищезгаданих рівнях.



Моделі логічно вписуються в загальну систему інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я в межах району /міста/, збір та обробка інформації можуть бути повністю забезпечені статистичною службою; оцінки об'єктивні і придатні для різних структурних підрозділів.

Моделі мають такий вигляд. Для амбулаторно-поліклінічних закладів:

$$K_{ef/l.n.l}^a = \frac{ВПО^{\phi} \times D_{ПК}^{\phi} \times C^{\phi} \times TH^H \times ДН_{ПГ}^H \times Z^H \times B^H}{ВПО^H \times D_{ПК}^H \times C^H \times TH^{\phi} \times D_{ПГ}^{\phi} \times Z^{\phi} \times B^{\phi}} - П_{СК},$$

де: $K_{ef/l.n.l}^a$ – коефіцієнт обсягу якості та ефективності роботи лікаря/структурного підрозділу амбулаторно-поліклінічного закладу;

$ВПО^{\phi/H}$ – фактичне/нормативне число випадків поліклінічного обслуговування;

$D_{ПГ}^{\phi/H}$ – фактична/нормативна частка хворих з покращенням групи диспансерного обліку;

$C^{\phi/H}$ – фактична /нормативна складність випадків поліклінічного обслуговування;

$TH^{\phi/H}$ – фактичне /нормативне число днів тимчасової непрацездатності;

$D_{ПГ}^{\phi/H}$ – фактична /нормативна частка хворих з погіршенням групи диспансерного обліку;

$Z^{\phi/H}$ – фактична /нормативна частка хронічних хворих, що мали загострення;

$B^{\phi/H}$ – фактичні /нормативні витрати на лікування 1 хворого

$П_{СК}$ – число скарг, кожна з яких оцінюється за окремою шкалою.

На рівні "пацієнт – лікар" за нормативні беруться пересічні величини в межах структурного підрозділу: на рівні структурного підрозділу – кращі величини, або такі, що встановлюються експертним шляхом.

Встановлюється діапазон оцінок лікарів /структурних підрозділів. Матеріальному заохоченню підлягають ті, що мають оцінки, вищі пересічного рівня. Чим більше відхилення від пересічного рівня, тим більший розмір матеріального заохочення.

Для стаціонарних закладів:

$$K_{EF/L,B,l}^C = \frac{L_D^{356} \times D_{OD}^{\phi} \times C^{\phi} \times D_{ПЗ}^H \times D_{ПГ}^H \times B^H \times T_{PH}}{H_L \times Z_L^2 \times D_1 / 1 - D_2 / D_{OD}^H \times C^H \times D_{ПЗ}^{\phi} \times D_{ПГ}^{\phi} \times B^{\phi} \times T_P^{\phi}},$$

де $K_{EF/L,B,l}^C$ – коефіцієнт ефективності роботи лікаря /відділення/ стаціонару;

L_D – число л/днів, проведених хворими, що лікувались у лікаря;

D_{OD}^{ϕ} – частка хворих, що одужали;

C^{ϕ} – показник складності хворих що лікувались у лікаря (визначається згідно структури клініко-статистичних груп);

$D_{ПЗ}^H$ – нормативна частка хворих, що виписуються без змін;

$D_{ПГ}^H$ – нормативна частка хворих, що виписуються з погіршенням;

B^H – нормативні витрати на лікування хворого;

T_P^H – нормативна пересічна тривалість лікування 1 хворого;

H_L – нормативне число ліжок на 1 посаду лікаря відповідного фаху;

Z_L – зайнятість ліжка;

D_1 – відрізок часу, за який визначена оцінка (місяць, квартал, тощо в частках одиниці, за одиницю приймається 365 днів);

D_2 – частка терміну, протягом якого лікар був відсутній у відділенні (хвороба, відрадження, тощо);

D_{OD}^H – нормативна частка хворих, що виписуються після одужання;

C^H – нормативна складність хворих;

$D_{ПЗ}^{\phi}$ – частка хворих, що виписані лікарем без змін;

$D_{ПГ}^{\phi}$ – частка хворих, що виписані з погіршенням;

B^{ϕ} – вартість лікування 1 хворого у лікаря;

T_P^{ϕ} – пересічна тривалість лікування 1 хворого у лікаря.

Модель дозволяє оцінити роботу лікаря і структурного підрозділу будь-якого профілю. Як нормативні, на рівні "пацієнт лікар" беруться пересічні показники в межах структурного підрозділу / відділення, на рівні відділення – кращі показники такі, що обґрунтовані експертним шляхом.

Слід зауважити, що штучне спотворення вищенаведених статистичних даних автоматично призводить до змін пересічних величин і у підсумку не може штучно "підсилити" кінцевий результат. Однак з метою контролю провідник (завідділенням, начмед) може піддавати окремі показники експертній оцінці. У цьому випадку експертна оцінка із рутинного перетворюється в цілеспрямований засіб контролю прийнятих рішень.

На рівні медичного закладу визначальною є інформація про стан та чинники здоров'я людини, котрих цей заклад обслуговує. Загальновідомо, що здоров'я передусім залежить від умов та способу життя людей. Суттєвим є віковий фактор. Проте сучасний медичний заклад позбавлений такої інформації. Згідно офіційних статистичних форм він користується даними про поширеність певної групи хвороб серед дітей, підлітків та дорослих.

Медичному закладу для впливу на здоров'я людей потрібні дані про поширеність хвороб та інтегровану оцінку здоров'я серед вікових, професійних та соціальних прошарків людності.

Отримання таких даних – справа клопітка, але вона стає реальною при використанні вибіркового методу їх збору та аналізу. Згідно із законом великих чисел, розмір вибірки залежить від поширеності факторів, які беруться для аналізу. Пропонуємо на рівні району користуватись таким переліком хвороб: туберкульоз, злоякісні новоутворення, доброякісні новоутворення, хвороби ендокринної системи, розлади харчування, обміну речовин, в т.ч. цукровий діабет, хвороби нервової системи і органів чуття, в т.ч. хвороби периферійної нервової системи, глаукома, хвороби системи кровообігу, в т.ч. ревматизм, гіпертонічна хвороба, ІХС, стенокардія, церебро-васкулярна хвороба, хвороби органів дихання, в т.ч. пневмонія, бронхіт хронічний та емфізема, бронхіальна астма, хвороби органів травлення в т.ч. виразкова хвороба і гастрит, хвороби сечостатевої системи, в т.ч. нефрит, хвороби жіночих статевих органів, кістково-м'язової системи, травми та отруєння та такими віковими групами: 0-14, 15-19, 20-39, 40-59 та 60 років і старші. Професійні та соціальні групи вказані в карті жителя. Відповідно до поширеності факторів, що взяті для аналізу, мінімальним обсягом вибірки для отримання достовірних даних є 4 тис. чоловік. Це дає змогу отримати всю необхідну інформацію.

Додаток 1

ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦІЄНТА

1. Прізвище, ініціали лікаря _____ код _____
2. Участь медичної сестри в наданні допомоги: так, ні
3. Прізвище, ініціали пацієнта _____ код _____
4. Стать: чоловік — 1, жінка — 2
5. Дата народження (рік, місяць, число) _____
6. Адреса: вулиця _____, будинок ____, корпус __, кв. __
7. Працює: так — 1, ні — 2
8. Мета допомоги: діагностично-лікувальна — 1, консультативна — 2, профогляд — 3, диспансерне спостереження — 4, медико-соціальна — 5, інша — 6.
9. Випадок допомоги: первинний — 1, повторний — 2
- 10.

Місце допомоги	Відвідування (число, місяць, рік)	Всього	
		відвідувань	днів
Амбулаторія, центр			
На дому			
Стационар денний			

11. Діагноз заключний: основна хвороба _____
супутні хвороби _____
(для кожного із захворювань: гостре — 1, вперше в житті зареєстроване хронічне — 2, раніше відоме хронічне — 3, загострення хронічного — 4).
- 11.1. Нормативна ціна лікування _____

12. Обстеження

Найменування	Число	Вартість	Найменування	Число	Вартість

13. Фізіолікування

Найменування	Число	Вартість	Найменування	Число	Вартість

14. Оперативне втручання _____ вартість _____

14.1. Медикаментозні засоби

Найменування	Число	Вартість	Найменування	Число	Вартість

14.2. Перев'язочні засоби

Найменування	Число	Вартість	Найменування	Число	Вартість

15. Консультант _____ вартість 1 хв. _____ число хв. _____ вартість консультації _____.

Підпис _____ Дата _____

Додаток 2

СТАТИСТИЧНА КАРТА ВИБУЛОГО ЗІ СТАЦІОНАРУ

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____ код _____
2. Стать чол/жін
3. Дата народження _____
рік, місяць, число
4. Проживає постійно (адреса) _____
місто, село (підкр.)
5. Ким направлений хворий _____
6. Обстежений: повністю, частково, необстежений
7. Відділення _____
8. Профіль ліжок _____
9. Поступив в стаціонар по екстрених показаннях: так — 1, ні — 2 (підкр.)
10. Через скільки годин після захворювання (отримання травми) (підкреслити)
 1. В перші 6 год. — 1
 2. 7 - 24 год. — 2
 3. Пізніше 24 годин — 3
11. Дата поступлення в стаціонар 19_ р. __ місяць __ число __ час
12. Дата встановлення клінічного діагнозу __ число __ час. Діагностичний період _____ дні _____ години
13. Кінець захворювання (підкреслити)
 1. Виписаний — 1 з видужанням, з покращенням, без змін, з погіршенням
 2. Помер — 2
 3. Переведений — 3
14. Дата виписки, смерті 19_ р. __ місяць __ число __ час
15. Проведено днів _____

16. Діагноз закладу, що направив хворого _____
 17. Госпіталізований в даному році з приводу даного захворювання
 вперше — 1
 повторно — 2
 18. Діагноз стаціонару

Основний	Ускладнення	Супутні захворювання
Клінічний заключний		
Патолого-анатомічний		

19. У випадку смерті (вказати причину)
 1. Безпосередня причина смерті (захворювання або ускладненні основного захворювання)

Захворювання, що викликало або обумовило безпосередню причину смерті _____

Останнім вказати основне захворювання _____

2. Інші важливі захворювання, що сприяли смерті, але не пов'язані із захворюванням, яке стало безпосередньою причиною смерті _____

20. Використовувались: фізіотерапія, ЛФК, масаж, бальнеотерапія, трудотерапія (підкреслити)

21. Хірургічні операції

Дата, час	Назва операції	Ускладнення
Наркоз	м, в/в, ендотр. перид	
Наркоз	м, в/в, ендотр. перид	

22. Тривалість передопераційного періоду (дні) _____
 23. Обстежений на «R» _____ 19_р. Результат _____
 24. Група крові _____. Резус фактор + -
 25. Прізвище, ім'я, по батькові лікуючого лікаря _____, код _____, його заробітна платня _____ вартість 1 ліжка-дня _____, загальна вартість _____
 26. Вартість обслуговування середнім медперсоналом із розрахунку на 1 ліжко-день _____ загальна вартість _____
 26. Вартість обслуговування молодшим медперсоналом із розрахунку на 1 ліжко-день _____ загальна вартість _____
 28. Вартість консультацій (допоміжної роботи) _____

Консультант (допоміжний робітник)	Тривалість	Вартість
Разом		

29. Вартість обстеження

Обстеження (найменування)	Кількість	Вартість
Разом		

30. Вартість харчування за 1 ліжко-день ___ загальна вартість _____

31. Вартість медикаментозного лікування _____

Медикаменти (найменування)	Кількість	Вартість
Разом		

32. Вартість інструментального (хірургічного) лікування

Інструментальне (хірургічне) лікування (найменування)	Кількість	Вартість
Разом		

33. Вартість матеріально-технічних затрат на 1 ліжко-день __ загальна вартість _____

34. Вартість лікування хворого загальна _____

35. Нормативна вартість _____

Підпис _____

Додаток 3

КАРТА ЖИТЕЛЯ

1. Прізвище, ім'я, по-батькові _____
2. Код особи _____
3. Рік _____ місяць _____ день _____ народження
4. Місце проживання _____
5. Код місця роботи _____
6. Суспільна група: службовець — 1, селянин — 2, робітник — 3, пенсіонер — 4, учень — 5, дошкільник — 6, інвалід з дитинства — 7, інвалід праці — 8, інвалід війни, армії — 9, вільні заняття — 10 (підкреслити).
7. Професія: службовець (адм. управлінський персонал) — 1, службовець (інтелігенція) — 2, рільник — 3, тваринник — 4, механізатор — 5, кваліфікований робітник пром. підприємства — 6, некваліфікований робітник пром. підприємства — 7, будівельник — 8, водій — 9, вільна професія — 10, фермер — 11, підприємець — 12, інші — 13 (підкресл.).
8. Професійні шкідливості: є — 1, немає — 2 (підкреслити).
9. Сім'я: повна — 1, неповна — 2 (підкреслити).
10. Освіта: початкова, незакінчена середня — 1, середня — 2, середня спеціальна, вища — 3 (підкреслити).
11. Пересічний прибуток на 1 чл. сім'ї за місяць (гривні) _____
12. Житлові умови: добрі — 1, задовільні — 2, незадов. — 3 (підкреслити).
13. Матеріальний добробут: добрий — 1, задовільний — 2, незадовільний — 3, (підкреслити).
14. Соціальний прошарок: 1, 2, 3, 4 (підкреслити).
15. Група здоров'я: 1, 2, 3, 4, 5 (підкреслити).
16. Відношення до профілактичних оглядів: на основі попиту -1, в порядку обов'язкових оглядів - 2 (підкреслити).
17. Мікроекологічні умови: добрі — 1, задовільні — 2, незадовільні — 3 (підкреслити).

Додаток 4

ЛІКАРСЬКЕ СВДОЦТВО ПРО СМЕРТЬ № _____
(остаточне, попереднє, замість попереднього № _____)
 Дата « ____ » _____ 20__ р.

- Місце для коду _____
1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого _____
 2. Стать: чол. — 1, жін. — 2 (підкреслити)
 3. Дата народження: рік ____ місяць ____ число ____
 4. Дата смерті: рік ____ місяць ____ число ____
 5. Для дітей, що померли у віці від 6 дн. до 1 міс.: доношений —1, недоношений — 2 (підкреслити)
 6. Для дітей, що померли у віці від 6 дн. до 1 року: вага під час народження _____ грам.

7. Місце постійного проживання померлого:

область _____ район _____
місто — 1, село — 2 (підкреслити) _____

вписати

вул. _____ буд. _____ кв. _____

8. Місце смерті: а) область _____, район _____ місто (село) _____

8б. смерть наступила в стаціонарі — 1, вдома — 2, в ін. місці - 3 (підкреслити) _____

вписати де

9. Смерть наступила від: захворювання — 1, нещасного випадку поза виробництвом — 2, нещасного випадку в зв'язку з виробництвом — 3, вбивства — 4, самогубства — 5, тип смерті не встановлено — 6 (підкреслити).

10. Причина смерті встановлена: лікарем, що встановив смерть — 1, лікарем, що лікував померлого — 2, патолого-анатомом — 3, судово-медичним експертом — 4 (підкреслити). Причина смерті:

I а) _____

б) _____

в) _____

II _____

Дата відправлення сигнального повідомлення № _____

11. Я лікар (посада) _____ підтверджую, що на основі: огляду трупа — 1, запису лікаря в медичній документації — 2, попереднього спостереження — 3, розтину — 4, (підкреслити) мною визначена послідовність патологічних процесів (станів), що привели до смерті і встановлена така причина смерті

I. Безпосередня причина смерті (захворювання або ускладнення основного захворювання)

а) _____ захворювання, що викликало або зумовило безпосередню причину смерті: основне (початкове) захворювання вказується останнім

б) _____

в) _____

II. Інші важливі захворювання, що сприяли смерті, але не пов'язані із хворобою чи її ускладненням, що спричинились безпосередньо причиною смерті _____

12. У випадку смерті від нещасного випадку, отруєння або травми:

а) дата травми (отруєння):

рік _____ місяць _____ число _____

б) за нещасного випадку, не пов'язаного з виробництвом, вказати вид травми: побутова — 1, вулична (крім транспортної) — 2, дорожньо-транспортна — 3, шкільна — 4, спортивна — 5, інші — 6 (підкреслити)

в) місце та обставини, за яких відбулась травма (отруєння)

13. Лікарське свідоцтво видано: найменування медичного закладу _____

14. Соціальна характеристика померлого

_____ 1. Суспільна група: службовець — 1, селянин — 2, робітник — 3, пенсіонер — 4, учень — 5, дошкільник — 6, інвалід з дитинства — 7, інвалід праці — 8, інвалід війни, армії — 9, вільні заняття — 10 (підкреслити).

_____ 2. Професія: службовець (адм.-упр.) — 1, службовець (інтелігенція) — 2, рільник — 3, тваринник — 4, механізатор — 5, кваліфікований робітник пром. підприємства — 6, некваліфікований робітник пром. підприємства — 7, будівельник — 8, водій — 9, вільна професія — 10, фермер — 11, підприємець — 12, інші — 13 (підкреслити).

_____ 3. Професійні шкідливості: є — 1, немає — 2 (підкреслити).

_____ 4. Сім'я: повна — 1, неповна — 2 (підкреслити).

_____ 5. Пересічний прибуток на 1 чл. сім'ї (гривні) _____

_____ 6. Житлові умови: добрі — 1, задовільні — 2, незадов. — 3

_____ 7. Матеріальний добробут: добрий — 1, задовільний — 2, незадовільний — 3, (підкреслити).

_____ 8. Мікроекологічні умови: добрі — 1, задовільні — 2, незадовільні — 3 (підкреслити).

_____ 9. Соціальний прошарок: 1, 2, 3, 4

Медпрацівник, що зібрав соціальну характеристику _____

Список літератури

1. Андрієвський І. Ю. Медико-соціальна характеристика формування хвороб системи кровообігу у сільського населення та удосконалення надання йому медичної допомоги: автореф. дис. канд. мед. наук./ І. Ю. Андрієвський. – К., 2007. – 20 с.
2. Гойко О. В. Сучасні технології обробки й аналізу медичних даних /О. В. Гойко //Мед. інформатика та інженерія. – 2009. – № 4. – С. 39-44.

3. *Голяченко А.* Інформаційне забезпечення управління охороною здоров'я /А. Голяченко, І. Вардинець, О. Приходський. – Тернопіль: Лідер, 1997. – 54 с.
4. *Голяченко А. О.* Наукове обґрунтування системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: Автореф. дис. д-ра. мед. наук А. О. Голяченко. – К., 2008. – 54 с.
5. *Голяченко О. М.* Економіка української здравоохорони /О. М. Голяченко, А. О. Голяченко. – Вінниця, 1996. – 100 с.
6. *Голяченко О.* Соціальна медицина /О. Голяченко, К. Сокол, Г. Слабкий. – Тернопіль: Лілея, 2009. – 186 с.
7. *Кузьмін І. К.* Основи медичної інформатології /І. К. Кузьмін, В. С. Килівник //Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2008. – № 2. – С. 59-65.
8. *Медична облікова документація, що використовується в поліклініках (амбулаторіях).* – К., 1999. – 335 с.
9. *Медична облікова документація, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів.* – К., 1999. – 112 с.
10. *Мінцер О. П.* Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині: навч. посібн./О. П. Мінцер, Ю. В. Вороненко, В. В. Власов. – К.: Вища школа, 2003. – 350 с.
11. *Реформа охорони здоров'я в Україні* / [за ред. О. М. Голяченка]. – Тернопіль: Лілея, 2006. – 160 с.
12. *Сариогло В. Г.* Методологічні принципи забезпечення надійності результатів вибірових обстежень населення: дис... д-ра екон. наук: 08.03.01 /В. Г. Сариогло – К., 2005. – 396 с.
13. *Скакун М. П.* Основи доказової медицини / М. П. Скакун. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. – 244 с.
14. *Сміянов В. А.* Оптимізація моделі системи медичної допомоги міському населенню в умовах перебудови галузі: автореф. дис. канд. мед. наук В. А. Сміянов. – К., 2006. – 24 с.
15. *Типові інструкції щодо заповнення форм первинної медичної документації лікувально-профілактичних закладів* [за ред. В. Ф. Москаленка] – К., 2001. – 144 с.
16. *Уваренко А. Р.* Погляди на наукову медичну інформацію, інноваційну політику та доказову медицину як на взаємопов'язані наукові та прикладні сучасні категорії /А. Р. Уваренко //Мед. освіта. – 2004. – № 2. – С. 7-10.
17. *Філімонова Н. Б.* Статистичний аналіз даних відповідно до засад науково обґрунтованої медицини / Н. Б. Філімонова, І. О. Філь, Т. С. Михайлова //Методи математичної статистики. – 2004. – № 4. – С. 85-93.
18. *Штангрет А. М.* Статистика: навч. посібн. /А. М. Штангрет, О. І. Копилук. – К., 2005. – 229 с.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ВЫБОРОЧНОГО СБОРА СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ОТНОСИТЕЛЬНО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

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

В статье указана методика выборочного анализа статистического материала, являющаяся дополнением к сплошному и способная ответить на два вопроса – о социальной обусловленности здоровья и стоимости медицинской помощи, которые не может дать сплошной метод.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **выборочный анализ, здоровье людей, статистика.**

IMPROVEMENT OF THE METHOD OF SELECTIVE ACQUISITION OF STATISTICAL DATA POPULATION'S HEALTH

A. M. Holiachenko, A. H. Shulhay, A. A. Goliachenko, L. N. Romanyuk, N. Ya. Panchyshyn, V. L. Smirnova, A. Ya. Halytska-Kharkhalis, N. Ye. Fedchysyn (Ternopil)

The method of selective analysis of statistical material, being an addition to the continuous, capable of answering two questions – about social conditionality of health and costs of medical aid, which the continuous method can not – is dealt with in the article.

KEY WORDS: **selective analysis, health of population, statistics.**

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

УДК 312.6:617.7(477)

С. В. ЗБИТНЕВА (Київ)

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ХВОРОБИ ОКА ТА ЙОГО ПРИДАТКОВОГО АПАРАТУ

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Наведено та проаналізовано статистичні дані щодо офтальмологічної захворюваності населення України за 2008–2009 рр.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **хвороби ока та його придаткового апарату, захворюваність, поширеність.**

Здоров'я населення є результатом соціально-історичного розвитку суспільства, життєздатності людей, що проживають на певній території кілька поколінь. Пріоритетним завданням демократичних держав, до яких прагне наблизитися й Україна, є збереження і зміцнення здоров'я населення. Здоров'я є одним з найбільш складних, багатофункціональних і динамічних у часі понять, що якісно характеризує населення країни [1].

Важливими показниками стану здоров'я населення є захворюваність і поширеність хвороб. Захворюваність характеризує можливість адаптації населення до чинників довкілля, а поширеність хвороб значною мірою відображає накопичення хронічної патології, і зростання показника поширеності зумовлено, у тому числі, й успіхами в лікуванні хвороб та подовженням тривалості життя хворих з гострими невідкладними станами [2].

Аналіз показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення України протягом ряду років свідчить про стійкі тенденції до її зростання. Так, за період 2005–2009 рр. рівень первинної захворюваності зріс на 2,85% і досягнув у 2009 р. 71,9 тис. випадків на кожні 100 тис. населення [4;5].

За підсумками 2009 р. показник захворюваності за більшістю класів хвороб має негативну динаміку. Так, протягом п'ятирічного періоду найбільшими темпами зросла захворюваність на: хвороби органів дихання (+7,15%), хвороби ока та його придаткового апарату (+2,77%), хвороби нервової системи (+2,45%), хвороби вуха та соскоподібного відростка (+2,34%), хвороби сечостатевої системи (+0,4%) [6].

За даними наукової літератури, хвороби ока та його придаткового апарату мають важливе не лише медичне, але й соціальне та економічне значення для держави як вагомий інвалідизуючий фактор, що призводить до втрати зору [3].

Мета дослідження: вивчити захворюваність населення України на хвороби ока та його придаткового апарату з метою подальшого обґрунтування оптимізації системи медичної допомоги населенню з даною патологією.

Матеріали і методи. У роботі використано дані галузевої статистики щодо захворюваності населення України на хвороби ока та його придаткового апарату.

Результати дослідження та їх обговорення. За підсумками 2009 р., в Україні лікарями-офтальмологами прийнято 3,3 млн хворих із захворюваннями очей, що на 0,1 млн більше, ніж у 2007 р. та 2008 р. У 37,3% з них, тобто у 1,2 млн осіб, захворювання зареєстровано вперше. У державі амбулаторну допомогу хворим із захворюваннями очей надають 1347 лікувально-профілактичних закладів.

Показники поширеності захворювань ока та його придаткового апарату серед дорослого населення України у 2008–2009 рр. наведено у таблиці 1. Як видно з таблиці, протягом року на кожні 100 тис. населення реєструється 8,5 тис. захворювань очей, у т.ч. понад 3 тис. хвороб виявляються вперше.

У структурі офтальмологічної захворюваності на першому місці стабільно залишаються хвороби кон'юнктиви (30,76%), друге місце посіла катаракта (10,68%), третє – міопія (5,36%). Але структура поширеності захворювань, тобто контингент хворих, який формує навантаження лікаря поліклініки, дещо інша.

У динаміці за 5 років у структурі поширеності захворювань поступово знизилася питома вага хвороб кон'юнктиви і становила лише 12,2%, натомість зросла частка захворювання на катаракту (з 14,7% до 16,2%), міопію (з 4,7% до 12,6%), відшарування і розриви сітківки (з 0,37% до 0,51%), глаукому (з 4,7% до 6,64%). Отже, поступово групу звернень до поліклініки сформували хворі з більш важкою патологією, яка потребує тривалого лікування і диспансерного нагляду (табл. 2, 3).

Таблиця 1. Показники поширеності хвороб ока та його придаткового апарату в Україні у 2008–2009 рр. (на 100 тис. дорослого населення)

Патологія	Усього		Виявлено вперше		Знаходяться на Д-обліку	
	2008 р.	2009 р.	2008 р.	2009 р.	2008 р.	2009 р.
Хвороби ока та його придаткового апарату, у т.ч.:	8681,1	8788,5	3252,0	3277,4	1755,0	1755,0
захворювання кон'юнктиви	1075,8	1074,9	1004,4	1008,3	11,1	8,0
захворювання рогівки і склери	188,0	192,3	137,6	139,9	17,5	17,0
катаракта	1423,5	1419,5	350,8	350,0	413,6	410,8
відшарування сітківки	43,2	45,0	6,0	6,2	33,1	34,4
глаукома	566,2	583,6	68,2	62,3	505,2	522,2
атрофія зорового нерва	103,5	105,7	15,5	15,1	66,3	68,1
міопія	1097,7	1111,2	171,3	175,9	238,7	240,2

Таблиця 2. Показники поширеності хвороб ока та його придаткового апарату в Україні у 2009 р. (на 100 тис. дорослого міського населення)

Патологія	Поширеність	Захворюваність	Диспансерна група
Хвороби ока та його придаткового апарату, у т.ч.:	10 092,1	3633,5	1884
захворювання кон'юнктиви	1173,0	1098,0	7,4
захворювання рогівки і склери	211,3	157,3	15,8
катаракта	1627,1	387,6	421,6
відшарування сітківки	49,6	6,7	37,7
глаукома	638,3	67,9	571,9
атрофія зорового нерва	112,5	15,6	70,8
міопія	1306,8	199,7	241,3

Найвищий рівень поширеності очних захворювань реєструється у м. Києві (12 799 звернень з приводу захворювань ока на 100 тис. жителів), на другому місці – Дніпропетровська область (11 593), на третьому – Харківська (11 261), на четвертому – Львівська (10 546). Ситуація з показником поширеності очних захворювань по регіонах упродовж останніх років стабільна.

Значно нижчі показники захворюваності дорослого населення у сільській місцевості. Очевидно, що тут впливає екологічне навантаження на стан здоров'я, а також є недоліки в організації діагностики захворювань.

Основу амбулаторної роботи офтальмологічної служби становлять так звані соціально значущі хвороби – катаракта, глаукома та останніми роками патологія сітківки і зорового нерва.

У 2009 р. зареєстровано 536 тис. звернень хворих з приводу катаракти (у 2007 р. – 550 тис., у 2008 р. – 539 тис.), з них вперше виявлено 132,2 тис. захворювань (у 2008 р. – 132,8). Під диспансерним наглядом перебувало 155,2 тис. хворих.

У 2009 р. зареєстровано 220,5 тис. звернень до лікаря-офтальмолога з приводу глаукоми,

вперше виявлених випадків захворювання – 23,5 тис. Питома вага поширеності захворювання на глаукому в загальній структурі очних захворювань становила 6,6% (у 2007 р. – 6,3%, у 2008 р. – 6,5%), вперше виявленої глаукоми – 1,9% (у 2007 р. – 2,0%, у 2008 р. – 5,3%). На диспансерному обліку знаходилося 197,3 тис. хворих на глаукому, які потребували постійного лікування.

За 9 років XXI ст. зростання показника поширеності глаукоми дорівнювало 46,6%, захворюваності – 23,4% (у 2009 р. зафіксовано зниження показника, у 2008 р. зареєстровано його зростання – 35,3%), чисельності диспансерної групи – 50,2%. Тобто кількість звернень хворих на глаукому збільшилася майже удвічі, суттєво зросло число вперше діагностованих випадків глаукоми – понад третина (35,3%). Це свідчить про вкрай негативну тенденцію щодо захворюваності на дану патологію. Диспансерна група хворих збільшилася вдвоє (50,2%), на кожні 100 тис. дорослого населення припадає понад 0,5 тис. хворих на глаукому (522,2).

У 2009 р. зареєстровано понад 5,7 тис. вперше виявлених атрофій зорового нерва і 2,3 тис. випадків відшарування та розриву сітківки ока.

Таблиця 3. Показники поширеності хвороб ока та його придаткового апарату в Україні у 2009 р. (на 100 тис. дорослого сільського населення)

Патологія	Поширеність	Захворюваність	Диспансерна група
Хвороби ока та його придаткового апарату, у т.ч.:	5867,4	2482,1	1464,8
захворювання кон'юнктиви	855,6	808,0	9,3
захворювання рогівки і склери	149,9	101,2	19,8
катаракта	955,7	266,1	386,7
відшарування сітківки	34,8	4,9	26,9
глаукома	461,4	49,9	411,2
атрофія зорового нерва	90,5	14,0	62,2
міопія	674,1	122,8	238,0

Ці інвалідизуючі захворювання найчастіше є наслідком загальної патології організму – цукрового діабету, гіпертонії, порушень мозкового кровообігу. У динаміці за 5 років диспансерна група зазначених хворих зросла на 12,8% за атрофією зорового нерва та на 21,4% за відшаруванням сітківки.

Число травм та опіків порівняно з 2007 р. і 2008 р. серед дорослого населення дещо змен-

шилося, що можна пояснити спадом у роботі промислових підприємств (табл. 4).

За показником очного травматизму лідирують Дніпропетровська (9,5), Донецька (9,2) та Сумська області (8,0), у яких показник майже вдвічі вищий, ніж у середньому по Україні. У таблиці 5 наведено показники очного травматизму в деяких областях, де його рівень перевищує середній показник.

Таблиця 4. Травми та опіки очей у 2007–2009 рр. (доросле населення)

Показник	Травми ока			Опіки ока		
	2007 р.	2008 р.	2009 р.	2007 р.	2008 р.	2009 р.
Усього зареєстровано, абс.	23101	21865	20342	5317	5050	4391
На 10 тис. населення	6,1	5,8	5,4	1,4	1,3	1,2

Таблиця 5. Показники очного травматизму в областях України (на 10 тис. населення)

Область	Показник очного травматизму	Рейтингове місце за величиною показників
Дніпропетровська	9,5	1
Донецька	9,2	2
Сумська	8,0	3
Рівненська	7,5	4
Тернопільська	7,0	5
Луганська	6,4	6
Вінницька	6,2	7
Україна	5,4	-

Показники областей з високим рівнем опіків ока на 10 тис. населення наведено у таблиці 6. За цим показником лідирують Сумська, Рівненська та Дніпропетровська області.

Показники чисельності очних травм і опіків знижуються, але проблема очного травматизму залишається актуальною.

Висновки

Дослідження показало, що на кожні 100 тис. населення в Україні реєструється 8,5 тис. за-

хворювань очей, у т.ч. понад 3 тис. хвороб виявляються вперше.

У структурі офтальмологічної захворюваності на першому місці стабільно залишаються хвороби кон'юнктиви (30,76%), друге місце посіла катаракта (10,68%), третє – міопія (5,36%).

У 2009 р. зареєстровано понад 5,7 тис. вперше виявлених атрофій зорового нерва і 2,3 тис. випадків відшарування та розриву сітківки ока. У динаміці за 5 років диспансерна група зазначе-

Таблиця 6. Найвищі показники опіків ока в Україні

Область	Показник опіків ока на 10 тис. населення	Рейтингове місце
Сумська	2,3	1
Рівненська	2,0	2
Дніпропетровська	1,8	3
Київська	1,7	4
Донецька	1,5	5
Україна	1,2	-

них хворих зростає на 12,8% за атрофією зорового нерва та на 21,4% за відшаруваннями сітківки.

Відмічається зниження травм та опіків органу зору.

Подальші дослідження будуть скеровані на оптимізацію системи медичної допомоги населенню з хворобами ока та його придаткового апарату.

Список літератури

1. *Борьба с основными болезнями в Европе – актуальные проблемы и пути их решения. Факты и цифры* / ЕРБ ВОЗ/ОЗ/06. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2006. – 7 с.
2. *Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.* – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2006. – 62 с.
3. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2007–2008 роки* / МОЗ, ЦМС. – К., 2009. – 327 с.
4. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік* / Ю. О. Гайдаєв, О. М. Орда, В. М. Пономаренко [та ін.]. – К., 2007. – 398 с.
5. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік.* – К., 2009. – 360 с.
6. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік* / за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 443 с.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ БОЛЕЗНЯМИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА

С. В. Збитнева (Киев)

Приведены и проанализированы статистические данные относительно офтальмологической заболеваемости населения Украины за 2008–2009 гг.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **болезни глаза и его придаточного аппарата, заболеваемость, распространенность.**

MORBIDITY OF THE UKRAINIAN POPULATION OF EYE DISEASE AND ITS ADDITIONAL APPARATUS

S. V. Zbytneva (Kyiv)

The statistical data concerning ophthalmologic morbidity of the population of Ukraine for 2008–2009 have been resulted and analysed.

KEY WORDS: **diseases of an eye and its additional apparatus, morbidity, prevalence.**

Рецензент: д.мед.н., проф. С. О. Риков

УДК 616.89-008.441.-059-037

О. С. ФІТЬКАЛО (Львів)

ПРОГНОЗУВАННЯ СТІЙКОСТІ РЕМІСІЙ У ХВОРИХ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПІОЇДІВ, НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ПРОТИРЕЦИДИВНОГО ЛІКУВАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У статті наведено результати виникнення предикторів ремісії та предикторів рецидиву у хворих, залежних від опіоїдів, при проведенні протирецидивного лікування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хворі, залежні від опіоїдів, предиктори ремісії, предиктори рецидиву, діагностичні коефіцієнти.

Актуальним завданням сучасної наркології є розробка науково обґрунтованих методів прогнозування результатів лікування хворих із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин з використанням численних обставин, що впливають на цей результат. Своєчасне прогнозування (вже на етапі вибору типу лікування і протягом його здійснення) дозволяє запобігти призначенню заздалегідь неефективних методів терапії або терміново здійснити корекцію терапевтичної тактики протягом її реалізації.

Для розв'язання цього завдання ми використовували обставини (або ознаки), які стало передувати в популяції хворих, залежних від опіоїдів, формуванню ремісії, або, навпаки, – рецидиву захворювання. Причинно-наслідкові зв'язки між такими обставинами і подією, що прогнозується (ремісія або рецидив), не завжди легко встановити, тому для їхнього визначення замість терміну "фактор" ми використовуємо нейтральний термін "предиктор" (маркер майбутньої події).

В якості таких потенційних предикторів ремісії або рецидивів хвороби у пацієнтів, залежних від опіоїдів, було розглянуто дані їхнього наркологічного анамнезу, результати клініко-психопатологічного дослідження, фізикального обстеження. Зрозуміло, що науково обґрунтоване прогнозування можливе лише за умов використання адекватних багатомірних математичних процедур, однією з яких є послідовна процедура Вальда у модифікації Гублера.

Метою роботи було дослідження прогнозування предикторів ремісії у хворих, залежних від опіоїдів, на різних стадіях протирецидивного лікування.

Матеріали і методи. Дослідження хворих, залежних від опіоїдів, проведено на базі 1-го відділення Львівського обласного державного

клінічного наркологічного диспансеру. Всього обстежено 86 хворих, залежних від опіоїдів (всі чоловіки), віком від 19 до 45 років (в середньому $29,3 \pm 1,6$ року).

Кількісна оцінка наявних психічних та поведінкових розладів визначалась за допомогою психодіагностичних методик: шкали динаміки, шкали Цунга для самооцінки депресії, шкали особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна, шкали первинного патологічного потягу, анкети для оцінки проявів синдрому ангедонії. Обробку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний, регресійний, кореляційний аналізи) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та Excel з пакету Microsoft Office 2003 [5]. Визначення предикторів ремісії чи рецидиву у хворих, залежних від опіоїдів, їхніх діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності Кульбака (J) здійснювалось за Є.В. Гублером [3].

Результати дослідження та їх обговорення. В основу цього аналізу покладено порівняльний аналіз частот окремих ознак в групах осіб, залежних від опіоїдів, у яких, за даними катamnестичного спостереження, спотерігалась ремісія (50 осіб) або рецидив захворювання (36 осіб). Тривалість катamnестичного спостереження склала 6 місяців, оскільки за сучасними критеріями (МКХ-10) стійкою вважається ремісія тривалістю 6 або більше місяців.

Середні значення показників на різних етапах дослідження в групах хворих з якісно відмінними результатами лікування (група "Ремісія" та група "Рецидив") наведено у таблиці 1.

На основі порівняльного аналізу частот окремих ознак в зазначених групах розраховувались відповідні діагностичні коефіцієнти (ДК) і міри інформативності Кульбака (J). Визначення цих показників робилось для того, щоб звести встановлені інформативні ознаки в формальні прогностичні таблиці з метою визначення на

Таблиця 1. Середні значення показників на різних етапах дослідження в групах хворих з якісно відмінними результатами лікування*

Показники (день вимірювання з моменту початку лікування), одиниці вимірювання	Середні значення показників, подані у форматі “середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної” (M±m)	
	Група “Рецидив”	Група “Ремісія”
1	2	3
Анамнестичні дані		
Тривалість захворювання, років	11,28±1,38	6,54±0,78?
Доза наркотику на початку лікування, мл	8,14±1,69	5,44±0,90
Вік на момент початку захворювання, років	22,94±1,39	21,16±0,99
Дані за шкалою динаміки (ШД)		
ШД (0 доба), балів	15,00±2,41	12,23±1,24
ШД (15 доба), балів	11,53±1,89	9,95±1,29
ШД (30 доба), балів	9,23±1,97	8,95±1,20
ШД (60 доба), балів	10,27±2,16	9,36±1,27
ШД разом (0–60 доба), балів	11,59±1,08	10,11±0,63
Дані за шкалою первинного патологічного потягу (Ш-ППП)		
Ш-ППП (0 доба), балів	10,87±1,02	10,82±0,75
Ш-ППП (15 доба), балів	9,56±0,70	7,41±0,65?
Ш-ППП (30 доба), балів	7,42±0,84	6,33±0,57
Ш-ППП (60 доба), балів	7,20±0,90	5,48±0,49
Ш-ППП разом (0–60 доба), балів	8,84±0,47	7,50±0,38?
Дані за шкалою реактивної тривожності Спілбергера (Ш-РТС)		
Ш-РТС (0 доба), балів	37,08±2,05	40,43±1,78
Ш-РТС (15 доба), балів	33,38±2,19	34,68±,96
Ш-РТС (30 доба), балів	28,00±1,64	31,00±2,27
Ш-РТС (60 доба), балів	26,50±2,26	29,52±,25
Ш-РТС разом (0–60 доба), балів	30,95±1,17	33,87±1,12
Дані за шкалою особистісної тривожності Спілбергера (Ш-ОТС)		
Ш-ОТС (0 доба), балів	51,00±1,32	50,91±1,45
Ш-ОТС (15 доба), балів	47,14±1,24	47,23±1,61
Ш-ОТС (30 доба), балів	46,46±1,35	44,91±1,56
Ш-ОТС (60 доба), балів	43,60±1,47	40,39±1,26
Ш-ОТС разом (0–60 доба), балів	47,00±0,75	45,86±0,83
Дані за шкалою Цунга (Ш-Ц)		
Ш-Ц (0 доба), балів	47,80±1,92	46,33±1,81
Ш-Ц (15 доба), балів	44,07±1,69	42,83±1,64
Ш-Ц (30 доба), балів	43,08±2,01	39,24±1,86
Ш-Ц (60 доба), балів	43,78±1,81	41,68±1,54
Ш-Ц разом (0–60 доба), балів	44,70±0,94	42,49±0,88
Дані за шкалою ангедонії (афективний компонент– ША-АК)		
ША-АК (0 доба), балів	16,07±1,54	16,10±1,25
ША-АК (15 доба), балів	14,21±1,50	14,45±1,40
ША-АК (30 доба), балів	12,00±1,78	12,77±1,17
ША-АК (60 доба), балів	10,53±1,24	10,21±0,99
ША-АК разом (0–60 доба), балів	13,20±0,79	13,28±0,64

Продовження табл. 1

1	2	3
Дані за шкалою ангедонії (ідеаторний компонент – ША-ІК)		
ША-ІК (0 доба), балів	6,50±0,99	7,86±0,73
ША-ІК (15 доба), балів	4,86±0,78	5,59±0,72
ША-ІК (30 доба), балів	3,00±0,37	4,59±0,77
ША-ІК (60 доба), балів	2,47±0,43	3,22±0,85
ША-ІК разом (0–60 доба), балів	4,22±0,41	5,26±0,42
Дані за шкалою ангедонії (поведінковий компонент – ША-ПК)		
ША-ПК (0 доба), балів	4,07±0,61	4,18±0,64
ША-ПК (15 доба), балів	2,43±0,50	2,64±0,56
ША-ПК (30 доба), балів	1,58±0,29	1,48±0,43
ША-ПК (60 доба), балів	1,20±0,22	1,48±0,40
ША-ПК разом (0–60 доба), балів	2,33±0,26	2,44±0,28

*Примітка: ШД – шкала динаміки; Ш-ППП – шкала первинного патологічного потягу; Ш-РТС – шкала реактивної тривожності Спілбергера; Ш-ОТС – шкала особистісної тривожності Спілбергера; Ш-Ц – шкала Цунга; ША-АК – шкала ангедонії (афективний компонент); ША-ІК – шкала ангедонії (ідеаторний компонент); ША-ПК – шкала ангедонії (поведінковий компонент).

їхній основі індивідуального ризику рецидиву хвороби або вірогідності формування ремісії (за допомогою послідовної процедури Вальда у модифікації Гублера).

Проведене комплексне дослідження дозволило створити прогностичну таблицю для оцін-

ки формування предикторів ремісії чи рецидиву у хворих, залежних від опіоїдів (табл. 2). В цю таблицю були зведені всі статистично значущі предиктори в порядку зменшення модулів їхніх діагностичних коефіцієнтів (в порядку зменшення їхньої “прогностичної сили”).

Таблиця 2. Прогностична таблиця для оцінки формування предикторів ремісії та рецидиву у хворих, залежних від опіоїдів

Предиктори ремісії та предиктори рецидиву*	ДК	J
1	2	3
Предиктори ремісії (0 доба)		
Тривалість захворювання ≤5 років	6,70	1,37
Середні дози наркотику перед лікуванням ≤5 мл	3,22	0,59
Вік на момент початку вживання ≤25 років	0,66	0,04
ШД ≤20 балів	1,25	0,15
ППП >7 балів	0,87	0,06
Сумарна інформативність (Σ _{MI}) предикторів ремісії на 0 добу лікування	12,7	2,21
Предиктори ремісії (15 доба)		
ШЦ ≤36 балів	5,87	0,58
ША-ІК >6 балів	3,75	0,44
ША-ПК 0 балів	5,34	0,46
ППП ≤6 балів	5,19	0,72
ША-ІК >6 балів	3,75	0,44
ШД ≤20 балів	0,69	0,05
Сумарна інформативність (Σ _{MI}) предикторів ремісії на 15 добу лікування	24,59	2,69
Предиктори ремісії (30 доба)		
Ш-РТС >36 балів	6,78	1,02
ША-ІК >4 балів	6,40	0,90
ША-ПК 0 балів	3,75	0,43
ШЦ ≤36 балів	3,64	0,44
ППП >6 балів	2,91	0,46
Сумарна інформативність (Σ _{MI}) предикторів ремісії на 30 добу лікування	23,48	3,25

Продовження табл. 2

1	2	3
Предиктори ремісії (60 доба)		
ША-ІК =0 балів	6,46	0,69
ША-ПК 0 балів	5,28	0,60
Ш-РТС >39 балів	4,94	0,44
ША-АК ≤8 балів	3,98	0,40
ШЦ ≤39 балів	3,34	0,32
Ш-ОТС ?39 балів	2,83	0,35
ППП ≤5 балів	2,82	0,41
Сумарна інформативність (Σ_{MI}) предикторів ремісії на 60 добу лікування	29,65	3,21
Предиктори рецидиву (0 доба)		
Вік на момент початку вживання >25 років	-2,40	0,14
Серед. дози наркотику перед лікуванням >5 мл	-3,47	0,64
Тривалість захворювання >5 років	-2,68	0,55
ППП ≤7 балів	-2,53	0,19
Ш-РТС ≤42 балів	-1,63	0,20
Сумарна інформативність (Σ_{MI}) предикторів рецидиву на 0 добу лікування	-12,71	1,72
Предиктори рецидиву (15 доба)		
ШД >20 балів	-8,55	0,61
ППП >6 балів	-1,66	0,23
ША-ІК ≤6 балів	-1,46	0,17
ШЦ >36 балів	-1,04	0,10
ША-ПК >0 балів	-0,90	0,08
Сумарна інформативність (Σ_{MI}) предикторів рецидиву на 15 добу лікування	-13,61	1,19
Предиктори рецидиву (30 доба)		
ППП >6 балів	-2,81	0,45
Ш-РТС ≤36 балів	-1,72	0,26
ША-ІК ≤4 балів	-1,59	0,22
ШЦ >36 балів	-1,54	0,19
ША-ПК >0 балів	-1,39	0,16
Сумарна інформативність (Σ_{MI}) предикторів рецидиву на 30 добу лікування	-9,05	1,28
Предиктори рецидиву (60 доба)		
ППП >5 балів	-2,48	0,36
Ш-ОТС >39 балів	-1,76	0,22
ША-ПК >0 балів	-1,27	0,15
ШЦ >39 балів	-1,15	0,11
ША-АК >8 балів	-1,14	0,11
ША-ІК >0 балів	-1,13	0,12
Ш-РТС ≤39 балів	-0,93	0,08
Сумарна інформативність (Σ_{MI}) предикторів рецидиву на 60 добу лікування	-9,86	1,04

*Примітка: предиктори ремісії та предиктори рецидиву подані у порядку зменшення модулів їхніх діагностичних коефіцієнтів.

Оцінка зазначених предикторів за допомогою таблиці 2 здійснюється шляхом застосування послідовної процедури Вальда (у модифікації

Є.В. Гублера) [3]. Суть процедури полягає у тому, що ДК притаманних особі ознак додаються один до одного, поки не буде досягнуто бажаного

рівня достовірності прогнозу. Так, наприклад, достовірності прогнозу на рівні $p < 0,05$ відповідає значення суми діагностичних коефіцієнтів $S_{\text{дк}} > 13$, на рівні $p < 0,01$ – $S_{\text{дк}} > 20$, а на рівні $p < 0,001$ – $S_{\text{дк}} > 30$. Цим пояснюється, що жоден із встановлених предикторів не є самодостатнім для вірогідного прогнозу (у всіх предикторів, поданих у таблиці 2, $DK < 13$), і тому вірогідний прогноз можливий лише при їх сукупному використанні. При цьому предикторами ремісії вважались ознаки з позитивними значеннями ДК (ознака достовірно частіше зустрічалась в групі хворих з ремісією), а предикторами рецидиву – ознаки з негативними значеннями ДК (ознака достовірно частіше зустрічалась в групі хворих, у яких спостерігався рецидив хвороби).

Помітно, що найбільшу прогностичну силу має предиктор “шкала реактивної тривожності Спілбергера” ($DK=6,78$). Наявність у особи, що обстежується, цього предиктора разом із, наприклад, предиктором “Тривалість захворювання ≤ 5 років” ($DK=6,70$) або предиктором “ША-ІК > 4 балів” ($DK=6,40$) вже забезпечує вірогідність прогнозу не гірше $p < 0,05$, оскільки $S_{\text{дк}}$ таких пар факторів вже перевищує 13 – граничне значення для цього рівня достовірності. Наявність же у хворих, залежних від опіоїдів, перелічених в таблиці 2 предикторів ремісії забезпечить достовірність прогнозу формування у них психічних та поведінкових розладів уже на 15 добу лікування на рівні $p < 0,01$, оскільки у такого сполучення факторів $S_{\text{дк}}=24,59$, що більше 20 – граничне для цього рівня достовірності значення.

При аналізі ознаки “тривалість захворювання” як предиктора стійкості ремісії було встановлено (табл. 2), що частота рецидивів серед пацієнтів з тривалістю захворювання ≤ 5 років була достовірно ($p < 0,05$) нижчою, ніж частота ремісій, в той час як серед хворих з тривалістю захворювання > 5 років спостерігалась зворотня картина. Тому в цій парі ознак тривалість захворювання ≤ 5 років є предиктором ремісії ($DK=+6,70$ при $MI=1,37$), а тривалість захворювання > 5 років – предиктором рецидиву ($DK=-2,68$ при $MI=0,55$).

Так само (табл. 2) частота рецидивів серед пацієнтів, що мали середню добову дозу наркотику перед лікуванням ≤ 5 мл, була достовірно ($p < 0,05$) нижчою, ніж частота ремісій, в той час як серед хворих, що мали відповідну дозу > 5 мл, спостерігалась зворотня картина. Тому середню добову дозу наркотику перед лікуванням ≤ 5 мл слід розглядати як предиктор ремісії ($DK=+3,22$ при $MI=0,59$), а середню добову дозу наркотику перед лікуванням > 5 мл – як предиктор рецидиву ($DK=-3,47$ при $MI=0,64$).

При аналізі результатів дослідження за допомогою шкали динаміки, як предикторів стійкості ремісії у хворих, залежних від опіоїдів, було встановлено (табл. 2), що частота рецидивів серед пацієнтів, що набирали за цією шкалою ≤ 20 балів на початку (0 доба) та на 15 добу лікування, була достовірно ($p < 0,05$) нижчою, ніж частота ремісій, в той час як серед хворих, що набирали в ці дні за шкалою динаміки > 20 балів, спостерігалась зворотня картина.

При аналізі результатів дослідження за шкалою первинного патологічного потягу до наркотиків, як предикторів стійкості ремісії у хворих, залежних від опіоїдів, було виявлено парадоксальну ситуацію (табл. 2). Частота рецидивів серед пацієнтів, що набирали на початку лікування (0 доба) за цією шкалою ≤ 7 балів, була достовірно ($p < 0,05$) вищою, ніж частота ремісій, в той час як серед хворих, що набирали в цей день за шкалою первинного патологічного потягу до наркотиків > 7 балів, спостерігалась зворотня картина. Таким чином, відносно слабший (≤ 7 балів) потяг до наркотику на початку лікування виступав предиктором рецидиву ($DK=-2,53$ при $MI=0,19$), а відносно сильніший (> 7 балів) – предиктором ремісії ($DK=+0,87$ при $MI=0,06$). Можливо, інверсія прогностичного значення цієї ознаки протягом лікування є наслідком того, що в осіб, схильних до рецидиву, динаміка первинного патологічного потягу до наркотику розвивається повільніше, ніж у осіб, які спроможні досягти стійкої ремісії, і ця затримка особливо помітна в ранньому постабстинентному періоді, що і призводить до описаних вище парадоксальних наслідків на початку протирецидивного лікування.

В процесі дослідження за шкалою реактивної тривожності Спілбергера, як предикторів стійкості ремісії у хворих, залежних від опіоїдів (табл. 2), було встановлено, що відносно низькі рівні цього показника протягом всього періоду спостереження виступають як предиктори рецидиву захворювання, в той час як відносно високі рівні реактивної тривожності є предикторами ремісії. Це можливо пояснити тим, що реактивна тривожність в данному випадку є своєрідним індикатором напруження мотивації стосовно досягнення позитивних результатів лікування. Цілком зрозуміло, що людина, яка ставиться до лікуванн формально, не буде відчувати ніякого внутрішнього напруження, оскільки нічого не очікує від отримуваної терапії. Слід зазначити, що прогностична значущість цієї ознаки на 15 добу лікування не є достовірною ($p > 0,05$). Але потім (починаючи з 15 доби протирецидивного лікування) спостерігається цілком очікувана картина: відносно низькі рівні депресії

(≤36 балів) протягом всього періоду спостереження виступають як предиктори ремісії, в той час як відносно високі рівні депресії є предикторами рецидиву. Одержані дані зайвий раз підтверджують відомі уявлення про депресію як фактор ризику рецидивів залежності від психоактивних речовин.

Висновки

Таким чином, у пацієнтів, залежних від опіоїдів, в результаті анамнестичних, психодіагностичних та лабораторних досліджень шляхом порівняння частот різних ознак в групах пацієнтів з якісно відмінними результатами лікування (шестимісячна ремісія або рецидив) виявлено значну кількість предикторів стійкості терапевтичних ремісій.

Список літератури

1. Алигулиев А. Р. Характеристика ремиссий у больных, страдающих опийной наркоманией / А. Р. Алигулиев, А. Г. Врублевский // Азерб. мед. журн. – 1991. – № 4. – С. 35–40.
2. Братанова С. Б. Короткие и длительные ремиссии у больных героиновой наркоманией / С. Б. Братанова // Вопр. наркол. – 2001. – № 5. – С. 34–40.
3. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. – М.: Медицина, 1978. – 294 с.
4. Діагностика і терапія психічних та поведінкових роладів внаслідок вживання психоактивних речовин : посібник для лікарів / О. І. Мінко, І. В. Лінський, О. С. Самолова [та ін.]. – Х., 2009. – 107 с.
5. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием EXCEL / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабиц. – К. : Морион, 2001. – 408 с.
6. Минко А. И. Аффективные расстройства при зависимости от психоактивных веществ / А. И. Минко, И. В. Линский // Междунар. мед. журн. – 2003. – Т. 9, № 3. – С. 28–30.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

О. С. Фітькало (Львов)

В статье представлены результаты возникновения предикторов ремиссии и предикторов рецидивов у больных, зависимых от опиоидов, при проведении противорецидивного лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: больные, зависимые от опиоидов, предикторы ремиссии, предикторы рецидива, диагностические коэффициенты.

THE PROGNOSTICATION OF REMISSIONS IN PATIENTS WITH OPIOID ADDICTION ON DIFFERENT STAGES OF ANTIRELAPSE TREATMENT

O. S. Fitkalo (Lviv)

The article highlights the findings of remission and relapse predictors emergence in patients with opioid addiction in the course of antirelapse treatment.

KEY WORDS: patients with opioid addiction, remission predictors, relapse predictors, diagnostic indicators.

Рецензент: к.мед.н. М. В. Шевченко

УДК 614.28(648)

О. А. КОМПАНИЕЦЬ (Київ)

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛІЗАТОРА У ОСІБ ЛЬОТНОГО СКЛАДУ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ЙОГО УРАЖЕННЯ

Українська військово-медична академія

В статті розглянуті особливості та частота безсимптомного ураження вестибулярного аналізатора у хворих на гострий та загострення хронічного середнього гнійного отиту. Показано, що методом, який дозволяє діагностувати порушення з боку вестибулярного аналізатора у таких хворих, є метод комп'ютерної постурографії. Діагностика вестибулярних порушень у хворих на гострий та загострення хронічного середнього гнійного отиту сприяє проведенню своєчасного й адекватного лікування, визначенню критерію зворотності патологічного процесу, ступеня і динаміки відновлення вестибулярної функції та дозволяє зберегти професійну придатність осіб льотної складу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострий, загострення хронічного середнього отиту; комп'ютерна постурографія; вестибулярний аналізатор; льотний склад.

Особливий характер праці в осіб льотної складу визначається високою ймовірністю появи в польоті особливого стану психічної дезінтеграції аналізаторних систем, інстинктів, свідомої і підсвідомої сфер у вигляді просторової дезорієнтації по відношенню до гравітаційної вертикалі, обману почуттів. Подібні стани, хоча і є фізіологічною реакцією на підміну сили тяжіння вектором перевантаження, на незвичайні кутові швидкості спостережуваних об'єктів, на деформацію констант сприйняття в нескінченності у польоті, викликають надмірне психічне напруження. Особливий характер праці характеризується глибоким зниженням психофізіологічних та біологічних резервів здоров'я, які викликаються специфічними факторами відриву людини від землі: перемінної незвичайної гравітації; кутовими, коріолісовими прискореннями; великими величинами перепаду атмосферного тиску; порожнім полем нескінченності для зорового сприйняття; зоровими, вестибулярними, тактильними ілюзіями просторового положення в процесі робочої діяльності; вимушеним темпом роботи в умовах жорсткого дефіциту часу з виконанням в одиницю часу багаторазових, різноманітних дій суворої послідовності, підвищеної точності, неможливістю не тільки зупинити, але й сповільнити процес.

Результати аналізу літератури свідчать про значну кількість проблем, які пов'язані з умовами праці, характером трудової діяльності осіб льотної складу. На сьогодні розроблений комплекс психофізіологічних критеріїв, які вико-

ристовуються у професійному відборі, передпольотній експертизі, процесах реабілітації таких фахівців [3–6].

Водночас залишається невирішеною проблема достовірної оцінки професійної придатності та працездатності осіб льотної складу Збройних сил в залежності від умов і характеру трудової діяльності, належної уваги і удосконалення сучасних методів контролю функціонального стану організму цього контингенту.

Особливі категорії фахівців, які мають специфічну професійну багаторічну підготовку. Контроль за їх працевтратами, діагностика порушень стану здоров'я, реабілітація після патологічних станів набувають особливого значення. У здорових і практично здорових осіб льотної складу, під впливом надзвичайних навантажень на організм, дії несприятливих факторів під час польоту та дії інших несприятливих факторів навколишнього середовища, може розвинути захворювання верхніх дихальних шляхів, середнього вуха та смочкоподібного відростка, внутрішнього вуха. При захворюваннях з можливим ураженням вестибулярного аналізатора, адекватна сучасна вестибулометрія для вирішення функціональної придатності осіб льотної складу дуже важлива [2;8].

Методичні підходи щодо оцінки функції вестибулярного аналізатора мають деякі особливості для різних захворювань. Так, для виявлення можливих вестибулярних відгуків у хворих з гострим запаленням середнього вуха з різних причин чи не єдиним методом вибору може бути метод дослідження вестибулярного

аналізатора, який ґрунтується на даних дослідження вестибулоспінального рефлексу. Таке твердження обумовлено наявністю відносних протипоказань до проведення таким хворим обертальних тестів внаслідок симптомів загальної інтоксикації, неможливістю проведення калоричних проб та гальванізації лабіринтів тощо. Метод комп'ютерної постурографії дозволяє об'єктивувати та стандартизувати не тільки якісні, але й кількісні характеристики статичної рівноваги при високій чутливості та точності. Обмеженням до більш широкого використання цього методу діагностики є те, що його адекватне застосування можливе лише при однобічному ураженні, тому що при дослідженні порівнюється активність обох лабіринтів між собою і наявність змін в ступені асиметрії активності при обстеженні в динаміці. При двобічному процесі можливий взаємопоглинаючий або взаємопосилюючий ефект.

Периферійна вестибулярна реакція суворо векторіальна. Поворот, статичне та динамічне рефлекторне відхилення тулуба завжди спрямовані в бік менш активного лабіринту, рефлекторні відхилення більш виражені в разі відсутності коригуючої дії зорового аналізатора [1;7].

Для гострого середнього отиту характерна відсутність клінічних симптомів вестибулярної дисфункції. Вестибулярні симптоми найчастіше не проявляються також і в разі появи перших клінічних симптомів ураження внутрішнього вуха (поява або поглиблення набутої до виникнення гострого середнього отиту сенсоневральної приглухуватості). Вестибулярний аналізатор знаходиться в близьких анатомічних стосунках зі слуховим і є більш чутливим, ніж слуховий, до дії деструктивних факторів, у тому числі й факторів, обумовлених патологічними процесами в суміжних з внутрішнім вухом ділянках. Але за наявності механізмів вестибулярної компенсації зміни в ньому можуть клінічно не проявлятися.

Виходячи з цього, можна припустити, що відсутність клініки вестибулярних розладів у хворих на гострий середній отит, як у разі відсутності сенсорного компоненту в зниженні слуху, так і в разі його появи, не може безумовно свідчити про відсутність прихованих (компенсованих) вестибулярних розладів.

Мета роботи. Дослідження проводилося з метою визначення динаміки постурометричних характеристик статичної рівноваги у хворих на гострий та загострення хронічного середнього гнійного отиту для встановлення можливих клінічно компенсованих вестибулярних зрушень.

Матеріал і методи дослідження. Нами проведено дослідження стану функції рівноваги методом повторної комп'ютерної постурографії у 43 пацієнтів, яким проводилось лікування в

поліклінічних та стаціонарних умовах з приводу гострого одностороннього гнійного середнього отиту. Обстежені хворі у віці 19-53 років. Жоден з обстежених нами хворих не мав симптомів порушення вестибулярної функції.

За ознакою форми втрати слуху пацієнти були розподілені на дві групи:

- першу групу складала 36 хворих з "чистою" кондуктивною приглухуватістю (пороги кістково-проведених звуків на тональній пороговій аудіограмі були в межах норми);

- другу групу складала 7 хворих з комбінованою приглухуватістю (у кожного з хворих цієї групи мало місце підвищення порогів кістково-проведених звуків на тональній пороговій аудіограмі. На порушення функції волосових клітин спірального органа у осіб цієї групи вказували дані надпорогової аудіометрії).

Проведено також дослідження стану функції рівноваги методом повторної комп'ютерної постурографії у 34 пацієнтів із загостренням хронічного гнійного одностороннього мезотимпаніту. Обстежені хворі були особами працездатного віку (16–57 років). Всі вони скаржилися на гноєтечу з вуха від 2–3 діб до 2 тижнів, суб'єктивне зниження слуху, інколи вушний шум, але жоден з них не мав симптомів вестибулярної дисфункції.

За ознакою форми втрати слуху всі пацієнти із загостренням хронічного гнійного одностороннього мезотимпаніту також були розподілені на дві групи:

- першу групу складала 29 хворих з "чистою" кондуктивною приглухуватістю (пороги кістково-проведених звуків на тональній пороговій аудіограмі були в межах норми);

- другу групу складала 5 хворих з комбінованою приглухуватістю (в кожного з хворих цієї групи мало місце підвищення порогів кістково-проведених звуків на тональній пороговій аудіограмі).

Результати дослідження та їх обговорення. У пацієнтів першої клінічної групи хворих на гострий односторонній гнійний середній отит, де зниження слуху було зумовлено порушенням тільки механізмів звукопроведення, за результатами первинної та повторної комп'ютерної постурографії було можливим виділення наступних варіантів динаміки постурометричних показників.

1. Відсутність асиметрії у відхиленнях в будь-який бік при первинному обстеженні, а також відсутність динаміки постурометричних даних при повторних обстеженнях на фоні проведення лікування гострого запального процесу середнього вуха (7 випадків).

Відсутність динаміки зміни постурографічних характеристик, що підлягали аналізу в даному дослідженні, можна показати на прикладі статистичних постурографічних показників пацієн-

та Р. (табл. 1) першої групи при проведенні первинного і повторного тестів (обстеження функції рівноваги без участі зорового контролю).

Ми вважали, що у пацієнтів першої виділеної групи з аналогічними показниками патологічний процес в середньому вусі не мав впливу на рецептори лабіринту.

2. Реєстрація асиметрії у відхиленнях в будь-який бік при первинному обстеженні, але відсутність динаміки в ступені та напрямку аси-

метрії при повторних обстеженнях на фоні проведення лікування гострого запального процесу середнього вуха (18 випадків).

Описану динаміку зміни постурографічних характеристик, що підлягали аналізу в даному дослідженні, можна показати на прикладі постурографічних характеристик пацієнта М. (табл. 2) першої виділеної групи при проведенні первинного і повторного тестів (обстеження функції рівноваги без участі зорового контролю).

Таблиця 1. Величини статистичних постурометричних показників пацієнта Р.

Характеристики розташування (математичне сподівання), мм	Характеристики розсіяння, мм	Довжина постурограми, мм
Перший тест – первинне обстеження		
$m_x = -0,47$	$\sigma_x = 6,43$	L = 765
Другий тест – повторне обстеження		
$m_x = -0,51$	$\sigma_x = 7,17$	L = 780

Таблиця 2. Величини статистичних постурометричних показників пацієнта М.

Характеристики розташування (математичне сподівання), мм	Характеристики розсіяння, мм	Довжина постурограми, мм
Перший тест – первинне обстеження		
$m_x = -8,45$	$\sigma_x = 5,6$	L = 472
Другий тест – повторне обстеження		
$m_x = -8,8$	$\sigma_x = 5,98$	L = 465

Ми вважали, що у пацієнтів першої виділеної групи з аналогічними показниками патологічний процес в середньому вусі не мав впливу на рецептори лабіринту. Незмінна асиметрія у відхиленнях означала, що стійке відносно збудження або пригнічення вестибулярної частини лабіринту на боці гострого отиту не пов'язане з патологічним процесом в середньому вусі. Така асиметрія була природженою, або нажитою раніш.

3. Реєстрація асиметрії у відхиленнях, коли при первинному обстеженні виявлялось переважне відхилення в бік здорового вуха, і наявність зменшення ступеня асиметрії, або її ліквідація, або ж зміна напрямку при повторних обстеженнях на фоні проведення лікування гострого запального процесу середнього вуха (11 випадків).

Описану динаміку зміни постурографічних характеристик, що підлягали аналізу, в даному дослідженні можна показати на прикладі посту-

рографічних характеристик пацієнта П. (табл. 3) першої групи при проведенні первинного і повторного тестів (обстеження функції рівноваги без участі зорового контролю).

Ми вважали, що у пацієнтів першої виділеної групи з аналогічними показниками патологічний процес в середньому вусі мав збуджуючий вплив на рецептори вестибулярної частини лабіринту. Динаміка ступеня асиметрії у відхиленнях на фоні лікування означала, що відносно збудження вестибулярної частини лабіринту на боці отиту пов'язане з патологічним процесом в середньому вусі. Двом хворим з цієї групи за клінічними ознаками перебігу патологічного процесу в барабанній порожнині було необхідне виконання парацентезу барабанної перетинки.

У пацієнтів другої клінічної групи хворих на гострий односторонній гнійний середній отит, де зниження слуху було зумовлено порушенням механізмів звукопроведення і звукосприйняття, за

Таблиця 3. Величини статистичних постурометричних показників пацієнта П.

Характеристики розташування (математичне сподівання), мм	Характеристики розсіяння, мм	Довжина постурограми, мм
Перший тест – первинне обстеження		
$m_x = -9,33$	$\sigma_x = 12,46$	L = 865
Другий тест – повторне обстеження		
$m_x = 1,79$	$\sigma_x = 12,04$	L = 879

результатами первинної та повторної комп'ютерної постурографії було можливим виділення наступних варіантів динаміки постурометричних та аудіометричних показників:

- реєстрація асиметрії у відхиленнях, коли при первинному обстеженні реєструвалось переважне відхилення в бік здорового вуха, та незначне зменшення ступеня асиметрії в динаміці на фоні ліквідації сенсорного компонента в приглухуватості та ліквідації проявів патологічного процесу в середньому вусі (2 випадки, коли запальний процес в середньому вусі мав збуджуючий токсичний вплив на рецептори лабіринту. Динаміка в ступені асиметрії, хоч і незначна, а також ліквідація сенсорного компонента в приглухуватості на фоні лікування запального процесу середнього вуха означали, що збудження вестибулярної та кохлеарної частини лабіринту на боці отиту було пов'язане з патологічним процесом в середньому вусі);

- реєстрація асиметрії у відхиленнях, коли при первинному обстеженні реєструвалось переважне відхилення в бік здорового вуха і наявність зменшення ступеня асиметрії, або її ліквідація, або ж зміна напрямку при повторних обстеженнях на фоні ліквідації проявів кохлеоневриту та ліквідації проявів патологічного процесу в середньому вусі (5 випадків, коли запальний процес в середньому вусі мав збуджуючий токсичний вплив на рецептори лабіринту. Динаміка ступеня асиметрії у відхиленнях та ліквідація сенсорного компонента в приглухуватості на фоні лікування означала, що збудження вестибулярної та кохлеарної частини лабіринту на боці отиту пов'язане з патологічним процесом в середньому вусі. У 3 хворих цієї групи за клінічними ознаками перебігу патологічного процесу в барабанній порожнині було необхідним у виконанні парацентезу барабанної перетинки).

Хронічні гнійні середні отити, при яких гнійно-запальний процес зосереджується насамперед на слизовій оболонці барабанної порожнини та слухової труби, трактуються як мезотимпаніти.

Загострення патологічного процесу клінічно супроводжується появою гноетечі з вуха, інколи болями в ньому. Погіршення слуху та вушний шум найчастіше обумовлені порушенням механізмів звукопроведення, але інколи можливе комбіноване порушення механізмів проведення звуку з порушенням механізмів звукосприйняття. Типовим для хворих на загострення хронічного гнійного мезотимпаніту, як в разі відсутності сенсорного компонента в приглухуватості, так і в разі його появи або поглиблення існуючого до загострення, є відсутність клінічних симптомів вестибулярної дисфункції.

Отримані результати у хворих із загостренням хронічного гнійного одностороннього мезотимпаніту показують, що у пацієнтів першої клінічної групи, де зниження слуху було зумовлено порушенням тільки механізмів звукопроведення, за результатами первинної та повторної комп'ютерної постурографії було можливим виділення наступних варіантів динаміки постурометричних показників:

- відсутність асиметрії у відхиленнях в будь-який бік при первинному обстеженні, а також при повторних на фоні проведення лікування гнійного процесу середнього вуха (6 випадків, коли запальний процес в середньому вусі не мав впливу на рецептори лабіринту);

- реєстрація асиметрії у відхиленнях в будь-який бік при первинному обстеженні, але відсутність динаміки в ступені та напрямку асиметрії при повторних обстеженнях на фоні проведення лікування гнійного процесу середнього вуха (19 випадків, коли запальний процес в середньому вусі не мав впливу на рецептори лабіринту. Незмінна асиметрія у відхиленнях означала, що стійке відносно збудження або пригнічення вестибулярної частини лабіринту на боці мезотимпаніту не зв'язане із загостренням запального процесу в середньому вусі. Така асиметрія була природженою, або нажитою раніш);

- реєстрація асиметрії у відхиленнях, коли при первинному обстеженні виявлялось переважне відхилення в бік здорового вуха, і на-

явність зменшення ступеня асиметрії, або її ліквідація, або ж зміна напрямку при повторних обстеженнях на фоні проведення лікування гнійного процесу середнього вуха (4 випадки, коли запальний процес в середньому вусі мав збуджуючий токсичний вплив на рецептори вестибулярної частини лабіринту. Динаміка ступеня асиметрії у відхиленнях на фоні лікування означала, що відносно збудження вестибулярної частини лабіринту на боці мезотимпаніту зв'язане із загостренням запального процесу в середньому вусі).

У пацієнтів другої клінічної групи, де зниження слуху було зумовлено порушенням механізмів звукопроведення і звукосприйняття, за результатами первинної та повторної комп'ютерної постурографії було можливим виділення наступних варіантів динаміки постурометричних та аудіометричних показників:

- реєстрація асиметрії у відхиленнях, коли при первинному обстеженні реєструвалось переважно відхилення в бік хворого вуха, і відсутність зменшення ступеня асиметрії, або збільшення ступеня асиметрії при повторних обстеженнях на фоні стабілізації сенсорного компонента в приглухуватості (2 випадки, коли запальний процес в середньому вусі мав пригнічуючий токсичний вплив на рецептори лабіринту. Відсутність динаміки в ступені асиметрії, або збільшення ступеня асиметрії у відхиленнях на фоні лікування та напрямок переважних відхилень в бік хворого вуха означала, що пригнічення вестибулярної та кохлеарної частини лабіринту на боці мезотимпаніту пов'язане із запальним процесом в середньому вусі та має безповоротний характер);

- реєстрація асиметрії у відхиленнях, коли при первинному обстеженні реєструвалось переважно відхилення в бік здорового вуха, наявність зменшення ступеня асиметрії, або її ліквідація, або ж зміна напрямку при повторних обстеженнях на фоні ліквідації проявів кохлеоневриту та ліквідації проявів запального процесу в середньому вусі (3 випадки, коли запальний процес в середньому вусі мав збуджуючий токсичний вплив на рецептори лабіринту. Динаміка ступеня асиметрії у відхиленнях та ліквідація сенсорного компонента в приглухуватості на фоні лікування означала, що збудження вестибулярної та кохлеарної частини лабіринту на боці мезотимпаніту пов'язане із загостренням запального процесу в мезотимпаніті).

Отже, узагальнюючи, можна стверджувати, що гострий гнійно-запальний процес в середньому вусі та загострення хронічного гнійного мезотимпаніту, можуть негативно впливати на рецепцію не тільки з кохлеарної, але і з вестибулярної частини лабіринту. Реакція вестибулярного аналізатора вказує на ступінь поширеності патологічного процесу з барабанної порожнини.

При вирішенні питань професійної придатності осіб льотного складу у разі виникнення у них захворювань використання постурографічного методу дослідження функції рівноваги є доцільним, тому що ми маємо можливість порівняти базові постурометричні дані з даними, які отримані при клінічному обстеженні. Це забезпечує діагностування негативного впливу захворювання на вестибулярний аналізатор, прогнозування тяжкості перебігу захворювання, моніторингу стану патологічного процесу, вибір ефективної тактики лікування. Рішення про відновлення працездатності повинно спиратися на зіставленні базових та постклінічних даних фахівця. Нормалізація індивідуальних постурометричних показників є підставою для встановлення повної зворотності процесу та констатації реабілітації після хвороби.

Висновки

1. Гострий та загострення хронічного запального процесу середнього вуха в більшості випадків призводить до клінічно компенсованих зворотних порушень з боку вестибулярного аналізатора. Дослідження функції рівноваги методом комп'ютерної постурографії дозволяє виявити клінічно невидимі порушення в роботі цього аналізатора.

2. Вивчення функції рівноваги при патологічних станах середнього вуха з ураженням вестибулярного аналізатора дозволяє прогнозувати важкість перебігу захворювання, вибір ефективної тактики лікування і реабілітації, досягнення зворотності процесу і, як наслідок, збереження працездатності та повернення до професійної діяльності військовослужбовців льотного складу.

3. Вивчення функції рівноваги при захворюваннях з ураженням вестибулярного аналізатора може сприяти проведенню своєчасного і адекватного лікування, визначенню критерію зворотності патологічного процесу, ступеня і динаміки відновлення вестибулярної функції та дозволяє зберегти професійну придатність осіб льотного складу.

Список літератури

1. Базаров В.Г. Клиническая вестибулометрия. / В. Г. Базаров – К.: Здоров'я, 1988. – С. 153–154.
2. Валюх В.М. Система професійного відбору в Збройних Силах України: проблеми, перспективи розвитку // Актуальні проблеми надійності особового складу силових структур. Медико-біологічні та інженерно-технічні аспекти профвідбору. / В. М. Валюх – К.: Вид-во Європейського ун-ту. – 2001. – С. 5–10.
3. Варус В.И. Превентивные реабилитационные мероприятия по сохранению здоровья и профессиональной надежности летного состава/ В. И. Варус // Военно-мед. журн. – 1997. – №2. – С. 54.
4. Єна А.І. Система психофізіологічного забезпечення професійної діяльності фахівців, що працюють в умовах підвищеної небезпеки // Гігієна труда. – 2002. – № 33. – С. 137–142.
5. Єна А. Моніторинг психофізіологічних функцій/ А. Єна , В. Кальниш// Охорона праці. – 2003. – № I. – С. 43–44.
6. Єна А. Професійний психофізіологічний відбір як вагома складова збереження здоров'я і трудового потенціалу населення України / А. Єна , В. Кальниш // Ліки України. – 2002. – № 3 (56). – С. 17–18.
7. Лучихин Л. О. Постурография – возможности и перспективы использования в отоларингологии / Л. О. Лучихин // Вест. отоларингологии. – 1997. – № 1. – С. 19–23.
8. Шербул В. І. Методики дослідження ЛОР-органів в цілях лікарсько-льотної експертизи: Затв. нач. ГВМУ МО України – начальником медичної служби ЗС України В. І. Шербул, В. Н. Медведєв, Я. Г. Бубєс / МО України ГВМУ ГВКГ. – Київ, 1999. – С. 21.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА У ЛИЦ ЛЕТНОГО СОСТАВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЕГО ПОРАЖЕНИЯ

О.А. Компанієць (Київ)

В статье рассмотрены особенности и частота бессимптомного поражения вестибулярного анализатора у больных острым и обострением хронического среднего гнойного отита. Показано, что методом, позволяющим диагностировать нарушения со стороны вестибулярного анализатора у таких больных, является метод компьютерной постурографии. Диагностика вестибулярных нарушений у больных острым и обострением хронического среднего гнойного отита способствует проведению своевременного и адекватного лечения, определению критерия возвратности патологического процесса, степени и динамики восстановления вестибулярной функции, что позволяет сохранить профессиональную пригодность лиц летного состава.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: острый, обострение хронического среднего отита; компьютерная постурография; вестибулярный анализатор; летный состав.

VESTIBULAR FUNCTION IN PATIENTS CREWS IN VARIOUS FORMS OF ITS LESIONS

О.А. Компанієць (Kyiv)

The article describes the features and frequency of asymptomatic lesions of the vestibular apparatus in patients with acute exacerbation and chronic purulent middle otitis. Posturography method to diagnose disorders of the vestibular analyzer in such patients. Diagnosis of vestibular disorders in patients with acute exacerbation and chronic purulent middle otitis contributes to the timely and appropriate treatment, determining criterion recurrence of a pathological process, the extent and dynamics of recovery of vestibular function that allows you to save the professional competence of crews.

KEY WORDS: acute, exacerbation of chronic otitis media; computer posturography; vestibular analyzer; aircrew.

Рецензент: д. мед. н., проф. А. Г. Шульгай

УДК 614.2.07

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

РЕФОРМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ. КАДРОВА ПРОБЛЕМА II.

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Досліджено виконання функції лікарської посади в амбулаторії та стаціонарі в динаміці. Є чітке розмежування у виконанні цього показника серед лікарів так званих хірургічного і терапевтичного профілів. Виникає гостра потреба в розробці нових нормативів як амбулаторно-поліклінічної, так і стаціонарної допомоги в умовах реформування. Диференціація між лікарями в майбутньому буде зростати.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **функція лікаря поліклініки, функція лікаря стаціонару, реформа охорони здоров'я.**

Минулого разу ми показали динаміку кадрів в Україні. Наступне питання, як ці кадри виконують свою функцію.

Мета дослідження. Визначити динаміку функції лікарської посади в Україні.

Матеріали і методи. В дослідженні використані такі методи: функція лікаря поліклініки визначена як відношення фактичного рівня відвідуваності до нормативного. За основу взято норматив надання амбулаторно-поліклінічної допомоги, визначений наказом № 100 від 23.09.1981 р.

В 1978 р. нами розроблений показник «функція лікаря стаціонару».

Показник «функція лікаря стаціонару» доповнює інформаційність показників стаціонарної допомоги. Середнє число днів використання ліжка за рік та середня тривалість перебування хворого на ліжку не дають уявлення про роботу лікарів-ординаторів в стаціонарі. Не дає цього уявлення і число ліжок, які приходяться на 1 лікаря, оскільки на цей показник впливають багато факторів: укомплектованість кадрами, рівень звертальності населення, сезонність, ремонт в стаціонарі. Показник розраховується для кожного відділення за формулою:

$$\Phi_c(\%) = \frac{X \times C \times 100}{T \times H},$$

де Φ_c – функція лікаря стаціонару; X – число проведених ліжко-днів у лікаря протягом місяця; C – тривалість робочого дня лікаря (в годинах); T – робочий час, відпрацьований лікарем протягом місяця (в годинах); H – норматив числа хворих на 1 лікаря-ординатора.

Норматив числа хворих, які припадають на 1 лікаря, вираховується з нормативу числа ліжок, передбачених на 1 лікарську посаду. Наприклад, на 1 посаду терапевта передбачено 25 ліжок. Терапевтичне ліжко повинне працювати протягом року 340 днів, тому середньоденне число хворих, які припадають на 1 лікаря-тера-

$$\text{певта, дорівнює: } \frac{340}{365} \times 25 \approx 23$$

Суть показника полягає у визначенні середнього числа хворих, які лікувалися у 1 лікаря відділення, в порівнянні з нормативом. Дані про відпрацьований час статистичний кабінет отримує щоденно від старших медичних сестер відділень.

В самостійній Україні двічі приймалися нормативи стаціонарної допомоги – в 1998 р. наказом № 172 і в 2000 р. наказом № 33. Характерною ознакою наказу № 33 було пом'якшення нормативів, тобто менше число хворих, яких мав вести лікар стаціонару. Воно знаходилось в межах 15 – 20 – 25 ліжок на 1 лікарську посаду.

В роботі лікарів спостерігається сезонність. Максимум хворих припадає на певні місяці. Тому нами функція лікаря стаціонару визначена на період їхньої найбільшої зайнятості – лютий, березень, листопад, грудень.

Лікарські посади прив'язані до числа ліжок. При розрахунку так званих непотрібних ліжок нами використані такі методичні підходи.

Розрахунок порожніх ліжок проводився так:

$$L_n = \frac{(Z_n^h - Z_n^{\phi}) \times L}{Z_n^h},$$

де L_n – ліжка порожні; Z_n^n – нормативна зайнятість ліжка (340 днів, для інфекційного – 280, акушерського - 300); Z_n^f – фактична зайнятість ліжка; L – число ліжок.

Розрахунок надмірних ліжок проводився так:

$$L_{нд} = L_f - L_n,$$

$$\text{де } L_n = \frac{LD}{Z_n^n}; \quad LD = X \times T_n; \quad X = \frac{L_f \times Z_n^f}{T_f}$$

- $L_{нд}$ – ліжка надмірні;
- L_n – ліжка нормативні;
- L_f – ліжка фактичні;
- LD – число ліжко-днів, проведених хворими;
- Z_n^f – зайнятість ліжка фактична;
- Z_n^n – зайнятість ліжка нормативна;
- X – число стаціонарних хворих;
- T_f – пересічний термін перебування хворого на ліжку фактичний;

T_n – пересічний термін перебування хворого на ліжку нормативний.

Результати дослідження та їх обговорення. Як видно із таблиць 1 і 2, функція лікарської посади зросла як в умовах поліклініки, так і в умовах стаціонару. В умовах поліклініки це відбулось завдяки величезному росту захворюваності – у понад півтора разу. За нашими даними, ріст захворюваності становить 3–4 % на рік. В умовах стаціонару справи гірші, особливо це стосується лікарів так званого хірургічного профілю – хірургів, акушерів-гінекологів, окулістів. Правда, у цих фахівців є великий резерв для вдосконалення своєї роботи. Мається на увазі лікування хворих серцево-судинного профілю, мікрохірургія ока тощо. Водночас стримуючим фактором є дорожняча стаціонарної допомоги.

Таблиця 1. Виконання функції лікарської посади в амбулаторно-поліклінічних закладах Тернопільської, Вінницької, Волинської та Сумської областей на момент максимальної завантаженості у 1991 р. та 2005–2009 рр., %

Фах	1991	2005–2009
Терапія (дільнична)	49,6	104,5
Хірургія	39,7	59,1
Педіатрія (дільнична)	41,2	83,2
Неврологія	42,7	85,2
Акушерство і гінекологія	51,4	65,1
ЛОП	53,4	75,6
Офтальмологія	30,4	70,6
Травматологія	69,1	71,4
Фтизіатрія	не визначалось	85,4
Онкологія	не визначалось	82,3
Урологія	не визначалось	86,1
Разом	52,4	81,4

Таблиця 2. Виконання функції лікаря стаціонару в Тернопільській, Вінницькій, Сумській та Волинській областях на момент максимальної завантаженості у 1991 р. та 2005–2009 рр., %

Фах	1991	2005–2009
Терапія	64,8	97,3
Хірургія	22,0	72,3
Педіатрія	37,8	103,0
Неврологія	40,8	87,1
Акушерство	80,2	59,4
Гінекологія	28,1	67,8
Отоларингологія	79,2	89,0
Офтальмологія	51,2	61,2
Травматологія	не визначалось	70,3
Інфекційні хвороби	не визначалось	97,3
Разом	62,3	75,0

В стаціонарній допомозі відбулись суттєві зміни за досліджуваний період. Загальне число ліжок в системі медичної допомоги МОЗ України зменшилось з 671096 в 1991 р. до 397167 в 2009 р., або на 69,0 %.

За окремими типами лікарень зменшення було таким: обласні лікарні – на 31,6 %, центральні районні – 55,2 %, міські – 57,3 %, сільські дільничні лікарні – 3,5 рази. Такий диференційований підхід до скорочення ліжок не мав наукового обґрунтування, а базувався на адміні-

стративній волі. Була поглиблена деформація і стосовно структури ліжкового фонду (табл. 3).

Найчисельніша група ліжок – терапевтична – приведена у відповідність з нормами, однак такі «престижні» ліжка, як гінекологічні, пологові і хірургічні, мають і досі подвійну перевагу над нормативом. І немає свідчень, що подальше зменшення числа ліжок торкнеться саме їх. Очевидно, ліжка в сільських дільничних лікарнях взагалі припинять своє існування.

Таблиця 3. Число фактичних і нормативних ліжок в системі МОЗ України (2004 р.)

Показник	Усі ліжка	Терапія (вся група)	Хірургія (вся група)	Дитячі соматичні	Пологові	Гінекологічні
Фактичне число (абс.)	412606	93746	67619	40787	23631	21862
Нормативне число (абс.)	270000	91905	36848	36474	12593	9947
Переваги фактичного числа над нормативним, %	52,8	2,0	83,5	11,8	87,7	119,8

Примітка: з 2004 р. число ліжок скоротилось на 15489 або на 3,8 %, що не внесло суттєвих корективів у міркування стосовно стаціонарної допомоги.

Згідно з діючими нормативними актами, як про це говорилось вище, чисельність кадрів прив'язана до кількості ліжок, причому за роки незалежності ця прив'язаність стала більш жорсткою (зменшилось число ліжок для реєстрації лікарських посад). Однак різке скорочення числа ліжок (на 69,0 %) відбилося лише на скороченні числа середнього і, особливо, молодшого медперсоналу і зовсім не торкнулось числа лікарів.

Висновки

1. Функція лікарської посади як в поліклініці, так і в стаціонарі покращилась. Цьому сприяв ріст захворюваності люду. Водночас не менше половини відвідувань в поліклініці є штучними, обумовленими потребами лікарської експертизи і намаганням проконсультувати хворих у т.з. вузьких фахівців.

2. Очевидно, що в пору реформування охорона здоров'я в Україні потребує прийняття нових нормативів як амбулаторно-поліклінічної, так і стаціонарної допомоги. Ці нормативи повинні бути диференційованими згідно місця, де вони будуть подаватись – в самостійних лікарських амбулаторіях, в поліклініках (окремо по рівнях), в стаціонарах – для надання інтенсивної допомоги, для надання планової стаціонарної допомоги, медико-соціальної реабілітації хворих тощо.

3. В умовах радянської медицини намітилася диференціація кадрів – так званого хірургічного і терапевтичного профілю. Ця диференціація буде значно посилена в умовах реформування, коли вона отримає організаційне підтвердження.

Перспективи подальших досліджень полягають у поєднанні кількісних змін в лікарському середовищі з якісним боком їхньої роботи.

Список літератури

1. Голяченко О. М. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я /О. М. Голяченко, А. М. Сердюк, О. О. Приходський. – Тернопіль – Київ – Вінниця, 1997. – 327 с.
2. Голяченко А. М. Центральна районна больниця /А. М. Голяченко, А. Т. Обухов – К., Здоров'я, 1977. – 112 с.
3. Лехан В. М. Стратегії розвитку системи охорони здоров'я: український вимір /В. М. Лехан, Г. О. Слабкий //Новини медицини і фармації. – 2010. – № 4. – С. 3-7.
4. Лехан В. М. Стратегії розвитку системи охорони здоров'я: український вимір /В. М. Лехан, Г. О. Слабкий //Новини медицини і фармації, 2010. – № 5. – С. 26-29.
5. Реформа охорони здоров'я в Україні /[за ред. проф. О. М. Голяченка]. – Тернопіль: Лілея, 2006. – 160 с.

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ. КАДРОВАЯ ПРОБЛЕМА II.

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

Исследовано выполнение функции врачебной должности в амбулатории и стационаре в динамике. Есть четкое разграничение в выполнении этого показателя среди врачей так называемых хирургического и

терапевтического профилей. Возникает острая потребность в разработке новых нормативов как амбулаторно-поликлинической, так и стационарной помощи в условиях реформирования. Дифференциация между врачами в будущем будет расти.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: функция врача поликлиники, функция врача стационара, реформа здравоохранения.

HEALTH CARE REFORM IN UKRAINE. STAFF PROBLEM II

A. M. Holiachenko, N. Ya. Panchyshyn, V. L. Smimova, A. A. Holiachenko, N. A. Terenda (Ternopil)

Implementation of medical position function in an out-patient's clinic and in permanent establishment is probed in its dynamics. Clear differentiating in implementation of this index among the doctors of the so-called surgical and therapeutic type is shown. There is acute need in development of new norms for both ambulatory-polyclinic and stationary care in the conditions of reformation. Differentiation between doctors will grow in the future.

KEY WORDS: function of an out-patient's clinic doctor, function of permanent establishment doctor, reform of public health.

Рецензент д-р. мед. наук, проф. В. А. Кондратюк

УДК 614.2:616-036.882

Ю. І. МАРКОВ (Київ)

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ РОБОТИ ПРОТИШОКОВОЇ ПАЛАТИ У ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Проаналізовано особливості надання невідкладної медичної допомоги у протишовковій палаті на прикладі її організації та роботи у Київській міській лікарні швидкої медичної допомоги. Організація якісного лікувального процесу у протишовковій палаті передбачає: високу виробничу інтенсивність праці, швидкість та якість діагностично-лікувальних заходів за принципом АВС, високі професійні вимоги до анестезіологічної бригади, зокрема до медичної сестри-анестезиста; функціональний зв'язок з іншими підрозділами лікарні, що забезпечує наступність між етапами надання медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: протишокова палата, лікарня швидкої медичної допомоги, організаційні засади, невідкладна медична допомога.

Основна роль приймальних відділень в системі екстреної медичної допомоги полягає у необхідності забезпечення наступності допомоги між догоспітальним та госпітальним етапами. Виконання цього завдання неможливе без наявності у складі цих підрозділів відповідно оснащених діагностично-моніторинговим та реанімаційним обладнанням протишовкових палат (ПШП) [2]. Створені палати є винятково необхідною ланкою надання невідкладної медичної

допомоги. Проведені дослідження встановили ряд недоліків допомоги на догоспітальному етапі, як в кількісному, так і якісному аспектах, – неналежний рівень знеболювання, захисту дихальних шляхів, оксигенотерапії, інфузійної терапії тощо [4–6;10]. Доправлення хворих та постраждалих до ПШП дозволяє на ранньому госпітальному етапі (в перші хвилини та години) підвищити рівень ефективності лікувальних заходів за рахунок організації та тактики надання спеціалізованої медичної допомоги [3].

Метою роботи є аналіз особливостей організації надання пацієнтам невідкладної медичної допомоги у протишоковій палаті лікарні швидкої медичної допомоги з метою забезпечення наступності допомоги між догоспітальним та раннім госпітальним етапами.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на прикладі роботи Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги (КМК ЛШМД) є комплексною науковою і лікувально-профілактичною установою для надання в стаціонарі цілодобової невідкладної медичної допомоги населенню при гострих захворюваннях, травмах, нещасних випадках та отруєннях [8]. Передумовою створення ПШП у КМК ЛШМД була необхідність покращення якості надання пацієнтам невідкладної медичної допомоги вже на початку їхнього перебування у стаціонарі. У приймальному відділенні до проведення необхідних діагностичних заходів та надання допомоги клінічно тяжким хворим нерідко залучалися анестезіологи з відділень анестезіології або реанімації й інтенсивної терапії. Це призводило до певного виробничого напруження та дезорганізації виробничого процесу у зазначених відділеннях. Тому у лікарні (на той час – Науково-практичне об'єднання швидкої медичної допомоги та медицини катастроф, яке було реорганізовано в Науково-практичний центр швидкої медичної допомоги та медицини катастроф) наказом №211 від 14.09.1996 р. в приймальному відділенні була створена ПШП, до штату якої входили лікарі-анестезіологи. Але анестезіологічне забезпечення лікувально-діагностичних заходів лікарями приймального відділення не завжди організаційно відповідало вимогам забезпечення наступності надання невідкладної допомоги, особливо це стосувалося пацієнтів хірургічного профілю. Тому виникла необхідність передати повноваження анестезіологів приймального відділення тим лікарям, які в подальшому будуть здійснювати анестезіологічне забезпечення ургентних оперативних втручань або брати участь у підготовці до операції (у разі доправлення пацієнтів до відділення інтенсивної терапії). Згодом відділення реанімації і інтенсивної терапії та відділення анестезіології були об'єднані у відділення інтенсивної терапії загального профілю (ВІТ ЗП). Дотепер надання пацієнтам невідкладної медичної допомоги у ПШП здійснюють лікарі-анестезіологи анестезіологічного підрозділу вищевказаного відділення.

Серед організаційних питань важливо відмітити: ПШП територіально знаходиться у приймальному відділенні КМК ЛШМД та стру-

турно входить до складу ВІТ ЗП. Вона наближена до входу лікарні, звідки поступають хворі й постраждали, та до ВІТ ЗП (реанімаційний підрозділ). У ПШП постійно знаходиться чергова сестра медична-анестезист та лікар-анестезіолог, які готові надавати невідкладну допомогу пацієнтам, що поступають до лікарні з порушенням життєвих функцій або загрозою їх виникнення. Усі питання забезпечення лікувально-діагностичних заходів узгоджуються з відповідальним анестезіологом (старший по зміні), відповідальним хірургом і/або черговим лікарем відповідного відділення, до якого прикріплений пацієнт.

Відповідно до "Інструкції по організації праці старшого чергового анестезіолога бригади", затвердженої головним лікарем КМК ЛШМД, 2001 р. (далі – Інструкція), старшим (відповідальним) черговим анестезіологом призначається висококваліфікований анестезіолог, який добре володіє питаннями невідкладної анестезії, хірургії, травматології, інтенсивної терапії та має організаторські здібності; старший черговий анестезіолог контролює якість, своєчасність лікувально-діагностичних заходів доставленим хворим в плані підготовки до операції. Старший черговий анестезіолог підпорядковується відповідальному хірургу по лікарні та узгоджує з ним свої дії. Професійний поділ праці обумовлений диференціацією та інтеграцією трудових процесів, необхідністю постійного покращення якості і результатів роботи [1]. Інструкція передбачає (серед інших) наступні обов'язки старшого чергового анестезіолога:

1. Перевірити готовність відділення, ПШП до ургентного чергування, проінструктувати членів бригади.
2. Забезпечити своєчасний огляд та надання спеціалізованої медичної допомоги хворим, що доставляються в ПШП.
3. Контролювати чітке оформлення медичної документації (журнал ПШП, історії хвороби та ін.).
4. У складних випадках своєчасно доповідати та викликати на консультацію відповідального хірурга по лікарні.
5. Слідкувати за своєчасним призначенням необхідних діагностичних досліджень та лікувальних заходів хворим, що готуються до операції.
6. Визначити ступінь ризику анестезії для проведення анестезії, склад анестезіологічної бригади. Послідовність проведення анестезій узгоджувати з відповідальним хірургом по лікарні.
7. Визначити спільно з хірургом тривалість та обсяг необхідної передопераційної підготовки та методу знеболювання.
8. Контролювати дотримання всіх встановлених у КМК ЛШМД положень з асептики та антисептики на робочих місцях.

Надання невідкладної допомоги у ПШП відбувається наступним чином. При поступленні пацієнта черговий лікар-анестезіолог оцінює його стан за принципом ABC [9], корегує за допомогою медичної сестри-анестезиста розлади вітальних функцій (здійснення оксигенотерапії, штучної вентиляції легень (ШВЛ), пункції-катетеризації центральної вени). У разі одночасного поступлення кількох пацієнтів або відсутності анестезіолога у ПШП (внаслідок виробничої напруженості) медична сестра-анестезист сповіщає по телефону про це старшого чергового (відповідального) анестезіолога, до прибуття якого самостійно надає допомогу. Після огляду хворого (постраждалого) спеціалістами відповідного клінічного профілю (хірург відділення політравми, нейрохірург, травматолог, токсиколог, терапевт та інші) визначають необхідні подальші діагностичні дослідження та лікувальну тактику. Перше передбачає, насамперед, забір венозної крові для дослідження (група, резус крові, загальний, токсикологічний аналіз, визначення глікемії) а також, за необхідності, здійснення рентгено-радіологічних досліджень. Після виконання останніх уточнюють діагноз та лікувальну тактику. Потім пацієнта доправляють або в операційну (про це попередньо сповіщають старшого чергового анестезіолога, а він в свою чергу – відповідального хірурга), або у відділення інтенсивної терапії (залежно від клінічного профілю пацієнта). Можливий короткий період підготовки до ургентного оперативного втручання у разі відсутності виробничої напруженості анестезіологічного підрозділу ВІТ ЗП. Підготовка хворого до операції може мати таке ж вирішальне значення, як і сама операція [11]. За необхідності проведення ургентного хірургічного втручання до операційної старшим (відповідальним) черговим анестезіологом направляється інша сестра медична-анестезист з числа тих, що чергують в анестезіологічному підрозділі ВІТ ЗП. Вона готує наркозно-дихальну апаратуру та інші необхідні складові компоненти анестезіологічного забезпечення оперативних втручань. Коли пацієнта доправлено в операційну, лікар-анестезіолог, що приймав його у ПШП (проводив лікувальні та діагностичні заходи), продовжує анестезіологічне забезпечення хірургічного втручання, а сестра медична-анестезист (яка у складі анестезіологічної бригади супроводжувала пацієнта до операційної) повертається до ПШП. Таким чином, сестра медична-анестезист у ПШП – одна і та ж сама під час усього чергування, а лікарі-анестезіологи змінюються. Статус анестезиста ПШП високий. Медична сестра-анестезист здійснює: професій-

ну діяльність під керівництвом лікаря або самостійно; проводить передстерилізаційну обробку анестезіологічного інструментарію та апаратури; проводить підготовку хворого до наркозу; спостерігає за діяльністю серця, мозку, диханням; володіє прийомами реанімації при гострій судинній, нирковій та печінковій недостатності, шоку, коматозних станах; вміє надати допомогу при травматичному ушкодженні, кровотечі, механічній асфіксії, утопленні, електротравмі, отруєнні, опіках, відмороженні, алергічних станах; забезпечує протиепідемічний режим у відділенні; дотримується принципів деонтології; веде документацію; постійно удосконалює свій професійний рівень, готує до роботи приладдя та відповідну апаратуру тощо [7].

Серед обладнання у ПШП – усі необхідні компоненти для надання пацієнтам невідкладної медичної допомоги з проведенням реанімаційних заходів: 2 апарати для здійснення ШВЛ, повітроводи, ларингоскоп, ендотрахеальні трубки (ЕТТ), централізована система подачі кисню, електровідсмоктувач, дефібрилятор, стерильний (одноразовий) інструментарій для пункції та катетеризації центральних вен. У штативах приготовлено дві заряджені системи для краплинного введення препаратів. Вони під'єднані до флаконів з ізотонічним розчином натрію хлориду, в які, за необхідності, можна додати гіпертонічний розчин натрію хлориду. В столику для медикаментів серед інших: адреналіну гідрохлорид, атропіну сульфат, сульфат магнію, дексаметазон, глюкоза 40%, м'язові релаксанти. Ведеться облік пацієнтів, які надходять до ПШП, з урахуванням їхніх паспортних даних, віку, статі, діагнозу, оцінкою свідомості за шкалою ком Глазго, відділення, за яким закріплений пацієнт, обсягу наданої невідкладної медичної допомоги із зазначенням, куди пацієнта доправлено після надання допомоги.

Анестезіологічне забезпечення хворого відображають на спеціальному бланку, який вкладають в історію хвороби пацієнта. Така форма ведення документації передбачає підкреслення надрукованих рядків із стислим записом проведених маніпуляцій, що значно економить витрати дорогоцінного часу анестезіолога, дозволяє йому більше уваги приділяти практичним аспектам лікування. Таким чином відображають: лікувальний заклад (КМК ЛШМД), дату, паспортні дані пацієнта (прізвище, ім'я по батькові (ПІБ)), його вік, орієнтовний зріст та масу тіла, номер історії хвороби), час поступлення до ПШП, прізвище анестезіолога. Далі вказують стислі дані об'єктивного обстеження: свідомість із зазначенням оцінки за шкалою ком Глазго, рівень

артеріального тиску, частоту серцевих скорочень та індекс Альговера (шоковий індекс). Підкреслюють відображену аускультативну картину з боку серця та легень: тони серця (гучні, ослаблені чи не вислуховуються), ритм серця – правильний чи аритмічний; дихання самостійне адекватне чи самостійне неефективне, відсутнє. Вказують частоту дихальних екскурсій за 1 хвилину та описують аускультативну картину легень. Зазначають сатурацію артеріальної крові (виміряну пульсоксиметром) – SpO_2 та температуру тіла. Описують шкіру та видимі слизові оболонки (колір, їх вологість чи сухість). За можливості вербального контакту занотовують скарги пацієнта. Описують зіниці (праворуч (d) більше (>), менше (<) чи однакові (=) зліва (s)), широкі чи звужені, фотореакцію (збережена, пригнічена). Відображають зміни з боку живота: м'який, напружений, (не) симетричний, (не) доступний для глибокої пальпації, перистальтика (не) вислуховується. Вказують на етіологію та ступінь шоку (I, II, III, IV), що в ПШП хворий (а) оглянутий хірургом (вказують, яким саме – хірургом порожнинної (абдомінальної) хірургії, відділення політравми, нейрохірургом, травматологом). Описують також встановлені пошкодження та визначають орієнтовну (вирахувану) крововтрату. Окремим пунктом відображають лікувальні заходи, виконані на догоспітальному етапі: іммобілізація кінцівок і/або шиї, центральний венозний катетер, периферичний венозний катетер, чи здійснювалася внутрішньовенна інфузія препаратів, знеболювання (седація), захист дихальних шляхів (повітроводи, інтубація трахеї). Далі відображають власне анестезіологічне забезпечення в ПШП, зокрема: дихальні шляхи (прохідні, звільнені від сторонніх тіл, слизу, крові тощо), венозний доступ (пункція-катетеризація периферичної чи центральної вени (вказують, якої саме), описують аускультативну картину після катетеризації центральної вени, обов'язково зазначають, що катетер фіксовано до шкіри шовковою лігатурою (чи ні) та початок інфузії теплим ізотонічним розчином натрію хлориду (38°C). Вказують рівень центрального венозного тиску та роблять відмітку про зроблений забір крові для аналізів. Також роблять познач-

ку стосовно зігрівання хворого у ПШП, вказують на проведення знеболювання, медикації, інфузійної терапії, інтубації трахеї (зазначають розмір ЕТТ, роздуття манжетки ЕТТ та початок ШВЛ). У разі встановлення шлункового зонда чи сечового катетера у ПШП про це роблять відповідний запис. Завершують документування анестезіологічного забезпечення у ПШП записом "Хворий направляється (вказують о котрій годині, в якому стані і в яке відділення)". Зазначають загальний час знаходження хворого у ПШП. У разі необхідності роблять примітки у відповідній графі. Далі лікар-анестезіолог ставить підпис і вкладиш заповненого бланку підклеюють в історію хвороби.

З метою покращення наступності надання невідкладної медичної допомоги між догоспітальним та раннім госпітальним етапами щодня зранку заступник головного лікаря КМК ЛШМД вручає представникам адміністрації станції швидкої медичної допомоги та медицини катастроф (СШМД та МК) заповнений бланк, підписаний відповідальним черговим анестезіологом анестезіологічної бригади, що змінюється, та завідувачем ВІТ ЗП. У ньому зазначаються наступні пункти: порядковий номер пацієнта ПШП, час, номер виклику бригади, номер підстанції та ПІБ лікаря СШМД та МК, ПІБ хворого, стать, відділення (за яким закріплений пацієнт), термін транспортування (до 1 години чи більше з моменту травми (хвороби)), дата і час поступлення у ПШП, рівень свідомості за шкалою ком Глазго. Також відмічають проведення: іммобілізації кісток та шийного відділу хребта, знеболювання, внутрішньовенної інфузії, захисту дихальних шляхів.

Висновки

Організація якісного лікувального процесу у протишоковій палаті лікарні швидкої медичної допомоги передбачає: високу виробничу інтенсивність праці, швидкість та якість діагностично-лікувальних заходів, високі професійні вимоги до анестезіологічної бригади, зокрема до медичної сестри-анестезиста, функціональний зв'язок з іншими підрозділами лікарні і зворотній зв'язок з адміністрацією станції швидкої медичної допомоги та медицини катастроф, що забезпечує наступність допомоги між етапами надання медичної допомоги.

Список літератури

1. Даценко В. Г. Організація роботи лікаря лікувального закладу / В. Г. Даценко, Б. Г. Веденко, Ф. В. Мельник; за ред. Б. Г. Веденка. – Вінниця : Держ. картографічна фабрика, 2009. – 256 с.
2. Князевич В. М. Оснащеність лікарень швидкої медичної допомоги України базовим діагностичним та реанімаційним обладнанням / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Вісн. проблем біології і медицини. – 2009. – № 1. – С. 8–12.

3. Малиш І. Р. Досвід роботи протишокової палати в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги / І. Р. Малиш, К. І. Цимбаленко // Матеріали симп. (V школи-семінару) ["Проблемні питання медицини невідкладних станів"], (Київ, 5–6 квіт. 2007 р.). – К., 2007. – С. 101–102.
4. Марков Ю. І. Захист дихальних шляхів на догоспітальному етапі / Ю. І. Марков, К. І. Цимбаленко // Матеріали наук. симп. ["Сучасні проблеми медицини невідкладних станів"], (Київ, 21–22 трав. 2009 р.). – К., 2009. – С. 117–119.
5. Марков Ю. І. Судинний доступ на догоспітальному етапі / Ю. І. Марков, К. І. Цимбаленко // Зб. наук. пр. НМАПО. – Вип. 18, Кн. 1. – 2009. – С. 80–83.
6. Марков Ю. І. Якість знеболювання на догоспітальному етапі / Ю. І. Марков // Матеріали II з'їзду ВГО ["Всеукраїнської Асоціації працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф"], (Київ, 22–23 квіт. 2008 р.). – К., 2008. – С. 94–96.
7. Посадова інструкція сестри медичної-анестезиста // Посадові інструкції. Охорона здоров'я / за ред. Є. К. Пашутинського. – К. : КНТ, 2005. – С. 228–231.
8. Ткаченко О. А. Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги – 25 років / О. А. Ткаченко, Н. Ф. Гайворонська // Матеріали наук. симп., присвяченого 25-річчю Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги ["Проблемні питання медицини невідкладних станів"], (Київ, 20–21 трав. 2010 р.). – К., 2010. – С. 3–12.
9. Тлумачний словник з невідкладної медичної допомоги / [авт.-уклад. Зозуля І. С., Марков Ю. І.]. – К., 2009. – 144 с.
10. Усенко Л. В. Проблема стандартизації інтенсивної терапії на догоспітальному і госпітальному етапах при політравмі / Л. В. Усенко, Г. В. Панченко, А. В. Царев [та ін.] // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2004. – № 2(д). – С. 375–376.
11. Шейн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии : пер. с англ. / М. Шейн. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2003. – 272 с.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ ПРОТИВОШОКОВОЙ ПАЛАТЫ В БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ю.И. Марков (Киев)

Проведен анализ особенностей оказания неотложной медицинской помощи в противошоковой палате на примере ее организации и работы в Киевской городской больнице скорой медицинской помощи. Организация качественного лечебного процесса в противошоковой палате предполагает: высокий уровень производственной интенсивности труда, быстроту и качество диагностических и лечебных мероприятий по принципу АВС, высокие профессиональные требования к анестезиологической бригаде, в частности к медицинской сестре-анестезисту; функциональную связь с другими подразделениями больницы, что обеспечивает преемственность между этапами оказания медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: противошоковая палата, больница скорой медицинской помощи, организационные принципы, неотложная медицинская помощь.

ORGANIZATIONAL PRINCIPLES OF WORK ANTISHOCK WARD IN THE HOSPITAL OF EMERGENCY CALL SERVICE

Yu. I. Markov (Kyiv)

Features of rendering of urgent medical aid in antishock ward have been analysed by the example of its organization and work in Kyiv state hospital of the emergency call center. The organization of qualitative treatment of process in antishock ward provides: high industrial intensity of work, speed and quality of diagnostic and medical actions by principle ABC, high professional requirements to brigade in the sphere of anesthesiology, in particular to the nurse - anaesthetist; functional connection with other subdivisions of hospital that provides continuity between stages of rendering of medical aid.

KEY WORDS: antishock ward, the hospital of emergency call service, organizational measures, urgent medical aid.

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

УДК 614.87:355.72

О. В. МАЗУРЕНКО (Київ)

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ЗАЛУЧЕННЯ ВОЛОНТЕРІВ ПРИ ПОДОЛАННІ МЕДИКО-САНІТАРНИХ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Розглянуто концептуальні засади щодо залучення волонтерських мобільних медичних формувань до подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: надзвичайна ситуація, волонтери, мобільні медичні формування.

Світова статистика катастроф, Принципи Йогогамської стратегії більш безпечного світу (1994 р.), резолюція Міжнародної конференції (2005, Кобе, Японія), Хіогська програма дій 2005–2015 рр. та резолюції Генеральної Асамблеї ООН констатують нагальну потребу у збільшенні готовності країн щодо подолання наслідків надзвичайних ситуацій (НС). Враховуючи, що можливості органів та закладів охорони здоров'я з подолання медико-санітарних наслідків НС не відповідають існуючим потребам і вимагають збільшення потужності за рахунок залучення додаткового персоналу та ресурсів, пошук можливостей щодо підсилення системи охорони здоров'я в цілому та Державної служби медицини катастроф України, зокрема, є актуальним.

Міжнародний досвід вказує на наявність потужного резерву системи охорони здоров'я – волонтерських організацій та окремих волонтерів. Доцільність залучення волонтерів для надання медичної допомоги, навчання населення ураженого регіону правилам першої допомоги та принципам перебування в осередку небезпечного оточуючого середовища доведено такими провідними організаціями, як Міжнародний Комітет Червоного Хреста, Лікарі без кордонів ("Medecins Sans Frontieres"), Міжнародний медичний корпус (International Medical Corp) тощо. Про широке залучення волонтерів для проведення пошуково-рятувальних операцій та надання медичної допомоги також свідчить досвід низки країн – Австрії, Германії, США, Франції, Швейцарії, де значну роль у виконанні цих робіт відведено волонтерам.

В СРСР для надання першої медичної допомоги населенню в разі виникнення або загрози виникнення НС створювали санітарні дружини в складі 16–20 спеціально підготовлених осіб немедичних спеціальностей.

У міжнародній практиці залучення волонтерів їх підготовку та відправку до осередку НС доручають офіційним установам – засновникам загонів волонтерів, які виконують ці обов'язки на договірних засадах з державними органами влади і несуть при цьому відповідальність перед державними органами та суспільством [1].

Поряд з позитивним досвідом надання допомоги медичними загонами волонтерів на сторінках періодичних наукових видань висвітлюються і негативні риси цього явища. Так, в "British Medical Journal" в 2006 р. опубліковано критичну статтю R.J. Ramachandarm "Do doctors who volunteer their services in disasters overseas produce more Disasters?", де висвітлено перебування іноземних медиків-волонтерів в так званих "клініках", які створювали в наметових містечках для біженців [3]. Автор повідомляє, що волонтери, серед яких багато недостатньо підготовлених осіб, в т.ч. студентів, резидентів тощо, намагались надавати допомогу, незважаючи на мовний бар'єр та відсутність перекладачів, а "лікування", в т.ч. тривалу гіпсову іммобілізацію, призначали без уточнення діагнозу та без застосування необхідних додаткових методів діагностики. Стаття отримала великий резонанс та підтвердження наведених фактів з боку багатьох фахівців. Висновком дискусії стала теза, що волонтери можуть брати участь у подоланні медико-санітарних наслідків НС лише в складі офіційних та добре оснащених медичних команд.

Таким чином, проблему застосування добровільних (волонтерських) ресурсів для подолання медико-санітарних наслідків НС неможливо вважати вирішеною, особливо в організаційно-правовому та методологічному аспектах. Це обумовлює доцільність та актуальність даного дослідження.

Мета роботи: визначити концептуальні засади щодо залучення волонтерів при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

Матеріали і методи. У роботі узагальнені власні спостереження в осередку НС природного характеру – катастрофічних землетрусів (Індія 2001 р., Іран 2003 р.) та участі у функціонуванні Допоміжного загону медицини катастроф США (DMAT MA-2). Також використані методи наукового пізнання явища, зокрема структурно-логічного аналізу, системного підходу та бібліо-семантичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Правові основи волонтерської діяльності в Україні, основні поняття та визначення, відображені Законом України “Про об’єднання громадян” від 16.06.1992 р., концепцією проекту Закону України “Про волонтерський рух”, яку схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15.10. 2004 р №748-р та прийнятим за основу проектом Закону України “Про волонтерський рух” від 13.04.2010 р (постанова Верховної Ради України №2118-VI). Можливість співпраці на добровільних засадах з об’єднаннями громадян, професійними спілками, релігійними організаціями та об’єднаннями спеціальних формувань при подоланні наслідків НС визначено в “Концепції створення єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації” (постанова Кабінету Міністрів України від 07.07.1995 р. №501), Законі України “Про аварійно-рятувальні служби” (від 14.12.1999 р.), Законі України “Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру” (від 08.06.2000 р.).

У нормативно-правових документах стосовно організації та функціонування Державної служби медицини катастроф (постанови Кабінету Міністрів України від 15.07.1998 р. №343 та від 11.07. 2001 р. №827, постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2002 р. №174 “Про затвердження Програми розвитку Державної служби медицини катастроф на 2002–2005 роки”) положення про залучення волонтерів для надання медичної допомоги не визначені, а нормативних документів щодо їх складу та оснащення не існує, що практично унеможливує участь волонтерів у діяльності Державної служби медицини катастроф України (ДСМК) [2].

Аналіз довів, що організація “Волонтерських загонів долікарської допомоги ДСМК” при вищих медичних навчальних закладах IV рівня акредитації в складі 30–50 волонтерів – студентів IV–V курсів під керівництвом досвідчених фахівців з метою своєчасності початку надання медичної допомоги збільшить спроможність ДСМК. Організація загону має ґрунтуватися на засадах волонтерської діяльності, які зазначені в проекті Закону України “Про волонтерський

рух”, зокрема на принципах добровільності, безкорисливості, добротності і відповідальності. Команди створюють під загальним керівництвом та за підтримки МОЗ України, зокрема Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України (УНПЦ ЕМД та МК), який є головним науково-практичним закладом ДСМК (постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2001 р. №827). Відповідно до поставленої мети, загін має виконувати наступні завдання:

1. Проведення медичного сортування і надання долікарської з елементами першої лікарської медичної допомоги потерпілим на кордоні осередку НС, куди постраждалих доставляють рятувальники, або, за певних обставин, безпосередньо в осередку НС. Вводити загін до осередку НС за умов небезпеки життю і здоров’ю особового складу небажано.

2. Посилення потужності територіальних органів охорони здоров’я.

3. Прийом і надання медичної допомоги потерпілим за межами або в межах осередку НС.

4. Навчання населення правилам надання першої медичної допомоги.

В якості пріоритетних джерел фінансування діяльності загону доцільно залучати спонсорські кошти та кошти, що передбачені бюджетними видатками на надання гуманітарної допомоги. За навчання особового складу загону функціонуванню в умовах НС, оснащення (ліки та засоби медичного призначення, захист від факторів оточуючого середовища, продукти харчування, питна вода, туалети тощо), координацію відправки загону до місця дислокації та повернення після виконання завдань має відповідати установа-засновник. Забезпечення керівного складу загону інструкціями та протоколами з організації та надання медичної допомоги потерпілим, оснащення та нагляд за зберіганням та використанням засобів медичного призначення, міжвідомчу та галузеву координацію здійснює МОЗ України через УНПЦ ЕМД та МК.

Оснащення загону засобами медичного призначення, ліками, продуктами харчування, водою та засобами захисту визначають за умов автономної роботи впродовж 72 годин, з максимально можливим навантаженням 250–300 постраждалих на добу.

Вид та обсяг надання медичної допомоги Волонтерським загonom долікарської допомоги ДСМК є регламентованим і обмеженим наданням долікарської медичної допомоги з елементами першої лікарської допомоги. Обсяг долікарської медичної допомоги, яка надається членами загону, визначається протоколами, затвердженими відповідно до існуючого зако-

нодавства країни формування загону з урахуванням рекомендацій ВООЗ.

В Україні надання медичної допомоги має бути регламентовано "Протоколами надання медичної допомоги Волонтерським загonom долікарської медичної допомоги ДСМК", розробленими та затвердженими МОЗ України.

Виходячи з мети та поставлених завдань, загін має розгорнути сортувальний майданчик, забезпечити захист постраждалих від впливу факторів оточуючого середовища, запровадити чітку систему реєстрації та підготувати постраждалих до подальшої евакуації. Власний досвід показав, що більш придатною сортувальною системою Волонтерського загону першої медичної допомоги є система "START" яку в США на догоспітальному етапі використовують парамедики. З урахуванням 4 сортувальних груп на майданчику має працювати мінімум 16–20 осіб під керівництвом досвідченого фахівця. Послідовність транспортування уражених на наступний етап передбачає можливість надання медичної допомоги за протоколом тим, хто очікує в наметі або пристосованому приміщенні.

Волонтерський загін оснащують відповідно до Табеля оснащення. Табелі складається відповідно до завдань та переліку ВООЗ "New Emergency Health Kit" і "Номенклатури та норм накопичення лікарських засобів, виробів медичного призначення, резерву медичних закладів для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій", затвердженої наказом МОЗ України від 10.08.2001 р. №331.

Для захисту особового складу загону та постраждалих від впливу факторів оточуючого середовища доцільно використовувати щонайменше 4 намети, з наступним розподілом: намет для особового складу, для надання медичної допомоги, для тимчасової госпіталізації хворих, намет для штабу, зв'язку та аптека. Можливе застосування військового намету класу УСБ-56 площею 62 м², який розраховано на розміщенні на ліжках – 20 осіб, на ношах – 30 осіб, на підлозі – 40. Для розгортання штабу достатньо застосовувати намет УСТ-56 (площа 23,71 м²). Суттєвим недоліком наметів УСБ-56 є пожежонебезпечність та швидкозаймистість. Більш безпечними та зручними є сучасні каркасні намети з поліефірних матеріалів, які захищені від самозаймання. Для волонтерського загону буде достатнім використання 3 наметів для постраждалих та особового складу SAS 56 (площа – 57 м²: на ліжках – 18 осіб, на ношах – 27, відповідно до УСТ-56) та 1 намет SAS 45 (площа – 45 м²).

Оперативне та адміністративне управління Волонтерським загonom долікарської медичної

допомоги здійснює штаб. Обов'язки керівника загону має виконувати командувач – досвідчений медичний працівник (лікар), який з'ясовує ситуацію, що склалась, уточнює мету та покладені на загін завдання, забезпечує координацію із суміжними загонами та службами, приймає остаточне рішення з надання медичної допомоги, планує тактичні дії, визначає необхідні сили та засоби для успішного функціонування загону, відповідає за безпеку особового складу загону та постраждалих. Обов'язки командувача доцільно покласти на повноважного представника територіального центру ДСМК, якому допомагають заступники:

1. Заступник з медичної частини – відповідає за проведення медичного сортування та якісне надання медичної допомоги постраждалим. Функції заступника доцільно покласти на представника учбового закладу.

2. Заступник з матеріально-технічного забезпечення, основним завданням якого має бути забезпечення безпечного перебування в осередку надання допомоги постраждалих та особового складу. До обов'язків заступника з матеріально-технічного забезпечення мають належати технічне обслуговування та транспортування необхідного устаткування, матеріалів, ліків та засобів медичного призначення згідно з табелем оснащення загону, продуктів харчування та питної води до району відповідальності. Підтримує в робочому стані засоби зв'язку, устаткування. Забезпечує координацію із транспортування постраждалих за межі зони, відповідальний за медикаменти, матеріали для сортування, матеріали для адміністрації і паливо.

Такі організаційні та управлінські рішення щодо створення та функціонування волонтерських загонів для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок НС дозволять не тільки забезпечити ефективну роботу загону, але й органічно та адекватно включити волонтерські формування до єдиної системи медичного захисту населення від наслідків НС природного та техногенного характерів.

Висновки

1. Створення волонтерських загонів є доцільним для збільшення матеріального та кадрового ресурсів сил медичного захисту для подолання медико-санітарних наслідків НС.

2. Формування волонтерських загонів повинно здійснюватися відповідно до міжнародних норм з урахуванням вимог національного законодавства.

3. Принципи надання медичної допомоги постраждалим у волонтерському загоні мають бути стандартизованими та уніфікованими відповідно до вимог національного законодавства країни формування загону.

4. Волонтерські загони долікарської медичної допомоги є невід'ємною складовою медичного захисту населення.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці принципів інтеграції волон-

терських загонів долікарської медичної допомоги в єдину систему медичного захисту населення в разі виникнення НС та координації їхніх дій при подоланні медико-санітарних наслідків НС.

Список літератури

1. *Мобільний медичний загін державної служби медицини катастроф територіального рівня* / Рошцін Г. Г., Волошин В. О., Михайловський М. М. [та ін.]; за заг. ред. Г. Г. Рошціна. – К.: МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, КМАПО імені П.Л. Шупика, 2005. – 65 с.
2. *Правові основи Державної служби медицини катастроф України* / Г. Г. Рошцін, В. О. Волошин, І. М. Рогач [та ін.]; за заг. ред. В. О. Волошина. – К.: МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, 2002. – 242 с.
3. *Організація та управління процесом надання медичної допомоги постраждалим внаслідок землетрусів* / Гур'єв С. О., Волянський П. Б., Терент'єва А. В. [та ін.]; за заг. ред. С. О. Гур'єва. – К., 2008. – 188 с.
4. *Мобільні формування Державної служби медицини катастроф як механізм управління процесом подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій* / Гур'єв С. О., Волянський П. Б., Миронець С. М. [та ін.]; за заг. ред. С. О. Гур'єва. – К. – 2009. – 384 с.
5. *Cone D. C. Field triage systems: methodologies from the literature* / D. C. Cone, R. Benson, T. A. Schmidt, N. C. Mann / *Prehosp Emerg Care*. – 2004. – Vol. 8, № 2. – P. 130–137.
6. *Bremer R. Policy development in disaster preparedness and management: lessons learned from the January 21 earthquake in Gujarat, India* / R. Bremer // *Prehospital Disaster Med*. – 2003. – Vol. 18, № 4. – P. 372–384.
7. *Eric K. Noji ABC of conflict and disaster. Public health in the aftermath of disasters* / K. Eric // *BMJ*. – 2005. – Vol. 330. – P. 1379–1381.
8. *Ramachandarm R. J. Do doctors who volunteer their services in disasters overseas produce more Disasters?* / R. J. Ramachandarm // *BMJ.com*. – 2006. – Jan. – Vol. 330 (7535) – P. 332.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ВОЛОНТЕРОВ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

О. В. Мазуренко (Киев)

Рассмотрены концептуальные принципы привлечения волонтерских мобильных медицинских формирований к ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: чрезвычайная ситуация, волонтеры, мобильные медицинские формирования.

CONCEPTUAL PRINCIPLES OF VOLUNTEERS INVOLVED TO MEDICAL CONSEQUENCES RECOVERY AFTER DISASTER

О. В. Mazurenko (Kyiv)

Conceptual principles have been considered in relation to involved of the volunteer mobile medical formations to liquidation of health consequences after disaster.

KEY WORDS: disaster, volunteers, mobile medical formations.

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

В. С. КИЛІВНИК, П. В. ЦВЕНЬ, І. В. КУЗЬМІН (Немирів, Вінниця)

ІНФОРМАЦІОЛОГІЧНІ МОДЕЛІ ШТУЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ ТА ОСНОВНІ ЧИННИКИ ЇХ ВПЛИВУ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»,
Вінницький НТУ

Вивчені та узагальнені результати досліджень штучних інформаційних систем, визначені провідні фактори їх впливу на організм людини, розроблені структурні інформаціологічні методи штучних інформаційних систем.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **інформаційна система, інформаціологічні моделі.**

Зростаючий інформаційний потік вимагає від лікаря швидкої та якісної обробки різноманітної інформації з метою прийняття оптимальних клінічних рішень. Знання інформаційних ресурсів та процесів, які притаманні штучним інформаційним системам, дозволить оптимізувати їх використання. Сучасні класифікації преформованих (штучних) лікувальних чинників потребують постійного удосконалення задля потреб практики та розробки нових перспективних напрямків наукових досліджень [1; 3; 4].

Мета дослідження. Визначити властивості та розробити інформаціологічні моделі штучних інформаційних систем у відповідності до основних законів їхнього впливу на організм людини.

Матеріали і методи. Вивчено та узагальнено досвід розвитку штучних інформаційних систем. Розроблені їх структурні інформаціологічні моделі з урахуванням впливу на організм людини.

Результати дослідження та їх обговорення. Інформаціологія - це генералізаційно-єдина наука про всі інформаційні явища, мікро- та макродинамічні процеси у Всесвіті [5].

Медицина інформаціологія вивчає всі інформаційні процеси, ресурси та технології, які мають будь-який вплив на здоров'я людини.

Основою наукового напрямку, яким є інформаціологія, стала теорія нерівноважних структур та диссипативних процесів, розроблена бельгійським вченим І. Пригожином.

Для обґрунтування своєї теорії І. Пригожий довів теорему про нерівноважні процеси, відповідно до якої стану процесу, що встановився, відповідає мінімум ентропії. Він показав, що за зовнішніх умов, які перешкоджають рівноважному стану, ентропія збільшується, а якщо перешкоди відсутні, ентропія досягає мінімуму. Методи її визначення наведені нами в роботі [2].

Штучні інформаційні системи функціонують у відповідності до універсальної структурно-функціональної моделі інформаційної системи [2]. Їм, як і іншим інформаційним системам (ІС), притаманні власні інформаційні процеси (ІП) і інформаційні ресурси (ІР) (рис. 1).

Вплив штучних ІС на організм завжди відбувається на фоні природних інформаційних явищ, які у подробицях наведені в роботі [1].

Штучні інформаціологічні явища формуються життєдіяльністю людини і впливають на стан екології Землі (материка, конкретного регіону, населеного пункту, приміщення тощо). Відповідно формується фон (радіаційний, температурний тощо), який необхідно обов'язково враховувати при використанні інформаціологічних інтервенцій стосовно людського організму.

На рис. 2 представлена структурна модель інформаціологічних процесів.

Закони інформаціології приведені в роботі [2]. На рис. 3 представлені інформаціологічні ресурси штучних інформаційних систем

Інформаціологічні технології штучних ІС наведені на рис. 4

Нижче наводимо (рис. 5) структурну модель кібернетичних систем як одних із складових інформаціологічних технологій.

У медицині використовуються всі вищезгадані види кібернетичних систем. Способи використання їх в медицині та в управлінні охороною здоров'я описані в роботі [2].

Людиність, як енергобіологічний інформаційний ресурс, має здатність створювати штучні інформаційні системи, накопичувати знання в пам'яті, керувати ними для забезпечення власної життєдіяльності. Використовуючи всі види енергобіологічних ресурсів людина в процесі еволюції створила потужний арсенал штучних засобів для профілактики та лікування захворювань (рис. 6).

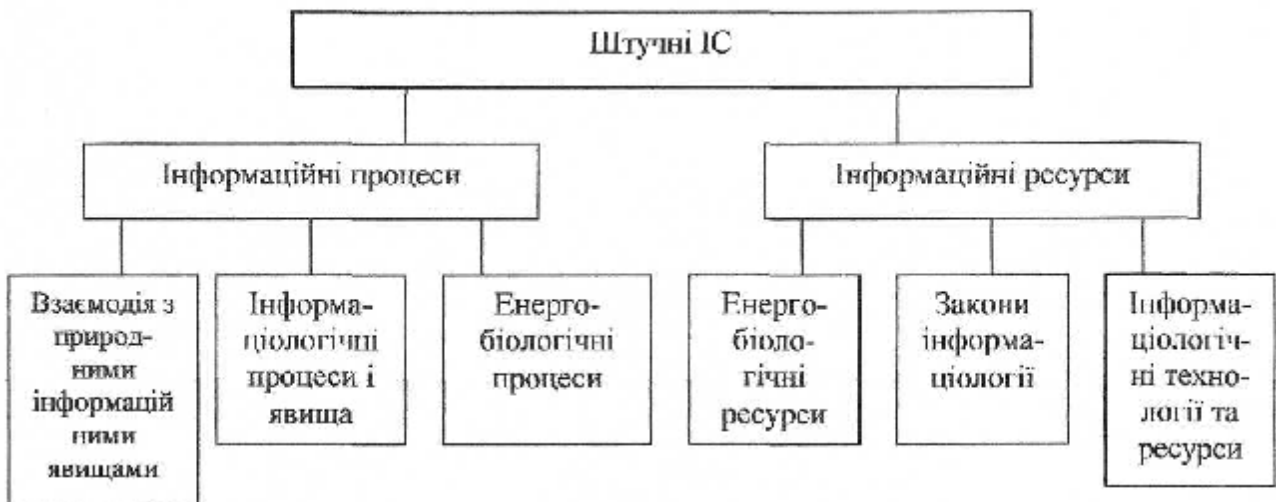


Рис. 1. Структурна модель штучних інформаційних систем

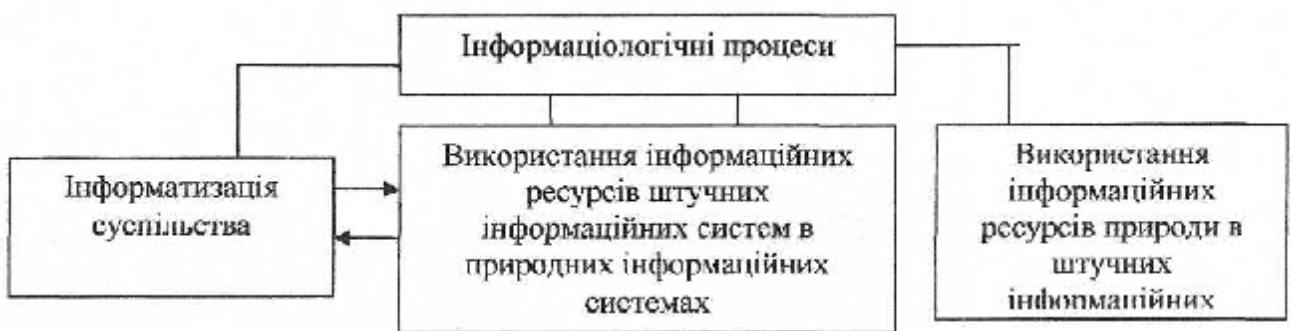


Рис. 2. Структурна модель інформаціологічних процесів

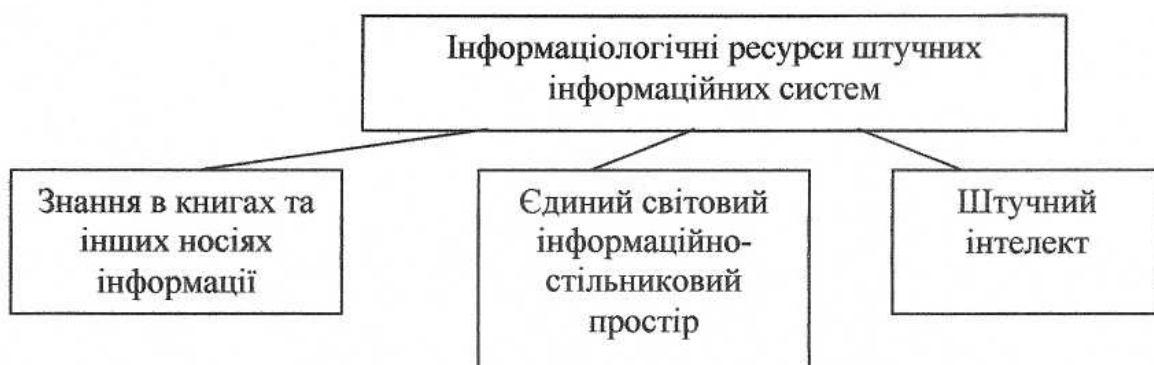


Рис. 3. Структурна модель інформаціологічних ресурсів штучних інформаційних систем



Рис. 4. Структурна модель інформаціологічних технологій в штучних інформаційних системах



Рис. 5. Структурна модель кібернетичних систем

Вищезгадані лікувальні чинники можуть використовуватись в будь-яких комбінаціях, тому інформаціологічні параметри дії кожного з них мають властивість змінюватись. Мають значення зона, режим, тривалість, періодичність, сила, резонансна адекватність впливів, тривалість їхньої післядії, час реалізації клінічного ефекту [4].

Розподіл методів електролікування наводимо нижче:

1) низькочастотні впливи – гальванізація, лікарський електрофорез, діадинамотерапія, електростимуляція, електросон, транскраніальна електроаналгезія, біорегульована електростимуляція, ампліпульстерапія, флюктуоризація, інтерференцтерапія, інфітатерапія, низькочастотна магнітотерапія;

2) високочастотна терапія – дарсонвалізація, ВЧ-індуктотермія;

3) ультрависокочастотні методи – УВЧ-терапія і УВЧ-індуктотермія;

4) надвисокочастотні впливи – мікрохвильова терапія, що включає в себе дециметрову, сантиметрову і міліметрову терапію [4].

Інші автори в роботі пропонують включити в класифікацію преформованих лікувальних факторів такі методи, як рефлексотерапія, КВЧ-терапія, біологічний зворотній зв'язок, методику Фоля, Сарчука, біорезонансний аеровібромаж [3].

Енергобіологічні процеси в людському організмі забезпечуються лікувальними методами та методами відповідно до наявних штучних ІР.

Вище нами згадані лише методи низькочастотної, високочастотної, ультрависокочастотної та надвисокочастотної терапії. Класифікація преформованих лікувальних чинників представлена цілком у роботі [4].

Враховуючи позиції всіх вище згаданих авторів енергобіологічні процеси можуть бути представлені наступним чином (рис. 7).

Висновки

1. Вивчення інформаційних процесів, ресурсів та технологій штучних ІС залишається одним із важливих напрямків інформаціологічних досліджень в медицині.



Рис. 6. Структурна модель преформованих лікувальних чинників



Рис. 7. Енергобіологічні процеси преформованих лікувальних чинників

2. Штучні інформаційні системи є завжди вторинними по відношенню до природних і функціонують у взаємній залежності.

3. Інформаціологічний підхід при вивченні штучних інформаційних ресурсів та процесів дає можливість оптимізувати використання наявних штучних ІС та пошук нових лікувальних чинників штучного походження.

4. Вивчення всієї сукупності інформаційних впливів на організм людини сприятиме розробці методів профілактики та лікування інформаційних хвороб; розробці наукових засад інформаційної гігієни.

Подальші дослідження присвячуються поглибленню вивчення інформаційних моделей та їхнього впливу на організм людини.

Список літератури

1. *Килівник В. С.* Інформаціологічні моделі природних інформаціологічних систем та основні чинники їх впливу на організм людини /В. С. Килівник, І. В. Кузьмін //Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 1. – С. 47-51.
2. *Кузьмін І. В.* Основи медичної інформаціології /І. В. Кузьмін, В. С. Килівник //Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2008. – № 2. – С. 59-65.
3. *Мизин В.И.* К вопросу о современной классификации природных и преформированных физических лечебных факторов / В. И. Мизин, Т. М. Лобода //Мед. реабилитация, курортол. и физиотерапия. – 2003. – № 4. – С. 56-63.
4. *Рекомендовані стандарти санаторно-курортного лікування.* Класифікація природних та зреформованих фізичних лікувальних чинників /[за Тондієм Л.Д., Васильєвою-Лінецькою Л.Я.]. – К.: Вид. Купріянова О.О., 2003. – 72 с.
5. *Юзвизин И. И.* Основы информатиологии / И. И. Юзвизин – М.: Информатиология: «Высшая школа», 2000. – 640 с.

ИНФОРМАЦИОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ИСКУССТВЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ИХ ВЛИЯНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

В. С. Киливник, П. В. Цвень, И. В. Кузьмин (Немиров, Винница)

Изучены и обобщены результаты исследований искусственных информационных систем, определены ведущие факторы их влияния на организм человека, разработаны структурные информациологические методы искусственных информационных систем.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **информационная система, информациологические модели.**

INFORMATIOLOGICAL MODEL OF ARTIFICIAL INFORMATIVE SYSTEMS AND THE MAIN FACTORS OF ITS INFLUENCE ON HUMAN ORGANISM

V. S. Kylyivnyk, P. V. Tsven', I. V. Kuz'min (Nemirov, Vinnitca)

Results of the artificial informative systems researches are studied and generalized, the leading factors of their influence are certain on the organism of man, the structural informatiological methods of the artificial informative systems are developed.

KEYWORDS: **informative system, informatiological models.**

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

Я.В. ГАНІТКЕВИЧ (Львів)

ДО ІСТОРІЇ СТАНОВЛЕННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ (МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ В ОКУПОВАНОМУ ГІТЛЕРІВЦЯМИ КИЄВІ У 1941-1943 рр.)

В статті наводиться коротка історія праці Київського медичного інституту в період окупації (1941–1943 рр.). Показано, як в умовах жорстокого окупаційного режиму групою вчених-медиків було здійснено спробу налагодити медичне життя в Києві та деяких інших містах.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: історія медицини, окупація, лікар.

Українська історіографія переглядає та об'єктивно висвітлює питання, які раніше розглядалися або з позицій російського царизму і великодержавного шовінізму, або з позицій комуністичної ідеології. До таких питань можемо віднести історію Київського медичного інституту (КМІ) в роки Великої Вітчизняної (або в ширшому плані Другої світової) війни.

Дослідження архівних матеріалів, колишніх спецфондів, діаспорної літератури, преси того часу свідчить про те, що в окупованому гітлерівцями Києві викладачам і професорам КМІ, які з різних причин залишилися в столиці, вдалося частково на деякий час відновити роботу кафедр і клінік КМІ, що дало можливість готувати лікарів з корінного населення та сприяло збереженню бази інституту. Слід зазначити, що це відбулося при різко ворожому ставленні німецьких окупантів до вищої освіти на українській землі.

В даній праці зроблена спроба описати становлення і діяльність Київського медичного інституту окупаційного періоду, об'єктивно оцінити події того часу, висвітлити коротко характер тодішнього суспільно-політичного життя, діяльність українських організацій і закладів на окупованій території.

Відхід з України радянських військ і тимчасова окупація гітлерівцями України насамперед означали для населення припинення мирного життя, певного стабільного рівня життя, яке давала радянська влада, труднощі воєнного часу, панування ворожої німецької адміністрації. Це також були жорстокі репресії щодо євреїв, що пізніше дістали назву голокосту. Але вони також означали припинення жорстоких безпрецедентних репресій і терору щодо свого наро-

ду органів НКВД і КДБ, ще не стерлися в пам'яті людей насильна колективізація із депортацією в Сибір заможних селян, жахливі картини голодомору 1932-1933 рр., «розстріляне відродження», репресії 1937 р., переслідування тоталітарним комуністичним режимом будь-яких національних проявів як «буржуазного націоналізму», боязнь доносів «сексотів» – секретних співробітників органів безпеки, які мали бути в кожному колективі, в кожній групі населення, постійне відчуття страху перед «чорним вороном». Постійно тривали пошуки «ворогів народу». За неповними даними, тільки протягом 1937-1938 рр. в УРСР було арештовано понад чверть мільйона осіб, з них засуджено до розстрілу 122 237 осіб! [1]. Було репресовано і реабілітовано щонайменше 829 лікарів і науковців-медиків, з них розстріляно понад 120 осіб.

Тому не дивно, що багато українців і росіян залишалися на окупованій території, сподіваючись, що нова влада буде менш жорстокою, більш людяною, адже німців вважали однією з найбільш культурних націй Європи. Тільки згодом вони переконалися, що гітлерівський режим вмів бути не менш жорстоким за більшовицький, а гестапо діяло не менш озвіріло, ніж КДБ.

У липні 1941 р., коли гітлерівці прямували на Київ, почалася евакуація КМІ, викладачів, студентів, деякого обладнання. Колективи 1-ого та 2-ого Київських медичних інститутів об'єднали з Вінницьким, Дніпропетровським, Одеським та іншими медичними інститутами і евакуювали спочатку до Харкова, там опинилися біля 1200 студентів. Опісля переїхали в Челябінськ і почали підготовку лікарів для фронту. В жовтні 1941 р. 242 студенти приступили до занять за скороченою програмою. Цей період досить повно відображений в історії КМІ -нинішнього Національного медичного університету імені О. О. Богомольця

[2]. Водночас значна частина викладачів і студентів залишилися в окупованому Києві.

Щоб викрити збережені у значній мірі досі штампи компартійної пропаганди про «ворогів народу що співробітничали з окупантом», потрібно всебічно оцінити події того часу, об'єктивно з'ясувати суспільно-політичну ситуацію на окупованій території. Поки формувалася німецька окупаційна влада, на українських землях почалося відновлення національного життя. Значним поштовхом для цього було проголошення українськими націоналістами 30 червня 1941 року у Львові створення Української Держави на Західних українських землях та формування Українського Державного Правління на чолі з Ярославом Стецьком. Скеровані (всупереч волі окупантів) на Схід похідні групи ОУН, завданням яких була розбудова політичного і культурного українського життя, дали населенню сподівання на відновлення в якійсь формі української державності.

В населених пунктах налагоджували місцеве самоврядування, створювали сільські, міські та окружні управи, відновлювали діяльність організацій, які були ліквідовані більшовиками після захоплення влади в Україні, – «Просвіти», «Союзу Українок», різних кооперативів. Створювалися молочарські союзи, хліборобські спілки, відновили роботу цукроварні, ґуральні (спиртзаводи), цегельні, млини. Запрацювали банки, суди, поліклініки, шпиталі, була організована пожежна охорона. Відкривалися українські школи і гімназії, ліцеї та семінарії. Вулицям надавали українські назви, імена невинних комуністичних вождів замінили іменами Тараса Шевченка, Лесі Українки, Івана Франка, Івана Мазепи, Михайла Грушевського та інших видатних українців. Після двох десятиліть переслідувань знову замайоріли синьо-жовті українські стяги, з'явилися зображення українського герба тризуба. На Волині створено «Українську раду довір'я», до якої увійшли представники всіх політичних течій того часу, громадські і релігійні діячі, працівники освіти і культури; Рада почала займатися упорядкуванням шкільних, юридичних і церковних справ.

Почали діяти українські видавництва, виходили українські газети і журнали. У Рівному Улас Самчук, повернувшись із еміграції, почав видавати газету «Волинь», у Вінниці виходила газета «Вінницькі вісті», у Січеславі (Дніпропетровську) – «Вільна Україна», в Донецьку – «Донецькі новини» і т.п. Відчинили двері українські театри. За словами У.Самчука: «Україна вийшла з свого підземелля, як фенікс з попелу, і запопадливо почала діяти».

У Києві створено українську адміністрацію, урухомлено трамваї, електростанцію, водогін, телефонну мережу. Почало розвиватися культур-

не життя, почала виходити газета «Українське слово» за редакцією Івана Рогача [3]. Відділ культури та освіти Київської міської управи очолив відомий скульптор Іван Кавалерідзе. Утворилася вільна Спілка українських письменників, яку очолила Олена Теліга, відкрився Літературний клуб. Відновилися виступи Національної капели «Думка» (в неповному складі) під орудою Городовенка. Відроджувалося церковно-релігійне життя, відновлювалися і відчинялися замкнені і зруйновані більшовиками церкви, монастирі. У неділю 15 березня 1942 року в Андріївському соборі відбулося перше Архиєрейське богослужіння відновленої Української православної автокефальної церкви. У квітні на свято Воскресіння Христового (Пасхи) відкрито Володимирський собор, в якому більшовики були влаштували склад-сховище.

Здавалося, що настав новий період українського відродження після десятиліть комуністичного терору, коли зі звіриною ненавистю чужинці та свої яничари знищували все, що мало українські національні ознаки, коли сталінський тоталітарний режим майже повністю ліквідував патріотично настроєну інтелігенцію.

Необхідно відзначити, що усі ці події та факти комуністична пропаганда замовчувала повністю або подавала окремі вихоплені дані в перекрученому вигляді. Тому цей бік життя на окупованій території практично зовсім невідомий радянським громадянам, продовжує бути незнаним для більшості жителів незалежної України.

Захопивши 19 вересня 1941 р. Київ, німецько-фашистські окупанти зразу ж заборонили будь-кому непокликаному входити до міста. Проте в Києві, всупереч розпорядженням окупантів, вже діяли похідні групи ОУН, організовували громадське, господарське, політичне, мистецьке життя. Вже 5 жовтня 1941 р. намісник Голови проводу українських націоналістів (ПУН'у) Олег Ольжич (Кандиба), уродженець Житомира, археолог, поет і політичний діяч, нелегально повернувшись з еміграції, зібрав у Києві на Подолі перші збори Української національної ради (УНРади). Головою обрано ректора Київського політехнічного інституту проф. Миколу Величківського; членами її (біля 130 чоловік) стали гетьманці, республіканці, оунівці, безпартійні, в ній були представлені всі верстви і професії, а також національні меншини, зокрема росіяни. До УНРади увійшли генерал М.Омелянович-Павленко, проф. Кость Мацієвич, інженер Осип Войдуник, сестра Лесі Українки Ізідора Косач-Борисова, Олена Теліга, Улас Самчук та ін. В прийнятій декларації говорилося: «Нав'язуючи до традицій визвольних змагань і державного будівництва під проводом сл.п. Симона Петлюри покликано до життя Українську національну раду в Києві для порядкування

життям українського народу”. Рада відновлювала структури національного життя, випускала заклики до населення, висилала меморандуми до закордонних посольств, виступала із заявами і протестами. Вона за задумом організаторів мала стати попередником Українського парламенту.

Почалось відновлення діяльності медичних закладів, лікарень і поліклінік. Створено Товариство друзів швидкої медичної допомоги. Налагоджено роботу клінічних науково-дослідних закладів, зокрема Київського туберкульозного інституту, який очолив проф. Василь Плющ; Київського рентгенологічного інституту (директор – доц. Бобрецька), Ортопедичного інституту; згодом відкрито Київський інститут клінічної хірургії. Організовано Українську лікарську палату, до її управи входив професор-фтизіатр В.Плющ. В листопаді 1941 р. відновлено роботу 1-ої Київської фельдшерсько-акушерської школи на вул. Великій Дорогожицькій, 50 (цікаво, чи цей період діяльності школи вже повернутий до її історії?).

Зрозуміло, що на такій хвилі національного піднесення українські вчені-медики, викладачі та студенти, які з різних причин залишилися в місті, поставили завдання відкрити медичний інститут. Почалися клопотання перед окупаційною владою щоб отримати дозвіл продовжувати підготовку студентів-медиків та готувати лікарів для цивільного населення. Окупанти дотримувались думки, що вища освіта поневоленим слов'янським народам не потрібна. Відомі слова Гітлера, який прямо сказав, що не може бути мови про відкриття в Києві університету для українців. Рейхскомісар Кох закрив усі вищі навчальні заклади на окупованих землях України.

Ініціативу відновлення діяльності інституту відважно взяли на себе проф. Б. Кучеренко (завідувач кафедри патологічної анатомії КМІ) та хірург-доцент О. Лазуренко. Брак лікарів для населення, загроза розповсюдження епідемічних хвороб примусили окупантів погодитися на відкриття медичного інституту. Завдяки величезній енергії та наполегливості ініціаторів проведено надзвичайно складну організаційну роботу. Приміщення кафедр і аудиторій приведено до робочого стану, налагоджено тепло- і водопостачання, зібрано обладнання, наочне приладдя. Розшукано викладачів і професорів інституту, студентів, які залишилися в місті та на окупованій території.

Директором нововідкритого медичного інституту влада затвердила хірурга О. Лазуренка, його заступником став проф. Б. Кучеренко (літ.), завідувачем навчальної частини став проф. М. Венцківський. До викладання в інституті золосилися професори О. Богаєвський, Ф. Богатирчук, А. Зюков, О. Івакін, Г. Іваницький, А. Левицький, М. Нецадименко, П. Селецький, С. Томілін,

П. Шидловський, доцент М. Вовкбой та ін. В числі викладачів були: Микола Вашетко – професор-патолофізіолог (усунутий в 1931 р. з роботи на кафедрі), Сергій Богданович – доцент-дермато-венеролог, Леонід Гіренко – доцент-отоларинголог, Данило Воронцов – професор-фізіолог, Костянтин Добровольський – професор-гігієніст, Юрій Крамаренко – професор-хірург, Анна Мар'яшева – доцент-мікробіолог, Борис Падалка – професор-інфекціоніст, Сергій Ручківський – професор-епідеміолог, Іван Студзінський – професор топографічної анатомії, Григорій Шкавера – професор-фармаколог та ін.

Спеціалізовані клініки і відділи очолювали професори М. Венцківський (акушерство і гінекологія), І. Студзінський (хірургія), І. Базилевич (терапія), Ф. Богатирчук (рентгенологія), А. Зюков (інфекційні хвороби), В. Селецький (неврологія), Б. Шершевський, В. Солнцев, С. Томілін та ін.

Створено наукову раду інституту та спочатку підготовлено відкриття одного лікувального факультету. Медична наукова рада інституту переглянула навчальні програми, виключила з них усі компартійні марксистські псевдонауки, які ніде в світі в медичних університетах не викладалися. При організації навчальної роботи і складенні нових навчальних програм наближено їх до програм Берлінського університету імені Гумбольдта, одного із найкращих в Європі.

Проф. Б. Кучеренко очолив кафедру патологічної анатомії, організував патологоанатомічну службу, як заступник директора забезпечував оперативне управління справами медичного інституту. Разом з директором проф. О. Лазуренком вони намагалися створити українську національну медичну школу європейського зразка, не дуже рахуючись з думкою окупаційної влади. Незабаром за це їх чекала жорстока розправа. Але тимчасом медичний інститут, організований і керований ними, жив і працював, готував українських лікарів для цивільного населення України. Усі вони розглядали свою діяльність як потрібну, корисну для свого народу, а не спрямовану на прислугування окупаційній владі, як це представляла компартійна пропаганда. (Невідомо поки що, чи були керівники Київського медичного інституту членами переслідуваної гітлерівцями УНРади).

У жовтні 1941 року вдалося почати навчання на 4-му та 5-му курсах лікувального факультету цього Київського медичного інституту окупаційного періоду. На початку 1942 р. в інституті вже навчалось 556 студентів: на 2-му курсі – 158, на 3-му – 177, на 4-му – 130, на 5-му – 91 чоловік [4; 5]. Навчання було платним – 30 крб на рік.

28 січня 1942 р. було оголошено набір на 1-й курс інституту, не лише на діючий лікувальний факультет, але й на заново відкриті стоматоло-

гічний та фармацевтичний факультети. Зарахування провадила приймальна комісія, очолювана директором інституту проф. О. Лазуренком. Вступники склали іспити з хімії, фізики, математики, української, російської та іноземної мов (в обсязі програм середньої школи). Іспити почалися 1-го лютого. Серед вступників було багато дітей, батьки яких були арештовані, розстріляні, вивезені до Сибіру, стали жертвами більшовицького терору.

Різко змінився національний склад студентів, особливо 1-го курсу. Серед студентів, як і серед викладачів, переважали представники корінного українського населення, всюди звучала українська мова, використовувалася українська символіка – синьо-жовтий прапор і герб тризуб.

Не можна не відзначити великі відмінності складу викладачів Київського медінституту періоду більшовицької влади і Інституту окупаційного періоду. Перед початком війни з гітлерівською Німеччиною компартійні органи не залишили в Київському медичному інституті жодного із колишніх професорів медичного факультету Українського університету УНР – вони були арештовані, розстріляні, або звільнені з інституту! Із професорів “української лектури” залишилися в інституті лише М. Нещадименко, А. Левитський і О. Тижненко та учень проф. Іваницького – проф. І. Студзинський; решту – 42 кафедри – передали переважно інонаціональним науковцям, які приїхали з Росії або інших республік, зразу ж перевели викладання з української мови на російську (звичайно, не питаючи згоди студентів). Серед нечисленних професорів і доцентів, представників корінного населення, залишилися переважно лише ті, яким під впливом комуністичного «виховання» стали байдужими розвиток української культури, збереження мови, доля українського народу як нації,

В Київському медичному інституті, організованому в окупованому гітлерівцями Києві, основну частину викладачів становили українські вчені, прихильники української мови і культури, які в цей важкий і небезпечний час скористалися можливістю викладати мовою корінного народу, правдиво і незаідеологізовано висвітлювати фахові питання, не озираючись на партійних керівників та всюдисущих енкаведистів і їхніх секретних співробітників.

Таким чином, правомірно розглядати цей короткий період існування Київського медичного інституту окупаційного періоду як спробу українських вчених (серед них були і росіяни, наприклад Данило Воронцов, які ставилися із прихильністю до українського питання) в складних умовах воєнного часу відновити українську вищу медичну школу, створення якої започаткували деякі з них (М. Вашетко, М. Нещадименко),

їхні вчителі і попередники в УНР у 1918 р., та яка в кінці 20-х та у 30-х роках була розгромлена комуністичним режимом.

Тут варто додати, що до заслуг українських медиків, які, ризикуючи життям, залишилися з більшою частиною свого народу у важкі роки німецько-фашистської окупації, належить також відновлення підготовки лікарів для цивільного населення неевакуйованою частиною Вінницького медичного інституту (14 лютого 1942 р. почалися заняття на 5-му курсі), медичного факультету Дніпропетровського університету, Львівського медичного інституту (пізніше Природничо-медичних фахових курсів); при Харківському університеті Рада деканів відкрила для місцевого населення курси фармацевтів і фельдшерів.

Однак окупаційна влада недовго мирилася із спробами налагодити українське політичне, культурне й освітнє життя. Наказом із Берліна 27 листопада 1941 р. діяльність УНРади було заборонено, всі її установи розігнано, причетних заарештовано. Ще раніше розпущено і арештовано членів українського уряду Я. Отецька у Львові.

Представники властей заявили відкрито, що на Україні ворогом номер один є український націоналізм. За висловлюванням Уласа Самчука, “...німці прийшли до переконання, що московські власті так спрепарували Україну, так знечулили її до кожного поневолення, так знейтралізували в національному відношенні, що це якраз відповідає їх власній політиці, і допускати на Схід українські ідеї національного відродження не в їх інтересах” [6]. Мабуть, ця думка У. Самчука не втратила свого значення до сьогодні, добре було б, як би її враховували наші нинішні політики.

12 грудня 1941 р. гестапо заарештувало і згодом замордувало членів редакції газети “Українське слово”, натомість дозволили видавати колаборантське “Нове українське слово”. 9 лютого 1942 р. були заарештовані Олена Теліга, Михайло Теліга, Іван Ірлявський, професор Гупало та інші; невдовзі їх розстріляли в Бабиному Яру. Письменник Леонід Череватенко так описує [7] ці події: “Кінець зими 1942 р. був справжнім пеклом на українському Сході. Люди падали майже кожного дня. На вулицях Києва і інших міст німці розвішували шибениці з людьми, що для пострахи висіли кілька днів.... Озвірілі німці не милують нікого. Катують усіх, і тільки ті мають маленьку шансу вирватися, кому не поломано костей або хто ще міг ходити. Всі інші гинуть. Підозрілий чи ні, одних – стріляють, других прямо затовкують, ще інших – вивозять автом – газовою камерою. Більшовицькі агенти, які втиснулися в агенти гестапо, пляново і консеквентно допомагають німецькими руками винищувати українських патріотів. Вже немає нікого, хто не бачив би і не розумів би німецького намагання мо-

рально спаралізувати населення України і фізично як найбільше винищити.... У цій війні і з цієї війни українська сторона мусить вийти з позиціями, які будуть очевидною проекцією на дальший черговий етап. Цим може бути тільки категорична ставка на беззастережну свободу і суверенність усіх народів на землі. Антилюдянність обидвох систем, комуністичної і гітлерівської, їхнє заперечення одиниці і людської гідності як фундаментальної непорушної вартості, поставили перед нами самозрозумілу вимогу протиставлятися тому активно і сформулювати свою поставу виразно і якнайрішучіше. Гасло “Свобода народам, гідність людині”, висунуте О.Ольжичем, підтверджене як офіційне мотто...”

23 лютого 1943 року в Крем'янці на Тернопільщині гестапівці розстріляли в числі 12 осіб двох лікарів – Ганну і Петра Рошинських, активних організаторів українського громадського життя, українських патріотів. У березні 1944 р. гітлерівці розстріляли лікаря Ігора Воевідку разом з дружиною і сином. У гітлерівських концтаборах утримувалися, зокрема, українці-лікарі Омелян Волинець, Тома Лапичак, Ростислав Сочинський, Нестор Процик, Роман Ковальський, Мирослав Куник, М.Григорчук та інші.

Навесні 1942 р. (березень – початок квітня) гестапо заарештувало керівників медичного інституту професорів Б. Кучеренка і О. Лазуренка. Які звинувачення їм пред'являли невідомо, зрозуміло, що це не була «співпраця з фашистами», як подавала комуністична пропаганда. Всі спроби врятувати арештованих не вдалися. За однією версією їх помістили в Сирецький конццентраційний табір та розстріляли в Бабиному Яру, за другою – розстріляли німецькі окупанти перед відходом з Києва.

Як комуністичні вожді, так і фашистські диктатори, знищували патріотів поневолених народів, розумних талановитих людей, непересічних особистостей, від яких годі було сподіватися достатньої вірнопідданості та сліпого послуху. За словами В. Плюща, “... в особі Б.Кучеренка Україна втратила не лише видатного вченого, але й великого українського патріота” [8].

Могили професорів Б. Кучеренка і О. Лазуренка невідомі, так як невідомі могили замордованих енкаведистами професорів Київського медичного інституту В. Підгаєцького, О. Пучківського, В. Удовенка, дружини Людмили і доньки Вероніки професора О.Черняхівського, тисяч і тисяч жертв гітлерівського і комуністичного терору.

Терор німецько-фашистських окупантів викликав загальне обурення народу, привів до збройного опору, формування партизанських відділів «Поліської січі», очолюваної Тарасом Бульбою, а пізніше – Української повстанської

армії, яка обороняла цивільне населення від німецьких каральних загонів.

Проте ще до кінця року інститут продовжував працювати, і навіть розширюватися. В квітні 1942 р. директором інституту окупаційна влада призначила якогось Р. Скуренка; чи ніхто із професорів інституту не погодився заступити на місце арештованих колег, чи фашисти їм не довіряли – невідомо.

У квітні 1942 р., незважаючи на важкі умови окупаційного режиму, співробітники медичного інституту і медична громадськість окупованого Києва відзначили 70-річчя та 45-річчя наукової діяльності відомого київського професора Антона Каковського, неординарного українського вченого, фармаколога, винахідника, фітотерапевта і гомеопата, який піддавався репресіям ГПУ-НКВД, переважно замовчувався в УРСР. Незважаючи на вік він готував підручник для лікарів «Профілактика захворювання на рак шлунку», закінчував монографію «Критика лікування легенево-туберкульозних хворих».

Тоді ж весною 1942 р. з'явилися в київській пресі повідомлення про смерть професорів медичного інституту Г. Іваницького та О. Івакіна.

З 15 червня до 15 липня в інституті відбувалися перевідні екзамени, а з 25 червня почалися випускні іспити. Молодих лікарів (біля дев'яноста осіб) скерували на роботу в ті місцевості України, де бракувало медичної допомоги населенню.

В червні при інституті почали діяти курси вдосконалення лікарів, тривалістю з 1/2 місяці, завданням яких було перекваліфікування молодих “вузьких” спеціалістів на більш універсальних лікарів подібно до “земських”.

З 1-го до 15-го серпня 1942 року проводилися вступні іспити на перший курс усіх трьох факультетів – лікувального, стоматологічного і фармацевтичного. Загальне число студентів медичного інституту досягло 750 осіб.

Проте вже за два місяці 1-го листопада німецька влада оголосила про реорганізацію “колишнього” Київського медичного інституту в “Полімедікум”. Слухачам усіх відділів запропоновано з'явитися в канцелярію інституту (Бульвар Шевченка, 13) для перереєстрації і отримання нових посвідок. Можна припускати, що такий раптовий обмін документів був зв'язаний з якимись порушеннями у їх видачі. Можливо, в інституті видавали посвідки студентів членам підпільних українських організацій, яких переслідувало гестапо, а також тим молодим людям, що ухилялися від примусового набору на роботу в Німеччину. Під кінець року окупанти закрили “Полімедікум”, частину студентів (які не встигли захватитися) відправили на роботу в Німеччину.

Після закриття інституту професори, викладачі, лікарі, які продовжували на його базах

практичну лікувальну роботу, доклали максимальних зусиль щоб зберегти обладнання кафедр і клінік, особливо у 1943 р., коли фашисти намагалися вивезти або знищити усі цінності.

Ті вчені-медики, які вже мали певний “досвід” допитів органами НКВД, на очах яких відбувалися розправи з українськими вченими й інтелігентами, нерідко з їхніми колегами, в 1930 - 1937 рр., не ризикували потрапити знову до органів НКВД, що звичайно закінчувалося трагічно. Вони емігрували на Захід, вирішили залишити рідну землю до того часу, поки на ній постане незалежна, демократична українська держава. Але їм не судилося дочекатися проголошення незалежності України... Серед них були професори В. Плющ, Б. Андрієвський, В. Радзимовська, О. Тижненко, І. Базилевич та ін.[9].

Після звільнення 6 листопада 1943 р. Києва від окупантів радянські органи почали готуватися до відновлення роботи інституту викладачами і студентами, які повернулися з евакуації. 23 листопада відбулося перше засідання Вченої ради, а вже 13 грудня 1943 р. відновилося навчання. Кількість студентів спочатку становила 491 чоловік; лекції читали 23 професори, які прибули з евакуації.

Водночас з поверненням радянської влади повернулися органи НКВД і СМЕРШу, почалися нескінченні допити тих, хто знаходилися на окупованій гітлерівцями території, ув'язнення їх в перевірочно-фільтраційних таборах НКВС СРСР. Адаже була установка компартії вважати їх «ворогами народу», прислужниками німецько-фашистських окупантів. Тепер стало відомо, що маршал Жуков пропонував політбюро ЦК ВКП/б/ вивезти в Сибір усіх українців, які залишалися на окупованій території, як «неблагонадійних».

Накінець, лише деяким професорам і викладачам, які викладали в інституті окупаційного періоду, вдалося продовжувати працю в КМІ, багатьох не допустили до викладацької роботи, деякі з них змогли отримати пристанище в науково-дослідних інститутах. Отримали можливість повернутися до роботи в інституті А. М. Зюков, В. В. Селецький, С. Н. Ручковський, Г. М. Мар'яшева, Д. С. Воронцов (згодом перейшов до Київського університету), Г. Л. Шкавера, Б. Я. Падалка, К. Е. Добровольський, Л. І. Гіренко, С. М. Богданович. Були усунуті з КМІ і змушені були перейти на роботу в інші наукові заклади професор «української лектури» М. П. Нещадименко, М. П. Вашетко, І. Студзінський (працював у Львівському медінституті, автор цих рядків слухав його лекції на очолюваній ним кафедрі топографічної анатомії та оперативної хірургії).

Хоч частині професорів дозволили продовжувати роботу в КМІ, про саме існування в Києві медичного інституту в період окупації тоталітар-

ний режим заборонив згадувати в історії КМІ, в історії медицини в Україні, подібно як про існування інших медичних шкіл окупаційного періоду. З історії КМІ було вилучено події, факти, імена пов'язані з діяльністю інституту в період окупації.

Парадокси тоталітарного режиму: декому з тих, що працювали у Київському Медичному інституті окупаційного періоду з Б. Кучеренком і залишилися живими, дозволили повернутися в інститут, а проф. Б. П. Кучеренка, який загинув у засідках гестапо, режим прирік на повне забуття і знищення його доробку!

Лікар-професор Петро Михайлович Буйко і лікар-професор Борис Павлович Кучеренко загинули, вбиті гітлерівцями. П. М. Буйко працював на окупованій території лікарем Фастівської лікарні, рятував людей від вивезення на роботи в Німеччину, лікував цивільне населення, ризикуючи своїм життям, надавав допомогу пораненим партизанам. Загинув закатований гестапівцями 16 жовтня 1943 року. Його іменем названо Київський НДІ материнства і дитинства, він згадується в історії КМІ.

Лікар-професор Борис Павлович Кучеренко [9] був одним із тих, хто, ризикуючи своїм життям, добивалися в окупаційній владі дозволу відкрити Київський медичний інститут, налагоджував роботу кафедр і клінік, надавав інституту український характер, допоміг готувати лікарів із місцевого населення і для потреб населення Київщини, порятував багатьох молодих людей від вивезення на роботи в Німеччину. Розстріляний гестапівцями в квітні 1942 року. Його ім'я комуністичний режим заборонив згадувати в історії КМІ, в історії медицини в Україні.

Чи не справжньою причиною, через яку органи НКВД, КДБ, компартійні органи заборонили згадувати про медичний інститут в окупованому Києві, було не просто «співробітництво з німецько-фашистськими окупантами», а діяльність на користь українського національного відродження, був той факт, що цей інститут мав український національний характер, був одною із спроб відновити українське суспільне життя в Києві та на окупованих гітлерівцями землях. Адаже так само більшовики викреслили з української літератури в УРСР ім'я Олени Теліги та інших свідомих українців, котрі у важких умовах окупації відновлювали українське національне життя.

Отже компартійна система заборонила згадувати в УРСР ім'я професорів окупаційного періоду Б. Кучеренка та О. Лазуренка як свідомих вчених – українських патріотів, що формували у важких умовах окупації національну вищу медичну школу європейського зразка.

Чому тепер, в незалежній Україні, ми так довго дотримуємося тих критеріїв та оцінок, які вищій медичній школі в Києві у 1941-1942 рр.



**Професор Борис Павлович Кучеренко
(1910-1942)**

дали органи НКВС, КДБ, СМЕРШ і партійні органи, керовані московським комуністичним режимом? Які одного лікаря-професора, що залишився на окупованій гітлерівцями території, визнали героєм і всіляко вшановували, а другого лікаря-професора, який також залишився на окупованій гітлерівцями території, оголосили «ворогом народу»?

Повернення КМІ окупаційного періоду в нашу історію, в історію Києва, в історію української медицини необхідне для відображення тривалості прагнень українського народу, українських вчених-медиків і викладачів до створення своєї національної вищої медичної школи, що мали місце у ХХ столітті.

Пригадаємо заходи д-ра Євгена Озаркевича до відкриття у Львові українського університету з медичним факультетом, якому передувала пожертва професором Києво-Могилянської академії 70000 крб на відкриття у Львові українського університету та побудову хірургічної клініки. Є. Озаркевич заснував «Народну лічницю», сподіваючись, що вона згодом стане клінічною базою майбутнього медичного факультету українського університету у Львові.

В цьому ряду і медичний факультет Українського університету в Києві, створений українськими вченими-медиками в роки УНР (1918-1921), і «Українська лектура» в Київському медичному інституті (1922 - 1924), і українізований Київський медичний інститут (1924-1933).

В ряду цих прагнень до української вищої школи знаходиться і підпільний самоврядний Український (таємний) університет у Львові

(1921–1925), в якому медичний факультет організував і очолював як декан д-р професор Мар'ян Панчишин. Університет дав змогу українській молоді, яка була позбавлена доступу до польського університету у Львові, здобувати початки університетської освіти і пізніше продовжувати навчання в університетах Європи.

В цей же ряд належить поставити і медичний інститут в окупованому Києві, коли протягом короткого часу (1941-1942) на українській землі у важких і небезпечних умовах фашистської окупації діяла вища медична школа українського характеру.

Коли тепер в умовах незалежності у вищих школах України вилучені з навчальних програм комуністичні псевдонауки, запроваджується система навчання, прийнята в європейських університетах, здійснюється перехід на державну українську мову викладання, запроваджена державна українська символіка, то як сьогодні можна засуджувати і вважати ворогами українського народу тих, хто робив, по-суті, те саме у важких умовах гітлерівської окупації?

Адже КМІ окупаційного періоду був до певної міри прообразом теперішніх вищих медичних шкіл. Тим більш потрібно глибоко дослідити його та повернути в нашу історію, в історію української медицини.

Медичний факультет Українського університету в Києві вже відображений в історії НМУ ім. О. О. Богомольця [10]. Ще у 1991 р. в книзі до 150 річчя Київського медичного інституту [2] появилися дуже короткі згадки про «Полімедікум», в історію НМУ вони не увійшли [10; 11]. Потрібні глибокі дослідження Київського медичного інституту окупаційного періоду, які дали б змогу об'єктивно висвітлити як діяльність евакуйованої в Челябінськ частини КМІ, так і діяльність тої частини КМІ, тих викладачів і студентів, які залишилися в окупованому гітлерівцями Києві. Потрібно також відобразити в історії української медицини діяльність вищих і середніх медичних шкіл в інших містах, окупованих фашистами, в яких викладання з безпекою для життя провадили українські вчені-медики.

Стверджуючи важливу роль медичних інститутів радянської доби в підготовці лікарів, не слід забувати, що вони мали головним завданням готувати відданих керівній комуністичній партії фахівців, непримиренних борців з «українським буржуазним націоналізмом», пропагандистів комуністичної ідеології. І якщо тепер ми маємо багато осіб, позбавлених національної свідомості з комплексом меншовартості, маємо немало лікарів-українців, які продовжують схилятися перед чужою культурою і мовою, розмовляють з пацієнтами-українцями мовою сусідньої держави, публікують лише цією мовою свої праці, то це у великій мірі наслідок навчання і компартійно-

го виховання студентів-українців радянськими медичними інститутами.

Тепер у своїй державі ми не повинні оцінювати події минулого з позицій комуністичної тоталітарної держави, з позицій органів НКВС і КДБ, вибірково представляти минулі події і факти на догоду певним суспільним групам. Необхідно повернути із небуття усіх тих, хто віддав свої сили і життя, відстоюючи українську ідею,

ставив своєю метою розвиток української науки, підготовку українських фахівців. Повернімо ж в українську медицину. Київський медичний інститут окупаційного періоду, його викладачів, а серед них імена професорів Бориса Кучеренка і О. Лазуренка, українських вчених-патріотів, замордованих німецькими фашистами і протягом десятиліть замовчуваних комуністичним режимом.

Список літератури

1. *Ганіткевич Я.* Українські лікарі: біобібліограф. дов. Книга 3. Учасники національно-визвольної боротьби і українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України. НТШ, ВУЛТ / Я. Ганіткевич, П. Пундій - Л., 2008. – 428 с.
2. *150 лет* Киевскому медицинскому институту. К.: Здоров'я. – 1991. – С. 52-57.
3. *Українське слово.* К., 1941.
4. *Саганський В.* Їдьмо на студії до Києва / В. Саганський // Волинь. – 1942. – 25 січ.
5. *Київський медичний інститут* // Краківські вісті. – 1942. – Ч. 26. – 10 лют.
6. *Самчук Улас.* На білому коні. Дзвін. / У. Самчук – Л., 1993. – Ч. 2-3. – С. 52.
7. *Череватенко Леонід.* Я камінь з Божої праці / Л. Череватенко // Ольжич О. Незнаному воякові. – К.: Фондація ім. О.Ольжича, – 1994. – С. 402-404.
8. *Плющ В.* Медична наука в Україні у першій половині ХХ-го сторіччя / В. Плющ // Матеріали до історії української медицини. Т.1. Нью-Йорк – Мюнхен, 1975. – С 96; 130; 150; 151; 160.
9. *Ганіткевич Я.* Українські лікарі-вчені першої половини ХХ століття та їхні наукові школи. Біографічні нариси та бібліографія / Я. Ганіткевич. – Л.: В-во НІШ і ін. 2002. – С. 147-158.
10. *Історія* Національного медичного університету імені О. О. Богомольця [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nmu.edu.ua/al-2.php>
11. *Москаленко В.Ф.* Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О.Богомольця (1841-2006). –3-тє вид., випр. і доп. / В. Ф. Москаленко, І. М. Полякова - К., Книга плюс, 2006.

К ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ УКРАИНСКОЙ ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ (МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ В ОККУПИРОВАННОМ ГИТЛЕРОВЦАМИ КИЕВЕ В 1941-1943 ГГ.)

Я. В. Ганиткевич (Львов)

В статье представлена короткая история труда Киевского медицинского института в период оккупации (1941 – 1943 гг.). Показано, как в условиях жестокого оккупационного режима группой ученых-медиков была осуществлена попытка наладить медицинскую жизнь в Киеве и некоторых других городах.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **история медицины, оккупация, врач.**

TO HISTORY OF CREATION UKRAINIAN HIGHER MEDICAL SCHOOL (MEDICAL INSTITUTE IN KYIV OCCUPIED HITLERITES, 1941-1943)

Ya. V. Hanitkevych (Lviv)

Short history of the Kiev medical institute labour in the period of occupation (1941 – 1943) is pointed in the article. It is shown, as in the conditions of the cruel of occupation mode by the group of scientists-physicians an attempt to put right medical life in Kiev and some other cities was carried out.

KEY WORDS: **history of medicine, occupation, doctor.**

Рецензент д-р. мед. наук, проф. О. М. Голяченко



Компанія Конференції Євроконвеншн

Саміт з розвитку інфраструктури охорони здоров'я Російської Федерації, України та країн СНД 2010

ФІНАНСУВАННЯ ТА ІНВЕСТИВАННЯ В ЛІКАРНЯНІ ПРОЕКТИ І РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ТЕХНІКИ

8-9 ГРУДНЯ 2010 РОКУ, МОСКВА, ГОТЕЛЬ МАРИОТТ ГРАНД

Компанія Конференції Євроконвеншн та Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України у співробітництві з Міжнародною фінансовою корпорацією та Корпорацією зарубіжних приватних інвестицій раді запросити вас взяти участь у Саміті з розвитку інфраструктури охорони здоров'я Російської Федерації, України та країн СНД 2010 "Фінансування та інвестування в лікарняні проекти і розвиток медичної техніки", що пройде 8-9 грудня в Москві.

Після нашого великого успіху в 2009 році майбутній Саміт збере членів урядів і представників державних установ, зацікавлені компанії і фінансові організації, що представляють важливі для галузі охорони здоров'я проекти. Будуть розглядатися питання успішного розвитку і структурування державно-приватного партнерства (ДПП), а також інвестування приватного капіталу в інфраструктуру охорони здоров'я регіону. Цього разу будуть висвітлені проблеми, пов'язані з розвитком лікарень і вивченням зростаючої ролі нових медичних технологій.

Ключові теми Саміту:

- Оновлення інформації щодо інфраструктури охорони здоров'я Росії, України та СНД
- Проблеми будівництва і фінансування лікарень
- Чи є ДПП майбутнім?
- Підвищення ролі приватного капіталу
- Фінансування контролю та утилізації лікарняних відходів
- Проекти капіталовкладень в лікарні та медичну техніку
- Залучення міжнародних фінансових організацій
- Фінансування досліджень та розвитку охорони здоров'я в області нанотехнологій.

У цьому заході візьмуть участь представники Російської Федерації, Казахстану, Азербайджану, Таджикистану, Киргизстану, Молдови, Вірменії, Узбекистану, Туркменістану та України. Аудиторія з більш ніж 200 чоловік буде складатися з представників центральних, регіональних та місцевих органів влади, провідних компаній США, ЄС, країн СНД та інших регіонів, експертів з питань інвестицій, юридичних фірм, приватних інвесторів, консалтингових, інжинірингових та страхових компаній, ДПП-практиків і експортно-кредитних агентств.

Для реєстрації, а також для отримання додаткової інформації щодо можливості фінансування та участі у виставці, будь ласка, звертайтеся:

Лондон: Клаудіо Кассуто | тел: +44 20 7381 9291 | eMail: cassuto@euroconvention.com

Брюссель: Еріка Пато | тел: +32 2626 9664 | eMail: epatho@euroconvention.com

Брюссель: Алла Граждан | тел: +32 2 6269666 | eMail: agrazhdan@euroconvention.com

Братислава: Роланд Кура | тел: +421 257 272856 | eMail: rcura@euroconvention.com

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

В журналі №2 за 2010 р. в заголовках табл. 3 на стор. 25 та табл. 4 на стор. 26 трапилась помилка – мова йде не про інтенсивні, а про екстенсивні показники

Редакція журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України" інформує, що у зв'язку з прийняттям постанови президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. №7-05/1 "Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України", до розгляду з приводу надрукування в журналі будуть прийматися тільки ті статті, які відповідають вимогам нижченаведеної постанови.

Бюлетень ВАК України, №1, 2003
Атестаційний процес: нормативна база

ПРО ПІДВИЩЕННЯ ВИМОГ ДО ФАХОВИХ ВИДАНЬ,
ВНЕСЕНИХ ДО ПЕРЕЛІКІВ ВАК УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА
ПРЕЗИДІЇ ВИЩОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ УКРАЇНИ
від 15.01.2003 №7-05/1

Необхідною передумовою для внесення видань до переліку наукових фахових видань України є їх відповідність вимогам пункту 7 постанови президії ВАК України від 10.02.1999 р. №1-02/3 «Про публікації результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук та їх апробацію». Однак окремі установи-засновники таких видань не дотримуються вимог до складу редакційної колегії видань, не організують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. №16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв'язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.

2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.

3. Редакційним колегіям організувати належне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов'язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 році та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтування отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційних робіт зарахувати статті, подані до друку, починаючи з 2003 року, як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п.3 даної постанови.

5. Встановити обов'язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.

6. Зобов'язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 року надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.

7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 року аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

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

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

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

Тематика журналу:

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

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

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

Розцінки на розміщення реклами:

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

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

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

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

З надією на плідну співпрацю

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

Г.О. Слабкий

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

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

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

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

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

Г.О. Слабкий

Адреса редакції

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

Адреса видавництва

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво “Укрмедкнига” Тернопільського державного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського
телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33
Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області
МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830
Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І.Я. Горбачевського”
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”

Редактор: О.В. Шумило
Художнє оформлення: Н.О. Іщенко
Комп’ютерний набір: Н. О. Іщенко
Технічний редактор: С.Т. Демчишин
Комп’ютерна верстка: О.І. Пухальська
Перекладачі: Н.Т. Кучеренко, Н.В. Шаповалова

Підп. до друку 14.010.2010. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 7,21. Обл.-вид. арк. 6,76. Наклад 600. Зам. № 287