

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

ВІСНИК  
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ  
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

*ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ*

2

---

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

Ternopil Medical State University by I.Ya. Horbachevsky

BULLETIN  
OF SOCIAL HYGIENE  
AND HEALTH PROTECTION  
ORGANIZATION OF UKRAINE

*QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL*

Київ–Тернопіль  
“Укрмедкнига”  
2011

Свідоцтво про державну реєстрацію серія KB № 374 від 23.03.99

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

---

Головний редактор **Г.О. Слабкий**

---

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

---

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

---

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

---

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

*Рекомендовано до друку Вченою радою  
Українського інституту стратегічних досліджень  
(протокол №5 від 28.04.2011)*

**Передплатний індекс – 22867**

**Здоров'я і суспільство**

*Миронюк І. С.* Результати оцінки масштабів та напрямків трудової міграції як одного із факторів поширення ВІЛ в Закарпатті. 5

*Смирнова В. Л., Панчишин Н. Я., Голяченко О. О., Голяченко Б. О.* Артеріальний тиск студентів Тернопільського медичного університету імені І. Я. Горбачевського. 9

*Бандрівський Ю. Л.* Стан гігієни порожнини рота у працівниць кондитерського виробництва. 13

**Проблеми демографічного розвитку**

*Слабкий Г. О., Ященко Ю. Б., Орда О. М., Семенюк О. А.* Передчасна смертність чоловіків міських та сільських поселень (на прикладі Львівської області). 15

**Організація медичної допомоги**

*Олексиук О. Б., Слабкий В. Г.* Система запобіжної госпіталізації в педіатрії в умовах впровадження сімейної медицини. 20

*Толстанов О. К.* Діяльність лабораторних служб центральних районних лікарень Житомирської області. 25

*Мазуренко О. В.* Міжнародна допомога при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру. 29

**Реформування системи охорони здоров'я**

*Шевченко М. В., Заглада О. О., Бойко В. Я.* Ставлення до проведення структурних реформ в охороні здоров'я та запровадження медичного страхування (за даними соціологічного опитування керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головних лікарів закладів охорони здоров'я та їхніх заступників). 34

*Пархоменко Г. Я.* Лікарня інтенсивної допомоги – лікарня європейського зразка. 39

*Дячук Д. Д., Якобчук А. В., Мархонь І. П., Кубатко В. М.* Інноваційні автоматизовані технології в організації медико-санітарної допомоги у багатопрофільному амбулаторно-поліклінічному закладі. 42

**Health and society**

*Myronyuk I. S.* Results of the scale and labour issues migration evaluation like one of the factors of HIV spread in Transcarpathia. 5

*Smirnova V. L., Panchyshyn N. Ya., Holyachenko O. O., Holyachenko B. A.* Arterial pressure of students of I. Ya. Horbachevsky Ternopil state medical university. 9

*Bandrivsky Y. L.* The state of hygiene of cavity of mouth have workwomen of pastry production. 13

**Problems of demographic development**

*Slabkyi G. O., Yashchenko Yu. B., Orda O. M., Semenyuk O. A.* Premature death rate of men city and rural settlements (according to the example of Lviv region). 15

**Organization of medical care**

*Oleksyuk O. B., Slabkyi V. G.* System of precautionary hospitalization in pediatrics in conditions of family medicine introduction. 20

*Tolstanov O. K.* Activity of laboratory services of the central regional hospitals of Zhytomyr region. 25

*Mazurenko O. V.* The international aid at liquidation of medical and sanitary consequences of extreme situations of natural character. 29

**Reforming of health care system**

*Shevchenko M. V., Zaglada O. O., Boyko V. Ya.* Attitude toward structural reforms in health care and the introduction of health insurance (according to the social poll among heads of regional, city, regional managements of health care, head doctors of health care establishments and their deputies). 34

*Parkhomenko G. Ya.* Hospital of the intensive help – hospital of the european sample. 39

*Diachuk D. D., Yakobchuk A. V., Markhon I. P., Kubatko V. M.* The innovative automated technologies in the organization of the medical and sanitary care in versatile out-patient-polyclinic. 42

## Сімейна медицина

*Матюха Л. Ф.* Підходи до визначення ефективності надання первинної медико-санітарної допомоги в Україні.

45

*Надута-Скринник О. К.* Аналіз кадрової ситуації в традиційній та інноваційній фінансово-організаційних моделях первинної медико-санітарної допомоги м. Комсомольська Полтавської області.

52

## Формування здорового способу життя

*Діденко Л. В.* Характеристика комплектування Збройних Сил України військовослужбовцями рядового складу та особливості способу життя і здоров'я призовників.

56

## Економіка охорони здоров'я

*Лехан В. М., Павленко М. В.* Вплив сучасних методів фінансування лікарень на якість планового стаціонарного лікування пацієнтів хірургічного профілю.

62

## Наука – практиці охорони здоров'я

*Марков Ю. І., Цимбаленко К. І.* Катетеризація центральних вен на ранньому госпітальному етапі.

66

## Історія медицини

*Теренда Н. О.* Участь провідних кардіологів України у роботі з'їздів ХХ століття.

70

## Ювілеї

Хижняк Микола Іванович  
(до 75-річчя від дня народження).

73

## Family medicine

*Matiuha L. F.* Approaches to definition of efficiency of rendering primary medical and sanitary care in Ukraine.

*Naduta-Skrynyk O. K.* The analysis of the personnel situation in traditional and innovative financial and organizational models of the primary medical and sanitary care of Komsomolsk, Poltava region.

## Formation of healthy life style

*Didenko L. V.* Characteristics of Armed Forces of Ukraine completing with conscripts and peculiarities of lifestyle and health of recruits.

## Health care economy

*Lehan V. M., Pavlenko M. V.* Influence of financing modern methods of hospitals on quality of scheduled hospitalization of patients of the surgical structure.

## The science for health care practice

*Markov Yu. I., Tsymbalenko K. I.* Catheterization of central veins at early hospital stage.

## History of Medicine

*Terenda N. O.* Role of leading cardiologists of Ukraine in the work of xx century congresses.

## Anniversaries

Hyzhnyak Mykola Ivanovych  
(to the 75-anniversary of birthday).

І. С. МИРОНЮК (Ужгород)

## РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ МАСШТАБІВ ТА НАПРЯМКІВ ТРУДОВОЇ МІГРАЦІЇ ЯК ОДНОГО ІЗ ФАКТОРІВ ПОШИРЕННЯ ВІЛ В ЗАКАРПАТТІ

Ужгородський національний університет

Методом опитування працівників лікувально-профілактичних закладів первинного рівня надання медичної допомоги населенню вперше визначено оціночні дані щодо масштабів залучення дорослого населення Закарпаття до трудової міграції та її основних напрямків як одного з факторів поширення ВІЛ-інфекції в регіоні. Отримані дані дозволяють планувати кадрові та фінансові ресурси для забезпечення ефективного впровадження профілактичних програм серед представників даної цільової групи населення.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** трудова міграція, ВІЛ-інфекція/СНІД, Закарпаття.

Міжнародна організація праці (МОП) допускає, що у світі 85 млн тимчасових та постійних трудових мігрантів [10]. В Україні явище тимчасової та постійної трудової міграції також набуло значних масштабів. Так, за результатами соціологічного моніторингу Інституту соціології НАН України, на роботу за кордон хоча б раз виїздили близько 10% дорослого населення України [2]. У ході медико-демографічного обстеження населення України, проведеного у другій половині 2007 р., фіксувалася, зокрема, інформація про наявність у домогосподарстві осіб, які працювали за кордоном на момент спостереження або у будь-який час за останні три роки. Частка домогосподарств, які мали хоча б одного трудового мігранта, за даними обстеження, становила 5,6% [7]. Як складне соціально-економічне явище, трудова міграція має і позитивні, і негативні риси. Так, відмічається значний позитивний вплив на соціально-економічний розвиток країни: зниження рівня безробіття, скорочення пов'язаних з ним витрат, підвищення середнього рівня заробітної плати і доходів найменш забезпечених верств населення країни, що поставляє трудових мігрантів [6]. Водночас є ряд суттєвих негативних моментів, в першу чергу соціально-демографічні втрати [5]. Не останнє місце серед причин виникнення цих втрат займають наслідки поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Саме міграційні процеси серед населення планети лягли в основу стрімкого поширення ВІЛ по усім континентам і продовжують негативно впливати на розвиток епідемічної ситуації в багатьох країнах світу [9]. Одним з основних факторів поширення ВІЛ через міграційні процеси населення є різниця в поширенні ВІЛ-інфікування в регіоні постійного проживання і регіоні прибуття (міграції). Особливо цей фактор важливий для

тимчасових трудових мігрантів з регіону низького поширення ВІЛ-інфекції у більш вражені епідемією регіони. У процесі поширення ВІЛ із регіону відносно високого рівня інфікованості населення в регіон відносно низького відіграють значну роль не тільки зовнішні трудові мігранти, але і внутрішні, що мігрують в межах країни. Тому для оцінки можливих впливів на розвиток епідемії з поширення ВІЛ-інфекції в регіоні проживання трудових мігрантів має значення не лише оцінка чисельності зовнішніх і внутрішніх трудових мігрантів, але і напрямки їх міграції.

За даними Звіту першого загальнонаціонального вибіркового обстеження населення (домогосподарств) з питань трудової міграції, проведеного Українським центром соціальних реформ за участі Державного комітету статистики України, потоки трудових міграцій мають доволі чітку географічну спрямованість – переважно вони здійснюються до найближчих країн або більш віддалених країн, але з привабливішими умовами. Серед трудових мігрантів близько половини (48,1%) працювали у Російській Федерації та майже стільки ж – у країнах Європейського Союзу, переважно в Італії (13,4%), Чеській Республіці (11,9%), Польщі (8,0%), Угорщині (3,2%), Іспанії (2,7%) та Португалії (2,6%) [4]. Якщо врахувати, що Російська Федерація належить до регіонів відносно високого поширення ВІЛ в Європейському регіоні, то оціночні дані чисельності трудових мігрантів з України в Росії – близько 1 млн осіб [8] – викликають занепокоєння.

**Мета роботи:** визначення оціночної чисельності трудових мігрантів (зовнішніх та внутрішніх) та основних напрямків трудової міграції населення Закарпаття в контексті вивчення ролі трудової міграції у поширенні ВІЛ-інфекції на території краю.

**Матеріали і методи.** Об'єктом дослідження було доросле населення (віком старше 18 років) міст і сіл Закарпатської області. Дослідження

проведено із застосуванням методу анкетування медичних працівників первинного рівня надання медико-санітарної допомоги населенню (медичні працівники фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських лікарських амбулаторій, закладів загальної практики-сімейної медицини та інших) щодо дорослого населення, яке вони обслуговують. Анкети містили запитання щодо оцінки респондентом кількості дорослого населення території обслуговування, що виїжджає на заробітки, в абсолютних числах; оціночний розподіл вказаної кількості трудових мігрантів за трьома напрямками міграції (регіони виїзду з метою працевлаштування): країни Західної Європи, Російська Федерація, інші області України. Анкети розповсюджувалися через відділи

охорони здоров'я районних державних адміністрацій в усі заклади охорони здоров'я, що забезпечують первинний рівень надання медико-санітарної допомоги населенню.

Аналіз отриманих анкет проводився за такими параметрами: оціночна кількість трудових мігрантів на території обслуговування закладу охорони здоров'я, напрямки трудової міграції (регіони сезонних робіт) трудових мігрантів, що постійно проживають на території обслуговування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За результатами обробки отриманих анкет виїжджають за межі області з метою працевлаштування 138 824 особи віком старше 18 років, що складає 17,0% дорослого населення області (табл. 1).

Таблиця 1. Оціночні дані щодо чисельності трудових мігрантів за місцем проживання

Типи населених пунктів	Кількість дорослого населення		Кількість дорослих осіб, що виїжджають на заробітки за межі області	
	абс.	%	абс.	%*
Сільські	690 294	84,46	125 127	18,12
Міські	127 038	15,54	13 697	10,78
Область, всього	817 332	100,0	138 824	17,0

Примітка: \* – від дорослого населення.

Як видно з табл. 1, серед сільських жителів частка трудових мігрантів є більшою, ніж серед жителів міст області, – 18,12% дорослого населення сіл та 10,78% дорослого населення міст відповідно. Водночас, якщо оцінити частку сільських жителів із загальної групи оціночної чисельності трудових мігрантів, то вона значно перевищує частку міських мешканців. Так, з усієї оціночної чисельності трудових мігрантів області в кількості 138 824 особи 125 127 є сільськими жителями, що складає 90,13%. Отриманий результат є закономірним для області, де переважає сільське населення: 690 294 осіб, або 84,46% дорослого населення області є жителями сільської місцевості.

З метою оцінки впливу явища трудової міграції населення регіону на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу важлива не лише кількісна оцінка рівня залучення населення до міграційних процесів з метою працевлаштування, але й

напрямки трудової міграції, а саме виїзд на сезонні роботи в регіони більш високого поширення ВІЛ-інфекції серед населення порівняно з регіоном постійного проживання. Враховуючи вищенаведене, нами проводилося вивчення оціночної чисельності трудових мігрантів Закарпаття і за напрямками міграції. В основу визначення напрямків міграції нами було покладено такі варіанти: зовнішні трудові мігранти, що виїжджають на заробітки до країн Західної Європи (регіони відносно низького поширення ВІЛ-інфекції); зовнішні трудові мігранти, що виїжджають у Росію (регіони відносно високого поширення ВІЛ-інфекції) та внутрішні трудові мігранти, що мігрують у інші області України (регіони більш високого поширення ВІЛ, ніж Закарпатська область) [1]. Результати отриманих оціночних даних за визначеними напрямками міграції наведено у табл. 2.

Таблиця 2. Оціночні дані чисельності трудових мігрантів за напрямками міграції

Типи населених пунктів	Всього трудових мігрантів	Зовнішні трудові мігранти – країни Західної Європи		Зовнішні трудові мігранти – Росія		Внутрішні трудові мігранти – інші області України	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сільські	125127	50607	40,44	40792	32,60	33728	26,96
Міські	13697	6607	48,24	3474	25,36	3616	26,4
Область, всього	138824	57214	41,21	44266	31,89	37344	26,9



Як показано в табл. 2., серед трудових мігрантів області переважають зовнішні трудові мігранти – 101 480 осіб (73,1% від загальної оціночної чисельності трудових мігрантів). Серед зовнішніх трудових мігрантів більшість (57214 осіб, або 41,21% усіх трудових мігрантів) мігрує в регіони більш низького поширення ВІЛ (країни Західної Європи). Саме цей напрямок міграції більш привабливий для зовнішніх трудових мігрантів – жителів міст (6607 осіб, або 65,54% від усіх мешканців міст, що є зовнішніми трудовими мігрантами). Але водночас частка осіб, що мігрує з метою працевлаштування в регіони більш високого поширення ВІЛ (Росія та інші області України), серед загальної оціночної кількості заробітчан є переважаючою. Так, в регіони більш високого поширення ВІЛ виїжджає 81 610 осіб (44266 зовнішніх трудових мігрантів та 37344 внутрішні трудові мігранти), що складає 58,79% від загальної оціночної чисельності трудових мігрантів області. Із осіб, що мігрують в регіони відносно високого

поширення ВІЛ, основну частку складають сільські жителі – 74 520 осіб (91,32% від усіх, що виїжджають в регіони відносно високого поширення ВІЛ).

Отримані дані щодо переважаючих напрямків трудової міграції жителів області зіставлялися з показниками поширеності ВІЛ серед населення окремих адміністративних одиниць Закарпатської області. З цією метою всі регіони (райони) Закарпаття були згруповані у три групи: регіони відносно низького поширення ВІЛ (до 5,0 на 100 тис. нас.), регіони середнього поширення ВІЛ (від 5,0 до 10,0 на 100 тис. нас.) та регіони відносно високого поширення ВІЛ (більше 10,0 на 100 тис. нас.). Використані межі групування сформовано на основі інформації Закарпатського центру з профілактики та боротьби із СНІДом, згідно якої поширеність ВІЛ-інфекції в області станом на 01.01.2011 р. становить 17,7 на 100 тис. нас. [3]. Результати розподілу районів області у групи за рівнем поширення ВІЛ-інфекції наведено в табл. 3.

Таблиця 3. Групування районів області за показником поширення ВІЛ-інфекції серед населення станом на 01.01.2011 р.

Групи за ознакою поширеності ВІЛ на 100 тис. нас.	Адміністративні одиниці (райони)	Поширеність ВІЛ на 100 тис. нас.
Відносно низького поширення ВІЛ (до 5,0)	В.Березнянський район	0
	Берегівський район	2,6
	Іршавський район	4,0
Середнього поширення ВІЛ (від 5,0 до 10,0)	Перечинський район	6,4
	Міжгірський район	8,2
	Рахівський район	9,9
Відносно високого поширення ВІЛ (більше 10,0)	Ужгородський район	10,6
	Виноградівський район	11,1
	Тячівський район	15,1
	Мукачівський район	19,6
	Волівецький район	20,1
	Свалявський район	22,2
	Хустський район	42,3

Отримані результати оцінки чисельності трудових мігрантів по окремих адміністративних територіях ми прив'язали до визначених груп районів за показником поширеності ВІЛ на 100 тис. населення (табл. 4).

Як представлено в табл.4, відсоток оціночної кількості трудових мігрантів від дорослого насе-

лення зростає від групи адмінтериторій з відносно низькою поширеністю ВІЛ (11,8% від загального населення районів, що належать до даної групи) до групи адмінтериторій з відносно високою поширеністю ВІЛ (19,23% від загального населення районів, що належать до даної групи). Отже, простежується взаємозв'язок між оціноч-

Таблиця 4. Оціночні дані щодо чисельності трудових мігрантів по групам районів за показником поширеності ВІЛ

Групи за ознакою поширеності ВІЛ на 100 тис. нас.	Кількість дорослого населення	Загальна оціночна кількість трудових мігрантів	Частка від дорослого населення, %
Відносно низького поширення ВІЛ (до 5,0)	154777	18325	11,84
Середнього поширення ВІЛ (від 5,0 до 10,0)	138791	19766	14,24
Відносно високого поширення ВІЛ (більше 10,0)	523764	100734	19,23

ним рівнем трудової міграції дорослого населення та рівнем поширення ВІЛ на визначених групах адміністративних територій області. Подібні тен-

денції спостерігаються і при аналізі напрямків трудової міграції жителів районів залежно від групи за ознакою поширеності ВІЛ (табл. 5).

Таблиця 5. Оцінні дані чисельності трудових мігрантів за напрямками міграції по групах районів за показником поширеності ВІЛ

Групи за ознакою поширеності ВІЛ на 100 тис. нас.	Загальна оціночна кількість трудових мігрантів	Зовнішні трудові мігранти – країни Західної Європи		Зовнішні трудові мігранти – Росія		Внутрішні трудові мігранти – інші області України	
		абс.	% від оціночної	абс.	% від оціночної	абс.	% від оціночної
Відносно низького поширення ВІЛ (до 5,0)	18325	8006	43,69	5935	32,39	4831	26,36
Середнього поширення ВІЛ (від 5,0 до 10,0)	19766	8576	43,39	4004	20,26	6723	34,01
Відносно високого поширення ВІЛ (більше 10,0)	100734	40632	40,32	34327	34,08	25790	25,60

Як наведено в табл.5, серед трудових мігрантів – жителів районів групи відносно низького поширення ВІЛ частка зовнішніх трудових мігрантів, що виїжджають у регіони відносно низького поширення ВІЛ (країни Західної Європи) переважає частку цієї категорії трудових мігрантів – жителів районів групи відносно високого поширення ВІЛ: 43,69% проти 40,36% від оціночної кількості трудових мігрантів серед жителів відповідних груп районів.

#### Висновки

За результатами проведеного дослідження встановлено, що оціночна чисельність трудових мігрантів серед дорослого населення області складає 138 824 особи (17% дорослого населення області). Переважна більшість з них є сільськими жителями (90,13% від оціночної чисельності трудових мігрантів). 58,79% від загальної оціночної чисельності трудових мігрантів ви-

їжджають в регіони більш високого поширення ВІЛ порівняно з регіоном постійного проживання, з них абсолютна більшість є мешканцями сіл (91,32%). Виявлено, що для жителів районів області з відносно високим рівнем поширення ВІЛ характерний більший відсоток залучення дорослого населення до трудової міграції та вищий рівень міграції в регіони більш високого поширення ВІЛ (Росія та інші області України), ніж у відносно менш вражені епідемією країни Західної Європи (59,68% проти 40,32% загальної оціночної кількості трудових мігрантів – жителів даної групи районів).

**Перспективи подальшого дослідження** полягають у вивченні поведінкових особливостей осіб, залучених до трудової міграції, з метою розробки програм профілактики поширення ВІЛ-інфекції в даній групі населення.

#### Список літератури

1. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л. В. Громашевського АМН України, ЦСЕС МОЗ України. – 2010. – № 33. – 53 с.
2. Головаха Є. Українське суспільство 1992–2008: Соціологічний моніторинг / Є. Головаха, Н. Паніна. – К., 2008. – 85 с.
3. Дані Закарпатського центру з профілактики та боротьби із СНІДом, 2010 [Електронний документ]. – Шлях доступу: [http://www.no-aids.uz.ua/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=37&Itemid=55](http://www.no-aids.uz.ua/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=37&Itemid=55). – Назва з екрану.
4. Зовнішня трудова міграція України / Звіт першого загальнонаціонального вибіркового обстеження населення (домогосподарств) з питань трудової міграції. – К., 2009. – 119 с.
5. Лихолат С. М. Аналіз соціально-економічних причин та наслідків трудової міграції населення України / С. М. Лихолат, О. Б. Трухан // Наук. вісн. Нац. лісотехн. ун-ту України. – 2007. – Вип. 17.8. – С. 216–220.
6. Матросова Л. М. Особливості і стан трудової міграції в Україні та Донбасі / Л. М. Матросова // Екон. Вісн. Донбасу. – 2008. – № 4. – С. 15–22.
7. Медико-демографічне обстеження населення України, 2007 / Укр. центр соціальних реформ; Держкомстат України; МОЗ України; United States Agency for International Development; Macro International Inc. 2008. – К. : ДП “Інформ.-аналіт. агентство”, 2008. – 268 с.
8. Мукомель В. И. Миграционная политика России: постсоветские контексты / В. И. Мукомель; Ин-т социологии РАН. – М. : Диполь-Т, 2005. – 351 с.
9. Плавинский С. Л. Миграция, мобильные популяции и ВИЧ-инфекция / С. Л. Плавинский. – М., 2009. – 84 с.
10. Hulewicz J. M. AIDS Knows no borders / J. M. Hulewicz // WorldAIDS. – 1994. – Sep. – P. 6–10.



**РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ МАСШТАБОВ И НАПРАВЛЕНИЙ ТРУДОВОЙ МИГРАЦИИ КАК ОДНОГО ИЗ ФАКТОРОВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ В ЗАКАРПАТЬЕ**

И. С. Миронюк (Ужгород)

Методом опроса работников лечебно-профилактических учреждений первичного уровня оказания медицинской помощи населению впервые определены оценочные данные относительно масштабов охвата взрослого населения Закарпатья трудовой миграцией и ее основных направлений как одного из факторов распространения ВИЧ-инфекции в регионе. Полученные данные позволяют планировать кадровые и финансовые ресурсы для обеспечения эффективного внедрения профилактических программ среди представителей данной целевой группы населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **трудова миграція, ВИЧ-інфекція/СПІД, Закарпаття.****RESULTS OF THE SCALE AND LABOUR ISSUES MIGRATION EVALUATION LIKE ONE OF THE FACTORS OF HIV SPREAD IN TRANSCARPATIA**

I. S. Myronyuk (Uzhgorod)

According to the method of questioning workers of medical-prophylactic establishments primary level of medical care population first certainly evaluation information in relation to the scales of bringing in of grown man population of Transcarpathian region to labour migration and its basic directions as one of distribution factors HIV-infection in the region. Findings will allow to plan skilled and financial resources for providing of effective introduction of the prophylactic programs among the representatives of this having a special purpose group of population.

KEY WORDS: **labour migration, HIV-infection/AIDS, Transcarpathia.**

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

УДК 616.12-008.331.1-057.87(477.84)

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

**АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК СТУДЕНТІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Наведено дані про артеріальний тиск студентів другого курсу ТДМУ. З них 71,8 % мають оптимальний артеріальний тиск, а 6,7 % – проблемний.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **артеріальний тиск, студенти.**

Артеріальний тиск потрібно вимірювати з семи років життя. Все більше досліджень це підтверджують [1; 6]. Однак в цілому досліджень артеріального тиску у молоді проведено вкрай мало [2; 3; 4; 5; 7]. Нами проведено вимірювання артеріального тиску в студентів другого курсу Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського з таким розрахунком, що надалі цей процес триватиме до закінчення ними університету.

**Мета дослідження:** встановити рівень артеріального тиску у студентів 19 років.

**Матеріали і методи.** Проведено суцільне вимірювання артеріального тиску у студентів. Отримані дані піддані варіаційному аналізу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всього артеріальний тиск вимірювався у 255 українських та 106 іноземних студентів.

Вимірювання артеріального тиску в українських студентів дало такі результати: оптимальний артеріальний тиск (менше 120/80 мм рт.ст.) відмічений у 183 студентів (71,8±3,3%) – ці студенти склали першу групу дослідження, артеріальний тиск нижче за 130/85 мм рт.ст. – у 55 студентів (21,6±5,5 %) – друга група дослідження, артеріальний тиск нижче за 140/90 мм рт.ст. – у 11 студентів (4,3±6,1 %) – третя група дослідження, артеріальний тиск вище 140/90 мм рт.ст. – у 6 студентів (2,4±6,2 %) – четверта група дослідження.

Дані вимірювання тиску в іноземних студентів були такими: оптимальний артеріальний тиск (менше 120/80 мм рт.ст.) був у 66,0±5,7% студентів, артеріальний тиск нижче за 130/85 мм рт.ст. – у 20,7±8,6%, артеріальний тиск нижче за 140/90 мм рт.ст. – у 11,3±9,1%, артеріальний тиск вище 140/90 мм рт.ст. – у 2,0±9,9% студентів.

Як бачимо, різниця в артеріальному тиску між українськими та іноземними студентами наміти-

лась стосовно оптимального артеріального тиску та артеріального тиску менше 140/90 мм рт.ст. Проте різниця показників є поки що недостовірною через мале число спостережень. Майбутні вимірювання покажуть, чи ця різниця є достовірною.

Артеріальний тиск і соціально-медичні аспекти українських студентів представлені в таблиці.

Таблиця. Артеріальний тиск і соціально-медичні аспекти українських студентів другого курсу ТДМУ імені І.Я. Горбачевського

Показник	Рівень артеріального тиску				P <sub>25</sub>
	<120/80 мм рт.ст.	<130/85 мм рт.ст.	<140/90 мм рт.ст.	>140/90 мм рт.ст.	
1	2	3	4	5	6
Соціальне становище батька					
робітник	40,4±3,6	34,7±6,4	22,2±6,5	33,3±19,2	> 0,05
службовець	26,7±3,3	12,2±4,4	44,4±7,8	16,7±15,2	> 0,05
інше	32,9±3,85	53,1±6,7	33,3±7,4	50,0±20,4	> 0,05
Соціальне становище матері					
робітник	31,7±3,4	31,7±6,3	11,1±4,9	16,7±15,2	> 0,05
службовець	41,0±3,6	31,7±6,3	55,6±7,8	83,3±15,2	> 0,05
інше	27,3±3,3	36,6±6,5	33,3±7,4	-	
Чи хворів дідусь АГ					
так	24,0±3,2	48,8±6,7	33,3±7,4	33,4±19,2	> 0,05
Чи хворіла бабуся АГ					
так	41,0±3,6	46,3±6,7	22,2±6,5	33,4±19,2	> 0,05
Хвороби батька					
АГ	11,5±2,4	10,2±4,1	33,3±7,4	66,7±19,2	< 0,001
ІМ	0,5±0,5	2,0±1,9	-	-	
Інсульт	1,6±0,9	-	-	-	
ЦД	1,1±0,8	-	-	33,4±19,2	> 0,05
Хвороби матері					
АГ	11,5±2,4	18,4±5,2	33,3±7,4	50,0±20,4	> 0,05
ІМ	-	2,0±1,9	-	-	
1	2	3	4	5	6
Інсульт	0,5±0,5	-	1,1±4,9	16,7±15,2	> 0,05
ЦД	1,1±0,8	-	-	-	
Хтось із дідусів помер від ССЗ					
так	18,0±2,8	10,2±4,1	22,2±6,5	16,7±15,2	> 0,05
Хтось із бабусь помер від ССЗ					
так	8,2±2,0	6,1±3,2	11,1±4,9	-	
Перенесені інфекційні хвороби					
1	41,5±3,6	34,7±6,4	6,7±3,9	100,0±9,1	< 0,001
2	26,2±3,2	20,4±5,4	6,7±3,9	16,7±15,2	> 0,05
3	9,3±2,2	10,2±4,1	6,7±3,9	50,0±20,4	< 0,05
Перенесені захворювання нирок					
Перенесений струс мозку	1,2±0,8	2,0±1,9	22,2±6,5	33,4±19,2	> 0,05
Перенесений струс мозку	3,8±1,4	12,2±4,4	33,3±7,4	-	

Продовження табл.

1	2	3	4	5	6
Спосіб життя (ранкова гімнастика)					
регулярна	1,14±0,8	51,0±6,7	-	33,4±19,2	> 0,05
нерегулярна	41,0±3,6	51,0±6,7	88,9±4,9	33,4±19,2	> 0,05
не займають	7,1±1,9	10,2±4,1	11,1±4,9	66,4±19,3	< 0,05
Виконання громадської роботи	9,3±2,1	-	11,1±4,9	-	
Наявність зайвої ваги	5,5±1,7	12,2±4,4	33,3±7,4	33,4±19,2	> 0,05
Вживання алкоголю					
до 13 років	0,5±0,5	-	-	-	
14-17 років	50,3±3,7	22,4±5,6	44,4±7,8	16,7±15,2	> 0,05
із 17 років	29,0±3,4	28,6±6,1	22,2±6,5	16,7±15,2	> 0,05
щодня	-	-	-	-	
1 раз на тиждень	3,8±1,4	10,2±4,1	-	-	
1 раз на місяць	87,4±2,4	75,5±5,8	77,8±6,5	33,4±19,2	> 0,05
не п'ю	8,8±2,1	14,3±4,7	22,2±6,5	-	
Паління сигарет					
до 5 сигарет	5,5±1,7	6,1±3,2	11,1±4,9	-	
5-10 сигарет	1,6±0,9	8,2±3,7	-	-	
10-20 сигарет	-	6,1±3,2	-	-	
> 20 сигарет	-	2,0±1,9	-	-	
не палю	-	28,6±6,1	88,9±4,9	-	
Сон					
до 6 годин	26,8±3,3	26,5±6,0	22,2±6,5	-	
6-8 годин	62,8±3,6	67,3±6,3	66,7±7,4	100,0±9,1	< 0,001
> 8 годин	10,4±2,3	6,1±3,2	11,1±4,9	-	
Підсолюю їжу	57,9±3,6	61,2±6,5	55,6±7,8	-	
Перенесені психоемоційні травми	37,2±3,6	44,9±6,7	44,4±7,8	16,7±15,2	> 0,05
Поєднання навчання з роботою	29,0±3,4	24,5±5,8	22,2±6,5	16,7±15,2	> 0,05
Водіння автомобіля	23,0±3,1	32,7±6,3	44,4±7,8	16,7±15,2	> 0,05

Як видно із таблиці, встановлені суттєві відмінності при вивченні захворюваності на артеріальну гіпертензію батьків студентів: так, якщо в студентів з оптимальним тиском татусі хворіли на артеріальну гіпертензію в 11,5±2,4 % випадків, то в студентів із артеріальним тиском вище, ніж 140/90 мм рт.ст., – в 66,7±19,2 % випадків (P< 0,001).

Така ж тенденція помітна і серед матерів студентів. Якщо в студентів з оптимальним тиском матері хворіли на артеріальну гіпертензію в 11,5±2,4 % випадків, то в студентів із артеріальним тиском вище, ніж 140/90 мм рт.ст., – в 50,0±20,4% випадків (t=1,88, P>0,05).

Відмічено суттєві розбіжності між студентами, що перенесли інфекційні захворювання, причому не лише між крайніми групами, і в середині їх. Зокрема, між четвертою групою і всіма попередніми (P<0,001), а також тими, хто переніс три інфекційні захворювання (P<0,05).

Відмічено дві суттєві відмінності, що стосуються способу життя українських студентів: так, серед тих, хто не займається ранковою гімнастикою опти-

мальний артеріальний тиск спостерігався лише в 7,1±1,9%, проти артеріального тиску вище, ніж 140/90 мм рт.ст., який спостерігався у 66,4±19,3% випадків, різниця статистично достовірна (P<0,05), і тих, що спали 6-8 годин на добу (P<0,001).

Наближаються до статистично значимих цифр ще два показники: це перенесені захворювання нирок (t=1,62; P>0,05) і зайва вага (t=1,54; P>0,05). Наступні дослідження покажуть значимість цих факторів.

Що стосується іноземних студентів, то через мале число спостережень не відмічено жодних відмінностей, але спостереження продовжуються.

#### Висновки

1. У 19-річних українських студентів проблеми з артеріальним тиском відмічено майже у 7%. Відмічено статистично значиму різницю впливу захворювання батьків на артеріальну гіпертензію, перенесених студентами інфекційних хвороб, занять студентами ранковою гімнастикою та дотримання режиму сну на виникнення підвищеного артеріального тиску в студентів.

2. Наближаються до статистично достовірних вплив на виникнення артеріального тиску в студентів захворюваності їхніх матерів на артеріальну гіпертензію, перенесені хвороби нирок і наявність зайвої ваги у студентів.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у щорічному вимірюванні артеріального тиску, корекції соціальних умов протягом усього періоду навчання цих студентів.

### Список літератури

1. Артеріальна гіпертензія – медико-соціальна проблема; метод. посіб. – К., 2002. – 101 с.
2. Блажівська Г. Й. Дослідження асоціації параметрів артеріального тиску, частоти серцевих скорочень та антропометричних і біохімічних показників у практично здорових міських підлітків та дорослих осіб жіночої статі з нормальною та низькою масою тіла / Г. Й. Блажівська, І. І. Андрушко // Буковин. мед. віс. – 2009. – Т. 13, № 3. – С. 12–19.
3. Вадзюк С. Н. Особливості артеріального тиску у дітей та студентів міста Тернопіль / С. Н. Вадзюк, Н. О. Суслора // Гігієна населених місць. – 2006. – № 48. – С. 412–416.
4. Вадзюк С. Н. Функціональні особливості серцево-судинної системи в осіб 15–20-ти років з підвищеним артеріальним тиском / С. Н. Вадзюк, Н. О. Суслора // Запоріж. мед. журн. – 2007. – № 5. – С. 20–23.
5. Каленіченко О. В. Особливості функціонування серцево-судинної системи у студентів в умовах різних навантажень: – дис. на здобуття наукового ступ. канд. біол. наук за спеціальністю 03.00.13 – фізіологія людини і тварин. – Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, 2008.
6. Коваленко В. М. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / В. М. Коваленко, Ю. М. Сіренко, А. П. Дорогой // Укр. кардіол. журн. – 2005. – № 1. – С. 9–14.
7. Коренев Н. М. Артеріальна гіпертензія подросткового віку: Распространенность, механизмы формирования, подходы к лечению / Н. М. Коренев, Л. Ф. Богмат // Таврич. мед.-биол. вест. – 2007. – Т. 10, № 2 – С. 83–86.
8. Косинський Е. О. Стан серцево-судинної системи студентів першого року навчання / Е. О. Косинський, Ю. М. Андрійчук, В. М. Ходінов // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 5. – С. 79–81.
9. Леонтьева И. В. Проблема артериальной гипертензии у детей и подростков / И. В. Леонтьева // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2006. – № 5. – С. 7–18.
10. Майданник В. Г. Первинна артеріальна гіпертензія дітей та підлітків / В. Г. Майданник, В. Ф. Москаленко. – К., 2007. – 389 с.
11. Масіков О. Б. Особливості психофізіологічних показників у дітей різних вікових груп / О. Б. Масіков, І. В. Голечик, Н. О. Суслора // матеріали конф. 10-ий Міжнародний мед. конгр. студентів і молодих вчених, 11–13 трав. 2006 р. – Тернопіль, 2006. – С. 189.
12. Розанов В. Б. Прогностическое значение артериального давления в подростковом возрасте (22-летнее проспективное наблюдение) // В. Б. Розанов // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – № 5. – С. 27–41.
13. Fatness, fitness, and cardiovascular disease risk factors in children and adolescents / J. C. Eisenmann, G. J. Welk, M. Ihmels [et al.] // Med. Sci. Sports. Exerc. – 2007. – Vol. 39, № 8. – P. 1251–1256.
14. Improvement of early vascular changes and cardiovascular risk factors in obese children after a six-month exercise program / A. A. Meyer, G. Kundt, U. Lenschow [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2006. – Vol. 7, № 48 (9). – P. 1865–1870.
15. Obesity and related risk factors among low socioeconomic status minority students in Chicago / Y. Wang, H. Liang, L. Tussing [et al.] // Public. Health. Nutr. – 2007. – Vol. 10, № 9. – P. 927–938.
16. Rao S. Blood pressure among overweight adolescents from urban school children in Pune, India / S. Rao, A. Kanade, R. Kelkar // Eur. J. Clin. Nutr. – 2007. – Vol. 61, № 5. – P. 633–641.
17. Roseman M. G. Examination of weight status and dietary behaviors of middle school students in Kentucky / M. G. Roseman, W. K. Yeung, J. Nickelsen // J. Am. Diet. Assoc. – 2007. – Vol. 107, № 7. – P. 1139–1145.
18. Salgado C. M. Arterial hypertension in childhood / C. M. Salgado, J. T. Carvalhaes // J. Pediatr (Rio J). – 2003. – Vol. 79, Suppl. 1. – P. 115–24.
19. Varda N. M. Twenty-four-hour ambulatory blood pressure monitoring in infants and toddlers / N. M. Varda, A. Gregoric // Pediatr. Nephrol. – 2005. – Vol. 20, № 6. – P. 798–802.

### АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ СТУДЕНТОВ ТЕРНОПОЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ И. Я. ГОРБАЧЕВСКОГО

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

Приведены данные об артериальном давлении студентов второго курса ТГМУ. Из них 71,8 % имеют оптимальное артериальное давление, а 6,7 % – проблемное.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: артериальное давление, студенты

### ARTERIAL PRESSURE OF STUDENTS OF I.YA.HORBACHEVSKY TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY

V. L. Smirnova, N. Ya. Panchyshyn, A. A. Holyachenko, B. A. Holyachenko (Ternopil)

Information about arterial pressure of the second course students of TSMU is resulted. From them 71,8 % have optimum arterial pressure, and 6,7 % – problem.

KEY WORDS: arterial pressure, students

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

УДК:616.31.-083-057/663.91

Ю. Л. БАНДРІВСЬКИЙ (Тернопіль)

## СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПРАЦІВНИЦЬ КОНДИТЕРСЬКОГО ВИРОБНИЦТВА

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

Вивчено гігієнічний стан ротової порожнини працівниць кондитерського виробництва за допомогою гігієнічного індексу, індексу утворення зубного нальоту, індексу розповсюдженості гіперестезії зубів.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** пародонт, гігієна, кондитерське виробництво, гіперестезія.

**Вступ.** В останні роки знайдені та розкриті багатофакторні механізми пошкодження тканин пародонта, що дозволило розробити та впровадити об'єктивні критерії ефективності проведеного лікування та своєчасного виявлення початкових порушень у зубоутримуючих тканинах. За даними багатьох авторів [1;2;4], контроль за рівнем та якісним складом зубного нальоту є ключовим фактором у профілактиці захворювань пародонта. Особливо це стосується осіб, які працюють в умовах промислових підприємств, коли полютанти можуть затримуватися в них між маргінальною частиною ясен та твердих тканин зуба, відіграючи роль "пускового механізму" у розвитку запальних захворювань пародонта [2].

**Мета дослідження:** визначити та оцінити гігієнічний стан порожнини рота у працівників кондитерського виробництва за допомогою параклінічних індексів.

**Матеріал і методи дослідження.** Нами було проведено комплексне стоматологічне обстеження 400 робітниць кондитерського виробництва (КВ) м. Тернопіль, у віці від 20 до 55 років, зі стажем роботи від 1 року. Основну гру-

пу становили 300 працівниць, які безпосередньо контактували з ксенобіотиками КВ, порівняльну групу склали 100 осіб, які не були задіяні у виробничому процесі вказаного підприємства. Обстеження проводили за рекомендаціями ВООЗ, гігієнічний стан ротової порожнини оцінювали за індексом Федорова-Володкіної (1964), кількість зубного нальоту визначали за індексом ДІ-S (Green - Vermillion, 1969) [3; 4], для врахування кількості уражених гіперестезією зубів користувалися індексом розповсюдженості гіперестезії зубів (УРГЗ) (Ю.Л. Федоров, В.А. Дрожиніна, 1997) [5].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вивчення стану гігієни порожнини рота показало картину недостатньої ефективності гігієнічних заходів в обох обстежених групах не тільки у вікових інтервалах, але й в залежності від стажу роботи на кондитерському виробництві, що становило значний інтерес у контексті дослідження комбінованого впливу органічних полютантів (борошно, цукор-пісок, какао-порошок) на зубоутримуючі тканини працівниць даного підприємства (табл. 1).

Таблиця 1. Стан гігієни порожнини рота у працівниць кондитерського виробництва за індексом Федорова-Володкіної залежно від стажу роботи.

Стаж, роки	Основна група (n=300)		Група порівняння (n=100)	
	К-сть обстежених	ГІ*	К-сть обстежених	ГІ*
до 1 року	30	1,53 ± 0,61	18	1,37 ± 0,94
1-5	56	2,13 ± 0,64	25	1,54 ± 1,04
6-10	68	2,82 ± 0,74	26	2,23 ± 1,11
11-15	86	3,21 ± 0,78	15	2,51 ± 1,18
понад 15	60	3,6 ± 0,71	16	2,78 ± 1,22
разом	300	2,65 ± 0,71	100	2,08 ± 1,09

Примітка: ГІ\* – гігієнічний індекс.

Дані таблиці 1 вказують на те, що при стажі до одного року в обох групах спостереження гігієнічний індекс (ГІ) добрий: 1,53 ± 0,61 – в основній та 1,37 ± 0,94 – порівняльній групі порівняння.

© Ю. Л. Бандарівський, 2011

При стажі роботи на КВ від 1 до 5 років в основній групі ГІ стає незадовільним зі значенням 2,13±0,64, тоді як у жінок, що не контактують з ксенобіотиками КВ, залишається в межах норми – 1,54±1,04. При подальшому збільшенні стажу



роботи на КВ ГІ зростає в обох групах, досягає максимальних значень при стажі роботи понад 15 років:  $3,6 \pm 0,71$  та  $2,78 \pm 1,22$ .

Отже, у працівниць кондитерського виробництва дані ГІ можуть вказувати на виснажливий ритм трудового режиму, низьку мотиваційність до заходів гігієнічного догляду на фоні органічних поліютантів [3].

Залежно від стажу роботи на КВ, у працівниць простежувалось збільшення процесів утворення м'якого зубного нальоту за показниками ДІ-S (табл. 2)

Таблиця 2. Утворення м'якого зубного нальоту у групах спостереження залежно від стажу роботи на КВ.

Стаж, роки	Основна група (n = 300)		Група порівняння (n = 100)	
	К-сть обстежених	ДІ-S*	К-сть обстежених	ДІ-S*
до 1 року	30	$2,22 \pm 0,28$	18	$0,16 \pm 0,02$
1-5	56	$5,01 \pm 1,24$	25	$0,22 \pm 0,08$
6-10	68	$6,13 \pm 1,72$	26	$1,32 \pm 0,81$
11-15	86	$8,18 \pm 2,12$	15	$1,41 \pm 0,22$
понад 15	60	$6,86 \pm 2,18$	16	$1,54 \pm 0,76$

Примітка: ДІ-S\* – індекс утворення зубного нальоту.

Перераховані вище чинники, а також харчові уподобання працюючих (вживання надмірної кількості солодоців), сприяють утворенню кислих продуктів метаболізму мікрофлори зубної бляшки, що є вагомим фактором ризику виникнення гіперестезії [6; 7]. Враховуючи, що вагома кількість обстежених основної групи скаржилась на чутливість зубів до різних подразників, для верифі-

Дані таблиці 2 показують, що в осіб основної групи утворення м'якого зубного нальоту суттєво збільшується залежно від термінів контакту з профпатогенами КВ: від  $5,01 \pm 1,24$  при стажі роботи від 1-5 років, до  $8,18 \pm 2,12$  при стажі роботи від 11-15 років. Надмірне утворення зубного нальоту пов'язано не тільки з незадовільним станом гігієни ротової порожнини працюючих, але й, з великою долею ймовірності, з негативним впливом органічних поліютантів кондитерського виробництва.

кації гіперестезії зубів ми скористались індексом УРГЗ, залежно від стажу роботи на КВ (табл. 3).

Аналіз даних таблиці 3 показав, що вже при стажі роботи від 1 до 5 років у працівниць КВ діагностується локалізована форма гіперестезії ( $14,12 \pm 3,24$ ), а при стажі роботи від 6-10 років і більше простежуються явища генералізованої гіперестезії зубів (від  $25,83 \pm 3,21\%$  до  $68,16 \pm 2,24\%$ ).

Таблиця 3. Поширеність гіперестезії зубів в осіб груп спостереження залежно від стажу роботи на КВ

Стаж, роки	Основна група (n = 300)		Група порівняння (n = 100)	
	К-сть обстежених	УРГЗ*	К-сть обстежених	УРГЗ*
до 1 року	30	$2,34 \pm 0,86$	18	$0,21 \pm 0,08$
1-5	56	$14,12 \pm 3,24$	25	$0,28 \pm 0,09$
6-10	68	$25,83 \pm 3,21$	26	$0,28 \pm 0,07$
11-15	86	$45,21 \pm 2,28$	15	$1,21 \pm 0,16$
понад 15	60	$68,16 \pm 2,24$	16	$1,24 \pm 0,15$

Примітка: УРГЗ\* – індекс розповсюдженості гіперестезії зубів.

### Висновки

Дослідження гігієнічного статусу ротової порожнини у працівниць кондитерського виробництва, залежно від стажу роботи показало:

- значно вищі показники ГІ в осіб основної групи вказують на виснажливий ритм трудового режиму та низьку мотивованість до заходів гігієнічного догляду;

- підвищене утворення м'якого зубного нальоту обумовлюється контактом працівниць з органічними поліютанами КВ;

- наявність гіперестезії зубів вказує на порушення метаболічної системи регуляції кислотно-

лужного балансу, що призводить до розвитку у тканинах пародонту компенсованого метаболічного ацидозу, який, в свою чергу, веде до резорбції кісткової тканини альвеолярних паростків і поглиблення пародонтальних кишень [1; 5; 6; 7];

- інтродукція перерахованих факторів спонукає до пошуку шляхів розробки та впровадження відповідних гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів у працівниць кондитерського виробництва.

### Перспективи подальших досліджень.

Проведене дослідження сприяє розробці та впровадженню в лікувальну практику профілак-



тичних заходів з метою покращення гігієнічного стану ротової порожнини у робітниць з урахуванням впливу ксенобіотиків кондитерського виробництва.

### Список літератури

1. Белоклицкая Г. Ф. О механизмах развития цервикальной гипертензии и возможных путях ее устранения / Г. Ф. Белоклицкая, О. В. Копчак // Совр. стоматология. – 2006. – №1. – С 65-69.
2. Косенко К. М. Епідеміологія основних стоматологічних захворювань у населення України і шляхи їх профілактики: автореф. дис. д-ра мед. наук./К. М. Косенко –К., 1994.–45с.
3. Косенко К. Н. Профилактическая гигиена полости рта/К. Н. Косенко, Т. П. Терешина– Одесса, 2003.–296 с.
4. Поворознюк В. В. Костная система и заболевания пародонта/Поворознюк В. В., Мазур И. П. – Київ, 2003.–446 с.
5. Федоров Ю. А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов. Новые данные о распространенности, клинике и особенностях лечения некариозных поражений зубов/ Ю. А. Федоров, В. А. Дрожжина// Новое в стоматологии.(спец. вып.)-1997.–310.–145 с.
6. Addy M. Dentina hypersensitivity: new perspectives on an old problem/M. Addy// International Dental J. –2002. –Vol. 52, № 5. – P. 367–375.
7. Kielbassa A. M. Dentine hypersensitivity: Simple steps for everyday diagnosis and management/A. M. Kielbassa// International Dental J.–2002.– Vol. 52, № 5. – P. 394–396.

### СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У РАБОТНИЦ КОНДИТЕРСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Ю. Л. Бандрицкий (Тернополь)

Изучено гигиеническое состояние ротовой полости работниц кондитерского производства с помощью гигиенического индекса, индекса образования зубного налета, индекса распространенности гиперестезии зубов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пародонт, гигиена, кондитерское производство, гиперестезия.

### THE STATE OF HYGIENE OF CAVITY OF MOUTH HAVE WORKWOMEN OF PASTRY PRODUCTION

Y. L. Bandrivsky (Ternopil)

The hygienical state of oral cavity is studied by hygienical indexes, indexes formation of dental raid, index of prevalence of hyperesthesia of teeth, for the workwomen of pastry production.

KEY WORDS: periodontium, hygiene, pastry production, hyperesthesia.

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

УДК 314.4:616-055.1(1-21)(1-22)(477.7)

Г. О. СЛАБКИЙ, Ю. Б. ЯЩЕНКО, О. М. ОРДА, О. А. СЕМЕНЮК (Київ)

## ПЕРЕДЧАСНА СМЕРТНІСТЬ ЧОЛОВІКІВ МІСЬКИХ ТА СІЛЬСЬКИХ ПОСЕЛЕНЬ (НА ПРИКЛАДІ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Проведено порівняльний аналіз причин передчасної смертності чоловіків працездатного віку Львівської області за місцем проживання. У сільській місцевості спостерігається достовірне переважання смертності чоловіків від зовнішніх чинників у вікових групах 17–49 років, а у містах – від хвороб органів травлення та новоутворень у чоловіків віком 50–59 років.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: передчасна смертність, сільське населення, міське населення.

Сучасний рівень смертності населення України упродовж останніх років відзначається суттєвими регіональними відмінностями, які показують, що відносно нижчий рівень смертності спостерігається у західних областях України (12,0–14,5%),

найвищий – у північних областях (до 20%). Значною мірою такі коливання пояснюються дією структурного чинника. Так, у західних областях відносно молода вікова структура населення змінює загальний показник смертності у бік змен-

шення, а в областях зі старою віковою структурою (на півночі і в центрі країни) – в бік підвищення [1].

Вивчення проблеми смертності населення, зокрема передчасної смертності чоловіків працездатного віку, на прикладі Львівської області було зумовлено тим, що саме у Львівській області на тлі низької, порівняно з іншими територіями, інтенсивності вимирання зберігаються більш сприятливі співвідношення смертності чоловіків і жінок, міського та сільського населення. Населення центральних і північних областей, потерпаючи від аномально високого рівня демографічної старості, при відносно сприятливих показниках інтенсивності вимирання порівняно зі сходом та півднем характеризується найбільшою розбалансованістю загальних та стандартизованих показників смертності. На півночі спостерігаються найсуттєвіші диспропорції смертності за статтю, на південному заході і в Придніпров'ї зареєстрована найістотніша різниця у рівнях смертності за типами поселень. Для цих територій характерне в цілому найнесприятливіше поєднання високих рівнів розбалансованості смертності за статтю та типами поселень [1;2;5;6].

**Мета дослідження:** вивчити структуру передчасної смертності чоловіків працездатного віку Львівської області за місцем проживання та причинами смерті.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано дані облікової статистичної документації за 2008 р. (форм №071–1/о “Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікуваль-

ному закладі”, №025–2/о “Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів”, №025–6/о, №025–7/о “Талон амбулаторного пацієнта”, №151/о “Журналу обліку померлих на рівні даного лікувального закладу”) 6242 випадків передчасної смерті чоловіків працездатного віку, які проживали у Львівській області. Статистичну обробку результатів проведено із використанням статистичних модулів комп'ютерної програми Statistica 6,0 for Windows, методів біостатистики та клінічної епідеміології.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За даними Державного комітету статистики України, Львівська область належить до регіонів із низьким рівнем смертності населення (нижче 14,3‰) порівняно із середнім показником рівня смертності в Україні, який у 2010 р. становив 15,3 на 1000 жителів [3]. Розподіл населення Львівської області за місцем проживання відносно пропорційний. За даними статистики останніх років, в області кількість чоловіків, що мешкають у містах, у 1,5 разу більша, ніж у сільських поселеннях [4]. Проте у 2008 р. серед померлих чоловіків мешканців міста було 47,1%, а жителів сіл – 48,6%, що свідчить про тенденцію до переважання випадків передчасної смерті чоловіків сільських місць помешкання.

Середній вік померлих чоловіків, які проживали в місті, становив  $47,7 \pm 0,3$  року (Std. Dev 10,0; 95% ДІ: 46,98–48,34), а в сільській місцевості –  $45,7 \pm 1,2$  року (Std. Dev 10,6; 95% ДІ: 43,27–48,06).

Структура причин смертності чоловіків різних місць проживання наведена на рис. 1.



Рис. 1. Структура причин смертності чоловіків працездатного віку Львівської області за місцем проживання

Результати проведеного порівняльного аналізу свідчать, що структура причин смерті чоловіків сільських та міських поселень не відрізняється. Так, серед причин смерті перше рейтингове місце займають хвороби органів кровообігу, друге – зовнішні причини смерті, третє – хвороби органів травлення, четверте – новоутворення, п'яте – інфекційні та паразитарні хвороби.

У сільській місцевості переважає передчасна смертність чоловіків від зовнішніх причин – 29,2% випадків (у містах – 23,8%,  $\chi^2=21,5$ ;  $p<0,0001$ ) та від хвороб нервової системи – 4,6% випадків (у містах – 2,3%,  $\chi^2=22,8$ ;  $p<0,0001$ ). У містах – від хвороб органів травлення ( $\chi^2=10,3$ ;  $p=0,0013$ ), новоутворень ( $\chi^2=16,4$ ;  $p=0,001$ ), інфекційних та паразитарних захворювань ( $\chi^2=3,7$ ;  $p=0,054$ ). Різниця між частотою випадків смерті чоловіків сіл і міст від хвороб системи кровообігу була статистично не значимою.

Проведений факторний аналіз методом головних компонентів дозволив визначити з даних медичної документації померлих чоловіків значимі характеристики, які мають вплив на передчасну смертність чоловіків працездатного віку різних місць проживання (табл.).

Результати факторного аналізу показують, що передчасна смертність чоловіків, як міських, так і сільських поселень, залежить від соціальних та медичних характеристик. Найбільш вагомим фактором впливу на передчасну смертність чоловіків, як сільських, так і міських поселень, є організація профілактичної роботи серед населення (фактор 1 для міських мешканців, навантаження фактора 0,72 та фактор 2 для жителів села, навантаження фактора 0,39). Чоловіки, які проживають у місті та знаходяться під диспансерним спостереженням, а також сільські жителі, які проходять щорічно профілактичні огляди, мають більшу тривалість життя, тобто, ймовірно, меншу вірогідність передчасної смерті.

Таблиця. Факторні навантаження медичних характеристик щодо передчасної смерті чоловіків від різних причин смерті

Характеристики	Фактор 1		Фактор 2		Фактор 3		Фактор 4	
	село	місто	село	місто	село	місто	село	місто
Місце роботи (бальна градація: не працює – 1, службовець – 2, робітник – 3, керівник – 4)	<b>0,96</b>	0,08	-0,13	-0,04	0,03	-0,09	0,01	<b>-0,82</b>
Місце смерті (бальна градація: на вулиці – 1, на роботі – 2, вдома – 3, заклад охорони здоров'я – 4)	-0,05	0,11	0,01	0,68	0,06	0,34	<b>0,91</b>	0,20
Перебування на диспансерному обліку (бальна градація: так – 1, ні – 2)	-0,18	<b>0,72</b>	0,48	0,22	0,01	0,18	0,31	0,17
Останній профілактичний огляд (бальна градація: упродовж останнього року – 1, понад рік – 2, не проходив – 3)	0,09	0,05	<b>0,93</b>	0,06	-0,10	-0,53	0,06	-0,06
Виклик швидкої медичної допомоги (бальна градація: так – 1, ні – 2)	-0,13	-0,07	0,05	<b>-0,72</b>	<b>-0,93</b>	0,23	0,09	0,23
Надана медична допомога (бальна градація: відповідно до стандарту – 3, не відповідає стандарту – 2, не надавалася – 1)	-0,05	-0,44	0,20	0,69	<b>0,89</b>	-0,14	0,11	0,01
<b>Вік, роки</b>	<b>0,20</b>	<b>-0,72</b>	<b>-0,39</b>	<b>0,12</b>	<b>-0,15</b>	<b>0,04</b>	<b>0,33</b>	<b>0,04</b>

Другим значимим фактором передчасної смерті сільських мешканців є місце смерті (фактор 4, навантаження фактора 0,33). Виникнення критичного стану на вулиці, на робочому місці або вдома збільшує ризик померти порівняно з ситуаціями, коли критичний стан здоров'я настає у лікувальному закладі. Для жителів міст така тенденція не характерна, що свідчить про знижену доступність медичної допомоги мешканцям сіл.

Для чоловіків міських помешкань другим за значимістю фактором впливу на передчасну смертність можна вважати доступність та своєчасність швидкої медичної допомоги (факторне навантаження – 0,12). Подібна тенденція спостерігається і в сільській місцевості, де факторами впливу є не тільки доступність швидкої медичної

допомоги, але і якість її надання (відповідність сучасним стандартам) – фактор 3, факторне навантаження становить 0,15.

Для обох місць проживання значимим фактором впливу на тривалість життя чоловіків є місце роботи (фактор 1 для сільських мешканців, навантаження 0,20 та фактор 4 для жителів міст, навантаження 0,04). Різне знакове спрямування даних факторних навантажень може свідчити про те, що у сільській місцевості кращий соціальний статус сприятиме тривалості життя, а в містах – навпаки. Це вказує на те, що чоловіки, які живуть у містах та займають керівні посади, мають інші фактори несприятливого впливу, які підвищують ризик передчасної їх смертності, зокрема психоемоційні, стресові навантаження тощо.

З метою вивчення особливостей вікової структури причин смертності чоловіків нами проведений аналіз причин смертності чоловіків різних місць проживання у різних вікових групах, результати якого представлені на рис. 2.

Результати порівняльного аналізу показали, що за типом проживання (місто/село) достовірні відмінності серед причин смерті чоловіків різного віку виявлені у вікових групах за такими класами хвороб:

- травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників у вікових групах 17–39 років ( $p=0,03$ ), 40–49 років ( $\chi^2=4,65$ ;  $p=0,03$ ), які переважали у структурі причин смерті чоловіків із сільських поселень;

- хвороби органів травлення та новоутворення у чоловіків віком 50–59 років ( $\chi^2=5,2$ ;  $p=0,02$ ,  $\chi^2=4,7$ ;  $p=0,03$  відповідно), які переважали у

структурі причин смертності чоловіків, що проживали у містах.

У сільській місцевості чоловіки віком 17–49 років мають ризик передчасної смерті від зовнішніх причин у 3,7 разу вищий, ніж чоловіки вікової групи 50–59 років (абсолютний ризик 24,1%, 95%ДІ: 21,1–27,1; відношення шансів 3,7, 95%ДІ: 3,1–4,5). Для їхніх однолітків, які проживають у місті, ризик передчасної смерті від зовнішніх причин у 1,7 разу вищий порівняно з чоловіками віком старше 50 років (абсолютний ризик 10,3%, 95%ДІ: 7,1–13,6; відношення шансів 1,7, 95%ДІ: 1,4–2,0).

Ризик смерті від травм, отруень та інших зовнішніх причин у чоловіків вікової групи 17–49 років із сільської місцевості у 1,3 разу вищий, ніж у їхніх однолітків, які проживають у містах (абсолютний ризик 7,4%, 95%ДІ: 3,7–11,1; відношення шансів 1,3, 95%ДІ: 1,2–1,6).

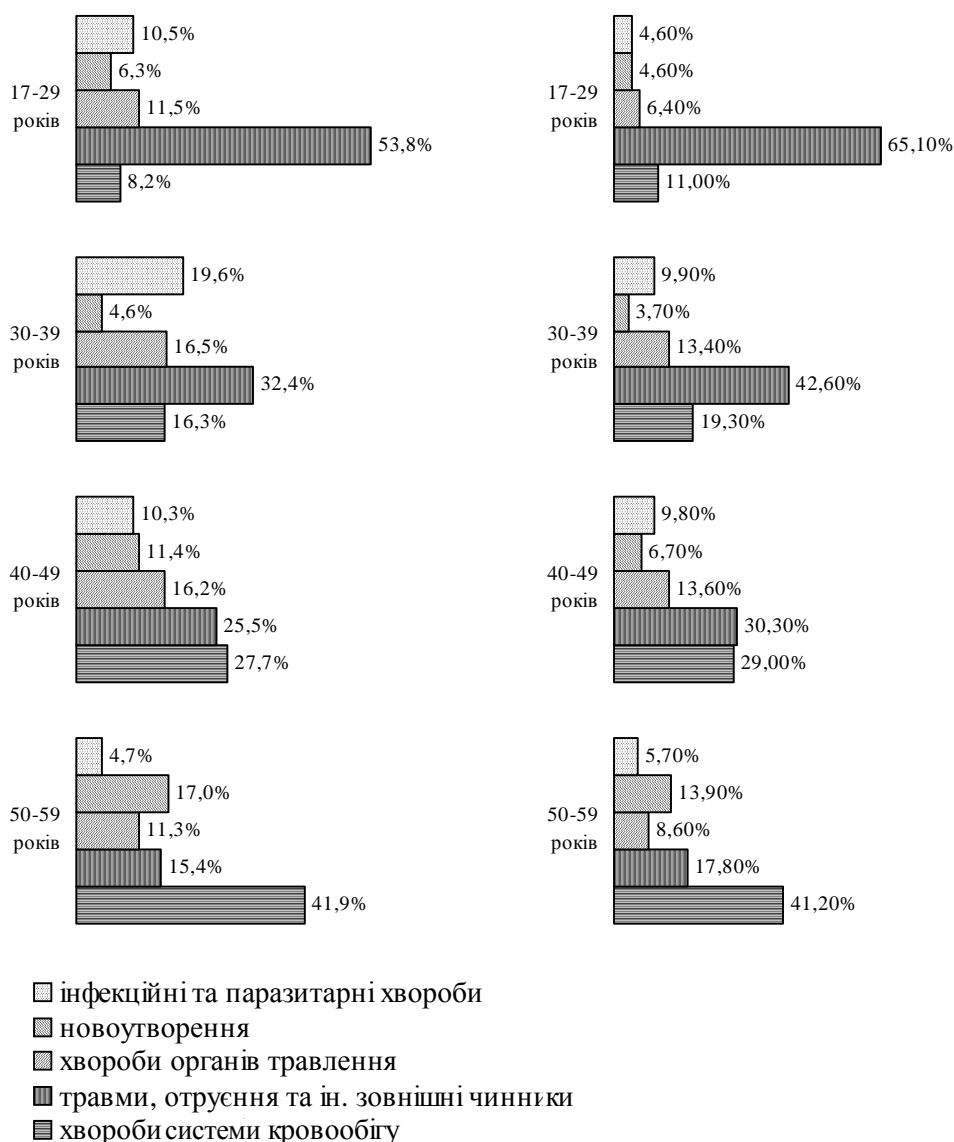


Рис. 2. Структура причин передчасної смертності чоловіків працездатного віку Львівської області за місцем проживання

У чоловіків віком 50–59 років, які проживають у містах, ризик смерті від новоутворень у 2,2 разу вищий, ніж у чоловіків вікової групи 17–49 років (абсолютний ризик 8,4%, 95%ДІ: 5,9–10,9; відношення шансів 2,2, 95%ДІ: 1,7–2,7). У чоловіків віком 50–59 років, які проживають у селах, ризик смерті від новоутворень у 2,7 разу вищий, ніж у чоловіків вікової групи 17–49 років (абсолютний ризик 8,4%, 95%ДІ: 6,2–10,5; відношення шансів 2,7, 95%ДІ: 2,1–3,6).

Ризик смерті від онкологічної патології у чоловіків вікової групи 50–59 років, які проживають у містах, у 1,3 разу вищий, ніж у їхніх однолітків, які проживають у селах (абсолютний ризик 5,9%, 95%ДІ: 0,7–11,1; відношення шансів 1,3, 95%ДІ: 1,0–1,6). Ризик смерті від хвороб органів травлення у чоловіків вікової групи 50–59 років, які проживають у містах, у 1,4 разу вищий, ніж у їхніх однолітків, які проживають у се-

лах (абсолютний ризик 7,6%, 95%ДІ: 1,3–13,8; відношення шансів 1,4, 95%ДІ: 1,1–1,8).

#### Висновки

Структура причин смертності чоловіків працездатного віку різних вікових груп має особливості залежно від типу помешкання. У сільській місцевості спостерігається достовірне переважання смертності чоловіків від зовнішніх чинників у вікових групах 17–49 років, а у містах – від хвороб органів травлення та новоутворень у чоловіків віком 50–59 років.

Серед медико-соціальних характеристик несприятливий вплив на передчасну смертність чоловіків мають доступність та якість швидкої медичної допомоги та соціальний статус.

#### Перспективи подальших досліджень.

Вивчення особливостей причин передчасної смерті чоловіків працездатного віку дозволить розробити стратегії щодо покращення медико-демографічної ситуації в країні.

#### Список літератури

1. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010–2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава" / за ред. О. В. Аніщенко. – К.: МОЗ України, 2011. – 104 с.
2. Населення України: Соціально-демографічні проблеми українського села / Е. М. Лібанова, С. Ю. Аксьонова, О. М. Бородіна [та ін.]; відп. ред. Е. М. Лібанова. – К., 2007. – 476 с.
3. Про соціально-економічне становище України за 2010 рік : доповідь Державного комітету статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2010/mp/dopovidx/arh\\_dop2010.html](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2010/mp/dopovidx/arh_dop2010.html). – Назва з екрану.
4. Регіональні системи охорони здоров'я України : [монографія у 2-х ч.] / за ред. З. М. Митника, Г. О. Слабкого. – К., 2010. – Ч. I. – 393 с., Ч. II. – 392 с.
5. Слабкий Г. О. Сучасні та прогностичні тенденції смертності населення України: [монографія] / Г. О. Слабкий, Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець. – К., 2010. – 179 с.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2009 рік : [монографія] / МОЗ України, УІСД МОЗ України; за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – Ч. I. – 602 с.: іл., табл.

#### ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ СМЕРТНОСТЬ МУЖЧИН ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ (НА ПРИМЕРЕ ЛЬВОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Г.А. Слабкий, Ю.Б. Ященко, А.Н. Орда, А.А. Семенюк (Киев)

Проведен сравнительный анализ причин преждевременной смертности мужчин трудоспособного возраста Львовской области по месту проживания. В сельской местности наблюдается достоверное превышение смертности мужчин от внешних причин в возрастных группах 17–49 лет, а в городах – от болезней органов пищеварения и новообразований у мужчин в возрасте 50–59 лет.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: преждевременная смертность, сельское население, городское население.

#### PREMATURE DEATH RATE OF MEN CITY AND RURAL SETTLEMENTS (ACCORDING TO THE EXAMPLE OF LVIV REGION)

G. A. Slabkyi, Yu. B. Yashchenko, A. N. Orda, A. A. Semenyuk (Kyiv)

The comparative analysis of the premature death rate reasons of able-bodied men age Lviv region in the place of residing has been carried out. In the countryside authentic excess of death rate of men from the external reasons in age groups 17–49 years, and in cities – from diseases of digestive apparatus and men' neoplasm in the age 50–59 years has been observed.

KEY WORDS: premature death rate, agricultural population, urban population.

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



УДК 614.23:347.61:616-053.2-082

О. Б. ОЛЕКСЮК, В. Г. СЛАБКИЙ (Київ)

## СИСТЕМА ЗАПОБІЖНОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ В ПЕДІАТРІЇ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Запропонована система запобіжної госпіталізації у педіатрії, в основі якої стало визнання лікаря загальної практики/ сімейної медицини головною фігурою в організації медичної допомоги дітям, з пріоритетом надання медичної допомоги на первинному рівні, активної профілактичної роботи та використання стаціонарозамінних форм лікування. Одночасно запроваджується система безперервного підвищення якості медичної допомоги та професійної майстерності медичних працівників первинної ланки із залученням батьків до збереження здоров'я дітей.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** організація медичної допомоги дітям, сімейна медицина, лікар загальної практики/ сімейної медицини, система запобіжної госпіталізації.

У 1990 р. J. Billings and N. Teicholz [12] сформулювали концепцію запобіжної (превентивної) госпіталізації. Це ті випадки госпіталізації, при яких можна було б уникнути стаціонарного лікування, якщо б пацієнти отримали відповідну медичну допомогу на амбулаторному рівні і/або дотримувались рекомендацій медичних працівників. На думку авторів, майже чверть усіх поступлень в госпіталі нестрахованих американців були запобіжними. Без урахування госпіталізацій з приводу травм та акушерських причин, питома вага випадків, які можна було б лікувати на амбулаторному рівні, склала 36% серед усіх випадків стаціонарного лікування нестрахованих та понад 45% при госпіталізації у зв'язку з їх хронічними захворюваннями.

У наступній праці J. Billings et al. запропонували структурну схему для аналізу госпіталізованої захворюваності, розроблену експертною групою, що складалась із шести терапевтів та педіатрів. Застосувавши модифікований Дельфі-метод, експерти розподілили всі випадки госпіталізації на три групи: 1) хвороби-маркери, при яких надання своєчасної та ефективної амбулаторної допомоги мало впливає на потребу в госпіталізації та щодо яких практичні лікарі мають чітко визначені клінічні критерії госпіталізації; 2) хвороби, які можна лікувати амбулаторно (ХМЛА) і при яких надання своєчасної та ефективної амбулаторної допомоги знижує потребу в госпіталізації за рахунок запобігання розвитку хвороби або лікування гострого/хронічного захворювання на первинному рівні; 3) високовартісні та високотехнологічні хірургічні втручання, які проводяться в умовах стаціонару за скеруванням лікарів та при яких труднощі, пов'язані з доступністю первинної чи спеціалізованої медичної допомоги, знижують ймовірність проведення хірургічного втручання.

Сьогодні для визначення даного предмету дослідження використовують терміни "запобіжна (потенційно запобіжна) госпіталізація" [13–15]; "превентивна (потенційно превентивна) госпіталізація" [1;8] або "госпіталізація з приводу хвороб, які можна лікувати амбулаторно (ГХМЛА)" [7;8;9]. Деякі автори [10;11] у своїх статтях одночасно вживають терміни "потенційно превентивна госпіталізація" і "ГХМЛА".

Інше тлумачення термінів наводять A. Gadomski et al., які вивчали госпіталізацію дітей. На їхню думку, запобіжна госпіталізація (avoidable hospitalization) охоплює ті стани, щодо яких доведено, що відповідне амбулаторне лікування знижує ступінь госпіталізації хворих.

Аналізуючи ГХМЛА, J. S. Weissman et al. звертають увагу на дві особливості їх визначення. По-перше, всі випадки госпіталізації з приводу певних захворювань, що належать до ХМЛА (наприклад хвороби, яким можна запобігти шляхом вакцинації), є майже завжди запобіжними. Однак для інших хвороб ступінь запобіжності є різним. Оскільки лікування пацієнтів, які страждають на хронічні хвороби, такі як астма чи серцева недостатність, відбувається на різних рівнях надання медичної допомоги, найбільш доцільно моніторинг за ГХМЛА проводити там, де показники перевищують визначені нормативні рівні. По-друге, слід розрізняти два поняття, що стосуються випадків госпіталізації: випадки, які є запобіжними (avoidable), та ті, госпіталізація з приводу яких проводиться на розсуд лікаря (discretionary).

**Мета роботи:** обґрунтувати та розробити систему запобіжної госпіталізації в педіатрії.

**Матеріали і методи.** Під час виконання роботи застосовані наступні методи: бібліосемантичний, концептуального моделювання, системного підходу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В ході проведеного нами дослідження, ре-



зультати якого опубліковані в літературі [2–5], та аналізу інших наукових джерел нами обґрун-

тована система запобіжної госпіталізації в педіатрії, яка схематично наведена на рисунку.

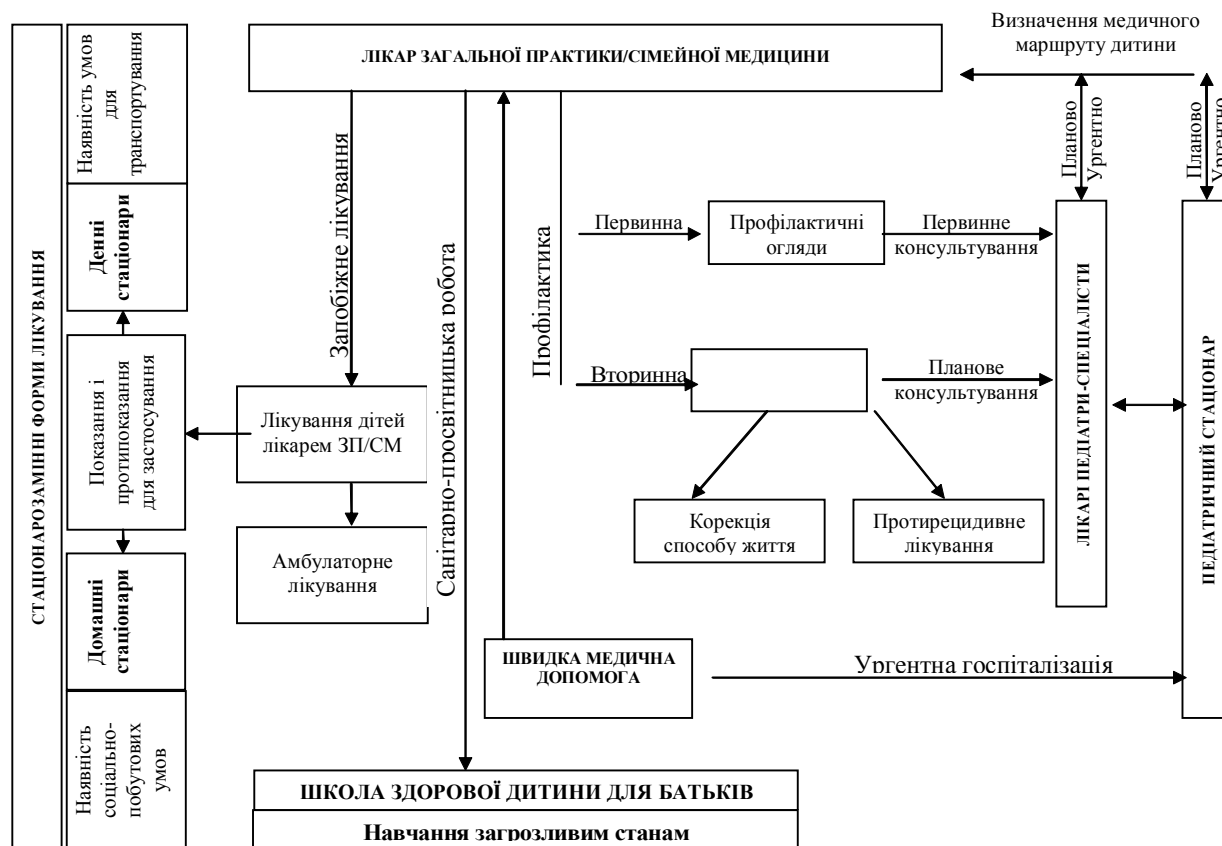


Рис. Функціонально-організаційна система запобіжної госпіталізації

Ключовою ідеєю системи є послідовне комплексне вирішення пріоритетної задачі забезпечення дітей якісною медичною допомогою в умовах оптимізації системи медичної допомоги з активним впровадженням загальної практики/сімейної медицини шляхом оптимізації структури і процесів надання амбулаторної медичної допомоги на основі аналізу отриманих в ході дослідження даних та рекомендацій ВООЗ (2002), чинних нормативно-правових актів України та експертних оцінок.

Виходячи із названих аспектів, виділено наступні групи задач:

1. Головною фігурою в організації медичної допомоги дітям стає лікар загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ).

2. Основним етапом в організації медичної допомоги дітям стає амбулаторно-поліклінічний заклад з активною профілактичною роботою.

3. Активне використання стаціонарозамінних форм лікування пацієнтів.

4. Впровадження дійової моделі професійної взаємодії всіх учасників процесу надання медичної допомоги дітям.

5. Відпрацювання системи наступності в наданні медичної допомоги дітям.

6. Активне залучення батьків до збереження здоров'я дітей.

Рішення вказаних задач за розробленою нами системою полягає в наступному.

Головною фігурою в організації медичної допомоги дітям стає лікар загальної практики/сімейної медицини:

- визначається нормативно, що первинне звернення дитини, крім ургентних випадків, визначених МОЗ України, здійснюється до лікаря ЗП/СМ;
- лікар ЗП/СМ визначає медичний маршрут дитини: лікує самостійно в амбулаторних умовах, організує стаціонарозамінні форми лікування, скеровує на консультацію до лікаря-педіатра-спеціаліста, скеровує на стаціонарне лікування;

• для виконання професійних обов'язків з надання медичної допомоги дітям робоче місце лікаря ЗП/СМ оснащується необхідним обладнанням та інструментарієм, лікар проходить навчання (включаючи безперервну післядипломну професійну освіту) з особливостей медичної допомоги дітям різного віку.

Основним етапом в організації медичної допомоги дітям стає амбулаторно-поліклінічний з активною профілактичною роботою:

- лікар ЗП/СМ проводить активну амбулаторну роботу з первинної та вторинної профілактики захворювань у дітей.

Первинна профілактика:

- профілактичні огляди дітей з корекцією способу їх життя та усуненням факторів ризику розвитку захворювань. Для дітей з виявленою патологією організуються консультації лікарів-педіатрів-спеціалістів з розробкою планів диспансеризації, які виконує лікар ЗП/СМ. Профілактика вакцинацій керованих інфекцій за календарем щеплень.

Вторинна профілактика:

- диспансеризація дітей з виявленими захворюваннями та наявними факторами ризику розвитку захворювань: динамічний нагляд за дітьми за планом диспансеризації, який розроблено спільно з лікарем-педіатром-спеціалістом, періодичні сумісні консультативні огляди, протирецидивне лікування, корегування способу життя, усунення шкідливих для здоров'я факторів, оздоровлення в період канікул в школах.

*Активне використання стаціонарозамінних форм лікування пацієнтів*

Складовими цієї задачі є розробка показань та протипоказань для організації стаціонарозамінних форм лікування дітей (денні та домашні стаціонари) та умов організації даної форми надання медичної допомоги, які здійснює лікар ЗП/СМ за участі батьків (рідних) дитини.

*Впровадження дійової моделі професійної взаємодії всіх учасників процесу та наступності надання медичної допомоги дітям*

Основними складовими рішення даної задачі є:

- лікар ЗП/СМ за результатами профілактичних оглядів дітей планово скеровує дітей з вперше виявленою патологією на консультацію до відповідних лікарів-педіатрів-спеціалістів з отриманням висновку останніх для самостійного диспансерного спостереження; у тяжких випадках диспансерний нагляд здійснює сумісно з лікарем педіатром-спеціалістом;

- лікар ЗП/СМ в ході диспансеризації хворих дітей планово, за програмою диспансеризації, скеровує дітей на консультацію до відповідних лікарів-педіатрів-спеціалістів з отриманням висновку останніх для подальшого самостійного диспансерного спостереження;

- лікар ЗП/СМ у необхідних випадках при захворюванні дитини планово чи ургентно скеровує її на консультацію до лікарів-педіатрів-спеціалістів з отриманням висновку останніх про стан здоров'я дитини і подальшу тактику її ведення (проведену госпіталізацію);

- при зверненні дитини до швидкої медичної допомоги протягом доби після звернення лікар ЗП/СМ отримує інформацію про стан здоров'я дитини, надану медичну допомогу та проведену госпіталізацію (за наявності);

- при самостійному зверненні дитини до лікаря-спеціаліста протягом доби після звернення

лікар ЗП/СМ отримує інформацію про стан здоров'я дитини, надану медичну допомогу та проведено госпіталізацію (за наявності);

- у всіх випадках госпіталізації дитини протягом доби після госпіталізації лікар ЗП/СМ отримує інформацію про факт госпіталізації та стан здоров'я дитини, а після виписки із стаціонару – виписний епікриз.

*Активне залучення батьків до збереження здоров'я дітей*

Для виконання цієї задачі кожним лікарем ЗП/СМ для батьків дітей, яких він обслуговує, організує "Школу здорової дитини" з проведенням як індивідуальних, так і групових (за профілем захворювання) консультацій, семінарів та тренінгів. Для батьків розробляються інформаційні матеріали з визначенням загрозливих станів при відповідній нозології та тактиці дій батьків при таких ситуаціях.

Важливим аспектом при запровадженні системи запобіжної госпіталізації в педіатрії є безперервне підвищення якості медичної допомоги дітям на первинному рівні. Основними складовими рішення даної задачі стає розробка клінічних протоколів/медичних стандартів, які ґрунтуються на доказах і відповідають кращим світовим зразкам, з ознайомленням з ними лікарів ЗП/СМ та батьків хворих дітей (під час занять в "Школі здорової дитини"). Впровадження індикаторів якості надання медичної допомоги та запровадження системи запобіжної госпіталізації, які мають використовуватися при запровадженні сучасної системи оплати праці медичних працівників первинної ланки – визначення обсягу доплати за якісну та ефективну працю.

Важливим заходом рішення задачі безперервного підвищення якості медичної допомоги дітям на первинному рівні є створення в кожному центрі первинної медичної допомоги, які створюються в ході структурної перебудови системи охорони здоров'я, системи контролю якості. За нашою пропозицією така система має бути незалежною, міжсекторальною і професійною. В склад комісії з контролю якості медичної допомоги дітям на первинному рівні при впровадженні системи запобіжної госпіталізації мають входити представники професійних асоціацій лікарів ЗП/СМ та лікарів-педіатрів (за винятком керівників стаціонарних педіатричних відділень), представники органів місцевого самоврядування та батьківських організацій.

Стратегічним напрямком обґрунтованої та розробленої системи стало підвищення якості та ефективності медичної допомоги дітям шляхом реалізації заходів управлінського та організаційного характеру.

Тактичним напрямком системи стало перенесення акценту в наданні медичної допомоги дітям на первинний рівень з активним запровадженням заходів первинної та вторинної

профілактики і широким використанням стаціонарозамінних форм лікування дітей.

Центральним елементом запропонованої системи запобіжної госпіталізації дітей стає лікар ЗП/СМ, який визначає медичний маршрут хворої дитини з отриманням ним повної інформації про факт звернення дитини за медичною допомогою, стан дитини та надану медичну допомогу від усіх учасників процесу із запровадженням безперервного підвищення якості медичної допомоги, що забезпечує більшу доступність та ефективність медичної допомоги дітям.

Запровадження такої функціонально-організаційної системи дозволяє шляхом скорочення рівнів госпіталізації забезпечити більш раціональне використання ресурсів галузі та забезпечити надання медичної допомоги дітям у звичних для них умовах, а не на госпітальному ліжку. Важливою складовою системи є безперервне підвищення професійної майстерності медичних працівників первинної ланки.

Особливістю запровадження системи запобіжної госпіталізації в педіатрії стало включення до неї:

1. Існуючих елементів системи охорони здоров'я, причетних до надання медичної допомоги дітям.

2. Існуючих складових, але частково змінених за рахунок їх функціональної оптимізації: первинна ланка надання медичної допомоги, лікарі-педіатри-спеціалісти, педіатричні стаціонари.

3. Якісно нових елементів (школа здорової дитини, безперервне підвищення якості медичної допомоги, безперервне професійне навчання медичних працівників первинної ланки), інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально зміненими надала системі нових якостей із досягненням головної мети дослідження.

Нами встановлені переваги запропонованої системи запобіжної госпіталізації над існуючою ситуацією в охороні здоров'я дітей (табл.).

Таким чином, запропонована система має значні переваги над існуючою ситуацією з надання медичної допомоги дитячому населенню, що особливо важливо для дітей, які проживають у сільській місцевості.

**Таблиця. Переваги запропонованої системи запобіжної госпіталізації над існуючою ситуацією в охороні здоров'я дітей**

Запропонована система запобіжної госпіталізації	Існуюча ситуація
Медичну допомогу дітям надають лікарі загальної практики/сімейної медицини, які визначають медичний маршрут дитини	Медичну допомогу дітям надають переважно лікарі-педіатри-спеціалісти, до яких є вільний доступ
Вся інформація про стан здоров'я дитини та надання їй медичної допомоги надходить і накопичується у лікаря загальної практики/сімейної медицини	Повна інформація про стан здоров'я дитини та надання їй медичної допомоги у одного лікаря не накопичується
Активне використання стаціонарозамінних форм лікування	Госпіталізація в стаціонар при станах, коли дитина може лікуватися в домашніх умовах
Запровадження системи безперервного підвищення якості медичної допомоги	Контроль якості медичної допомоги здійснюється переважно у випадку звернення батьків зі скаргою
Активна первинна та вторинна профілактика та формування здорового способу життя	Лікування переважає над профілактикою
Залучення батьків до збереження здоров'я дітей	Батьки залучаються до догляду за хворою дитиною, у т.ч. в умовах стаціонару
Навчання батьків тактиці дій при загрозливих станах у дітей	Батьки звертаються за медичною допомогою при погіршенні стану здоров'я дитини з пріоритетом до лікарів-спеціалістів або безпосередньо до стаціонару
Раціоналізація використання ресурсів шляхом скорочення рівнів госпіталізації	Максимальна госпіталізація з метою збереження ліжкового фонду

### Висновки

В ході виконання дослідження розроблено систему запобіжної госпіталізації дітей, основними складовими якої є наступні:

- головною фігурою в організації медичної допомоги дітям стає лікар ЗП/СМ;
- основним етапом в організації медичної допомоги дітям стає амбулаторно-поліклінічний з активною профілактичною роботою;
- активне використання стаціонарозамінних форм лікування пацієнтів;

- впровадження дійової моделі професійної взаємодії всіх учасників процесу та наступності надання медичної допомоги дітям;

- запровадження системи безперервного підвищення якості медичної допомоги;
- безперервне підвищення професійної майстерності медичними працівниками первинної ланки;
- активне залучення батьків до збереження здоров'я дітей.

**Подальші дослідження** скеровані на вивчення ефективності запропонованої системи.

## Список літератури

1. *Наследов А. Д.* SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках / А. Д. Наследов. – СПб. : Питер, 2005. – 416 с.
2. *Олексюк О. Б.* Вивчення показників запобіжної госпіталізації дітей для використання їх як індикаторів якості надання медичної допомоги / О. Б. Олексюк // Мед. перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 78–80.
3. *Олексюк О. Б.* Використання показників запобіжної госпіталізації для моніторингу доступності та ефективності надання первинної медико-санітарної допомоги дітям / О. Б. Олексюк // Клін. фармація, фармакотерапія та мед. стандартизація. – 2009. – № 3–4. – С. 36.
4. *Олексюк О. Б.* Запобіжна госпіталізація міського дитячого населення / О. Б. Олексюк // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2010. – № 1 (10). – С. 197–198.
5. *Олексюк О. Б.* Гендерні аспекти запобіжної госпіталізації та захворюваності дітей м. Львова / О. Б. Олексюк, М. Г. Телішевська // Матеріали III міжнар. наук.-практ. конф. [“Гендер. Екологія. Здоров'я”], (19–20 квіт. 2011 р., м. Харків). – Х. : ХНМУ, 2011. – С. 137–138.
6. *Победьонна Г. П.* Медико-економічні аспекти лікування бронхіальної астми / Г. П. Победьонна // Укр. пульмонол. журн. – 2006. – № 1. – С. 44–48.
7. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2008 рік.* – К. : МОЗ України, ЦМС МОЗ України, 2009.
8. *A randomized trial of primary care provider prompting to enhance preventive asthma therapy / J. S. Halterman, K. M. McConnochie, K. M. Conn [et al.] // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 2005. – Vol. 159. – P. 422–427.*
9. *A six-year descriptive analysis of hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions among people born in refugee-source countries / Correa-Velez I., Ansari Z., Sundararajan V. [et al.] // Popul Health Metr. – 2007. – Vol. 5 (9), doi: 10.1186/1478-7954-5-9.*
10. *Avoidable pediatric hospitalization in the Community of Valencia and Catalonia / Casanova M. C., Peiro P. R., Barba A. G. [et al.] // Gac. Sanit. – 1998. – Vol. 12 (4). – P. 160–168.*
11. *Bermudez D.* The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California / D. Bermudez, L. Baker // J. Health Care Poor Underserved. – 2005. – Vol. 16 (1). – P. 96–110.
12. *Billings J.* Uninsured patients in District of Columbia Hospitals / J. Billings, N. Teicholz // Health Aff. – 1990. – Vol. 9. – P. 158–165.
13. *Casanova C.* Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison / C. Casanova, B. Starfield // Int. J. Health Serv. – 1995. – Vol. 25 (2). – P. 283–294.
14. *Casanova C.* Pediatric Hospitalization due to Ambulatory Care-Sensitive Conditions in Valencia (Spain) / C. Casanova, C. Colomer, B. Starfield // Int. J. for Quality in Health Care. – 1996. – Vol. 8. – P. 51–59.
15. *The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions / Caminal J., Starfield B., Sanchez E. [et al.] // Eur. J. Pub. Health. – 2004. – Vol. 14 (3). – P. 246–251.*
16. *Why are children hospitalized? The role of non-clinical factors in pediatric hospitalizations / Goodman D. C., Fisher E. S., Gittelsohn A. [et al.] // Pediatrics. – 1992. – Vol. 93. – P. 896–902.*

## СИСТЕМА ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПЕДИАТРИИ В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

О. Б. Олексюк, В. Г. Слабкий (Киев)

Предложена система предупредительной госпитализации в педиатрии, в основе которой стало признание врача общей практики/семейной медицины главной фигурой в организации медицинской помощи детям, с приоритетом оказания медицинской помощи на первичном уровне, активной профилактической работы и использования стационарозамещающих форм лечения. Одновременно вводится система непрерывного повышения качества медицинской помощи и профессионального мастерства медицинских работников первичного звена с привлечением родителей к сохранению здоровья детей.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** организация медицинской помощи детям, семейная медицина, врач общей практики/семейной медицины, система предупредительной госпитализации.

## SYSTEM OF PRECAUTIONARY HOSPITALIZATION IN PEDIATRICS IN CONDITIONS OF FAMILY MEDICINE INTRODUCTION

O. B. Oleksiuk, V. G. Slabkyi (Kyiv)

The system of precautionary hospitalization in pediatrics in which basis there became a recognition of the doctor of the general practice / family medicine the main figure in the organization of medical care to children, with a priority of rendering of medical care at the primary level, active preventive work and use stationary backup forms of treatment has been offered. The system of continuous improvement of medical care quality and professional skill of medical workers of the primary link with attraction of parents to maintenance of children health has been simultaneously entered.

**KEY WORDS:** the organization of medical care to children, family medicine, the doctor of the general practice / family medicine, system of precautionary hospitalization.

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

УДК 614.2:616-08.006.25(477.42)

О. К. ТОЛСТАНОВ (Житомир)

## ДІЯЛЬНІСТЬ ЛАБОРАТОРНИХ СЛУЖБ ЦЕНТРАЛЬНИХ РАЙОННИХ ЛІКАРЕНЬ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Управління охорони здоров'я Житомирської ОДА

Наведені дані аналізу діяльності лабораторій центральних районних лікарень Житомирської області з виявленими недоліками та можливими шляхами їх усунення.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** центральна районна лікарня, лабораторія, показник роботи.

На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я проводиться активна робота з її оптимізації шляхом структурних перетворень, зміни системи фінансування та підвищення функціональної спроможності системи [1–3]. Основною задачею оптимізації системи охорони здоров'я є задоволення потреб населення в якісній та доступній медичній допомозі [4]. В аспекті підвищення якості медичної допомоги значну роль відіграє діагностика захворювань. У діагностичному процесі значну роль відіграє лабораторна служба.

**Мета роботи:** виявити недоліки в організації лабораторної служби центральних районних лікарень області та розробити шляхи її удосконалення.

**Матеріали і методи:** бібліосемантичний, статистичний (звіти лабораторій центральних районних лікарень за 2008 рік), структурно-логічного аналізу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Лабораторна служба ЦРЛ області представлена 22 клініко-діагностичними лабораторіями та однією бактеріологічною (Лугинська ЦРЛ).

На кінець 2008 р. укомплектованість штатних посад лікарів-лаборантів фізичними особами, враховуючи біологів, які займають посади лікарів-лаборантів, становить по ЦРЛ 63%, по області – 70,1%. Зайнятість штатних посад лікарів-лаборантів, з урахуванням сумісників, становить 78,0%, по області – 81,8% (табл. 1).

Таблиця 1. Штати лікарів-лаборантів ЦРЛ

№ з/п	ЦРЛ	Кількість посад		Кількість фіз. осіб основних працівників у закладі на зайнятих посадах	Кількість фіз. осіб – біологів, які займають посади лікарів-лаборантів
		штатних	зайнятих		
1	Андрушівська	1,00	1,00	0,00	1
2	Баранівська	1,00	1,00	1,00	-
3	Бердичівська	0,25	0,25	0,00	-
4	Брусилівська	1,00	0,00	0,00	-
5	Вол.-Волинська	1,50	0,00	0,00	-
6	Ємільчинська	3,00	2,50	1,00	1
7	Житомирська	2,00	2,00	0,00	2
8	Коростишівська	0,50	0,50	0,00	-
9	Лугинська	1,00	0,00	0,00	-
10	Любарська	1,25	1,25	0,00	1
11	Малинська	1,00	0,50	1,00	-
12	Народицька	1,00	1,00	0,00	1
13	Нов.-Волинська	6,25	6,25	1,00	4
14	Овруцька	3,00	3,00	1,00	2
15	Олевська	3,00	1,50	0,00	1
16	Попільнянська	1,50	1,50	1,00	-
17	Радомишльська	1,00	0,50	0,00	-
18	Романівська	2,00	2,00	0,00	1
19	Ружинська	1,25	1,25	0,00	1
20	Червоноармійська	1,00	0,00	0,00	-
21	Черняхівська	1,00	1,00	0,00	1
22	Чуднівська	2,00	1,50	0,00	1
<b>Всього по ЦРЛ</b>		<b>36,50</b>	<b>28,50</b>	<b>6,00</b>	<b>17</b>



Наразі відбувається процес старіння кадрового потенціалу лікарів-лаборантів ЦРЛ. Переважна більшість з них пенсійного та передпенсійного віку. Крім того, біологи, які займають посади лікарів-лаборантів, почали працювати ще до 1994 р.

Збільшилась кількість спеціалістів з вищою немедичною освітою (лаборантів з вищою немедичною освітою), оскільки не вистачає лікарів-лаборантів.

Укомплектованість лаборантами лабораторій ЦРЛ області є задовільною – 97,2% (табл. 2).

В лабораторіях ЦРЛ за досліджуваний період виконано 7878967 аналізів. На одну особу – мешканця області виконано 9,1 аналізу (у 2006 р. – 8,3), по області – 15,3 аналізу (у 2006 р. – 14,6 аналізів), по Україні – 15,9 аналізу (табл. 3). Най-

нижчим цей показник є у Житомирській (6,2), Ємільчинській (6,8), Баранівській, Бердичівській, Романівській, Червоноармійській (7,5). Натомість у Чуднівській ЦРЛ – 13,2, Народицькій – 13,6, Коростишівській ЦРЛ – 12,5.

Кількість аналізів на 100 відвідувань у поліклініці та вдома по ЦРЛ області склала 79,4 (у 2006 р. – 75,1), по області – 88,8 (у 2006 р. – 86,5), по Україні – 90,9.

Вищий за середній по ЦРЛ та по області цей показник зареєстрований у Черняхівській ЦРЛ (132,3), Бердичівській (121,9), Баранівській (102,8); найнижчий – в Олевській ЦРЛ (58,8), Ружинській (67,8), Чуднівській (48,6), Володарсько-Волинській (56,8), Житомирській (65,8), Новоград-Волинській (66,6).

Таблиця 2. Штати лаборантів клінічних лабораторій

№ з/п	ЦРЛ	Кількість посад у закладі		У т.ч. в поліклініці (амбулаторії) диспансері, консультатції		Кількість фіз. осіб – основних працівників у закладі на зайнятій посаді
		штатних	зайнятих	штатних	зайнятих	
1	Андрушівська	6,50	6,50	5,50	5,50	7,00
2	Баранівська	6,00	6,00	4,00	4,00	6,00
3	Бердичівська	8,00	8,00	0,00	0,00	8,00
4	Брусилівська	4,00	4,00	0,00	0,00	4,00
5	Вол.-Волинська	10,50	9,50	5,00	4,00	9,00
6	Ємільчинська	3,50	3,50	3,50	3,50	4,00
8	Житомирська	13,00	13,00	8,00	8,00	13,00
9	Коростишівська	17,00	17,00	4,00	4,00	17,00
10	Лугинська	9,00	9,00	0,00	0,00	9,00
11	Любарська	6,00	6,00	3,50	3,50	6,00
12	Малинська	15,50	15,50	8,50	8,50	14,00
13	Нов.-Волинська	39,50	39,50	27,00	27,00	38,00
14	Овруцька	16,50	16,50	1,00	1,00	17,00
15	Олевська	15,00	15,00	8,00	8,00	15,00
16	Попільнянська	7,00	7,00	0,00	0,00	7,00
17	Радомишльська	10,50	10,50	6,00	6,00	10,00
18	Романівська	5,00	5,00	3,00	3,00	6,00
19	Ружинська	8,50	8,50	4,00	4,00	6,00
20	Червоноармійська	7,00	7,00	4,00	4,00	7,00
21	Черняхівська	12,25	12,25	12,25	12,25	12,00
22	Чуднівська	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00
<b>Всього по ЦРЛ</b>		<b>224,25</b>	<b>223,25</b>	<b>110,25</b>	<b>110,25</b>	<b>218,00</b>

Середній показник кількості аналізів на особу, яка вибула із стаціонару, по ЦРЛ області склав 31,2 (у 2006 р. – 30,8), по області – 31,8 (у 2006 р. – 31,3), по Україні – 33,9. Найнижчим цей показник є у Лугинській ЦРЛ (13,8), Бердичівській (20,7), Народицькій (22,0). Водночас у цих ЦРЛ значно вищий від середньообласного показник кількості аналізів на 100 відвідувань у поліклініці, що свідчить про догоспітальне обстеження хворих.

Питома вага аналізів, зроблених у поліклініці, включаючи хворих вдома, у загальній кількості аналізів по ЦРЛ склала 52,5% (у 2006 р. – 52,5%), по області – 54,8% (у 2006 р. – 55,4%), по Україні – 52,1% (табл. 4).

Структура проведених аналізів в ЦРЛ в цілому по області розподілилась таким чином:

- загальноклінічні – 39,9% (у 2007 р. – 42,3%), по області – 38,4%, по Україні – 40,1%;



Таблиця 3. Кількість проведених аналізів у ЦРЛ області

№ з/п	ЦРЛ	Абсолютні дані	На 1 особу – мешканця	На 100 відвідувань у поліклініці	Питома вага аналізів поліклінічних пацієнтів (%)	Кількість аналізів на 1 вибулого із стаціонару
1	Андрушівська	274967,0	7,5	76,1	52,2	26,2
2	Баранівська	331089,0	7,5	102,8	64,6	20,7
3	Бердичівська	345539,0	10,9	121,9	53,0	29,1
4	Брусилівська	139814,0	8,3	72,3	54,8	21,0
5	Вол.-Волинська	284303,0	7,7	56,8	44,3	38,3
6	Ємільчинська	260338,0	6,8	82,3	54,9	25,0
7	Житомирська	419996,0	6,2	65,8	46,6	35,8
8	Коростишівська	524654,0	12,5	94,5	51,3	35,6
9	Лугинська	149615,0	7,9	80,9	69,9	13,8
10	Любарська	284428,0	9,7	70,3	54,3	26,1
11	Малинська	523599,0	10,7	92,4	58,1	34,7
12	Народицька	132300,0	13,6	99,5	64,9	22,0
13	Нов.-Волинська	1038557,0	9,8	66,6	51,4	33,9
14	Овруцька	781811,0	12,4	96,0	47,5	51,8
15	Олевська	353089,0	8,1	58,8	46,6	30,7
16	Попільнянська	280697,0	8,1	71,7	58,5	26,1
17	Радомишльська	295553,0	7,5	84,8	53,6	31,4
18	Романівська	232440,0	7,5	74,2	54,6	29,9
19	Ружинська	295512,0	9,5	67,8	59,0	23,8
20	Червоноармійська	221129,0	9,0	98,0	52,7	33,7
21	Черняхівська	421851,0	13,2	132,3	52,6	36,0
22	Чуднівська	287686,0	7,3	48,6	36,2	28,1
<b>Всього по ЦРЛ</b>		<b>7878967,0</b>	<b>9,1</b>	<b>79,4</b>	<b>52,5</b>	<b>31,2</b>
<b>По області</b>		<b>20112426,0</b>	<b>15,3</b>	<b>88,8</b>	<b>54,8</b>	<b>31,8</b>
<b>По Україні</b>		<b>739589108,0</b>	<b>15,9</b>	<b>90,9</b>	<b>52,1</b>	<b>33,9</b>

- гематологічні – 0,1% (у 2006 р. – 34,2%), по області – 2,5%, по Україні – 2,7%;

- біохімічні – 15,4% (у 2006 р. – 14,0%), по області – 15,1%, по Україні – 77,7%;

- мікробіологічні – 2,6% (у 2006 р. – 2,7%), по області – 3,5%, по Україні – 3,8%;

- імунологічні – 7,0% (у 2006 р. – 6,7%), по області – 7,2%, по Україні – 6,5%.

Аналізуючи показники за окремими видами аналізів, слід вважати позитивним зменшення кількості загальноклінічних аналізів сечі і збільшення кількості гематологічних аналізів.

Значне збільшення біохімічних аналізів відбулося у зв'язку із зміною диференційної діагностики захворювань.

У більшості ЦРЛ значно збільшилась питома вага біохімічних аналізів. Натомість у деяких ЦРЛ вона залишається досить низькою: в Черняхівській та Романівській – 5,9%, Червоноармійській – 7,9%, Лугинській – 8,0%.

У більшості лабораторій ЦРЛ збільшилась кількість складних інформативних тестів на фер-

менти, згортальну та протизгортальну системи, водно-сольовий обмін.

Аналізи на гормони у невеликій кількості проводяться лише у Малинській ЦРЛ.

У Баранівській, Володарсько-Волинській, Брусилівській, Житомирській, Лугинській, Народицькій, Овруцькій, Радомишльській, Червоноармійській ЦРЛ дослідження водно-сольового обміну взагалі не проводяться.

У ЦРЛ області недостатня кількість бактеріологічних лабораторій та відділень, у більшості ЦРЛ не визначається рівень електролітів крові, кислотно-лужний стан крові.

Бактеріологічні дослідження матеріалу на туберкульоз проводяться методом бактеріоскопії (наявність кислотостійких паличок) в усіх ЦРЛ, окрім Народицької та Черняхівської.

У жодній з лабораторій ЦРЛ не проводяться бактеріологічні посіви, навіть у Лугинській, де зареєстровано бактеріологічну лабораторію. Такі дослідження в малому обсязі проводяться в райСЕС.

Таблиця 4. Питома вага окремих видів аналізів серед загальної кількості аналізів по ЦРЛ області (%)

№ з/п	ЦРЛ	Загальноклінічні (без гематологічних)	Гематологічні	Цитологічні	Біохімічні	Мікробіологічні	Імунологічні
1	Андрушівська	43,4	33,2	0,1	14,0	0,2	9,0
2	Баранівська	44,8	35,8	0	11,8	0,6	7,1
3	Бердичівська	31,9	34,9	0	25,3	1,1	6,8
4	Брусилівська	39,8	41,7	0	11,8	0,6	6,0
5	Вол.-Волинська	48,5	32,9	0	13,8	0,3	4,5
6	Ємільчинська	41,1	39,8	0	12,4	0,1	6,6
7	Житомирська	39,6	31,2	0,1	17,4	6,9	4,8
8	Коростишівська	39,7	34,3	0,2	16,5	0,8	8,5
9	Лугинська	43,1	38,2	0	8,0	6,3	4,4
10	Любарська	39,4	32,2	0	17,7	0,6	10,1
11	Малинська	40,2	35,9	0	11,5	6,7	5,7
12	Народицька	32,4	26,0	0,2	25,0	7,5	8,9
13	Нов.-Волинська	39,2	43,0	0	10,4	0	7,4
14	Овруцька	41,0	39,3	0,1	12,0	2,9	4,6
15	Олевська	41,1	33,3	0,3	17,4	2,8	5,2
16	Попільнянська	45,2	32,6	0,1	14,9	0,4	6,8
17	Ружинська	49,6	32,9	0	10,1	0,2	7,2
18	Радомишльська	29,7	40,9	0	19,5	0,7	9,2
19	Романівська	43,2	40,1	0,7	5,9	0,2	9,8
20	Червоноармійська	36,3	46,7	0	7,9	0,5	8,5
21	Черняхівська	49,8	40,1	0	5,9	0,1	4,0
22	Чуднівська	32,9	34,3	0,3	23,3	0,3	8,9
<b>Всього по ЦРЛ</b>		<b>39,9</b>	<b>35,0</b>	<b>0,1</b>	<b>15,4</b>	<b>2,6</b>	<b>7,0</b>
<b>По області</b>		<b>38,4</b>	<b>33,4</b>	<b>2,5</b>	<b>15,1</b>	<b>3,5</b>	<b>7,2</b>
<b>По Україні</b>		<b>40,1</b>	<b>29,2</b>	<b>2,7</b>	<b>17,07</b>	<b>3,8</b>	<b>6,5</b>

Упродовж останніх років не відбулося покращення матеріально-технічної бази лабораторій ЦРЛ, що залишається однією з головних проблем у розвитку та удосконаленні лабораторної служби. Автоматичні та напівавтоматичні лічильники формених елементів крові наявні лише в 3-х ЦРЛ, а автоаналізатори біохімічні відсутні в усіх ЦРЛ. Аналітичні ваги є лише у 7-и ЦРЛ.

#### Висновки

1. Статистичний аналіз діяльності діагностичних служб та лікувально-допоміжних відділень (кабінетів) ЦРЛ на підставі звітної форми № 20 "Звіт лікувально-профілактичного закладу" дає лише уявлення про обсяг і структуру виконаних досліджень, а також використання кадрових і діагностичних ресурсів.

2. У ЦРЛ області має місце неукомплектованість посад лікарів фізичними особами. Насамперед це стосується рентгенологів, лікарів ультразвукової діагностики, ендоскопістів, лікарів-лаборантів, фізіотерапевтів, лікарів з лікувальної фізкультури.

3. Спостерігається значне коливання показників, на які впливає забезпеченість ЦРЛ медичним персоналом, належний рівень їх про-

фесійної підготовки, якість та відповідність наявної апаратури, справність апаратів, безпечність їх в експлуатації.

4. Поряд із загальними показниками виконаної роботи аналізується структура проведених досліджень, кількість досліджень для оцінки збалансованості й адекватності структури до кількості досліджень, маніпуляцій та операцій.

5. При плануванні роботи відділень (кабінетів) функціональної діагностики особливу увагу необхідно приділяти відповідності переліку та обсягу функціональних досліджень рангу та профілю лікувально-профілактичного закладу.

6. Для забезпечення наступності в роботі поліклініки та стаціонару слід звернути увагу на виконання необхідного обсягу досліджень на догоспітальному етапі з метою виключення дублювання аналізів.

7. Ефективність діяльності ЦРЛ визначається якістю управління та великою мірою залежить від організаційних здібностей і професійної майстерності керівників.

**Подальші дослідження** пов'язані з вивченням якості роботи лабораторій центральних районних лікарень.

### Список літератури

1. Лисак В. П. Алгоритм дій керівників органів управління щодо структурної перебудови системи медичної допомоги на регіональному рівні / В. П. Лисак // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 4 – С. 7–12.
2. Лисак В. П. Оцінка медичними працівниками організації лікувально-діагностичного процесу в лікувально-профілактичних закладах / В. П. Лисак // Проблеми екології та медицини. – 2010. – № 3–4. – С. 39–47.
3. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
4. Сучасні підходи до оптимізації надання медичної допомоги новонародженим у Полтавській області / Г. О. Слабкий, О. М. Ковальова, В. П. Лисак, Н. В. Кінаш // Совр. педиатрия. – 2011. – № 1. – С. 20–22.

### ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ СЛУЖБ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

А.К. Толстанов (Житомир)

Приведены данные анализа деятельности лабораторий центральных районных больниц Житомирской области с выявленными недостатками и возможными путями их устранения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **центральная районная больница, лаборатория, показатель работы.**

### ACTIVITY OF LABORATORY SERVICES OF THE CENTRAL REGIONAL HOSPITALS OF ZHYTOMYR REGION

А. К. Tolstanov (Zhytomyr)

The data of the analysis of activity of laboratories of the central regional hospitals of Zhytomyr region with the revealed lacks and possible ways of their elimination have been resulted.

KEY WORDS: **the central regional hospital, laboratory, the parameter of work.**

*Рецензент:* д.мед.н. В.Д. Парій

УДК 614.8:614.4(100)

О. В. МАЗУРЕНКО (Київ)

## МІЖНАРОДНА ДОПОМОГА ПРИ ПОДОЛАННІ МЕДИКО-САНІТАРНИХ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРУ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Проаналізовано складові міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків 117 надзвичайних ситуацій природного характеру різного походження. Узагальнено її основні складові: а) екстрена медична допомога та участь у здійсненні санітарно-гігієнічних, протиепідемічних заходів; б) ліки та засоби медичного призначення; в) визначення медико-санітарних наслідків; г) сприяння відновленню охорони здоров'я ураженого регіону.

Міжнародна допомога лише збільшує спроможність національної охорони здоров'я щодо подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій, а не замінює її.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **надзвичайна ситуація природного характеру, охорона здоров'я, подолання медико-санітарних наслідків, міжнародна допомога.**

Зростання кількості природних катастроф в усьому світі обумовило проведення в 1994 р. Першої всесвітньої конференції зі зменшення небезпеки стихійних лих (Йокогама, Японія) і

прийняття "Стратегії та плану дій у створенні більш безпечного світу" [2]. Наступний крок в цьому напрямку було здійснено в 2005 р. (Кобе, Японія) – перегляд Йокогамської стратегії, визначення її недоліків та прийняття "Хіогської

© О. В. Мазуренко, 2011

рамкової програми дій зі зниження ризиків катастроф впродовж 2005–2015 рр.” Відповідно до рамкової програми, для збільшення потенціалу протидії катастрофам на рівні країн було визначено необхідність стратегічної координації дій між ООН, іншими урядовими та неурядовими міжнародними організаціями і визначено необхідність послідовного міжнародного співробітництва [3]. Прийняття цих рішень створило передумови для удосконалення моделі подолання наслідків НС міжнародного рівня, згідно з якою головну функцію виконує Бюро з координації гуманітарних справ ООН (UN OCHA). Відповідно до моделі, експерти Бюро узгоджують дії установ системи ООН, в т.ч. ВООЗ, та забезпечують всебічну міжнародну співпрацю на всіх рівнях, в т.ч. на рівні Міжнародних регіональних організацій (Європейський Союз, ОБСЄ, СНД, Асоціація держав Південно-Східної Азії (АСЕАН) тощо) та неурядових міжнародних організацій, зокрема Міжнародної федерації товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця (МФ ТЧХ та ЧП), організації “Лікарі без кордонів” та “Міжнародний медичний корпус” [6;7].

Головною умовою іноземної участі при подоланні наслідків надзвичайних ситуацій (НС), в т.ч. медико-санітарних, є її відповідність принципам та нормативам Міжнародного права, зокрема принципу мирного співіснування та невтручання у внутрішні справи суверенної держави та принципам Міжнародного медичного права [13]. До основних документів, які регламентують міжнародну участь при подоланні медико-санітарних наслідків НС, належать “Положення про медичну етику в умовах лиха”, “Лісабонська декларація прав пацієнта” та міжнародні угоди про співробітництво в галузі охорони здоров’я [5;12]. Так, правові основи законодавства України стосовно міжнародного співробітництва при подоланні наслідків НС визначені у “Концепції створення єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації” (1999), а відповідні питання надання медичної допомоги та деякі правила медичної етики при НС знайшли своє відображення у “Основах законодавства України про охорону здоров’я” [3;8]. Правові, організаційні та соціальні аспекти гуманітарної допомоги, в т.ч. у випадках катастроф, регламентовано Законами України “Про гуманітарну допомогу” та “Про благодійництво та благодійні організації” [9;10].

**Мета** роботи: систематизувати, узагальнити та проаналізувати складові міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз складових міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків 117 НС природно-

го характеру, з них 42 землетруси, 38 повеней та 37 ураганів, упродовж 1985–2010 рр.

Інформаційним ресурсом були публікації ООН та електронний ресурс офіційних сайтів Бюро координації гуманітарних справ ООН, ВООЗ, Міжнародної федерації товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця.

В роботі використано бібліосемантичний метод наукового пізнання явища. Обробку даних проведено на основі статистичних методів – зведення, групування та оцінки варіації.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз складових міжнародної допомоги у подоланні медико-санітарних наслідків НС дозволив здійснити її групування в залежності від виду і виділити наступні групи:

1) екстрена фінансова допомога, в т.ч. адресна допомога для здійснення проектів охорони здоров’я (ОЗ);

2) оцінка першочергових потреб ОЗ та їх забезпечення, в т.ч. ліки, засоби медичного призначення тощо;

3) надання екстреної медичної допомоги хворим та травмованим (мобільні медичні формування);

4) проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів;

5) технічна допомога та проекти відновлення системи охорони здоров’я.

*1. Міжнародна допомога при подоланні медико-санітарних наслідків землетрусів*

У групі дослідження більш руйнівними за масштабами наслідків та необхідних для їх ліквідації сил та засобів НС були землетруси. При подоланні медико-санітарних наслідків землетрусів було виділено два основні аспекти міжнародної допомоги:

1) задоволення основних першочергових потреб охорони здоров’я: а) надання екстреної медичної допомоги; б) запобігання інфекційній захворюваності; в) запобігання неінфекційній захворюваності (надання медичної допомоги хронічно хворим особам);

2) відновлення системи ОЗ, в т.ч. первинної медико-санітарної допомоги, та остаточне лікування і реабілітація травмованих за межами осередку НС (виконання завдання обумовлює створення реабілітаційної системи для постраждалих на територіальному рівні).

Спільне визначення потреб ОЗ за участю фахівців національної системи охорони здоров’я та міжнародних експертів ООН, в т.ч. експертів ВООЗ та ЮНІСЕФ, здійснювали в 100% випадків. Додатково до визначення потреб ОЗ в 57,14% залучали представників неурядових організацій та представників регіональних міжнародних організацій (Панамериканська організація охорони здоров’я – ПАООЗ). Після завершення го-

строї фази перебігу НС міжнародні експерти брали участь у розробці та підтримці проектів відновлення закладів охорони здоров'я, в т.ч. через надання технічних рекомендацій, ліків та засобів медичного призначення для надання екстреної медичної допомоги.

Іноземні мобільні медичні формування неурядових організацій брали участь у наданні медичної допомоги у 60,71%. Інші медичні загопи було задіяні у такому співвідношенні: у 21,43% випадків – госпіталі інших країн, 14,29% – мобільні медичні формування під керівництвом та за участю експертів ВООЗ/ПАООЗ і 3,57% – ЮНІСЕФ. Пріоритет в наданні допомоги, яку спрямовано на попередження інфекційної захворюваності, в т.ч. організації проведення комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, належав експертам ВООЗ/ПАООЗ, із залученням представників неурядових організацій. Освітню роботу серед населення з питань збереження здоров'я в усіх випадках здійснювали волонтери неурядових організацій.

Фінансування заходів цільової допомоги для охорони здоров'я з боку міжнародної спільноти констатовано в 11,9% випадків, з них майже в 60,0% фінансова допомога надходила за сприяння установ ООН, в решті – з боку регіональних та неурядових організацій.

### *II. Міжнародна допомога при подоланні медико-санітарних наслідків повені*

На відміну від дій в умовах землетрусів, при подоланні медико-санітарних наслідків повені вид та обсяг міжнародної допомоги обумовлені нагальними потребами в проведенні комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів: підтримці відповідними засобами національної програми вакцинації, наданні екстреної медичної допомоги, в т.ч. постраждалим в осередку НС та евакуйованим за її межі. Якщо у загальній структурі міжнародної допомоги при подоланні наслідків повені забезпечення першочергових потреб населення постраждалого регіону складає майже 100%, то залучення міжнародних експертів до визначення потреб ОЗ констатовано лише у 3,23% випадків, а допомогу по забезпеченню засобами медичного призначення, ліками, серед яких пріоритет належить протимікробним засобам для системного використання та “пероральним регідратаційними солям” – у 10,75%. Надання екстреної медичної допомоги хворим та травмованим під час подолання наслідків повені іноземними мобільними формуваннями констатовано у 31,57% випадків, з них за участю експертів ВООЗ та її регіональних організацій і представників неурядових організацій – по 41,67%, іноземними госпіталями – в 16,67%. Для вирішення завдання із запобігання та попередження інфекційної захворюваності,

в т.ч. впровадження системи раннього попередження та проведення комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, іноземні фахівці були задіяні у 15,62% випадках, з них експерти ВООЗ та її регіональних організацій – 60,0%, МФ ТЧХ та ЧП – 20,0%, фахівці інших країн – 20,0%. Допомога з боку установ ООН стосовно охорони здоров'я, спрямована на контроль за якістю продуктів харчування та питної води, втілювалась через надання відповідного устаткування, в т.ч. PCR-лабораторій, та надання адресної допомоги уразливим верствам населення з контролем зменшення материнської смертності та захворюваності.

При повені екстрена фінансова допомога у загальній структурі міжнародної допомоги з боку установ ООН становила 23,66%. Розподіл донорів цього виду допомоги наступний: 1) установи ООН – 28,95%; 2) неурядові організації – 28,95%; 3) регіональні організації – 10,53%; 4) інші країни – 31,58%. Цільову фінансову допомогу для потреб охорони здоров'я констатовано як поодинокий випадок (уряди країн не звертались по цей вид допомоги).

В усіх випадках при подоланні медико-санітарних наслідків повені експерти ВООЗ забезпечували: координацію міжнародної та національної допомоги щодо подолання медико-санітарних наслідків повені; надання всебічної консультативної та технічної допомоги у здійсненні протиепідемічних заходів в осередку повені та визначенні наявного ризику; збір та узагальнення інформації щодо забезпечення ліками та засобами медичного призначення, в т.ч. “Новими аптечками екстреної медичної допомоги”.

### *III. Міжнародна допомога при подоланні медико-санітарних наслідків смерчів (ураганів)*

Особливості виду та обсягу міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків смерчів (ураганів) обумовлено сучасними можливостями із спостереження за зародженням та розвитком цього природного явища. У групі дослідження в 35,14% випадків здійснювали лише моніторинг ситуації та приводили в стан підвищеної готовності відповідні сили та засоби міжнародної спільноти в разі потреби надання екстреної допомоги. При досягненні розвитку НС міжнародного рівня надання екстреної фінансової допомоги констатовано в 59,49% випадках, з них з боку установ ООН та неурядових організацій – 90,9% випадків, решта – з боку регіональних міжнародних організацій (9,09%). Надання адресної фінансової допомоги для потреб охорони здоров'я, як і при подоланні наслідків повені, відбувалось як поодинокий випадок.

Визначення потреб ОЗ із залученням міжнародних експертів здійснювалось у 21,62%, з них



в 75% залучали експертів ПАООЗ, в решті випадків – представників неурядових організацій.

У половині випадків відновлення системи охорони здоров'я відбувалось завдяки двобічним міжурядовим угодам. За участю установ ООН технічну допомогу надавали в 28,57% випадків, з них в 1/2 випадків за участю експертів ВООЗ та майже в 1/5 – за участю регіональних міжнародних організацій (21,43%).

Забезпечення ліками та засобами медичного призначення при подоланні наслідків ураганів здійснювали в 21,73% випадків, з них агенції ООН (ВООЗ – 75%, UNICEF – 25%) – в 45,45% випадках, неурядові організації – в 36,36%, уряди інших країн – 18,18%. Частка загиблих при смерчах (ураганах) групи дослідження незначна і становить 0,46% (42366 осіб) при загальній кількості постраждалих 90769013, що свідчить, на нашу думку, про своєчасність здійснених заходів із попередження та евакуації населення.

Надання екстреної медичної допомоги та проведення комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів в осередку НС за участі іноземних медичних мобільних формувань та/або міжнародних експертів зафіксовано у 37,83% випадків, яка відповідно до завдань розподілилась порівну. При наданні екстреної медичної допомоги у половині випадків взяли участь мобільні медичні формування інших країн та неурядових організацій, у 14,29% випадків – регіональні міжнародні організації. У запобіганні поширенню інфекційної захворюваності брали участь експерти ВООЗ та неурядових організацій – по 43,0%, за участю фахівців провідних науково-практичних центрів іноземних країн, в т.ч. Центру по контролю за захворюваністю США (CDC) – 14,0%.

Отже, агреція різновидів допомоги дає можливість виявити особливості міжнародної допомоги та оцінити ступінь їх подібності (табл.).

Таблиця. Загальний розподіл міжнародної допомоги при подоланні наслідків природних катастроф

Вид допомоги	Землетруси		Повені		Урагани		Разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Моніторинг перебігу НС та координація	0	0	18	11,92	13	14,94	31	8,83
Надання екстреної фінансової допомоги у вигляді гранту	34	30,09	52	34,44	21	24,14	107	30,48
Технічна допомога та проекти відновлення (в т.ч. відновлення закладів ОЗ)	2	1,77	11	7,28	7	8,05	20	5,70
Адресна фінансова допомога для здійснення проектів відновлення охорони здоров'я	5	4,42	7	4,64	1	1,15	13	3,70
Ліки та засоби медичного призначення	8	7,08	16	10,60	9	10,34	33	9,40
Загальна гуманітарна допомога (в т.ч. продукти харчування)	11	9,73	14	9,27	5	5,75	30	8,55
Визначення першочергових потреб осередку НС	14	12,39	14	9,27	10	11,49	38	10,83
Визначення потреб охорони здоров'я в осередку НС	13	11,50	5	3,31	11	12,64	29	8,26
Надання екстреної медичної допомоги хворим та травмованим	22	19,47	12	7,84	7	7,69	39	10,26
Запобігання інфекційній захворюваності	4	3,54	4	2,65	7	7,69	14	3,99
<b>Разом</b>	<b>113</b>	<b>100%</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>	<b>354</b>	<b>100%</b>

Як видно з таблиці, при подоланні наслідків НС природного походження пріоритетним видом міжнародної допомоги, незалежно від виду катастрофи, є фінансова допомога (30,48%), тоді як адресна фінансова допомога для вирішення завдань ОЗ становить лише 3,70%. При подоланні медико-санітарних наслідків НС основними аспектами міжнародної допомоги є надання екстреної медичної допомоги хворим та травмованим іноземними медичними мобільними формуваннями, що має більш вагому частку (19,47%) при землетрусах та запобіганні інфек-

ційній захворюваності (7,69%) при смерчах (ураганах). Типовим видом допомоги з боку міжнародної спільноти є надання ліків та засобів медичного призначення, частка якої становить до 10%.

#### Висновки

1. Види та обсяги міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків НС природного походження обумовлено першочерговими завданнями ОЗ.

2. Основним критерієм надання міжнародної допомоги є невідповідність потреб охорони

здоров'я наявним національним ресурсам центрального рівня.

3. Залучення міжнародних експертів до роботи спеціальної комісії з подолання наслідків НС та визначення медико-санітарних наслідків НС сприяє надходженню міжнародної допомоги.

4. Основні складові міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків НС природного характеру типові: а) надання екстреної медичної допомоги; б) визначення медико-санітарних наслідків НС; в) надання ліків та засобів медичного призначення; г) участь у

здійсненні санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів; д) підтримка відновлення закладів охорони здоров'я.

5. Міжнародна допомога при подоланні наслідків природних НС в 8,83% випадків обмежувалась моніторингом перебігу НС та забезпеченням координації.

6. При НС природного походження забезпечення невідкладної медичної допомоги іноземними мобільними медичними формуваннями становить 10,26% у загальній структурі міжнародної допомоги.

### Список літератури

1. Гвоздь М. В. Деякі пропозиції щодо вдосконалення механізму управління в надзвичайних ситуація / М. В. Гвоздь, О. В. Бабак, М. В. Вінниченко // Організація управління в надзвичайних ситуація : матеріали 10-ої Міжнар. наук.-практ. конф. – К., 2008. – С. 144–150.
2. Доклад Всемирной конференции по уменьшению опасностей бедствий, Хиого, Япония, 18–22 января 2005 г. / Генеральная Ассамблея ООН. – А CONF.206/6. – 16 марта. 2005. – 64 с.
3. Доклад Всемирной конференции по уменьшению опасности стихийных бедствий. Йогогама, 23–27 мая 1994 г. / Генеральная Ассамблея ООН. – А CONF.172/9 – 27 сент. 1994. – 57 с.
4. Концепція створення єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації : постанова Кабінету Міністрів України № 501 від 7 липня 1995 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Лиссабонская декларация относительно прав пациента. Принята 34-й Всемирной медицинской ассамблеей, Лиссабон, Португалия, сентябрь/октябрь 1981 г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=990\\_016](http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=990_016). – Назва з екрану.
6. Міжнародні організації : навч. посібн. / за ред. О. С. Кучика. – 2-ге вид., перероб і доп. – К. : Знання, 2007. – 749 с.
7. Москаленко В. Ф. Сучасні підходи до вирішення проблем охорони здоров'я населення, викликаних стихійними лихами / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва // Наук. вісн. нац. мед. ун-ту ім. О. О. Богомольця. – 2009. – № 3. – С. 55–63.
8. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
9. Про благодійництво та благодійні організації : Закон України від 16 вер. 1997 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
10. Про гуманітарну допомогу : Закон України від 22 жовт. 1999 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
11. Реагування на виникнення надзвичайних ситуацій : монографія / Волянський П. Б., Гловацький О. Л., Гур'єв С. О. [та ін.]; за ред. С. О. Гур'єва. – К. : ІДУЦЗ, УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України, 2010. – 412 с.
12. Стеценко С. Г. Медичне право України : підр. / С. Г. Стеценко, В. Г. Стеценко, І. Я. Сенюта. – К. : Правова єдність, 2008. – 507 с.
13. Черкес М. Ю. Міжнародне право : підр. / М. Ю. Черкес. – К. : Знання, 2006. – 397 с.

### МЕЖДУНАРОДНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРА

О. В. Мазуренко (Киев)

Проведен анализ составляющих международной помощи при ликвидации медико-санитарных последствий 117 чрезвычайных ситуаций природного характера. Обобщены ее основные составляющие: а) экстренная медицинская помощь и участие в осуществлении санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий; б) лекарства и средства медицинского назначения; в) определение медико-санитарных последствий; г) содействие восстановлению здравоохранения пострадавшего региона.

Международная помощь лишь увеличивает возможности национального здравоохранения относительно преодоления медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, а не замещает ее.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** чрезвычайная ситуация природного характера, медико-санитарные последствия, здравоохранение, международная помощь.

### THE INTERNATIONAL AID AT LIQUIDATION OF MEDICAL AND SANITARY CONSEQUENCES OF EXTREME SITUATIONS OF NATURAL CHARACTER

О. V. Mazurenko (Kyiv)

The analysis of components of the international aid has been carried out at liquidation of medical and sanitary consequences 117 extreme situations of natural character. Its basic components have been generalized: a) emergency

medical care and participation in realization sanitary-and-hygienic, antiepidemic actions; b) medicines and resources of medical assignment; c) definition of medical and sanitary consequences; d) assistance to restoration of health care of disaster region.

The international aid only increases opportunities of national health care concerning overcoming medical and sanitary consequences of extreme situations, but not substitutes for it.

**KEY WORDS: natural disaster, medical and sanitary consequences, health care, international assistance.**

*Рецензент: к.е.н. Н.Т. Кучеренко*

## РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2:351.84.001.73:316.65

*М. В. ШЕВЧЕНКО, О. О. ЗАГЛАДА, В. Я. БОЙКО (Київ)*

### **СТАВЛЕННЯ ДО ПРОВЕДЕННЯ СТРУКТУРНИХ РЕФОРМ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ТА ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ КЕРІВНИКІВ ОБЛАСНИХ, МІСЬКИХ, РАЙОННИХ УПРАВЛІНЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ГОЛОВНИХ ЛІКАРІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЇХНІХ ЗАСТУПНИКІВ)**

*ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"*

Результати соціологічного опитування, проведеного серед керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головних лікарів закладів охорони здоров'я та їхніх заступників, дозволили охарактеризувати ставлення до проведення структурних реформ у системі охорони здоров'я України та запровадження системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Дане дослідження проведене з урахуванням стратегічних завдань щодо реформування системи охорони здоров'я України, які визначені в Програмі економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА: керівники, головні лікарі, структурні реформи, соціальне медичне страхування.**

Стратегічні напрями реформування системи охорони здоров'я України визначено заходами Програми економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава" [5], і передусім це стосується змін на рівні центральних органів влади, органів управління, керівництва закладів охорони здоров'я. Тому важливим кроком у реформуванні є вивчення ставлення керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головних лікарів закладів охорони здоров'я та їхніх

заступників щодо напрямів та стратегії запровадження запланованих перетворень. Раніше проведені дослідження показали, що професійна, громадська і особиста позиція респондентів стосовно системи охорони здоров'я є не досить активною і не завжди адекватною з огляду на реальний стан справ у цій сфері [3], більшість респондентів визнають необхідність здійснення змін у галузі охорони здоров'я в Україні [1;4], однак залишається дискусійною стратегія проведення цих змін.

**Мета дослідження** – вивчення ставлення керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головних лікарів за-

кладів охорони здоров'я та їхніх заступників до проведення структурних реформ, які визначено Програмою економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава”.

**Матеріали і методи.** Соціологічне дослідження проведено в червні-вересні 2010 р. серед керівників закладів охорони здоров'я Вінницької, Черкаської і Рівненської областей суцільним методом [2;6].

Розрахунковий обсяг вибірки для дотримання умов репрезентативності було визначено у розмірі 302 особи. Враховуючи відсоток відгуку на анкетування та можливі помилки при заповненні анкет, було розповсюджено 440 анкет, зібрано – 395 (90%). Після перевірки на правильність та логічність їх заповнення для аналізу було відібрано 386 анкет. Дослідження проводилося з використанням спеціально розроблених анонімних анкет з формалізованими носіями інформації: “Анкета для вивчення ставлення керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головних лікарів закладів охорони здоров'я та їх заступників до структурних реформ в охороні здоров'я та запровадження соціального медичного страхування”.

Мінімізація випадкових похибок вибірки була забезпечена репрезентативною вибіркою. Обробка та статистичне групування інформації здійснювались за звичайними таблицями розподілу явищ за ознаками, які виражені в абсолютних цифрах і відсотках.

Отримані матеріали оброблені за допомогою табличного редактора MS Excel з використанням загальноприйнятих статистичних методів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Соціологічне опитування проведено серед 386 керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головних лікарів та їхніх заступників. Мінімальний вік респондентів становив 20 років, максимальний – 80 років, середній вік –  $49,7 \pm 11,4$  року (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл респондентів за віком

Показник	Значення
Середній вік респондентів, років	49,7
Мінімальний вік респондентів, років	20
Максимальний вік респондентів, років	80
Медіанне значення, років	51,0
Стандартне відхилення ( $\sigma$ )	$\pm 11,4$

Серед респондентів переважають жінки (58%, або 224 особи), частка чоловіків серед респондентів становила 42%, або 162 особи.

Серед опитаних 58,8% мали вищу кваліфікаційну категорію, 21,2% – I категорію, 2,6% –

II категорію, 14,2% не мали категорії. Науковий ступінь доктора медичних наук мав 1 респондент (0,3% від загальної чисельності респондентів), кандидата – 8 (2,1%). Сумарно частка осіб, які атестовані на вищу та I категорії, становила найбільшу групу – 308 осіб, або 80%.

Більшість респондентів, що взяли участь в опитуванні, займали керівні посади у територіальних медичних об'єднаннях (ТМО), центральних районних (ЦРЛ), районних (РЛ), міських (МЛ) лікарнях – 62% від загальної чисельності респондентів. Понад 9% респондентів представлено керівниками обласних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), 3% – амбулаторно-поліклінічних закладів (АПЗ), близько 5% – лікарських амбулаторій ЗПСМ. Серед опитаних були представники органів місцевої влади та самоврядування та начальники управлінь охорони здоров'я (4%). Більшість респондентів обіймали посаду головного лікаря або заступника головного лікаря, начальника управління або ЗОЗ (284 особи, або 73,6%). Другу найбільшу групу за чисельністю респондентів (70 осіб, або 18,1%) становили завідувачі відділеннями різних типів ЗОЗ.

За місцем проживання респонденти розподілилися наступним чином: близько 80% проживали у міських поселень та близько 20% – сільських.

Опитування учасників анкетування щодо їх ставлення до проведення структурних реформ, які визначені заходами Програми економічних реформ Президента України, а також запровадження системи державного загальнообов'язкового медичного страхування показало наступні результати.

Щодо ключових проблем системи охорони здоров'я в Україні респонденти відмітили:

- недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування (79%);
- недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази щодо регулювання відносин у системі охорони здоров'я (61%);
- невідповідність діючої моделі охорони здоров'я вимогам ринкової економіки (47%).

Кожний третій з опитаних (37,8%) вважає, що ключовими проблемами галузі є надмірна децентралізація, фрагментація фінансових потоків, функціонування відомчих систем охорони здоров'я.

Кожний другий респондент (52% із загальної чисельності респондентів) вважає однією із ключових проблем відсутність політичної волі на всіх рівнях законодавчої та виконавчої влади для проведення системних реформ.

Порівняно невисоку підтримку отримали такі варіанти відповідей, як гальмування запровадження системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування (47%). Низький



рівень фахової підготовки медичних працівників як одну із проблем галузі називають лише 12% респондентів.

Крім включених до анкети, респонденти мали можливість обрати і запропонувати інші можливі ключові проблеми системи. Респондентами було запропоновано наступні варіанти відповідей: “недостатній рівень підготовки керівників охорони здоров'я”, “проблеми державних закупівель”, “низька якість послуг”, “відсутність самостійності у закладів охорони здоров'я”, “непослідовність дій”, “некомпетентність керівництва галузі”, “недостатня увага до проблем галузі”, “недоліки управління”, “невідповідність умов діяльності вимогам сучасності”, “коруптованість”, “нівелювання авторитету лікаря”, “відсутність єдиного медичного простору” та “брак ефективного менеджменту”.

Щодо проблем, які з точки зору респондентів потребують першочергового вирішення при проведенні реформ в системі охорони здоров'я, найбільш поширеною була підтримка варіанту стосовно низького рівня оплати праці та соціального захисту медичних працівників (71% респондентів), а також необхідність прийняття нових законодавчих актів, які будуть регламентувати можливість проведення реформ галузі (64% респондентів) та запровадження нових методів фінансування (59%).

Найменш популярними серед респондентів були варіанти відповідей щодо надлишкової потужності стаціонару та низького рівня доступності та якості медичної допомоги, лише 17% респондентів вважають, що ці питання потребують першочергового вирішення. Невисока популярність також відповідей щодо нераціонального планування та використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів (22% респондентів).

Серед інших проблем, самостійно позначених респондентами, найбільш поширеними були: “юридичний захист”, “низька поінформованість”, “низький рівень відповідальності пацієнтів за своє здоров'я”, “низька відповідальність керівництва” та “боротьба з корупцією”.

Основними джерелами інформації, які респонденти використовували для ознайомлення із питаннями проведення реформ в системі охорони здоров'я, є вітчизняні Інтернет-ресурси (78% респондентів), наукові публікації в журналах, матеріали конференцій, з'їздів, семінарів-тренінгів тощо (70%), публікації в центральних та місцевих ЗМІ (60%), прес-релізи, інформаційні матеріали, нормативно-правові документи місцевих органів влади, в т.ч. управлінь охорони здоров'я (54%). Тільки 20% респондентів зазначили, що використовують зарубіжні Інтернет-ресурси (сайти ВООЗ, Світового Банку, ЮНІСЕФ, ПРООН, міністерств охорони здоров'я інших країн тощо).

Респондентами надавалися й інші варіанти відповідей щодо джерел інформації: “лекції при проходженні передатестаційного циклу”, “селекторні наради”, “обмін досвідом”, “участь у конференціях, особливо закордонних, стажування”, “від знайомих, колег” тощо.

Щодо підтримки керівниками проведення структурних реформ в системі охорони здоров'я, то найбільш позитивно респонденти ставляться до:

- вільного вибору лікаря загальної практики-сімейної медицини, який визначає медичний маршрут пацієнта (79% респондентів);

- запровадження системи направлень з нижчого рівня надання медичної допомоги на вищий (77%);

- розмежування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги (74%);

- пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (69%).

Найменшу підтримку респондентів отримали питання стосовно створення госпітальних округів (38%) та університетських лікарень як об'єднання потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації (44%).

Щодо реформи системи фінансування охорони здоров'я, то найбільшу підтримку серед них отримали:

- концентрація фінансових ресурсів для надання ПМСД на міському/районному рівнях (82% респондентів);

- зміна умов оплати праці шляхом використання базової і змінної складової залежно від обсягу та якості роботи (79%);

- легалізація співоплати населення за надання медичних послуг – 68%;

- зміна порядку фінансування первинного рівня шляхом введення подушної оплати плюс стимулюючі надбавки за пріоритетні види діяльності (62%).

Найменшу підтримку серед напрямів реформ системи фінансування охорони здоров'я отримали питання щодо концентрації коштів Державного бюджету на рівні МОЗ України, за винятком фінансування діяльності медичної служби Міністерства оборони, СБУ та промислової медицини та об'єднання фінансових ресурсів для надання вторинної медичної допомоги на обласному рівні.

Крім того, зазначаємо, що значна кількість респондентів не змогла оцінити запропоновані варіанти реформування фінансування системи охорони здоров'я. Так, частка респондентів, що обирали варіант відповіді “не визначився /-лася” та “не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю”, становила від 8% до 38-40% на запитання щодо зміни порядку фінансуван-



ня третинного та вторинного рівнів медичної допомоги за методом "глобального бюджету".

На питання щодо підтримки запровадження системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування (ЗСМС) понад 3/4 респондентів висловилися схвально (75,9% респондентів). Вважають, що запровадження ЗСМС не потрібно за умови проведення системних реформ галузі 7,8% респондентів.

Більшість респондентів підтримує створення Фонду медичного страхування як єдиного державного страхувальника в рамках законодавства про загальнообов'язкове соціальне страхування (67%). При цьому 12% не є прихильниками даної моделі, ще 12% та 19% респондентів не визначилися або недостатньо поінформовані для підтримки моделі.

Модель ЗСМС, що ґрунтується на створенні Державної медичної страхової організації та залучення в якості страхувальників фінансових організацій, що діють відповідно до Закону України "Про страхування", підтримали 30% респондентів, однак майже 28% не підтримують використання цієї моделі. До того ж майже 33% респондентів не визначилися або не є достатньо поінформованими щодо цього варіанту.

Найменшу підтримку серед респондентів отримала модель запровадження ЗСМС, що ґрунтується на впровадженні загальнообов'язкового медичного соціального страхування на основі Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності (21,5% респондентів). Проти такої моделі висловилися майже 25% респондентів.

За результатами опитування, активному впровадженню системних реформ охорони здоров'я перешкоджає наступне:

- недосконалість нормативно-правової бази, передусім норми статті 49 Конституції України щодо надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я безоплатно та заборони скорочення існуючої мережі державних і комунальних закладів, як основну перешкоду називають 82% респондентів;

- відсутність системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування (51%).

При цьому недостатність професійної підготовки управлінців галузі, відсутність бажання медичних працівників до змін та страх перед змінами, на думку респондентів, є найменш вагомими чинниками (15%, 14% та 15% відповідно), що перешкоджають запровадженню реформ.

### **Висновки**

Вивчення ставлення керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головних лікарів закладів охорони здоров'я та

їхніх заступників до структурних реформ в охороні здоров'я та запровадження соціального медичного страхування показало наступне:

- переважна більшість респондентів вважає, що недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування є ключовою проблемою системи охорони здоров'я в Україні;

- при проведенні реформ в системі охорони здоров'я потребують першочергового вирішення питання підвищення рівня оплати праці та соціального захисту медичних працівників, прийняття нових законодавчих актів, які будуть регламентувати можливість проведення реформ галузі та запровадження нових методів фінансування;

- серед структурних реформ респонденти підтримують вільний вибір лікаря загальної практики-сімейної медицини, який визначає медичний маршрут пацієнтів, запровадження системи направлень з нижчого рівня надання медичної допомоги на вищий, розмежування первинної, вторинної та третинної медико-санітарної допомоги, пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини;

- кожен третій респондент не підтримує створення госпітальних округів та майже кожен другий – університетських лікарень як об'єднання потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації;

- більшість респондентів вважають, що основними напрямками реформи системи фінансування має стати концентрація фінансових ресурсів для надання ПМСД на міському/районному рівнях, зміна умов оплати праці, легалізація співоплати населення за надання медичних послуг, зміна порядку фінансування первинного рівня;

- 2/3 респондентів підтримали запровадження системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Створення Фонду медичного страхування як єдиного державного страхувальника в рамках законодавства про загальнообов'язкове соціальне страхування є оптимальним варіантом запровадження системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування в Україні.

**Перспективи подальших досліджень.** В подальшому важливо відслідкувати, як буде змінюватися ставлення керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головних лікарів закладів охорони здоров'я та їхніх заступників в процесі проведення структурних перетворень в галузі.

## Список літератури

1. Дейкун М. П. Моніторингове соціологічне дослідження проблем охорони здоров'я населення / М. П. Дейкун // Укр. мед. часоп. – 1999. – № 3 (11). – С. 83–87.
2. Калінін М. І. Біометрія : підр. для студентів вузів біологічних і екологічних напрямків / М. І. Калінін, В. В. Єлісеєв. – Миколаїв : вид-во МФ НаУКМА, 2000. – 204 с.
3. Карамішев Д. В. Результати соціологічного опитування керівників фармацевтичної галузі та провізорів щодо перетворень у системі охорони здоров'я / Д. В. Карамішев, А. С. Немченко // Укр. мед. часоп. – 2007. – № 2 (58). – С. 131–137.
4. Подоляка В. Л. Відношення медичних працівників та населення великого промислового міста до проведення економічних реформ в системі охорони здоров'я (за даними медико-соціологічного дослідження) / В. Л. Подоляка // Арх. клин. и эксперимент. медицины. – 2004. – Т. 13, № 1–2. – С. 47–50.
5. Програма економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/kerprogram.html>. – Назва з екрану.
6. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль, 2000. – 680 с.

**ОТНОШЕНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ СТРУКТУРНЫХ РЕФОРМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ВНЕДРЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА РУКОВОДИТЕЛЕЙ ОБЛАСТНЫХ, ГОРОДСКИХ, РАЙОННЫХ УПРАВЛЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ГЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИХ ЗАМЕСТИТЕЛЕЙ)**

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

Результаты социологического опроса, проведенного среди руководителей областных, городских, районных управлений здравоохранения, главных врачей учреждений здравоохранения и их заместителей, позволили охарактеризовать отношение к проведению структурных реформ в системе здравоохранения Украины и внедрению системы обязательного социального медицинского страхования. Данное исследование проведено с учетом стратегических задач относительно реформирования системы здравоохранения Украины, которые определены в Программе экономических реформ Президента Украины на 2010–2014 годы.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** руководители, главные врачи, структурные реформы, социальное медицинское страхование.

**ATTITUDE TOWARD STRUCTURAL REFORMS IN HEALTH CARE AND THE INTRODUCTION OF HEALTH INSURANCE (ACCORDING TO THE SOCIAL POLL AMONG HEADS OF REGIONAL, CITY, REGIONAL MANagements OF HEALTH CARE, HEAD DOCTORS OF HEALTH CARE ESTABLISHMENTS AND THEIR DEPUTIES)**

*M. V. Shevchenko, O. O. Zaglada, V. Ya. Boiko (Kyiv)*

The results of the sociological poll which has been carried out among heads of regional, city, regional managements of health care, head doctors of health care establishments and their assistants, have allowed to characterize the attitude toward structural reforms in the health care system of Ukraine and to introduction of obligatory system social medical insurance. The given research has been carried out taking into account strategic problems concerning reforming Ukrainian health care system which are determined in the Program for economic reforms of the President of Ukraine for 2010-2014.

**KEY WORDS:** managers, head doctors, structural reforms, social health insurance.

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

УДК 616-036.882-08:725.511(100)

Г. Я. ПАРХОМЕНКО (Київ)

## ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОЇ ДОПОМОГИ – ЛІКАРНЯ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ЗРАЗКА

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Наведені основні підходи до створення лікарень інтенсивної допомоги пацієнтам, організаційні аспекти яких будуть відпрацьовуватися при проведенні експерименту в пілотних регіонах. Даний тип лікарень в своїх концептуальних підходах відповідає лікарням європейського зразка.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** лікарня інтенсивної допомоги, організація, фінансування, кадри.

Сучасний стан лікарень, за визначеннями провідних українських спеціалістів із соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я, характеризується зосередженістю на вирішенні потреб закладу, а не на задоволенні медичних потреб населення; неефективності структури, що призводить до деформованості структури медичних послуг та неефективності використання наявних ресурсів охорони здоров'я; недостатності обсягів фінансування з громадських джерел та неможливості їх ефективного використання, що призводить до порушення принципів справедливості та низької якості медичної допомоги; невирішеність соціальних та економічних питань зумовлює незацікавленість медичних працівників у підвищенні ефективності праці [1;3;4].

**Мета роботи:** дати характеристику лікарні інтенсивної допомоги та визначити її роль у новій системі охорони здоров'я України.

**Матеріали і методи:** бібліосемантичний, системного підходу, концептуального моделювання.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В ході структурної перебудови системи надання вторинної медичної допомоги передба-

чено створення лікарень нового для України типу. Це лікарні інтенсивної медичної допомоги, лікарні для планового лікування пацієнтів, лікарні відновного лікування, заклади для надання медико-соціальної допомоги та хоспіси. Подібний розподіл лікувально-профілактичних закладів ґрунтується на інтенсивності лікувального процесу та, відповідно, функціях, що на них покладаються. Планується поступове та виважене об'єднання багатопрофільних, монопрофільних та спеціалізованих закладів.

Вперше в Україні вводиться поняття госпітального округу. Воно визначається територією та населенням, що на ній проживає і обслуговується в лікувально-профілактичних закладах нового типу, центральним з яких є лікарня інтенсивної допомоги пацієнтам. Як правило, це має бути декілька адміністративних територій (міста, райони) з чисельністю населення в межах 150 тис. осіб з часом доїзду до лікарні інтенсивного лікування пацієнтів в межах терапевтичного вікна для хворих з гострими станами. Цей час визначається двома годинами. Наводимо схематичну структуру госпітального округу (рис.) [2].

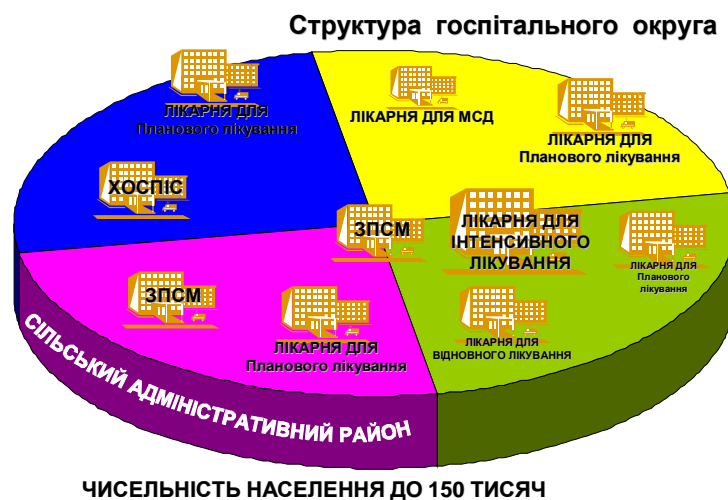


Рис. Схема госпітального округу

Лікарні інтенсивної допомоги пацієнтам в госпітальному окрузі займають головне місце. Вони створюються для надання цілодобової медичної допомоги та лікування хворих з гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Ресурсне забезпечення лише лікарень цього типу в госпітальному окрузі потребує спеціалізованого високоякісного діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики, хоча можна із впевненістю сказати, що вся лікарня працює в режимі інтенсивної медичної допомоги. Для цього мають використовуватися сучасні клінічні технології, які ґрунтуються на доказах та є ефективними.

Особливу роль у виконанні поставлених завдань займає медичний персонал. До нього ставляться особливі вимоги, у випадку невиконання яких медичний працівник не може працювати в лікарні нового типу: по-перше, це професіоналізм та бажання і вміння постійно працювати над професійним ростом; по-друге, інтерес пацієнта і престиж лікарні має перевищувати особистий інтерес при постійному навантаженні та інтенсивності роботи; по-третє, це вміння працювати в команді, чітко виконуючи поставлену задачу, та здатність замінити за потреби іншого медичного працівника в команді.

Надзвичайно важливим аспектом ефективної діяльності лікарні є відповідна незалежність керівника закладу в прийнятті управлінських рішень, особливо економічного характеру. Забезпечити цю можливість дозволить "глобальний бюджет". Фінансування за методом "глобального бюджету" передбачає аналіз потреб населення з визначенням числа і структури за нозологічними формами захворювань та урахуванням важкості їх перебігу. Для лікарень інтенсивної допомоги обсяги "глобального бюджету" визначаються, виходячи із вірогідності рівнів захворюваності та складності станів пацієнтів, які потребують даного виду допомоги, визначеного на основі аналізу статистичних показників за останні три роки.

Ефективна діяльність лікарні інтенсивної допомоги з надзвичайно напруженою роботою медичного персоналу не може бути повноцінною без кардинальних змін у системі оплати праці медичного персоналу, які повинні вирішувати два складні завдання: підвищення рівня винагороди медичного персоналу з тим, щоб забезпечити заінтересованість медичних працівників працювати в цьому закладі, та створення стимулів до підвищення ефективності їх професійної діяльності. "Глобальний бюджет" та відхід від законодавчого нормування штатного розпису дасть можливість змінити умови оплати праці

медичних працівників шляхом виділення двох складових у заробітній платі: постійної, яка буде визначатися традиційно на основі єдиної тарифної сітки розрядів, та змінної, яка буде ґрунтуватися на чітких і прозорих критеріях обсягу та якості виконаної роботи.

Наводимо примірну структуру лікарні інтенсивної допомоги.

#### **Адміністрація:**

1. Керівництво лікарні.
2. Планово-економічний відділ.
3. Інформаційно-аналітичний відділ.

#### **Приймальне відділення – відділення невідкладної допомоги**

##### **Діагностична служба (цілодобова служба):**

1. Відділення функціональної діагностики:
2. Відділення радіологічної (променевої) діагностики.
3. Відділення ендоскопічної діагностики.
4. Клінічна лабораторія з клінічним, біохімічним, бактеріологічним, імунологічним відділами.

##### **Лікувальна служба:**

1. Хірургічне відділення.
2. Травматологічне відділення з блоком інтенсивної терапії для пацієнтів з політравмою.
3. Кардіологічне відділення.
4. Неврологічне відділення.
5. Інфекційне відділення боксоване.
6. Пологове відділення з блоком інтенсивної терапії для жінок та хірургічним блоком.
7. Неонатологічне відділення з блоком інтенсивної терапії для новонароджених.
8. Відділення анестезіології та реанімації.
9. Терапевтичне відділення.
10. Дитяче відділення.
11. Гінекологічне відділення.

##### **Допоміжні лікувальні відділення:**

1. Операційний блок з палатами післяопераційного перебування пацієнтів.

##### **Консультативний центр:**

Консультативні прийоми за спеціальностями для дорослих та дітей.

##### **Хірургічний профіль з малою операційною та післяопераційними палатами:**

- хірургічний;
- офтальмологічний;
- отоларингологічний;
- травматологічний;
- урологічний;
- проктологічний.

##### **Терапевтичний профіль:**

- кардіологічний;
- алергологічний;
- пульмонологічний;
- ендокринологічний;
- інфекційний;
- гастроентерологічний;
- неврологічний;
- гематологічний;

- психіатричний;
- дерматовенерологічний;
- наркологічний;
- терапевтичний;
- імунологічний;
- нефрологічний;
- ревматологічний;
- психолог медичний;
- педіатричний.

#### **Акушерсько-гінекологічний профіль:**

- акушерсько-гінекологічний;
- гінеколог-ендокринолог;
- дитячий гінеколог;
- планування сім'ї.

#### **Готель (гуртожиток) для родичів пацієнтів Господарська частина:**

1. Харчоблок з можливістю замовлення індивідуального харчування.

2. Пральня (можливо, одна на госпітальний округ).

3. Гараж з можливістю замовлення автотранспорту для транспортування пацієнтів.

Не вирішеними питаннями залишаються безпека перебування у лікарні пацієнтів та захист

їхніх прав, а також захист професійної діяльності медичних працівників.

Слід зазначити, що у закордонній науковій літературі наведено не тільки структуру, функції, організацію роботи лікарень, але і їх результати [5–9]. Наведені дані про лікарню інтенсивної допомоги вказують, що вона переважно відповідає європейським підходам, а проблемні питання вимагають вирішення на законодавчому рівні.

#### **Висновки**

Проведення пілотного відпрацювання оптимізації системи медичної допомоги населенню передбачає створення госпітальних округів, центральним медичним закладом яких стає лікарня інтенсивної допомоги, зі зміною системи фінансування і оплати праці медичних працівників з метою підвищення якості та ефективності медичної допомоги при визначених вимогах до професійної діяльності медичних працівників, що в цілому відповідає підходам в організації діяльності лікарень в Європейському регіоні.

**Перспективи подальших досліджень** будуть пов'язані з визначенням ефективності діяльності даного типу лікарень.

#### **Список літератури**

1. Лехан В. М. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2008. – Т. 2, № 2. – С. 44–52.
2. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
3. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
4. Подоляка В. Л. Наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги у великому промисловому місті : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. Л. Подоляка. – К., 2008. – 36 с.
5. Салтман Р. Б. Реформи системи здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий : пер. с англ. / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – М. : Геотар Медицина, 2000. – 432 с.
6. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / Josep Figueras, Martin Mc Kee, Suszy Lessof [et al.]. – ВОЗ, 2008.
7. Тульчинский Т. Х. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку / Т. Х. Тульчинский, Е. А. Варавикова. – Иерусалим : Amutah for Education and Health, 1999. – 1049 с.
8. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы : пер. с англ. / под. ред. Моссилиас Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. – М. : Весь мир, 2002. – 352 с.
9. Lekhan Valeria. The Ukrainian health financing system and options for reform / Valeria Lekhan, Volodymyr Rudyi, Sergey Shishkin // Health Systems Financing Programme WHO Regional Office for Europe. – WHO, 2007. – 33 p. – Access mode : <http://www.euro.who.int/document/e90754.pdf>. – Title from screen.

#### **БОЛЬНИЦА ИНТЕНСИВНОЙ ПОМОЩИ – БОЛЬНИЦА ЕВРОПЕЙСКОГО ОБРАЗЦА**

Г.Я. Пархоменко (Киев)

Освещены основные подходы к созданию больниц интенсивной помощи пациентам, организационные аспекты которых будут отрабатываться при проведении эксперимента в пилотных регионах. Этот тип больниц по своим концептуальным подходам отвечает больницам европейского образца.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** больница интенсивной помощи, финансирование, кадры.

#### **HOSPITAL OF THE INTENSIVE HELP – HOSPITAL OF THE EUROPEAN SAMPLE**

G. Ya. Parkhomenko (Kyiv)

The basic approaches to creation of hospitals of the intensive help to patients which organizational aspects will be fulfilled at carrying out of experiment in pilot regions have been covered. This type of hospitals under the conceptual approaches answers hospitals of the European sample.

**KEY WORDS:** hospital of the intensive help, financing, the staff.

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



УДК 616-08-039.57:004.4

Д. Д. ДЯЧУК, А. В. ЯКОБЧУК, І. П. МАРХОНЬ, В. М. КУБАТКО (Київ)

## ІННОВАЦІЙНІ АВТОМАТИЗОВАНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ У БАГАТОПРОФІЛЬНОМУ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЗАКЛАДІ

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

Узагальнено правові, нормативно-директивні документи та досвід впровадження інформаційних технологій в організацію роботи структурних підрозділів багатопрофільного медичного закладу. Викладено критерії якості запровадження автоматизованих технологій, а також проаналізовано вплив їх використання на якість надання медичної допомоги пацієнтам та рівень її доступності.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** електронна медична картка, автоматизована система, інформаційна система, комп'ютерна мережа, глобальна мережа Інтернет.

Закон України "Про інформацію" заклав правові основи діяльності в сфері інформатизації. Подальшому її розвитку сприяли Закони України "Про захист інформації в автоматизованих системах", "Про Національну програму інформатизації", парламентські слухання та нормативно-директивні документи МОЗ України, які встановили основи регулювання правових відносин щодо захисту інформації в автоматизованих системах [1–7]. Національною програмою інформатизації визначено загальні принципи державної політики у сфері інформатизації, що формуються як складова соціально-економічної політики держави в цілому і спрямовуються на раціональне використання промислового та науково-технічного потенціалу, матеріально-технічних і фінансових ресурсів для створення сучасної інформаційної інфраструктури. Вже на підставі цих та інших документів затверджено План заходів щодо розробки проекту "Система обміну медичними даними між лікувально-профілактичними закладами з використанням інформаційних та телемедичних технологій" та ряд інших актів, які створили умови для подальшого впровадження та розробки власних автоматизованих систем управління.

**Мета дослідження:** на підставі аналізу розвитку національної нормативно-правової бази у сфері інформатизації і власних розробок визначити найбільш раціональні шляхи впровадження інформаційних технологій у багатопрофільному закладі охорони здоров'я амбулаторно-поліклінічного типу.

**Матеріали і методи.** Нормативно-правові акти з питань інформатизації, аналітичний, історичний, логічний методи та метод комп'ютерного програмування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Забезпечення якісного надання пацієнтам медичної допомоги та підвищення рівня її доступності можливе за умови широкого запровадження медичних інформаційних систем та технологій, які враховують досвід впровадження та ефективність роботи, підтверджену практикою.

Окрім того, управління діагностично-лікувальними процесами вимагає дотримання стандартів і нормативів надання медичної допомоги, що передбачає певні процедури з накопичення, зберігання, обробки та обміну інформацією.

Основними принципами організації технології роботи з медичними даними в кожному закладі охорони здоров'я вважається дотримання безпеки і конфіденційності інформації, забезпечення збереження даних, отриманих з різних систем, швидкості пошуку, зручності та мінімізації помилок, які обумовлюються людським фактором.

Критеріями ефективності запровадження інформаційних систем можна вважати: зменшення часу на отримання інформації про пацієнта та оформлення медичної документації, раціональне використання робочого часу персоналу, що впливає на підвищення рівня та якості медичного обслуговування пацієнтів.

Процесний підхід в організації медичної інформаційної системи забезпечується створенням локальної комп'ютерної мережі, серверу бази даних та системи управління, серверу доступу до глобальної мережі та робочих станцій.

При запровадженні інформаційної системи організації лікувально-діагностичного процесу в ДНУ "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" ДУС (далі – Центр) були враховані специфічні особливості діяль-

ності установи, що об'єднують як принципи організації інформатизації багатопрофільного амбулаторно-поліклінічного закладу, так і статутні завдання наукової установи та форми роботи на засадах добровільного медичного страхування.

Функціонування в Центрі медичної комп'ютерної інформаційної системи дозволило охопити в єдину мережу різнопрофільні за своїм призначенням підрозділи: реєстратуру поліклініки, хірургічний центр зі стаціонаром короткострокового перебування, клініко-діагностичну лабораторію, денний стаціонар терапевтичного профілю, дитячий лікувально-консультативний центр, інформаційно-аналітичний центр та наукові відділи установи. Це дозволило раціональніше використовувати ресурси всіх підрозділів установи, створити та запровадити електронну медичну картку пацієнта.

Впровадження електронної медичної картки дало можливість вирішити питання отримання медичної інформації пацієнтом через глобальну мережу Інтернет. Використання цієї інновації дало ряд переваг, як для лікувально-діагностичної діяльності, так і для наукових досліджень: ефективне планування та використання робочого часу медперсоналу, скорочення часу обслуговування пацієнтів, конфіденційність дистанційного запису на прийом до лікаря, прискорення збору інформації про різноманітні обстеження пацієнтів, автоматичне формування облікових і звітних статистичних форм, отримання інформації про кількісний склад пацієнтів, нозологічну структуру їхніх захворювань.

Зникла необхідність заповнення великої кількості журналів, передбачених стандартами МОЗ. Ці журнали створюються автоматично, що дає змогу медичному персоналу відділення більше уваги приділяти хворому. Лікарі-консультанти за допомогою електронної системи реєстрації можуть дистанційно отримувати інформацію про пацієнтів, записаних до них на прийом на будь-який день, що дає змогу більш раціонально використовувати робочий час на підготовку до прийому пацієнта. Завдяки впровадженню електронного документообігу, лікар має можливість не тільки скоротити час на оформлення та видачу медичної документації, але й сформувати автоматично звіт про свою роботу.

Власний веб-сайт та доступ до глобальної мережі Інтернет за технологією ADSL (Asymmetric Digital Subscriber Line) дав можливість інформувати населення про нові форми та технології надання медичної допомоги, що широко впроваджуються в Центрі, цілодобово дистанційно отримувати пацієнтом дані особистої електронної медичної картки, вести попередній запис на консультації, не відриваючи пацієнта від його

справ, надавати медичному персоналу установи інформацію щодо сучасних медичних технологій, а також мати безперервний доступ до джерел підвищення кваліфікаційного рівня.

Створена і діюча в Центрі інформаційна система дозволяє керівникам структурних підрозділів установи своєчасно приймати управлінські рішення, цілеспрямовано впливати на процес та якість надання медичної допомоги прикріпленому населенню.

В умовах реформування галузі охорони здоров'я при поетапному її переході на принципи страхової медицини необхідно мати інформаційний зв'язок лікувального процесу з економічними розрахунками. Для цього в медичній установі створюється автоматизована система економічного розрахунку вартості лікування пацієнта, яку засновано на взаємодії із системою контролю витрат матеріалів та медикаментів, а також використання медичного обладнання, ресурсів та робочого часу персоналу.

Важливим питанням у впровадженні та функціонуванні такої інформаційної системи в медичній установі є підготовка кадрів для роботи з електронною медичною документацією. Ефективність використання такої технології прямо пропорційно залежить від кількості учасників цього процесу та рівня підготовки персоналу до роботи з комп'ютерною технікою.

### **Висновки**

1. Впровадження інформаційної медичної системи забезпечило: зменшення витрат робочого часу медпрацівників на оформлення медичної документації; отримання первинної медичної документації в друкованому вигляді; більш продуктивне використання робочого часу персоналу завдяки широкому застосуванню шаблонів та довідників; безперервне підвищення кваліфікації.

2. Електронна медична картка формується завдяки роботі всіх організаційно-функціональних підрозділів медичної установи, які залучені до лікувально-діагностичного, реабілітаційного та науково-дослідницького процесу, що посилює контроль за якістю та своєчасністю оформлення медичних даних.

3. Комп'ютерна інформаційна система позитивно впливає на тривалість лікувально-діагностичного процесу та якість надання медичної допомоги пацієнтам.

4. Впровадження електронної медичної картки пацієнта – це перехід до більш оперативного засобу отримання, обміну та зберігання медичних та статистичних даних.

5. Дотримання безпеки, конфіденційності, надійності зберігання медичної інформації та обміну даними між установами забезпечується шляхом створення комунікаційного центру, який

розподіляє доступ до персональної медичної інформації пацієнта в глобальній мережі Інтернет.

6. В умовах реформування охорони здоров'я та введення обов'язкового державного медич-

ного страхування створення такого комунікаційного центру забезпечить обмін медичною інформацією між установами та страховими компаніями.

### Список літератури

1. Про забезпечення виконання плану заходів щодо розробки проекту "Система обміну медичними даними між лікувально-профілактичними закладами з використанням інформаційних та телемедичних технологій" на 2008–2009 роки та внесення змін до наказу МОЗ України від 31.12.08 №37 : наказ МОЗ України № 411 від 25.07.2008 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
2. Про забезпечення функціонування в МОЗ України інформаційних систем, пов'язаних з використанням глобальної інформаційної мережі Інтернет : наказ МОЗ України № 265 від 16.07.2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
3. Про запровадження ведення електронного варіанту облікових статистичних форм в лікувально-профілактичних закладах : наказ МОЗ України № 330 від 05.07.2005 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. Про затвердження галузевої програми "Електронна система реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами, установами і організаціями системи охорони здоров'я" : наказ МОЗ України № 675 від 25.11.2008 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Про затвердження плану заходів щодо розробки проекту "Система обміну медичними даними між лікувально-профілактичними закладами з використанням інформаційних та телемедичних технологій" на 2008–2009 роки : наказ МОЗ України № 37 від 31.01.2008 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Про затвердження Положення про Галузеву інформаційно-телекомунікаційну систему МОЗ України "Health Net" : наказ МОЗ України № 208 від 26.04.2007 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. Про Національну програму інформатизації (зі змінами) : Закон України № 2684-III від 13.09.2001 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.

### ИННОВАЦИОННЫЕ АВТОМАТИЗИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

*Д.Д. Дячук, А.В. Якобчук, И.П. Мархонь, В.Н. Кубатко (Киев)*

Обобщены правовые, нормативно-директивные документы и опыт внедрения информационных технологий в организацию работы структурных подразделений многопрофильного медицинского учреждения. Изложены критерии качества внедрения автоматизированных технологий, а также проанализировано влияние их использования на качество оказания медицинской помощи пациентам и уровень ее доступности.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** электронная медицинская карточка, автоматизированная система, информационная система, компьютерная сеть, глобальная сеть Интернет.

### THE INNOVATIVE AUTOMATED TECHNOLOGIES IN THE ORGANIZATION OF THE MEDICAL AND SANITARY CARE IN VERSATILE OUT-PATIENT-POLYCLINIC

*D. D. Diachuk, A. V. Yakobchuk, I. P. Markhon, V. N. Kubatko (Kyiv)*

Legal, normative and directive documents and experience of introduction of information technologies in the organization of structural divisions work of versatile medical institution have been generalized. Criteria of introduction quality of the automated technologies have been stated, and also influence of their use on quality of rendering medical care to patients and level of its availability has been analyzed.

**KEY WORDS:** the electronic medical card, the automated system, information system, the computer network, the global network Internet.

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

Л. Ф. МАТЮХА (Київ)

## ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Запропоновано методику оцінки ефективності первинної медико-санітарної допомоги шляхом запровадження системи показників, визначено перелік основних індикаторів.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** якість медичної допомоги, система показників ефективності первинної медико-санітарної допомоги, індикатор оцінки.

Основною метою підвищення якості медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні є зміцнення здоров'я громадян, підвищення доступності та ефективності медичної допомоги; основним результатом є задоволення потреб пацієнта [3;10].

У зв'язку з відсутністю індикаторів, за якими можна оцінювати ефективність (процес і результат) ПМСД, в Україні відсутній дієвий контроль якості надання ПМСД. Наслідком цього є збільшення неконтрольованих дефектів лікувально-діагностичного та профілактичного процесу: наприклад, лише 28% пацієнтів в містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості починають і закінчують лікування на рівні ПМСД. Тобто відсутні дієві інструменти для покращення організації ПМСД, що вкрай важливо для прийняття управлінських рішень [11;15].

Бібліографічний аналіз показав, що ВООЗ запропоновано три основні моделі управління якістю в охороні здоров'я: професійна, бюрократична та індустріальна [7;17].

Для впровадження в службу первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини нами підтримана професійна модель забезпечення якості, яка передбачає: високий кваліфікаційний рівень лікаря, відповідний до прийнятих кваліфікаційних вимог, що є гарантом якості наданої лікарем медичної допомоги; високий рівень організації праці, що повинна забезпечити лікарю всі умови для ефективної роботи та орієнтована на задоволення потреб і очікувань пацієнтів. В основі професійної моделі управління якістю ПМСД лежить концепція безперервного підвищення якості медичної допомоги (БПЯ) [1;9;14;20]. Ідеологія цієї концепції ґрунтується на двох положеннях:

1) більшість проблем якості медичного обслуговування обумовлені не невдачами окремих

співробітників, а недоліками системи охорони здоров'я (за даними деяких авторів [9], результативність медичної допомоги на 80–95% залежить від організації та управління);

2) заходи з удосконалення системи повинні бути спрямовані не на потреби медичних закладів, а, передусім, на потреби пацієнтів і ґрунтуватись на чотирьох принципах:

- чітке визначення мети підвищення якості;
- встановлення, розподіл і застосування найкращих результатів (найкраща практика);
- постійна професійна самооцінка і самопідготовка;
- залучення пацієнтів до організації ПМСД.

БПЯ передбачає комплексний та динамічний підхід до удосконалення якості роботи системи охорони здоров'я загалом (системний підхід), як шляхом постійної модифікації та удосконалення результатів діяльності системи в цілому, так і шляхом постійної модифікації та удосконалення її складових (структура, процес, результат) і взаємозв'язків між ними, виявлення та вирішення існуючих проблем [8;23].

**Мета роботи** – розробити методику оцінки ефективності первинної медико-санітарної допомоги шляхом запровадження системи показників та визначити перелік основних індикаторів.

**Матеріали і методи.** В якості матеріалів дослідження використані характеристики ВООЗ стосовно спеціальності «загальна практика/сімейна медицина» [24] та основні компетенції сімейних лікарів, кваліфікаційна характеристика лікарів загальної практики/сімейних лікарів України, моніторинг розвитку первинної медико-санітарної допомоги, показники медичної статистики.

В якості методів застосовано аналіз бібліографічних джерел; експертну оцінку запропонованих нами індикаторів, вагових коефіцієнтів і порогових значень 244 лікарями загальної практики/сімейними лікарями, а також аналітичний метод.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Обґрунтування системи показників ефективності ПМСД.

Для визначення та моніторингу якості надання ПМСД пропонується введення системи показників ефективності ПМСД (14). За оціночні критерії якості було взято основні принципи діяльності ПМСД як спеціальності.

Метою запровадження такої системи показників є забезпечення об'єктивної кількісної оцінки медичної, соціальної та економічної ефективності ПМСД, внутрішнього управління якістю (на рівні закладу ПМСД) та зовнішньої гарантії якості (на рівні структур управління охороною здоров'я), забезпечення можливості інформування широких

кіл громадськості (пацієнтів, управлінців, професіоналів тощо) стосовно якості охорони здоров'я. Крім того, індикатори будуть використані для надання МОЗ (та іншим заінтересованим сторонам) чіткої картини впровадження реформ системи охорони здоров'я. Завдяки такому інструменту можна ідентифікувати можливі потенційні проблеми та/або можливості для удосконалення якості організації медичної допомоги.

Спираючись на узагальнені літературні дані, зокрема на підхід Донабедіана, для забезпечення однорідності методів оцінювання результатів у формі еталонного порівняння ми пропонуємо поділ індикаторів на окремі групи для оцінки структури, процесу і результату [1;5;16;19;21;22] (рис.).

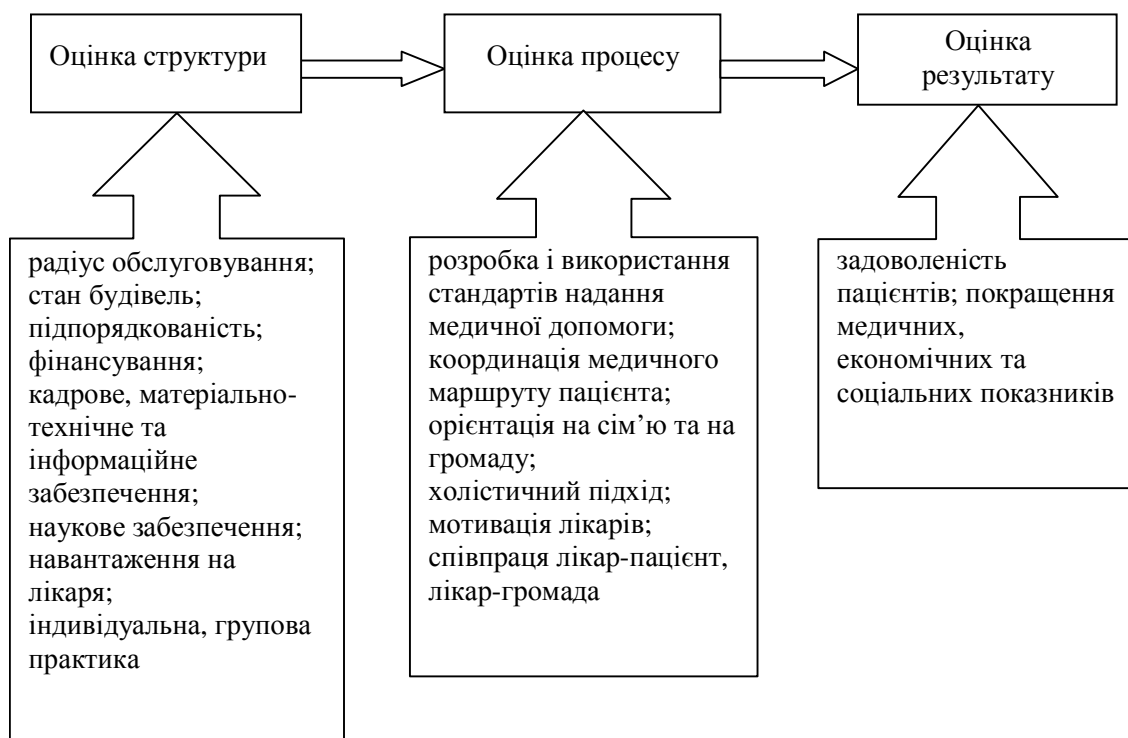


Рис. Оцінка ефективності розвитку ПМСД

Структурний елемент характеризує можливість суб'єкта надавати ПМСД і оцінюється кількістю та якістю ресурсів (нами оцінено фінансування, кадрове забезпечення, наукове забезпечення, навантаження на лікаря, матеріально-технічне та інформаційне забезпечення, доступність медичної допомоги, стан будівель) та організаційних форм надання ПМСД населенню (індивідуальна, групова практика, навантаження на лікаря, управлінська та фінансова підпорядкованість). На оцінку структурної компоненти скеровані заходи з ліцензування медичної діяльності [16]. Вона може визначатися як відносно закладу ПМСД (підрозділу закладу, служби тощо) з його ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи, так і відносно кожного медичного праців-

ника служби ПМСД. У цьому випадку оцінюються його професійні компетенції: відповідність кваліфікаційній характеристиці, рівень знань, вмінь, практичних, в т.ч. комунікативних, навичок.

Індикаторами оцінки структурної компоненти запропонованої нами системи показників ефективності ПМСД є:

- 1) радіус обслуговування (км);
- 2) частка СЛ серед усіх лікарів закладу ПМСД;
- 3) частка сімейних медичних сестер серед усіх медсестер закладу ПМСД;
- 4) співвідношення лікарів і медсестер ЗПСМ;
- 5) обслуговування незалежно від віку;
- 6) забезпеченість автотранспортними засобами в робочому стані (для села і міста окремо);
- 7) забезпеченість обладнанням;
- 8) потреба у капітальному ремонті;



9) навантаження лікарів (для села і міста окремо);

10) обладнання робочих місць лікарів ПК із ліцензійним програмним забезпеченням;

11) договірні відносини між пацієнтами і СЛ/закладом ПМСД;

12) членство у професійній асоціації;

13) використання у закладі ПМСД технологій клінічних протоколів;

14) використання у закладі ПМСД локальних технологій клінічних протоколів;

15) частка СЛ, діяльність яких регулюється угодою між лікарем і закладом ПМСД, серед всіх СЛ;

16) бюджетні відрахування на організацію ПМСД.

Процесний елемент включає технології надання ПМСД, тобто виконання медичним персоналом своїх функцій з надання ПМСД, розробку і використання стандартів надання медичної допомоги, координацію надання медичної допомоги, визначення медичного маршруту пацієнта, орієнтацію на сім'ю, орієнтацію на громаду, холистичний (комплексний) підхід, стосунки лікар-пацієнт, в центрі яких перебувають потреби пацієнта.

Індикаторами оцінки процесної компоненти запропонованої нами системи показників ефективності ПМСД є:

1) охоплення пацієнтів опитуванням;

2) повідомлення про виявлення побічної дії лікарських засобів;

3) направлення на другий та вищий рівні МД;

4) охоплення пацієнтів оцінкою індексу маси тіла;

5) облік до 12 тижнів вагітності;

6) диспансерний облік вагітних впродовж звітного періоду;

7) охоплення жінок скринінгом раку шийки матки впродовж звітного періоду;

8) охоплення жінок скринінгом раку молочної залози впродовж звітного періоду;

9) охоплення дітей профілактичними оглядами впродовж звітного періоду;

10) охоплення дітей до 1 року плановою вакцинацією;

11) охоплення дітей пробами на туберкульоз (реакція Манту);

12) охоплення населення профілактичними щепленнями за епідемічними показаннями;

13) виконання програми календаря щеплень;

14) консультування з профілактичною метою;

15) виконання бактеріоскопічних обстежень;

16) скерування в цілодобові стаціонари;

17) виявлення онкологічних захворювань візуальних форм (занедбані випадки, 3–4 стадії) впродовж звітного періоду;

18) виявлення захворювання на туберкульоз в занедбаній формі впродовж звітного періоду;

19) навчання з використання технологій клінічних протоколів ПМСД;

20) призначення ліків, які не входять до формуляру ПМСД, впродовж звітного періоду;

21) підвищення кваліфікації лікарів за принципом "безперервного навчання" (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій тощо);

22) підвищення кваліфікації медсестер за принципом "безперервного навчання" (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій тощо).

Результат розглянуто як елемент управління, що відображає ефективність та якість наданої ПМСД і націлений на досягнення мети.

Індикаторами оцінки результату в запропонованій нами системі показників ефективності ПМСД є:

1) задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням впродовж звітного періоду;

2) скарги пацієнтів на медичне обслуговування/медичний персонал;

3) виключно грудне вигодовування;

4) лікування на рівні ПМСД;

5) виклики швидкої допомоги до хронічно хворих впродовж звітного періоду;

6) частка дітей віком до 18 років з вперше встановленою інвалідністю;

7) частка компенсованих хворих на цукровий діабет;

8) диспансерний облік хворих на артеріальну гіпертензію;

9) частка пацієнтів з ускладненнями (інсульт, інфаркт) серед хворих на артеріальну гіпертензію та ІХС.

З позиції системного підходу всі вказані елементи є пов'язаними між собою і взаємозалежними.

Результатом недоліків і структурної компоненти (недостатньо розвинута мережа закладів; низький відсоток оснащення закладів та укомплектованості медичним персоналом; низька соціальна захищеність медичних працівників, відсутність диференційованого підходу в оплаті праці, а отже і відтік кваліфікованих медичних кадрів з первинної ланки медичної допомоги; низька доступність ПМСД для населення, особливо у сільській місцевості; відсутність стандартів надання медичної допомоги, створених на принципах доказової медицини тощо), і процесної (недоступність сучасних інформаційних технологій для переважної більшості лікарів ПМСД, відсутність єдиної інформаційної підтримки ПМСД) є високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу у вартісному спеціалізованому лікуванні, екстреній медичній допомозі [2;6].

Аналіз діяльності ПМСД дасть можливість приймати управлінські рішення, як на рівні окре-

мого закладу, району чи області, так і на державному рівні, і, таким чином, впливати на результат – здоров'я населення – через покращення і структурної, і процесної компоненти. Шляхом аналізу показників діяльності кожного звітного періоду можливо досягти значних успіхів у коригуванні недоліків організації медичної допомоги та забезпечити високу чутливість системи ПМСД до очікувань пацієнтів.

Оцінка чутливості системи ПМСД концептуально відображує очікування людей. Тому для оцінки чутливості ВООЗ рекомендує використовувати дані соціологічних опитувань (опитувань пацієнтів) [4]. Враховуючи те, що пацієнт – центральна фігура, на яку спрямована робота системи ПМСД, на нашу думку, для більш повної оцінки ефективності системи ПМСД слід враховувати також задоволеність населення медичною допомогою. Для визначення чутливості системи ПМСД не обов'язково проводити масштабні соціологічні опитування. З цією метою можна запровадити анкети пацієнтів, які отримують послуги на рівні ПМСД, а також використати існуючу статистичну звітність щодо пацієнтів при проведенні моніторингу ПМСД: до діючої статистичної форми [13] ми пропонуємо ввести додатковий розділ, де буде представлено інформацію про пацієнтів, які звернулись до закладу.

Виходячи з вищевикладеного і спираючись на міжнародні характеристики загальної практики-сімейної медицини (ЗП/СМ) як спеціальності, ми пропонуємо індикатори ефективності ПМСД, за якими можна оцінити діяльність, організацію та розвиток ПМСД на місцевому, регіональному і державному рівнях.

Ці характеристики спеціальності ми узагальнили і розподілили за сімома напрямками. *Перший напрямок – доступність.* Його можуть характеризувати індикатори, що визначають структурний елемент: радіус обслуговування закладу ПМСД; частка сімейних лікарів серед усіх лікарів закладу ПМСД; частка сімейних медичних сестер серед усіх медсестер закладу ПМСД; співвідношення лікарів і медсестер ЗП/СМ; обслуговування незалежно від віку; забезпеченість автотранспортними засобами в робочому стані (для села і міста окремо); забезпеченість обладнанням згідно таблиця, затвердженого МОЗ України; потреба у капітальному ремонті; навантаження лікарів (для села і міста окремо).

*Другий напрямок – підхід, орієнтований на пацієнта, сім'ю, громаду.* Пропонуються такі індикатори структури, як обладнання робочих місць лікарів ПК із ліцензійним програмним забезпеченням. Індикаторами процесу є визначення думки пацієнтів шляхом опитування; наявність повідомлень про виявлення побічної дії лікарських засобів. Індикаторами, що визначають ре-

зультат, може бути задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням впродовж звітного періоду; вивчення скарг пацієнтів на медичне обслуговування/медичний персонал.

Для моніторингу дотримання третього напрямку – *співпраця та координація медичної допомоги* – нами запропоновано такі індикатори процесу, як направлення на другий та вищий рівні медичної допомоги; наявність договірних відносин між лікарем ЗПСМ/закладом ПМСД; членство у професійній асоціації.

Четвертим важливим напрямком є *профілактика*. Характеризувати ефективність такої діяльності можуть показники ефективності процесу: охоплення пацієнтів оцінкою індексу маси тіла; постановка на облік вагітної до 12 тижнів вагітності; ведення фізіологічної вагітності; охоплення жінок скрінінгом раку шийки матки впродовж звітного періоду; охоплення жінок скрінінгом раку молочної залози впродовж звітного періоду; охоплення дітей профілактичними оглядами впродовж звітного періоду; охоплення дітей до 1 року плановою вакцинацією; охоплення дітей пробами на туберкульоз (реакція Манту); охоплення населення профілактичними щепленнями за епідемічними показаннями; консультування з профілактичною метою; виконання бактеріоскопічних обстежень на туберкульоз, дотримання програми календаря щеплень. Індикаторами результату можуть бути наступні: питома вага запровадження виключно грудного вигодовування.

П'ятим принципом ЗП/СМ є *забезпечення медичних потреб пацієнтів*. Оцінити цей напрямок пропонуємо за індикаторами результату, такими як завершення лікування на рівні ПМСД, питома вага скерованих в цілодобові стаціонари; виклики швидкої медичної допомоги до хронічно хворих; частка дітей віком до 18 років з вперше встановленою інвалідністю; частка компенсованих хворих на цукровий діабет; диспансерний облік хворих на артеріальну гіпертензію; частка пацієнтів з ускладненнями (інсульт, інфаркт) серед хворих на артеріальну гіпертензію та ІХС. Індикаторами оцінки процесу можуть бути виявлення онкологічних захворювань візуальних форм (занедбані випадки, 3–4 стадії); виявлення захворювання на туберкульоз в занедбаній формі;

Шостий напрямок – *повнота володіння кваліфікаційними компетенціями* – визначається такими процесними компонентами, як навички користування технологіями клінічних протоколів ПМСД; вміння застосовувати переважно ліки, що входять до формуляру ПМСД; підвищення кваліфікації лікарів і медичних сестер за принципом “безперервного навчання”.

*Розвиток ПМСД* є сьомим напрямком оцінки. До структурних індикаторів забезпечення цього

напрямку належать оцінка використання у закладі ПМСД технологій медичних стандартів, уніфікованих та локальних клінічних протоколів; частки СЛ, діяльність яких регулюється угодою між лікарем і закладом ПМСД; бюджетних відрахувань на організацію ПМСД (рівень області, держави). В таблиці представлено у якості прикладу розподіл запропонованих індикаторів, їх оцінку, вагові коефіцієнти та методику їх вимірювання.

Більшість індикаторів ефективності ПМСД є розрахунковими, комплексними чи відносними показниками. Для визначення їх значень залучено показники діючої статистичної звітності та додаткові показники, частину яких необхідно збирати на рівні окремих закладів/підрозділів ПМСД, а частину – на рівні районних, обласних і державних управлінь.

#### *Приклади*

Одним з важливих критеріїв оцінки структури є наближеність закладу ПМСД до пацієнтів. Показником наближеності є відстань від закладу ПМСД до найдалшої території, на якій проживають пацієнти, тобто радіус обслуговування даного закладу. Оцінити організацію ПМСД за цим критерієм можна на рівні лікаря/закладу і на рівні області/держави. Для оцінки на рівні лікаря/закладу використовуються такі оціночні коефіцієнти, що встановлюються за значенням показника відстані: 3 – найкращий – відстань від закладу/підрозділу ПМСД до пацієнтів менше 2 км; 2 – добрий – 2–5 км; 1 – задовільний – понад 5 км; 0 – незадовільний – понад 7 км. На рівні району/області/держави, з метою узагальнення показників, отриманих для визначеної кількості закладів, для їх подальшого аналізу і прийняття управлінських рішень, ми пропонуємо використання оціночного коефіцієнта “частка закладів ПМСД, що розташовані не далі, ніж за 2 км від пацієнтів”: 3 – 90% і більше закладів; 2 – 80–89% закладів; 1 – 50–79% закладів; 0 – менше 50% закладів. Знання результуючого коефіцієнта дозволить впливати на структурну компоненту.

Головним критерієм оцінки процесу є проведення сімейним лікарем профілактичної роботи з населенням громади, залучення членів громади до співпраці. Показниками є виконання плану профілактичних щеплень; координування і профілактичне консультування окремих груп/осіб, які мають фактори ризику. Оціночні коефіцієнти індикатора на рівні лікаря/закладу пропонуються як: зроблено профілактичних щеплень не менше, ніж 95% від планової кількості: “3” – більше 95% запланованих; “2” – 50–95%; “1” – 20–49%; “0” – менше, ніж 20%. Отже, знаючи оціночний коефіцієнт, головний лікар амбулаторії або приватний сімейний лікар, який працює на засадах договору з пацієнтом, може корегувати ефективність власної діяльності з боку організації процесу – може покращити

профілактичну роботу. Оціночні коефіцієнти за рівнем індикатора на рівні району, області, держави полягають в оцінці частки закладів ПМСД, які провели не менше 95% профілактичних щеплень від запланованих: “3” – більше 95% закладів; “2” – 50–95% закладів; “1” – 20–49% закладів; “0” – менше 20% закладів. Аналіз коефіцієнтів дасть можливість впливати на організацію процесу профілактики з боку керівництва.

Важливим критерієм оцінки результату є частка пацієнтів, що закінчили лікування в закладі ПМСД, який характеризує можливість пацієнта вирішити переважну більшість медичних проблем на рівні ПМСД. Індикатором цього критерію є частка пацієнтів, які закінчили лікування на рівні ПМСД, серед всіх пацієнтів, які звернулися до лікувального закладу з медичною проблемою. Оціночні коефіцієнти за індикатором на рівні лікаря/закладу такі: “3” – не менше 80% пацієнтів почали і закінчили лікування в умовах закладу ПМСД; “2” – 60–79%; “1” – 40–59%; “0” – лише 20–39% пацієнтів вирішили свої медичні проблеми у закладі ПМСД.

#### *Розрахунок сумарної оцінки ефективності організації та надання ПМСД*

Концептуальною схемою комплексної оцінки діяльності ПМСД передбачено вивчення значення кожного індикатора в балах залежно від його вагового коефіцієнта (ступеня впливу діяльності закладу на індикатор). Вагові коефіцієнти ранжирувалися таким чином: максимальний вплив – 1,0, відсутність впливу діяльності закладу на індикатор – 0. До встановлення оцінок індикаторів і вагових коефіцієнтів залучались група експертів – переважно лікарі загальної практики/сімейні лікарі (58,7%), а також завідувачі амбулаторій (30,2%), викладачі кафедр сімейної медицини (11,1%), всього 244 особи. На думку експертів, запропонований нами перелік індикаторів та їх вагових коефіцієнтів є прийнятним. Однак деякі порогові значення були ними скореговані. Наприклад, скарги пацієнтів на медичний персонал нами визначено як 1% і нижче, а переважною більшістю експертів запропоновано змінити це значення на 5% і нижче; порогове значення вигодовування 90% і вище було змінено на 75% і вище.

Після збору показників і розрахунку індикаторів ефективності ПМСД на всіх рівнях необхідно помножити порогові оцінки кожного індикатора на вагові коефіцієнти. Після цього результати множень потрібно підсумувати окремо за:

- напрямами оцінки;
- характеристиками структури, процесу і результату (перелік індикаторів, що характеризують кожну з трьох компонент, подано вище, в п. “Обґрунтування системи показників ефективності ПМСД”);
- скласти загальні суми для отримання єдиної загальної оцінки організації ПМСД.

Таблиця. Індикатори ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	оцінка індикатора	Ваговий коеф.	методика вимірювання	індикатори	оцінка індикатора	Ваговий коеф.	методика вимірювання
Доступність ПМСД	1.1	радіус обслуговування (км)	“3” – 2 км і менше; “2” – більше 2 км, але не більше 5 км; “1” – більше 5 км, не більше 7 км; “0” – більше 7 км	0,85	відстань від закладу ПМСД~ до найбільш віддаленого помешкання пацієнтів (км)	частка закладів ПМСД з радіусом обслуговування не більше 2 км	“3” – 95% і більше; “2” – 76–94% включно; “1” – 51–75% включно; “0” – 50% і менше	0,85	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~ з радіусом обслуговування не більше 2 км)/ (загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	1.2	частка СЛ, серед усіх лікарів закладу ПМСД	“3” – 85% і більше; “2” – 50–84% включно; “1” – 11–49% включно; “0” – 10% і менше	0,75	100*(кількість лікарів ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД~)/ (загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД~)	частка закладів ПМСД, в яких не менше 85% лікарів є СЛ	“3” – 95% і більше; “2” – 50–94% включно; “1” – 11–49% включно; “0” – 10% і менше	0,75	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 85% лікарів є СЛ)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Примітка: “заклад ПМСД” розуміємо як окрему лікарську практику або підрозділ/заклад ПМСД. Для виділення визначень, в яких необхідне саме таке розуміння терміну “заклад ПМСД”, пишемо його як “заклад ПМСД-”.

Найвище значення загальної оцінки організації ПМСД на рівні окремої лікарської практики/підрозділу/закладу ПМСД становить 103,2 бала, а на рівні районного/обласного чи державного управління – 107,1 бала. При зменшенні цього значення на 30% – до 72,0 та 75,0 балів відповідно – необхідно провести аналіз сумарних оцінок структурної, процесної компонент і результату, а також за напрямками оцінки ефективності ПМСД. Так, найвищим значенням показника структури на рівні області є 37,1, процесу – 49,5 та результату – 21,9 бала, то показником проблеми організації структури ПМСД є зниження сумарної оцінки до 26,0 бала, процесу – до 35,0 бала, а результату – до 15,0 бала.

Граничні мінімальні рівні сумарних оцінок за напрямками дорівнюють:

- доступність ПМСД – 29,0 бала і вище;
- підхід, орієнтований на пацієнта/громаду, – 15,0 і вище;
- співпраця та координація медичної допомоги – 8,0 бала і вище;

- профілактика – 42,5 бала;
- вирішення медичних потреб пацієнтів – 28,0 бала і вище;
- володіння кваліфікаційними компетенціями – 13,0 бала і вище;
- розвиток ПМСД – 12,0 бала і вище.

Якщо сумарна оцінка за кожним з цих напрямків менша за визначену, організацію ПМСД за даним напрямком слід вважати проблемною.

#### Висновки

Виявивши проблемну компоненту системи ПМСД, слід провести більш детальний аналіз її складових. Використання порогових оцінок та індикаторів ефективності сприяє якнайшвидшому, легшому і точнішому виявленню джерела зниження ефективності ПМСД. Після виявлення слід докласти всіх зусиль для залагодження проблемної ділянки організації первинного рівня медичного забезпечення та створення найкращих умов для підтримання здоров'я населення.



### Список літератури

1. *Александрова А. Л.* Методика мониторинга результативности услуг здравоохранения на муниципальном уровне / А. Л. Александрова, А. Ю. Колесник, М. В. Якимович. – 2005. – 80 с.
2. *Аналіз діяльності мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості* / Матюха Л. Ф., Гойда Н. Г., Жданова М. П., Надутый К. О. // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. – 2008. – № 4. – С. 31–37.
3. *Гойда Н. Г.* Якість медичного забезпечення – основна мета охорони здоров'я в Україні / Н. Г. Гойда // Охорона здоров'я України. – 2005. – № 3–4 (18–19). – С. 26–29.
4. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2008 г.: Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо* / ВОЗ. – Женева, 2008. – 125 с.
5. *Дубинин С. А.* Некоторые положения экономической теории развития здравоохранения / С. А. Дубинин, А. Н. Гуров // Экономика здравоохран. – 2002. – № 5–6. – С. 29–32.
6. *Збалансовані показники оцінки ефективності екстреної медичної допомоги при ДТП* : [метод. реком.] / В. В. Бичков, О. С. Коваленко, Г. О. Слабкий; МОЗ України. – К., 2010. – 18 с.
7. *Кайгородова Т. В.* Качество медицинской помощи / Т. В. Кайгородова, П. А. Михеев // Информ. бюл. для руководителей здравоохран. – 2005. – Вып. 5, № 6.
8. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
9. *Нагорна А. М.* Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
10. *Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України* : [метод. реком.] / Гойда Н. Г., Матюха Л. Ф., Слабкий В. Г., Полікова Л. В. – К., 2010. – 25 с.
11. *Организация выявления больных туберкулезом в учреждениях первичной медико-санитарной помощи* : [метод. реком.] / Ю. В. Михайлова, И. М. Сон, Е. И. Скачкова [и др.]. – М., 2006 г. – 25 с.
12. *Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги* : [метод. реком.] / Матюха Л. Ф., Гойда Н. Г., Слабкий Г. О. [та ін.]. – К., 2011. – 48 с.
13. *Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації* : наказ МОЗ України №1 від 08.01.2004 р. [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua> – Назва з екрану.
14. *Салтман Р. Б.* Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий : пер. с англ. / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – И. : Геотар Медицина, 2000. – 432 с.
15. *Сучасний стан моніторингу функціонування системи охорони здоров'я в Україні та за кордоном (огляд літератури)* / Г. М. Москалець, А. Л. Карлова, Н. В. Якутович [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 11.
16. *Сучасний стан та проблеми кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Україні* / Матюха Л. Ф., Гойда Н. Г., Жданова М. П., Надутый К. О. // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 2 (6). – С. 186–191.
17. *Шоу Ч.* Основы для разработки национальных политик по обеспечению качества в системах здравоохранения / Шоу Ч., Кало И. – ЕРБ ВОЗ, 2001. – 67 с.
18. *Adherence to treatment guidelines in primary health care facilities in Botswana* / E. Boonstra, M. Lindbaek, P. Khulumani [et al.]. – Article first published online: 21 MAR 2002.
19. *Donabedian A.* The criteria and standards of quality / A. Donabedian. – Ann. Arbor. : Health administration Press, 1982.
20. *Health Care Quality Indicators Project 2006 Data Collection Update Report* / Armesto S. G., Lapetra M-L. G., Wei L., Kelley E. // OECD Health Working Papers. – 2007. – № 29. – 157 p.
21. *Reactions to the use of evidence-based performance indicators in primary care: a qualitative study* / Wilkinson E., McColl A., Exworthy M. [et al.] // Qual Health Care. – 2000. – Vol. 9(3). – P. 166–174.
22. *Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care* / Campbell S. M., Braspenning J., Hutchinson A., Marshall M. // Qual Saf Health Care. – 2002. – Vol. 11(4). – P. 358–364.
23. *Smith P. C.* Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы / Smith P. C., Mossialos E., Pananicolos I. // Системы здравоохранения здоровье-благоосостояние : справ. документ по материалам Европейской Министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения. – Таллин, 2008. – 24 с.
24. *The European definition of general practice/family medicine.* – WONCA EUROPE, 2005 edition. – 31 p. – Access mode : <http://www.woncaeurope.org>.

### ПОДХОДИ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

Л. Ф. Матюха (Киев)

Предложена методика оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи путем внедрения системы показателей, определен перечень основных индикаторов оценки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **качество медицинской помощи, система показателей эффективности первичной медико-санитарной помощи, индикатор оценки.**



**APPROACHES TO DEFINITION OF EFFICIENCY OF RENDERING PRIMARY MEDICAL AND SANITARY CARE IN UKRAINE***L. F. Matiuha (Kyiv)*

The technique of efficiency estimation primary medical and sanitary care has been offered by introduction of parameters system, the list of the basic indicators of estimation has been determined.

**KEY WORDS:** quality of medical care, system of efficiency parameters primary medical and sanitary aid, the indicator of estimation.

*Рецензент:* к.мед.н. О.О. Дудіна

УДК 614.2:616-082.007.001.57(477.53)

*О. К. НАДУТА-СКРИННИК (Полтава)*

**АНАЛІЗ КАДРОВОЇ СИТУАЦІЇ В ТРАДИЦІЙНІЙ ТА ІННОВАЦІЙНІЙ ФІНАНСОВО-ОРГАНІЗАЦІЙНИХ МОДЕЛЯХ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ м. КОМСОМОЛЬСЬКА ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія МОЗ України"

В статті проаналізована кадрова ситуація в традиційній та інноваційній фінансово-організаційній моделях первинної медико-санітарної допомоги м. Комсомольська Полтавської області.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** первинна медична допомога, сімейна медицина, інноваційна фінансово-організаційна модель.

Однією з основних проблем, які постали перед країнами світу, є надмірність витрат на соціальну сферу, лівова частка яких належить витратам на медичну допомогу населенню [3]. Проблеми реформування систем охорони здоров'я (ОЗ) та пошук шляхів ефективного використання ресурсів та підвищення якості медичної допомоги наразі є надзвичайно актуальними [2].

В умовах дефіциту фінансових ресурсів одним з пріоритетів розбудови національних систем охорони здоров'я повинен бути розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ) [4]. На це вказує світовий досвід, узагальнений ВООЗ [1].

**Мета роботи:** аналіз кадрової ситуації в традиційній та інноваційній фінансово-організаційній моделях первинної медико-санітарної допомоги м. Комсомольська Полтавської області.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В період з 2004 р. по 2009 р. населення м. Комсомольська Полтавської області було охоп-

лено лікарями ПМСД наступних спеціальностей: терапевтами, педіатрами, лікарями ЗП/СМ, які, в свою чергу, були надавачами ПМСД традиційної або інноваційної фінансово-організаційної моделі (ФОМ) (табл. 1).

Як видно з таблиці 1, кількість лікарів ЗП/СМ (традиційної ФОМ ПМСД) коливалась від 18 фізичних осіб в 2004 р. до 20 фізичних осіб в 2009 р., враховуючи усі спеціальності лікарів ПМСД – штатних працівників Центру ПМСД.

В інноваційній ФОМ було задіяно від 11 до 9 фізичних осіб лікарів ЗП/СМ з приватною практикою.

Загальна чисельність лікарів – надавачів ПМСД у м. Комсомольську Полтавської області коливалась від 23 фізичних осіб у 2005 р. до 31 у 2008 р. і до 29 у 2009 р. Відповідно забезпеченість населення медичною допомогою (дорослого та дитячого разом) м. Комсомольська лікарями ПМСД становила в середньому 5,2 на 10 тис. населення. Забезпеченість населення м. Комсомольська дільничними лікарями-терапевтами, дільничними педіатрами, лікарями ЗП/СМ у 2009 р. порівняно із середніми по Україні показниками відображено у таблиці 2.

Таблиця 1. Кількість лікарів (фізичних осіб) ПМСД у м. Комсомольську Полтавської області у 2004–2009 рр.

Спеціальність лікарів ПМСД	Кількість лікарів (фізичних осіб) ПМСД					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Дільничні лікарі-терапевти – штатні працівники Центру ПМСД	7	4	7	7	8	7
Дільничні лікарі-педіатри – штатні працівники Центру ПМСД	6	5	5	6	6	5
Лікарі ЗП/СМ – штатні працівники Центру ПМСД	5	3	7	8	8	8
Лікарі ЗП/СМ з приватною практикою	11	11	9	9	9	9

Таблиця 2. Забезпеченість населення м. Комсомольська лікарями ПМСД різних спеціальностей порівняно із середніми по Україні показниками у 2009 р. (на 10 тис. нас.)\*

Назва спеціальності	м. Комсомольськ		Україна	
	абс. дані	на 10 тис. нас.	абс. дані	на 10 тис. нас.
Дільничний лікар-терапевт	7	2,62	7843	3,01
Дільничний лікар-педіатр	5	7,92	5352	10,22
Лікар ЗП/СМ	17	3,12	8112	1,77

Примітка: \* – за даними Центру медичної статистики МОЗ України за 2008–2009 рр.

З таблиці 2 видно, що забезпеченість населення м. Комсомольська Полтавської області ЛЗП/СМ у 1,76 разу вища за середню по Україні, при цьому забезпеченість населення дільничними терапевтами та педіатрами дещо нижча, що обумовлено, по-перше, поступовою заміною дільничних лікарів-терапевтів лікарями ЗП/СМ, а також тим, що приватні лікарі ЗП/СМ у м. Ком-

сомольську згідно договорів обслуговують також частину дитячого населення.

За період з 2004–2009 рр. провайдером ПМСД традиційної ФОМ було охоплено в середньому біля 35 тис. осіб, або 65% населення міста, провайдером інноваційної ФОМ було охоплено в середньому біля 19 тис. осіб, або біля 35% населення міста (табл. 3, рис. 1).

Таблиця 3. Кількість населення, охопленого обслуговуванням провайдерів ПМСД традиційної та інноваційної ФОМ

Кількість охопленого населення	Рік					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Традиційна ФОМ ПМСД	34965	33218	35623	35249	35197	35156
Інноваційна ФОМ ПМСД	19335	21016	18591	19044	19122	19231

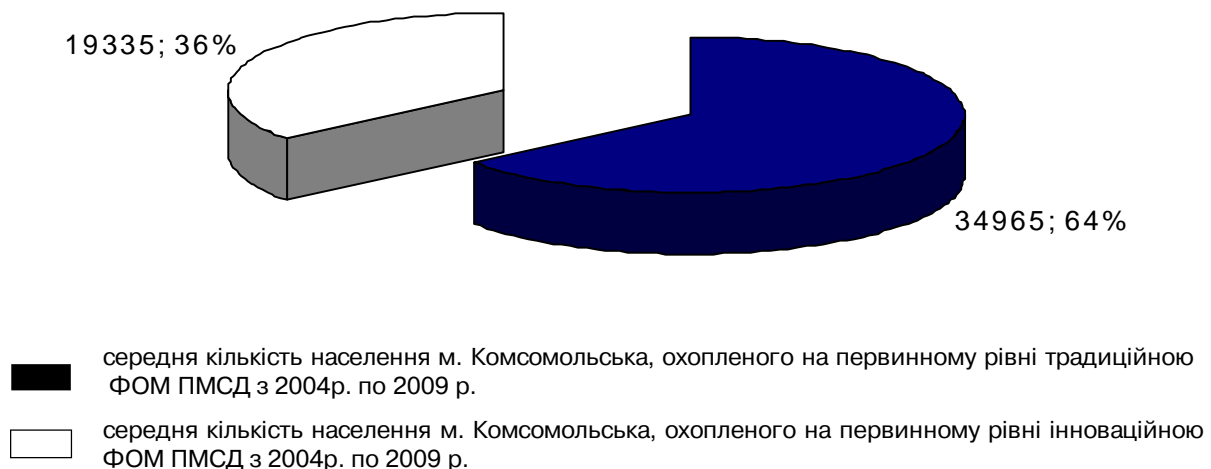


Рис. 1. Кількість населення м. Комсомольська Полтавської області, охопленого на первинному рівні традиційною та інноваційною ФОМ ПМСД у 2004–2009 рр.

Аналіз навантаження на лікарів – надавачів ПМСД традиційної ФОМ виявив, що на одного лікаря-терапевта припадає в середньому 2 тисячі населення, що перевищує норму. Один лікар-педіатр традиційної ФОМ ПМСД в серед-

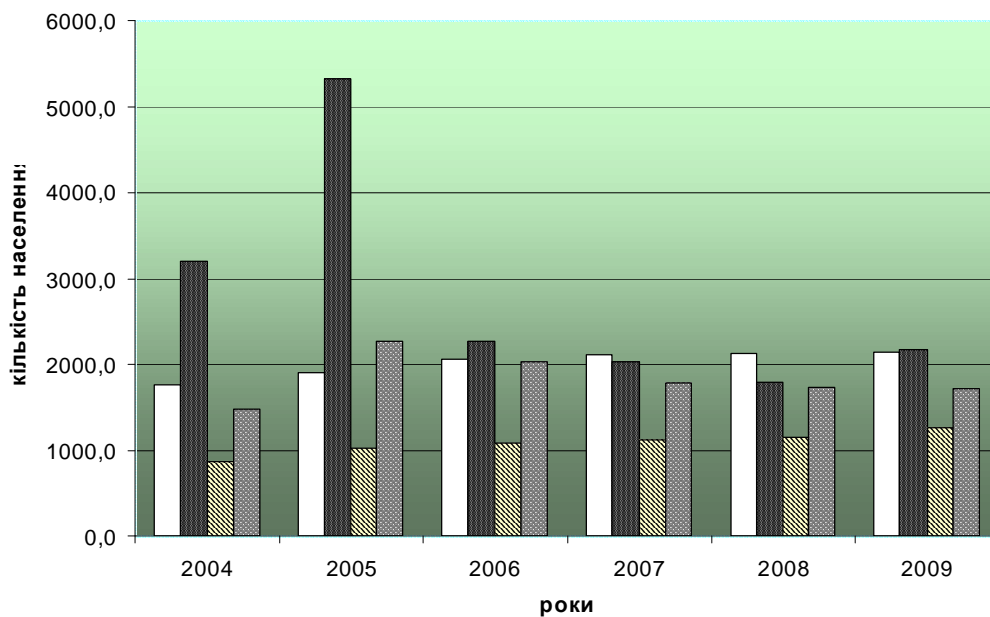
ньому надавав допомогу 1500 дітям, що набагато перевищує загальнодержавний показник. Лікарі ЗП/СМ охоплювали в середньому 1834,5 особи на одного лікаря, що нижче за нормативний показник по Україні (табл. 4).

Таблиця 4. Середнє навантаження на 1 фізичну особу лікаря ПМСД різної спеціалізації у м. Комсомольську

Назва спеціальності		Кількість населення на 1 фізичну особу						в середньому за 6 років
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Традиційна ФОМ	Дільничний лікар-терапевт	3192	5322	2273	2035	1795	2168	2797,5
	Дільничний лікар-педіатр	873	1025	1093	1125	1153	1261	1088,5
	Лікар ЗП/СМ	1476	2268	2035	1780	1739	1709	1834,5
Інноваційна ФОМ	Лікар ЗП/СМ	1757,7	1910,5	2065,7	2116,0	2124,7	2136,8	2018,6

Аналіз навантаження на лікарів ЗП/СМ при інноваційній ФОМ показав, що на одного лікаря ЗП/СМ з приватною практикою в середньому

припадає 2018,6 населення, що є вищим за середній показник по Україні (табл. 4, рис. 2).



- в середньому дорослого та дитячого населення на 1 фізичну особу лікаря ЗП/СМ інноваційної ФОМ ПМСД
- в середньому дорослого населення на 1 фізичну особу лікаря дільничного терапевта традиційної ФОМ ПМСД
- ▨ в середньому дорослого населення на 1 фізичну особу лікаря дільничного педіатра традиційної ФОМ ПМСД
- ▩ в середньому дитячого населення на 1 фізичну особу лікаря ЗП/СМ традиційної ФОМ ПМСД

Рис. 2. Порівняння навантаження на 1 фізичну особу лікаря ПМСД різної спеціалізації та різної ФОМ ПМСД

Наведені вище дані свідчать про те, що у лікарів ЗП/СМ традиційної моделі фінансування простежується перевищення норми охоплення населення на одну особу лікаря ЗП/СМ, яке сягало від 1476 у 2004 р. до 1709 у 2009 р. і в середньому за 6 років становило 1834,5, що перевищувало ук-

раїнський норматив. Як видно з даних таблиці 5 та діаграми, у лікарів інноваційної ФОМ ПМСД за досліджуваній період ці цифри коливалися від 1757,7 у 2004 р. до 2136,8 у 2009 р., що обумовлено принципом формування контингенту у лікарів приватної практики, який відрізняється від лікарів –

надавачів ПМСД традиційної моделі тим, що цифра обслуговуваного населення закріплена в контракті із замовником медичної допомоги, в нашо-

му випадку з Управлінням охорони здоров'я, і за кожним пацієнтом "йдуть гроші" згідно подушового методу фінансування.

**Таблиця 5. Порівняння середнього навантаження на 1 фізичну особу лікаря ПМСД різної спеціалізації та належності до ФОМ ПМСД з нормативними показниками для даної спеціалізації лікарів та середніми показниками по Україні (2004–2010 рр.)**

Модель ПМСД	Спеціальність лікаря – надавача ПМСД	Середня кількість населення на 1 лікаря ПМСД для міського населення	
		м. Комсомольськ	Україна
Традиційна ФОМ	Терапевт дільничний	2797,5	1500
	Педіатр дільничний	1088,3	750
	Лікар ЗП/СМ	1834,5	1500
Інноваційна ФОМ	Лікар ЗП/СМ	2018,6	1500

### Висновки

У результаті реформування системи охорони здоров'я м. Комсомольська Полтавської області створені умови для відпрацювання моделі системи надання медичних послуг населенню із застосуванням традиційної та інноваційної фінансово-організаційної моделей.

В ході дослідження виявлено, що навантаження на одну фізичну особу лікаря ЗП/СМ за умови застосування контрактних відносин та його автономності зберігає постійне значення і

суттєво не перевищує норматив, що, відповідно, зменшує ризик перевантаження лікаря під час годин прийому та дозволяє йому більш якісно та ефективно працювати з охопленим контингентом пацієнтів.

### Перспективи подальших досліджень.

Запропонована інноваційна фінансово-організаційна модель потребує подальшого вивчення та апробації в пілотних проектах, які будуть застосовані у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та в м. Києві.

### Список літератури

1. Лехан В. Системы здравоохранения в переходном периоде: Украина / В. Лехан, В. Рудый, Е. Нолт. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2004. – 257 с.
2. Москаленко В. Ф. Діяльність системи охорони здоров'я за 2000 рік: Завдання щодо подальшого її розвитку та підвищення рівня здоров'я населення України (доповідь на підсумковій колегії МОЗ України 12.02.2001 р.) / В. Ф. Москаленко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 2. – С. 6.
3. Richard B. Saltman Первичную медицинскую помощь – во главу угла? / Richard B. Saltman, Ana Rico, Wienke G. W. Voerma // Врач. – 2006. – № 11. – С. 68–79.
4. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. WHO Press, World Health Organization. 2008 152 с. [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf). – Title from screen.

## АНАЛИЗ КАДРОВОЙ СИТУАЦИИ В ТРАДИЦИОННОЙ И ИННОВАЦИОННОЙ ФИНАНСОВО-ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ Г. КОМСОМОЛЬСКА ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ

О. К. Надута-Скринник (Полтава)

В статье проанализирована кадровая ситуация в традиционной и инновационной финансово-организационных моделях первичной медико-санитарной помощи г. Комсомольска Полтавской области.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** первичная медицинская помощь, семейная медицина, инновационная финансово-организационная модель.

## THE ANALYSIS OF THE PERSONNEL SITUATION IN TRADITIONAL AND INNOVATIVE FINANCIAL AND ORGANIZATIONAL MODELS OF THE PRIMARY MEDICAL AND SANITARY CARE OF KOMSOMOLSK, POLTAVA REGION

О. К. Naduta-Skrzynnyk (Poltava)

In article the personnel situation in traditional and innovative financial and organizational models of the primary medical and sanitary care of Komsomolsk, Poltava region has been analyzed.

**KEY WORDS:** primary medical care, family medicine, innovative financial and organizational model.

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

Л. В. ДІДЕНКО (Київ)

## ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЛЕКТУВАННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ РЯДОВОГО СКЛАДУ ТА ОСОБЛИВОСТІ СПОСОБУ ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я ПРИЗОВНИКІВ

Центральна військово-лікарська комісія МО України

Вивчалися особливості категорій військовослужбовців рядового складу Збройних Сил України та стану здоров'я призовної молоді з метою виявлення факторів, які впливають на здоров'я військовослужбовців і сприяють його погіршенню під час служби в армії. Встановлено, що негативне ставлення молоді до служби в армії пов'язане з поганими побутовими умовами проходження військової служби, незадовільним медичним обслуговуванням, низьким рівнем життя, неякісним харчуванням, небажанням займатися фізичною культурою та спортом. Визначені пріоритетні напрямки змін в організації процесу комплектування рядового складу Збройних Сил України людськими ресурсами в умовах переходу до професійної армії, зокрема удосконалення критеріїв придатності молоді до військової служби.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** категорії військовослужбовців, призовна та допризовна молодь, стан здоров'я, оптимізація комплектування рядового складу Збройних Сил, критерії придатності до військової служби.

Протягом 2001–2010 рр. проведено ряд організаційних заходів щодо формування Збройних Сил (ЗС) України. Після отримання Україною незалежності протягом перших років відбувається реорганізації та реформування ЗС України, перехід ЗС України до комплектування військовослужбовцями контрактної служби, визначення та формування ЗС зразка 2015 р. [4–7;9;14].

Указом Президента України від 17 квітня 2002 року № 348/2002 затверджена Державна програма переходу Збройних Сил України до комплектування військовослужбовцями, що проходять військову службу за контрактом, яка регламентує перехід ЗС до комплектування військовослужбовцями за контрактом [4;9;14].

Перехід ЗС України до комплектування військовослужбовцями за контрактом зумовлений багатьма чинниками [5–7]:

- зміна воєнно-політичної обстановки у світі, реформування збройних сил суміжних держав;
- необхідність підтримання бойової готовності військ (сил) на належному рівні за рахунок укомплектування військових частин і підрозділів професійно підготовленим особовим складом, здатним в умовах скорочення чисельності ЗС якісно виконувати поставлені завдання впродовж тривалого часу;
- зниження показників стану здоров'я, ділових і моральних якостей юнаків, які підлягають призову на строкову військову службу, зменшення кількості осіб, що призиваються на таку службу;
- погіршення стану підготовки і накопичення військовонавчених людських ресурсів, які

підлягають призову на військову службу під час мобілізації.

Перехід ЗС до комплектування військовослужбовцями контрактної служби повинен створити умови для утримання їх такими, структура і чисельність яких відповідатимуть економічним можливостям держави та завданням щодо її оборони, підвищити бойову готовність та вимоги до особового складу.

Програма розрахована на період до 2015 року і здійснюватиметься у три етапи: 2002–2005, 2006–2010 і 2011–2015 рр. На кінець першого етапу чисельність військовослужбовців контрактної служби у ЗС України становитиме близько 50 тисяч осіб, другого етапу – укомплектованість ЗС військовослужбовцями контрактної служби доводиться до 50 відсотків загальної чисельності. Завершується переведення ЗС на стовідсоткове їх комплектування військовослужбовцями контрактної служби наприкінці третього етапу [4;5;14].

Здоров'я військових було предметом дослідження багатьох праць з проблем військової медицини (Білий В.Я. зі співавт., 1998; Варус В.І., 2001; Маркович І.Ф., 2003; Бібік Т.А. зі співавт., 2005, 2007; Шекера О.Г. зі співавт., 2006, 2007; Калагін Ю., 2007; Захараш М.П. зі співавт., 2008) [1–3; 8;10–13;15;16]. Однак в цих працях не досліджувалося, як впливають на стан здоров'я призовної молоді та військовослужбовців умови життя та побуту, в якому причинно-наслідковому зв'язку перебувають рівень життя і готовність до захисту Батьківщини, соціально-побутові умови і готовність служити в Збройних Силах України за контрактом або на професійній основі.

Таким чином, при переході ЗС до комплектування військовослужбовцями контрактної служ-



би є актуальним вивчення особливостей категорії військовослужбовців рядового складу, їх вікової структури, строків служби, періодичності оновлення колективів та стану здоров'я призовної молоді – майбутніх військовослужбовців з метою оцінки впливу на здоров'я військовослужбовців, виявлення причин його погіршення у зв'язку із службою в армії.

**Метою дослідження** є вивчення особливостей категорії військовослужбовців рядового складу та виявлення чинників, які впливають на стан здоров'я військовослужбовців, призовної та допризовної молоді під час строкової служби і служби за контрактом та підготовка методичних рекомендацій, призначених для поліпшення процесу комплектування Збройних Сил України людськими ресурсами при переході на професійну основу.

**Матеріали і методи.** Вивчення особливостей категорії військовослужбовців рядового складу та чинників, які впливають на стан здоров'я військовослужбовців, призовної та допризовної молоді, проводилося на основі аналізу звітної документації за 2001–2010 рр., результатів соціологічного опитування військовослужбовців ЗС України, допризовної і призовної молоді з використанням статистичного, гігієнічного, соціологічного, соціально-психологічного, історичного методів дослідження.

**Результати дослідження та їх обговорення.** З метою вивчення впливу способу життя і здоров'я призовників на комплектування військовослужбовців рядового складу ЗС України нами вивчалися характеристики категорії військовослужбовців рядового складу, проведено аналіз вікової структури категорії, строків служби, періодичності оновлення колективів та особливостей способу життя і здоров'я призовників та військовослужбовців рядового складу.

Комплектування військовослужбовцями рядового складу ЗС України та інших військових формувань здійснюється шляхом призову громадян України на військову службу та прийняття громадян України на військову службу за контрактом. Для доукомплектування ЗС України та інших військових формувань військовослужбовцями на особливий період проводиться планомірна військова підготовка і забезпечується перебування в запасі та військовому резерві необхідної кількості військовонавчених громадян.

Згідно чинного законодавства, громадяни України щодо військового обов'язку поділяються на такі категорії: допризовники – особи, які підлягають приписці до призовних дільниць; призовники – особи, приписані до призовних дільниць; військовослужбовці – особи, які проходять військову службу; військовозобов'язані – особи, які перебувають у запасі для комплектування ЗС України та інших військових формувань на особливий період, а також для виконання робіт із забезпечення оборони держави; резервісти – військовозобов'язані, які у добровільному порядку проходять службу у військовому резерві ЗС України та інших військових формувань.

Військовослужбовці та військовозобов'язані поділяються на рядовий склад, сержантський і старшинський склад та офіцерський склад.

В ЗС України існують такі види військової служби рядового складу: строкова військова служба; військова служба за контрактом осіб рядового, сержантського і старшинського складу.

Категорія військовослужбовців строкової служби є організованим колективом з дворазовим оновленням щорічно в середньому на 40,16% в 2001–2010 рр. Частка молодого поповнення серед військовослужбовців строкової служби в 2001–2010 рр. коливалася від 19,12% в 2004 р. до 46,07% в 2010 р. (табл. 1).

Таблиця 1. Багаторічна динаміка оновлення категорії військовослужбовців строкової служби ЗС України в 2001–2010 рр. (%)

Рік	Частка військовослужбовців строкової служби 1–2 років служби	Питома вага молодого поповнення
2001	68,49±0,17	31,52±0,25
2002	76,88±0,14	23,12±0,26
2003	74,43±0,15	25,57±0,25
2004	80,88±0,17	19,12±0,35
2005	62,19±0,22	37,81±0,29
2006	60,58±0,27	39,42±0,32
2007	56,62±0,27	43,38±0,32
2008	57,35±0,25	42,65±0,30
2009	54,78±0,26	45,22±0,28
2010	53,93±0,25	46,07±0,27

З 2001 р. з'явилася нова категорія військовослужбовців – військовослужбовці за контрактом. Для громадян України, які вперше прийняті

на військову службу за контрактом на посади рядового складу, строк військової служби в календарному обчисленні досягає 3 роки, на по-

сади сержантського і старшинського складу – 5 років. Для осіб, які прийняті на військову службу за контрактом на посади рядового складу, сержантського і старшинського складу, строк військової служби може бути подовжено за новим контрактом відповідно на 3–5 років до досягнення граничного віку перебування на військовій службі.

За віковою характеристикою військовослужбовці за контрактом наближаються до офіцерського складу. Так, в період 2001–2010 рр. частка військовослужбовців за контрактом до 30 років (фактично від 20 років до 30 років, тому що переважно має місце середня спеціальна освіта) в середньому становила 56,21%, 31–40 рр. – 30,69%, 41–50 рр. – 12,80%, 51–60 рр. – 0,26%, старше 60 років – 0,06% (табл. 2).

Таблиця 2. Структура військовослужбовців за контрактом за віком у 2001–2010 рр. (%)

Вікова група / Рік	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Середній багаторічний показник
до 30 років	52,10	53,98	57,44	59,99	65,06	56,31	59,10	57,10	43,60	57,40	56,21±0,05
31–40 р.	34,68	30,52	28,96	27,82	27,31	29,89	31,30	32,50	31,30	32,60	30,69±0,04
41–50 р.	13,18	15,44	13,54	12,11	7,39	13,55	8,80	10,40	23,60	10,0	12,80±0,02
51–60 р.	0,04	0,06	0,06	0,08	0,24	0,25	0,80	0,10	0,90	0,02	0,26±0,001
старше 60 р.	–	–	0,001	–	–	–	–	–	0,60	–	0,06±0,0001

Крім того, сучасна система комплектування ЗС України передбачає виконання військового обов'язку в запасі та проходження служби у військовому резерві. У запас ЗС України та інших військових формувань зараховуються громадяни України, придатні за станом здоров'я до проходження військової служби в мирний або воєнний час і які не досягли граничного віку перебування в запасі.

Військовозобов'язані в добровільному порядку можуть бути зараховані у військовий резерв ЗС України та інших військових формувань, який складається з громадян, що проходять службу у військовому резерві, та громадян, які відібрані кандидатами для зарахування на службу у військовому резерві.

Військовозобов'язані, які перебувають у запасі до рядового складу та мають військові звання рядового, сержантського і старшинського складу, поділяються на розряди за віком (перший розряд – до 35 років; другий розряд: рядовий склад – до 40 років; сержантський і старшинський склад: сержанти і старшини – до 45 років; прапорщики і мічмани – до 50 років).

Граничний вік перебування в запасі другого розряду є граничним віком перебування в запасі та у військовому резерві.

Отже, особовий склад ЗС України має складну структуру за категоріями та є неоднорідним за віком та періодичністю оновлення, тому є актуальним вивчення способу життя і здоров'я призовників.

В основу дослідження покладені результати соціологічного опитування, що проведене згідно з вимогами наказу Міністра оборони України від 01.07.2003 р. №216 "Про проведення вибіркового соціологічного опитування військовослуж-

бовців Збройних Сил України, військовозобов'язаних (резервістів), допризовної і призовної молоді". В ньому брали участь понад 20 тис. чоловіків, у тому числі: 15000 військовослужбовців, що проходили службу в апараті МО України, військових навчальних, науково-дослідних і медичних закладах ЗС України; 5500 осіб допризовного і призовного віку під час осіннього 2002 року, весняного 2003 року призивів громадян на військову службу і у січні 2003 року під час приписки громадян до призовних дільниць у віці від 22 до 60 років.

За даними проведеного анкетування, більшість молоді і військовослужбовців рядового складу вважають себе здоровими (табл. 3). Про хронічні захворювання заявляло 6,8% молоді. Військовослужбовці строкової служби хронічних захворювань не мали. Натомість серед військовослужбовців контрактної служби на хронічні захворювання страждали 11,28%, що вдвічі перевищує аналогічний показник навіть серед допризовної молоді. Призовна молодь найчастіше мала захворювання кишково-шлункового тракту, невралгічні і психічні хвороби. А військовослужбовці строкової служби найчастіше страждали на дермато-венерологічні захворювання (44,1%), що менш типово для військовослужбовців-контрактників, серед яких кількість хворих на дермато-венерологічні хвороби становила 10,2% від загальної кількості опитуваних. Серед обох категорій військовослужбовців ці захворювання спостерігалися найчастіше. Загалом стан здоров'я призовної молоді був кращим, ніж військовослужбовців. А стан здоров'я військовослужбовців строкової служби перевищував показники здоров'я військовослуж-

бовців-контрактників, які, хоча й хворіли удвічі менше, ніж військовослужбовці строкової служби, але і значно частіше страждали від хронічних захворювань.

Таблиця 3. Порівняльна оцінка стану здоров'я призовної молоді та військовослужбовців строкової і контрактної служби (за даними анкетування), %

Запитання анкети	Призовна молодь	Військовослужбовці рядового складу		Співвідношення оцінок стану здоров'я, наданих призовною молоддю і військовослужбовцями	
		військово-службовці строкової служби	військово-службовці контрактної служби	строкової служби	контрактної служби
Як Ви оцінюєте стан свого здоров'я?					
1. Абсолютно здорові і здорові	91,51±1,18	89,75±0,54	83,74±0,83	101,96	109,28
2. Хворіють	1,69±0,55	10,25±0,54	4,98±0,49	16,5	33,94
3. Мають хронічні захворювання	6,8±1,07	-	11,28±0,71	-	60,28
Які захворювання виявлені у Вас під час служби?					
1. Захворювання опорно-рухового апарату	5,1±0,93	1,6±0,23	3,8±0,43	3,19	134,2
2. Захворювання шлунково-кишкового тракту	16,3±1,56	0,9±0,17	4,2±0,45	18,11	3,88
3. Дермато-венерологічні захворювання	6,3±1,03	44,1±0,89	10,2±0,68	14,3	61,76
4. Невралгічні і психічні захворювання	8,6±1,19	5,1±0,40	1,3±0,25	168,63	6,62
Які чинники найбільше впливають на стан Вашого здоров'я?					
1. Житлові умови	61,14±2,06	73,68±0,79	84,84±0,80	83,0	72,07
2. Медичне обслуговування	66,26±2,0	70,32±0,82	82,44±0,85	94,23	80,37
3. Рівень життя та матеріального добробуту	70,38±1,93	72,2±0,80	88,17±0,72	97,48	79,82
4. Заняття фізичною культурою та спортом	62,14±2,05	63,01±0,87	73,38±0,99	98,62	84,68
5. Структура та якість харчування	76,7±1,79	74,52±0,78	86,1±0,78	102,93	89,08
6. Навколишнє середовище	63,1±2,04	61,73±0,87	74,87±0,97	102,22	84,28
7. Особливості організму	58,25±2,09	55,81±0,89	68,21±1,04	104,37	85,40
8. Умови роботи та навчання	60,22±2,07	60,15±0,88	73,96±0,98	100,12	81,42

В ході соціологічного дослідження були виявлені основні чинники, що найбільше впливають на стан здоров'я людських ресурсів, якими комплектується ЗС. При розподілі за значенням, яке їм відводили респонденти, на першому ранговому місці стоїть якість харчування і загалом рівень добробуту. Абсолютна більшість респондентів – від 70,38% до 76,7% із числа призовної молоді, 72,2–74,52% військовослужбовців строкової служби, 86,1–88,17% військовослужбовців-контрактників – вказали, що зазначені чинники є для них пріоритетними. Велике значення відводилось належним житловим умовам, це зазначають 84,84% військовослужбовців за контрактом. Причому значення даних чинників для забезпечення сумлінної служби посилювалось по мірі просування по кар'єрним сходам.

Водночас кожний п'ятий (22,3% призовної молоді та 25,48% військовослужбовців строкової служби) респондент зазначив, що на стан його здоров'я не впливають ні якість харчування, ні рівень життя і матеріального благополуччя, ні житлові умови, що цілком закономірно, оскільки переважна більшість із них не пов'язує подальше життя із ЗС.

Водночас поліпшення соціально-побутових умов – це ключовий чинник, що збереже здоров'я військовослужбовців-професіоналів, підтримає їх моральний рівень, підвищить бойову підготовку і є винятково важливим для тих, хто добровільно бере службу в ЗС України. По мірі наближення до професійної української армії вирішення побутових проблем є таким самим першочерговим заходом, як і переозброєння.

Перехід до професійної армії має велике значення для України, враховуючи, що за останні роки скоротилась кількість призовників і значно погіршився стан здоров'я молоді, яка призначається для комплектування ЗС. Внаслідок цього в Україні відбувається постійне скорочення чисельності потенційного призовного контингенту.

Встановлено, що однією з причин погіршення стану здоров'я призовних контингентів є слабкий інтерес до фізкультури і спорту та незадовільна робота щодо оздоровлення молоді. Серед призовної молоді і військовослужбовців строкової служби майже 40% опитаних не вважають, що фізична культура і заняття спортом зміцнюють їхнє здоров'я. Викликає занепокоєння, що такої ж думки майже 30% військовослужбовців контрактної служби. Відсутність ефективної програми для залучення до здорового способу життя вразливішої частини населення України, якою є молодь 15–24 років, тільки поглиблює проблему.

Залежність стану здоров'я від медичного обслуговування більшість військовослужбовців сприймають як менш важливий чинник (четверте рангове місце) з показниками 70,32% військовослужбовців строкової служби, 82,44% контрактників та 66,26% допризовної молоді. Хоча і в цій сфері є достатньо проблем, які віддаляють її від сучасних норм.

Міцне здоров'я підлітків і молоді є життєво необхідною умовою для кожної нації, у тому числі для її військової безпеки. До чинників, що негативно впливають на рівень здоров'я юнаків допризовного і призовного віку, належать також нестабільний соціально-економічний стан держави, слабка профілактична робота серед здорових людей, пізнє виявлення захворювань, відсутність необхідного обсягу медичної допомоги і зниження у юнаків позитивної мотивації до збереження свого здоров'я.

За результатами соціологічного опитування умови роботи і навчання (п'яте рангове місце) не мають такого значного впливу на стан здоров'я, як раніше згадані чинники. Але для понад 60% призовної молоді і військовослужбовців строкової служби, а також для 73,96% військовослужбовців контрактної служби це є чинником, який важливий для збереження ними свого здоров'я.

Призовна категорія населення найбільш схильна до девіантної поведінки, шкідливих побутових звичок, вживання алкоголю та наркотиків і ще до призову набуває небезпечних для здоров'я життєвих навичок. З урахуванням особливостей підліткового організму слід зазначити, що фізичне та психологічне здоров'я зазначеної категорії призовного контингенту

перебуває в значній залежності від впливу навколишнього середовища.

Вплив навколишнього середовища при формуванні стану здоров'я у проведенні наших досліджень займав шосте рангове місце. Результати опитування показали, що для здоров'я понад 60% опитаних серйозні наслідки може мати забруднення навколишнього середовища.

Крім того, незважаючи на статистичну достовірність отриманих результатів соціологічного опитування, слід зазначити, що для виявлення всіх чинників, які впливають на стан здоров'я військовослужбовців, призовної та допризовної молоді під час строкової служби і служби за контрактом, безумовно, необхідно доповнити комплексом діагностичних та лабораторних досліджень.

### Висновки

1. В умовах переходу Збройних Сил до комплектування рядового складу військовослужбовцями за контрактом особовий склад ЗС України має складну структуру за категоріями та є неоднорідним за віком та періодичністю оновлення, що, враховуючи особливості цієї категорії військовослужбовців за віковою групою, строками служби, умовами розміщення, харчування, військової праці, обумовлює вплив способу життя і здоров'я призовників на стан комплектування Збройних Сил України.

2. Оцінка фізичного і морального здоров'я військовослужбовців рядового складу та молоді як майбутнього резерву комплектування армії, виявлена в ході опитування призовної молоді і військових, показала стійку тенденцію до погіршення стану здоров'я зазначених контингентів і збільшення кількості осіб, не придатних до служби в армії.

3. Основними причинами низького рівня здоров'я юнаків допризовного і призовного віку можна назвати незадовільний соціально-економічний стан держави, недостатню профілактичну роботу серед здорових, пізнє виявлення захворювань, відсутність необхідного обсягу медичної допомоги і зниження у юнаків позитивної мотивації до збереження свого здоров'я.

4. Поліпшення здоров'я населення України, у тому числі молоді призовного контингенту, військовослужбовців рядового складу, потребує не тільки реформування національної системи охорони здоров'я, створення національної ідеології здоров'я і механізмів її реалізації в усіх секторах суспільного і державного життя, але і ставлення нових вимог до їхнього здоров'я, особливо в умовах реформування Збройних Сил України.

**Перспективи подальших досліджень.** В умовах переходу до професійної армії пріоритетним напрямком досліджень є комплексне



дослідження стану здоров'я військовослужбовців, призовної та допризовної молоді під час строкової служби і служби за контрактом та на основі

отриманих результатів розробка та впровадження адекватних науково обґрунтованих нових критеріїв придатності молоді до військової служби.

### Список літератури

1. Білий В. Я. Здоров'я призовників України та організаційні заходи щодо його покращення / В. Я. Білий, В. Ю. Михайлець, М. М. Вовкодав // Пробл. воєнного здравоохр. и пути его реформирования : сб. науч. тр. УВМА. – К. : Логос, 1998. – С. 310–312.
2. Бібік Т. А. Вивчення стану здоров'я та надання медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України за даними соціологічного опитування / Т. А. Бібік // Військова медицина України. – 2005. – № 2. – С. 50–52.
3. Бібік Т. А. До питання про подальший розвиток диспансеризації військовослужбовців Збройних сил України / Т. А. Бібік, Г. З. Мороз // Лік. справа. – 2007. – № 5/6. – С. 125–128.
4. Біла книга України 2005. Оборонна політика України : щорічник. – К. : МО України, 2006. – 134 с.
5. Біла книга України 2006. Оборонна політика України : щорічник. – К. : Військо України, 2007. – 95 с.
6. Біла книга України 2008. Оборонна політика України : щорічник. – К. : МО України, 2009. – 100 с.
7. Біла книга України 2009. Оборонна політика України : щорічник. – К. : МО України, 2010. – 92 с.
8. Варус В. І. Стратегія превентивної медицини в охороні професійного здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України у XXI сторіччі / В. І. Варус // Наука і оборона. – 2001. – № 2. – С. 20–23.
9. Державна програма розвитку Збройних Сил України на 2006–2011 роки (основні положення). – К. : НАОУ, 2005. – 40 с.
10. Калагін Ю. Охорона здоров'я військовослужбовців як складова соціальної сфери Збройних сил України / Ю. Калагін // Соц. психологія. – 2007. – № 5. – С. 157–162.
11. Кириленко С. О. Система управління Збройних Сил України: ретроспективний аналіз і перспективи розвитку / С. О. Кириленко // Наука і оборона. – 2007. – С. 13–18.
12. Маркович І. Ф. Медико-соціологічне дослідження факторів способу життя, професійної діяльності та особистого відношення до медичної допомоги військовослужбовців Північного оперативного командування / І. Ф. Маркович // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 77–80.
13. Питання оптимізації медичної та медико-експертної допомоги військовослужбовцям на регіональному рівні / М. П. Захараш, О. В. Сергієні, А. М. Кравченко, Г. І. Тітов // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 2. – С. 192–195.
14. Стратегічний оборонний бюлетень України на період до 2015 року (Біла книга України) : щорічник. – К. : Аванпост-прім, 2004. – 96 с.
15. Шекера О. Г. Медико-демографічні аспекти комплектування збройних сил України / О. Г. Шекера, В. Ф. Москаленко. – К. : ЕКМО, 2007. – 184 с.
16. Шекера О. Г. Соціально-економічні аспекти формування системи медичного забезпечення збройних сил України / О. Г. Шекера. – К., 2006. – 272 с.

### ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЛЕКТОВАНИЯ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ РЯДОВОГО СОСТАВА И ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ПРИЗЫВНИКОВ

Л.В. Диденко (Киев)

Изучались особенности категорий военнослужащих рядового состава Вооруженных Сил Украины и состояния здоровья призывной молодежи с целью выявления факторов, влияющих на здоровье военнослужащих и способствующих его ухудшению во время службы в армии. Установлено, что негативное отношение молодежи к службе в армии связано с плохими бытовыми условиями прохождения военной службы, неудовлетворительным медицинским обслуживанием, низким уровнем жизни, некачественным питанием, нежеланием заниматься физической культурой и спортом. Определены приоритетные направления изменений в организации процесса комплектования рядового состава Вооруженных Сил Украины человеческими ресурсами в условиях перехода к профессиональной армии, в частности усовершенствование критериев пригодности молодежи к военной службе.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** категории военнослужащих рядового состава, призывная и допризывная молодежь, состояние здоровья, оптимизация комплектования рядового состава Вооруженных Сил, критерии пригодности к военной службе.

### CHARACTERISTICS OF ARMED FORCES OF UKRAINE COMPLETING WITH CONSCRIPTS AND PECULIARITIES OF LIFESTYLE AND HEALTH OF RECRUITS

L.V. Didenko (Kyiv)

Peculiarities of servicemen' categories of the Armed Forces of Ukraine along with health condition of recruits have been studied in the article in order to define factors that have an influence on servicemen' health and play in favour of its worsening during the service time. It is identified that negative attitude of young people towards military service



is connected with poor living conditions, unsatisfactory medical care, low level of life, bad quality of food, unwillingness to do physical training and sports. Priorities for the changes in organization of completing of the Army with human resources in the conditions of transformation to the completing of Armed Forces with contract servicemen have been defined in the article. This is to include optimization of fitness for the military service criteria for young people.

**KEY WORDS: servicemen' categories, recruits and pre-recruits youth, level of health, optimization of completion of Armed Forces, fitness for the military service criteria.**

Рецензент: Ф.П. Ринда

## ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2:616-089:615.859.003.2

В. М. ЛЕХАН, М. В. ПАВЛЕНКО (Дніпропетровськ)

# ВПЛИВ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ФІНАНСУВАННЯ ЛІКАРЕНЬ НА ЯКІСТЬ ПЛАНОВОГО СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Дніпропетровська державна медична академія

У статті показано порівняння результатів експертної оцінки адекватності стаціонарної допомоги плановим хворим хірургічного профілю у бюджетній і приватній лікарнях, проведене з метою аналізу впливу різних методів фінансування медичних закладів на повноцінність медичного обслуговування. В обох досліджуваних закладах виявлено дефекти якості надання медичної допомоги та недостатню ефективність використання ліжкового фонду, однак у приватній клініці організаційних недоліків виявлено достовірно менше.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА: методи фінансування, якість стаціонарної медичної допомоги, пацієнти хірургічного профілю.**

Недосконалість українського законодавства у сфері охорони здоров'я, а саме архаїчність способів розподілу фінансових коштів в державних медичних установах, є одним з головних чинників, що негативно впливають на організацію лікувально-діагностичного процесу на будь-якому рівні системи охорони здоров'я, передусім у стаціонарах [1;5].

Якість та ефективність організації діяльності лікарень мають величезне значення, адже на фінансування стаціонарних закладів спрямовується значна частина загального бюджету всієї системи охорони здоров'я, лікарні визначають політику доступу до спеціалізованих медичних послуг і мають в своєму складі найбільш кваліфікованих медичних спеціалістів, оскільки надають допомогу населенню в найскладніших випадках [4].

Вказаний провідний, найбільш впливовий, прошарок професійних медичних працівників, що працюють у державних та комунальних стаціонарних закладах, не має мотивації до підви-

щення якості послуг та їх позитивного впливу на здоров'я населення, належного контролю витрат наявних ресурсів [1;5]. Поряд з цим у приватних стаціонарах менеджмент може застосовувати різноманітні фінансові стимули для постійного підвищення якості лікування пацієнтів та ефективного використання ресурсів.

**Метою** даного дослідження було порівняння впливу різних методів фінансування стаціонарів на якість планового стаціонарного лікування хворих хірургічного профілю та визначення резервів підвищення ефективності лікування на прикладі хворих, оперованих з приводу неускладненої вентральної грижі.

**Матеріали і методи.** Дослідження проведено на базі лікарень м. Дніпропетровська, які використовують різні методи фінансування: міського комунального закладу – бюджетної установи, що фінансується за методом постатейного кошторису та здійснює оплату праці медичних працівників за посадовими окладами, і приватного центру ендоскопічної та пластичної хірургії "Гарвіс", який здійснює оплату праці лікарів за пролікований випадок.

За одиницю спостереження прийнято закінчений випадок лікування пацієнта. Збір інформації проводився методом викопіювання з медичних карт стаціонарних хворих.

Адекватність та якість медичної допомоги вивчено за матеріалами експертної оцінки 101 випадку стаціонарного лікування хворих, оперованих в плановому порядку з приводу неускладненої вентральної грижі. Було проаналізовано 52 випадки лікування протягом 2007–2009 рр. на базі міського комунального закладу та 49 випадків лікування протягом 2007–2008 рр. на базі приватної клініки. В усіх досліджених випадках було проведено оперативне втручання – герніопластику із застосуванням алопластичних (ненатяжних) методів з імплантацією сітчастого ендопротезу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У ході дослідження виявлено відсутність достовірних відмінностей між групами наступних показників: середній вік пацієнтів –  $53,8 \pm 12,0$  року ( $M \pm SD$ ) у бюджетному закладі та  $53,6 \pm 12,7$  року у приватній клініці,  $p=0,98$ ; розподіл за статтю – чоловіків 30,8% та 30,6% відповідно,  $p=0,98$ ; тривалість грижозносійства –  $58,8 \pm 82,2$  ( $M \pm SD$ ) і  $54,6 \pm 80,8$  місяця,  $p=0,67$ ; питома вага пацієнтів із супутньою патологією – 61,5% і 77,6%,  $p=0,07$ ; тривалість оперативного втручання –  $1,5 \pm 0,1$  і  $1,3 \pm 0,1$  години,  $p=0,16$ , та наркозу –  $1,8 \pm 0,1$  і  $1,6 \pm 0,1$  години,  $p=0,16$ .

За результатами експертної оцінки якості стаціонарного перебування досліджених пацієнтів

встановлено, що в хірургічних відділеннях не своєчасно, із запізненням на одну добу і більше, діагноз був встановлений 94,2% хворим комунального бюджетного закладу і 6,1% пацієнтів приватної клініки ( $p < 0,001$ ). В бюджетній установі із запізненням на добу було встановлено діагноз 40,4% пацієнтам, на дві доби – 34,6% хворим, на три і більше діб – 19,2%. У приватній клініці запізньень в постановці клінічного діагнозу більше, ніж на добу, не було.

При плановому стаціонарному лікуванні одним з важливих факторів забезпечення ефективності медичного обслуговування є наступність медичної допомоги. У дослідженні визначено, що перед госпіталізацією в бюджетну установу було проведено обстеження 32,7% пацієнтів, в приватну клініку – 67,4% хворих ( $p < 0,001$ , рис. 1). Слід зазначити, що усі призначені дослідження передопераційного етапу були проведені до початку госпіталізації 7,7% пацієнтів комунального закладу і 42,9% хворих приватної клініки ( $p < 0,001$ ), а якщо враховувати консультативну допомогу (насамперед консультацію анестезіолога) – лише 1,9% і 10,2% відповідно ( $p=0,08$ ). Ще чверть пацієнтів кожної групи була обстежена на догоспітальному етапі частково (25% і 24,5% відповідно,  $p=0,95$ ). Недостатня підготовка хворих до планової госпіталізації призвела до необґрунтованих витрат часу стаціонарного перебування хворих у передопераційний період, запізнення в постановці діагнозу в стаціонарах.

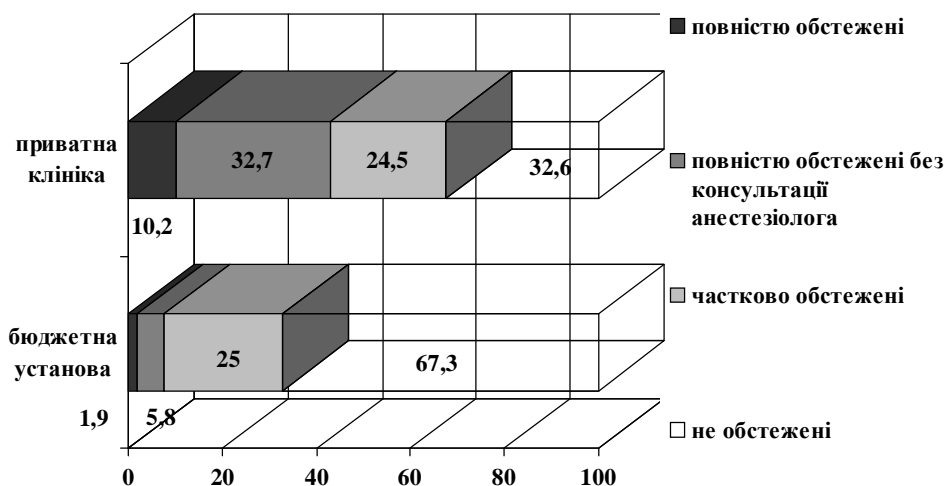


Рис. 1. Порівняльна характеристика догоспітального обстеження хворих залежно від типу фінансування лікарень (у % від загальної кількості досліджених)

При аналізі повноти проведених досліджень встановлено, що частота обстеження на догоспітальному етапі за основними 6 найменуваннями лабораторних досліджень, перелічених в існуючих вітчизняних стандартах щодо обстеження та лікування хворих на грижі [2;3], в клініці “Гарвіс” була достовірно вище, ніж в бюджетній лікарні ( $p < 0,05$ ). У приватній установі також

відмічаються значно вищі відсотки охоплення хворих електрокардіографічним дослідженням та консультаціями терапевта з приводу супутньої патології, а також своєчасності проведення даних втручань ( $p < 0,05$ ).

При вивченні доцільності та достатності консультативного огляду профільних спеціалістів виявлено, що 61,5% від загальної кількості хво-

рих бюджетного стаціонару мали супутні захворювання інших систем організму, які впливали на основне захворювання, з них консультація терапевта була призначена лише 50,1%, у тому числі на догоспітальному етапі – лише 3,1%. У приватній клініці усі 77,6% пацієнтів, що потребували надання такої допомоги, отримали її, з них на догоспітальному етапі – 63,2% ( $p < 0,001$ ). Експерти дійшли висновку, що дефекти консультативної допомоги мали вплив на правильність встановлення клінічного діагнозу.

За даними експертної оцінки, заключний клінічний діагноз був вірним у частині встановлення основної нозологічної форми в усіх досліджених випадках. Але повністю правильний та повний діагноз визначений у 73,5% хворих приватної клініки та лише у 40,4% пацієнтів бюджетного стаціонару ( $p = 0,001$ ). В інших випадках були допущені більш (26,5% та 53,8% випадків відповідно,  $p = 0,004$ ) та/або менш (4,1% і 42,3% випадків,  $p < 0,001$ ) істотні помилки. До більш істотних помилок експерти віднесли те, що в діагнозі не були відображені наявні супутні захворювання. До менш істотної, але теж значимої, помилки віднесені неточно встановлений основний діагноз, в якому були невірно встановлені або не визначені ширини гризових воріт, клінічні прояви грижі.

При визначенні адекватності проведеного лікування експерти виявили, що лікування було частково невідповідним стану хворого у 40,4% пацієнтів бюджетного стаціонару (в тому числі у 5,8% швидше неадекватним) і 16,3% хворих приватної клініки ( $p = 0,006$ ). Також визначено, що за складом лікування було дефектним (надлишковим та/або недостатнім) у майже кожного третього хворого бюджетного стаціонару та приблизно кожного десятого пацієнта приватної клініки (32,7% та 12,3% відповідно,  $p = 0,013$ ).

Встановлено, що в післяопераційному періоді пацієнти бюджетних установ в середньому після  $5,6 \pm 0,4$  ( $M \pm m$ ) доби, а хворі приватної клініки –

після  $2,5 \pm 0,6$  доби одержували мінімальну за інтенсивністю терапію (лише пероральні медикаментозні препарати). Експерти також зазначили, що на четверту–п'яту добу стаціонарного перебування переважна більшість пацієнтів обох груп (86,5% хворих бюджетного закладу та 83,7% пацієнтів приватної клініки) вже не потребували медичного моніторингу стану здоров'я впродовж усієї доби.

Експертами були визначені ймовірні причини неповноцінного лікування: недостатня діагностика основного та супутніх захворювань (у 32,7% хворих комунальних закладів і 12,2% пацієнтів приватної клініки,  $p = 0,012$ ); особливості індивідуального перебігу захворювання (у 3,8% та 6,1% хворих відповідно,  $p = 0,60$ ), а також урахування вартості призначених ліків (у 1,9% пацієнтів бюджетних установ). Вищевказані аспекти призвели до подовження терміну перебування хворих в стаціонарах (в 40,4% випадків в комунальному медичному закладі та 16,3% випадків у приватній клініці,  $p = 0,01$ ) та виникнення ускладнень оперативного втручання (у 5,8% пацієнтів бюджетної установи).

Фактична середня тривалість лікування досліджених хворих у бюджетному закладі майже втричі довша, ніж у приватній клініці ( $15,0 \pm 0,7$  та  $5,2 \pm 0,9$  ліжко-днів відповідно,  $p < 0,001$ ). Ця тенденція зберігається при порівнянні тривалості передопераційного ( $3,0 \pm 0,4$  і  $1,0 \pm 0,1$  ліжко-днів) та післяопераційного періодів ( $11,9 \pm 0,4$  і  $4,2 \pm 0,9$  ліжко-днів) в установах різного підпорядкування ( $p < 0,001$ ).

Виправдана тривалість стаціонарного лікування, на думку експертів, становить приблизно чверть від фактичної кількості ліжко-днів у бюджетному стаціонарі (27,3%) і три чверті – у приватній клініці (76,9%,  $p < 0,001$ ). Протягом іншого часу, фактично проведеного в лікарні, пацієнти без шкоди для здоров'я могли б лікуватись амбулаторно (рис. 2).

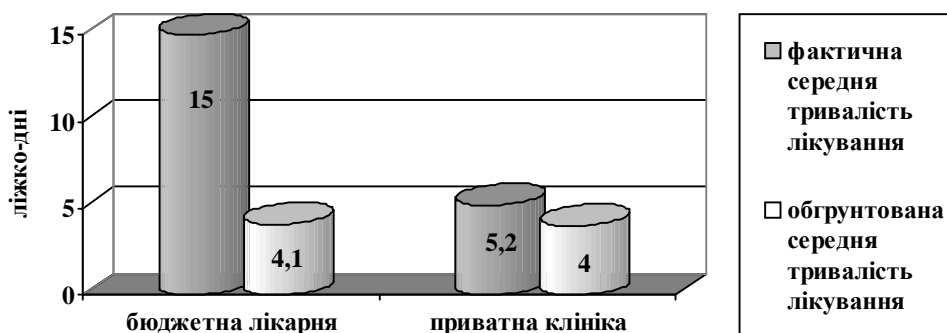


Рис. 2. Порівняння фактичної та обґрунтованої тривалості лікування досліджених хворих у бюджетному та приватному стаціонарах (за даними експертної оцінки, ліжко-дні)

На думку експертів, фактична тривалість лікування збігалася з оптимальною у майже половини пацієнтів приватної клініки (49,0%) і в жодного хворого бюджетного стаціонару.

У результаті проведеного дослідження виявлена можливість скорочення кількості ліжок для хворих, оперованих в плановому порядку з приводу неускладненої вентральної грижі, у

відділеннях хірургічного профілю бюджетних лікарень – майже на три чверті (на 72,7%), приватної клініки – майже на чверть (на 23,1%,  $p < 0,001$ ) після інтенсифікації лікувального процесу, перегляду навантаження на медичний персонал, належного устаткування стаціонарних відділень.

### **Висновки**

Результати проведеного дослідження свідчать, що якість медичного обслуговування пацієнтів та ефективність використання ресурсів стаціонарів значною мірою залежать від методу їх фінансу-

вання. Визначено, що якість планового стаціонарного лікування хворих хірургічного профілю в клініці з фінансуванням за пролікований випадок істотно вища, ніж в бюджетній лікарні з кошторисним фінансуванням. Встановлено, що в обох досліджених закладах має місце недостатня ефективність використання ліжкового фонду. Але частка виправданої тривалості стаціонарного лікування від фактичної кількості ліжко-днів у бюджетній установі значно менша, ніж у приватній клініці (27,3% і 76,9% відповідно,  $p < 0,001$ ).

### **Список літератури**

1. *Москаленко В. Ф.* Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : [монографія] / В. Ф. Москаленко. – К. : Книга плюс, 2008. – 320 с.
2. *Про затвердження* Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних установах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей : наказ МОЗ України № 266 від 27.07.98 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
3. *Стандарти* організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим з хірургічною патологією органів живота та грудної клітки : [відомча інструкція] / [упор. д.мед.н., проф. Я. С. Березницький]. – К., 2008. – 307 с.
4. *Investing in hospitals of the future* / [Rechel B., Wright S., Edwards N.] // European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory studies Series № 16. – United Kingdom, 2009. – 284 p.
5. *Lekhan V.* The Ukrainian health financing system and options for reform / V. Lekhan, V. Rudyi, S. Shishkin [Електронний ресурс] // Report to the World Health Organization Regional Office for Europe. 2007. – Режим доступу : URL : <http://www.euro.who.int/Document/E82973.pdf>. – Назва з титул. екрану.

### **ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ БОЛЬНИЦ НА КАЧЕСТВО ПЛАНОВОГО СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

*В. Н. Лехан, М. В. Павленко* (Днепропетровск)

В статье показано сравнение результатов экспертной оценки адекватности стационарной помощи плановым хирургическим профилям в бюджетной и частной больницах, проведенное для анализа влияния различных методов финансирования медицинских учреждений на полноценность медицинского обслуживания. В обоих исследованных учреждениях выявлены дефекты качества медицинской помощи и недостаточная эффективность использования коечного фонда, однако в частной клинике организационных недостатков выявлено достоверно меньше.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** методы финансирования, качество стационарной медицинской помощи, пациенты хирургического профиля.

### **INFLUENCE OF FINANCING MODERN METHODS OF HOSPITALS ON QUALITY OF SCHEDULED HOSPITALIZATION OF PATIENTS OF THE SURGICAL STRUCTURE**

*V. N. Lehan, M. V. Pavlenko* (Dnepropetrovsk)

The article describes the comparison of results expert estimation of adequacy to the patients that need stationary help of surgical profile in the government and private hospitals. It is conducted for the analysis of influence various methods of financing on medical establishments due to the efficiency of medical service. It is determined that in both medical institutes there are the defects and disadvantages of quality of hospital medical care and inefficient use of cot fund take a place in both investigational establishments, but in the private clinic the disadvantages is substantially lesser, than in a budgetary hospital.

**KEY WORDS:** methods of financing, quality of hospital medical care, patients of surgical type.

*Рецензент:* к.мед.н. М.В. Шевченко

## КАТЕТЕРИЗАЦІЯ ЦЕНТРАЛЬНИХ ВЕН НА РАНЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

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

Проведено проспективне дослідження забезпечення центрального венозного доступу у пацієнтів з невідкладними станами, які були доправлені бригадами швидкої медичної допомоги до протишокової палати Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги у 2004–2009 рр. Констатовано: пункцію-катетеризацію підключичної вени здійснюють у 71,4% випадків, внутрішньої яремної вени – у 28,4% осіб. Як казуїстику виконують цю маніпуляцію на стегновій вені (0,2%).

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** центральні вени, підключична, внутрішня яремна, стегова вени, ранній госпітальний етап.

Своєчасне здійснення алгоритму відновлювального етапу серцево-легеневого оживлення організму (ABC-принцип [7]) є одним з етапів, що передбачає підтримку кровообігу, а значить – швидке здійснення судинного доступу. При поступленні пацієнтів до стаціонару важливо в короткий термін забезпечити доступ до центральних вен. Ранній початок інфузійної терапії, яка скерована на поновлення об'єму циркулюючої крові, є важливим компонентом протишокових заходів у забезпеченні наступності надання пацієнтам невідкладної медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах. Такий підхід дозволяє здійснювати з високим темпом інфузію [2]. З цією метою здійснюють черезшкірну пункцію та катетеризацію підключичної або внутрішньої яремної вени. У разі наявних протипоказань, технічних чи інших проблем, що унеможливають доступ до вказаних центральних вен, в умовах обмеженого часу слід катетеризувати стегову вену [5]. В операційній існує можливість здійснення венозного доступу шляхом веносекції [8].

**Мета дослідження:** аналіз здійснення центрального венозного доступу пункційним черезшкірним методом на ранньому госпітальному етапі в умовах багатопрофільної лікарні.

**Матеріали і методи.** Проведено проспективне дослідження забезпечення центрального венозного доступу на ранньому госпітальному етапі пацієнтам з невідкладними станами, яких було доправлено бригадами швидкої медичної допомоги (ШМД) до протишокової палати (ПШП) Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМК ЛШМД) у 2004–2009 рр.

Методи дослідження: загальноклінічні, додаткові інструментальні, статистичні.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведене дослідження встановило 100% застосування центрального венозного доступу пацієнтам з невідкладними станами. Показаннями для здійснення вказаного судинного доступу (підключична, внутрішня яремна або стегова вени) були: інфузійно-трансфузійна терапія, проведення анестезії (доступ для внутрішньовенного введення анестетиків), прогнозоване тривале введення медикаментів (у т.ч. осмотично активних), моніторинг центрального венозного тиску. На вибір вени для її пункції-катетеризації впливали також інтактність чи ураження при травмах відповідних топографо-анатомічних ділянок тіла пацієнта, основний діагноз та супутні захворювання, очікувана тривалість знаходження катетера у вені, оцінка рівня свідомості за шкалою ком Глазго, наявність обладнання (яке може бути призначено для катетеризації лише певної вени).

Здійснення центрального венозного доступу шляхом пункції-катетеризації підключичної, внутрішньої яремної чи стегової вен на ранньому госпітальному етапі за 2004–2009 рр. відображено у таблиці.

Доповнювали центральний венозний доступ пункцією-катетеризацією підшкірної ліктьової (периферичної) вени у 2004 р. – при використанні підключичної вени у 31 (1,95%) випадку, у разі катетеризації внутрішньої яремної вени – у 8 (3,6%) випадках. При катетеризації стегової вени додатково периферичну вену не використовували. В 1 (0,06%) випадку було здійснено одночасну катетеризацію підключичної, стегової та периферичної вен з метою створення високого темпу інфузії.



Таблиця. Центральний венозний доступ на ранньому госпітальному етапі

Катетеризована вена	Рік											
	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
Підключична	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
		1587	87,6	957	63,3	1060	64,1	942	63,8	914	67,7	854
Внутрішня яремна	223	12,3	553	36,5	593	35,8	531	36,0	432	32,0	175	16,9
Стегнова	2	0,1	3	0,2	2	0,1	3	0,2	4	0,3	6	0,6
<b>Всього</b>	<b>1812</b>	<b>100</b>	<b>1513</b>	<b>100</b>	<b>1655</b>	<b>100</b>	<b>1476</b>	<b>100</b>	<b>1350</b>	<b>100</b>	<b>1035</b>	<b>100</b>

У 2005 р. катетеризацію підключичної вени доповнювали доступом до підшкірної ліктьової вени у разі пункції-катетеризації підключичної вени у 28 (2,93%) випадках; при задіяні внутрішньої яремної вени – у 12 (2,17%) випадках. У 3 (0,20%) випадках було одночасно пунктовано та катетеризовано усі перераховані центральні вени. При цьому периферичний венозний доступ не використовували через неможливість здійснення пункції підшкірної ліктьової вени.

У 2006 р. доповнювали центральний венозний доступ катетеризацією периферичної вени при використанні підключичної вени у 41 (3,87%) випадку, у разі катетеризації внутрішньої яремної вени – у 8 (2,19%) випадках. При катетеризації стегнової вени інші венозні доступи не використовували.

У 2007 р. катетеризацію підключичної вени доповнювали периферичним венозним доступом у разі пункції-катетеризації підключичної вени у 27 (2,87%) випадках, при задіянні внутрішньої яремної вени – у 28 (5,27%) випадках та у 2 (66,7%) випадках – стегнової вени.

У 2008 р. центральний венозний доступ доповнювали пункцією-катетеризацією підшкірної ліктьової вени при використанні підключичної вени у 17 (1,86%) випадках. Слід врахувати, що у 84 (9,19%) випадках здійснювали катетеризацію периферичних вен бригади ШМД. При катетеризації внутрішньої яремної вени додатково використовували підшкірну ліктьову вену у 18 (4,17%) випадках, а на догоспітальному етапі катетеризація периферичних вен була здійснена у 67 (15,51%) випадках. При катетеризації стегнової вени додатковий венозний доступ не використовували в жодному випадку.

Тенденцію до подальшого зниження кількості катетеризацій центральних вен у ПШП спостерігали також і у 2009 р. Катетеризацію підключичної вени доповнювали пункцією та катетеризацією підшкірної ліктьової вени у 13 (1,52%) випадках. При цьому медичними працівниками бригад ШМД було катетеризовано підшкірну ліктьову вену у 353 (41,33%) випадках. При пункції-катетеризації внутрішньої яремної вени

у ПШП здійснено додатково доступ до периферичних вен у 25 (14,29%) пацієнтів; на догоспітальному етапі – у 101 (57,71%) випадку. При катетеризації стегнової вени в 1 (16,7%) випадку пунктували та катетеризували підшкірну ліктьову вену. В останньому випадку на догоспітальному етапі у працівників ШМД виникали технічні труднощі, що унеможливило здійснення венозного доступу і, відповідно, інфузійної терапії.

Зменшення кількості катетеризацій центральних вен у 2008–2009 рр. пояснюємо покращенням наступності надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, насамперед за рахунок налагодження зворотного зв'язку між адміністраціями КМК ЛШМД та станції ШМД [4].

Таким чином, узагальнені дані за 2004–2009 рр. щодо здійснення центрального венозного доступу на ранньому госпітальному етапі під час надання пацієнтам невідкладної медичної допомоги в умовах ПШП свідчать про найчастіше використання з цією метою підключичної вени – 6314 (71,4%) випадків. Внутрішня яремна вена була катетеризована 2507 (28,4%) пацієнтам. Пункцію-катетеризацію стегнової вени було здійснено 20 (0,2%) хворим.

При катетеризації внутрішньої яремної та стегнової вен ускладнень не виникало, що співпадає з даними літератури [9]. При пункції-катетеризації підключичної вени ускладнення констатовано у 22 (0,35%) пацієнтів. Серед них: пункція підключичної артерії – 3 випадки, 1 випадок – кровотеча у місці пункції та катетеризації. Найчастіше ускладнення – 18 (0,3%) випадків – становив пневмоторакс.

Важливість здійснення своєчасного центрального венозного доступу альтернативним вищевказаним підходам в екстремальній ситуації демонструє наступний клінічний випадок [8].

Невідомий пацієнт (приблизний вік 50 років, історія хвороби №12226) був знайдений поблизу під'їзду будинку після падіння з 5-го поверху. Доправлений бригадою ШМД у край тяжкому стані до ПШП. Кома III ст. (оцінка за шкалою ком Глазго 4 бали). Артеріальний тиск не визначав-

ся. Пульс на сонних артеріях 76–78 уд. за 1 хв., аритмічний. Частота дихальних екскурсій – 22 за 1 хв. Дихання поверхневе, аритмічне. Аускультативно в легенях дихання везикулярне із жорстким відтінком. У ПШП здійснено пункцію-катетеризацію підключичної та стегнової вени праворуч, налагоджено інфузійну терапію з високим темпом інфузії (5% розчин хлориду натрію 800 мл). Після медикації (атропін 0,5 мг, дексаметазон 8 мг, дітілін 100 мг) за допомогою прямої ларингоскопії виконана оротрахеальна інтубація трахеї. Здійснюється штучна вентиляція легень. Артеріальний тиск 70/0 мм рт. ст. Частота серцевих скорочень 72 уд. за хвилину. Центральний венозний тиск 20 мм водн. ст. Пацієнта доправлено до операційної хірургії політравми. Негайно було розпочато оперативне втручання: торакоцентез, лапароцентез, лапаротомія. Під час останніх констатовано гемоперітонеум, розриви печінки та селезінки.

Вирішено видалити катетер із стегнової вени як неефективний та здійснити секцію-катетеризацію вена *Vasilica* ліворуч, після закінчення якої встановлено порушення функціонування підключичного катетера, який теж видалено. Оперативне втручання (тривалість 3 год. 30 хв.): зашивання розривів печінки, спленектомія. Під час операції здійснювалася інфузійно-трансфузійна терапія, гемотрансфузія та інотропна підтримка внутрішньовенним краплинним введенням 4% дофаміну (5–7 мкг/кг/хв.).

Наведений клінічний приклад ілюструє виняткову ситуацію, коли через об'єктивні обставини, зумовлені транспортуванням пацієнта до операційної, перекладанням його на операційний стіл та переміщенням тіла задля здійснення рентгенологічних знімків, почергово виникли порушення функціонування двох різних центральних венозних катетерів. Тільки своєчасне встановлення третього катетера дозволило контролювати ситуацію. Таким чином, в арсеналі лікаря, який надає невідкладну медичну допомогу, повинна бути можливість забезпечити центральний венозний доступ різними методами.

Таким чином, тактичні підходи забезпечення судинного доступу на ранньому госпітальному етапі визначають завдання надання невідкладної медичної допомоги, які потрібно вирішувати у кожному конкретному випадку: дотримання принципу АВС, здійснення інфузійної терапії та уточнення діагнозу [6].

В екстрених випадках, особливо під час здійснення серцево-легеневої реанімації, в умовах дефіциту часу та неможливості здійснення венозного доступу, альтернативою вищевказаним може бути внутрішньокістковий шлях введення препаратів [3].

Важливе значення має настороженість лікаря щодо можливих ускладнень пункції та катетеризації центральних вен (пневмоторакс, гематоми, кровотеча в місці пункції, інфекційні ускладнення, повітряна емболія тощо) [9;10]. Ускладнення катетеризації центральних вен найчастіше зустрічаються при пункції та катетеризації підключичної вени. Значно рідше вони виникають при задіянні внутрішньої яремної та стегнової вен. У разі виникнення ятрогенних ускладнень слід використовувати інший спосіб катетеризації центральних вен. В умовах стаціонару таким підходом може бути веносекція. На ранньому госпітальному етапі слід враховувати і такий, більш швидкий та зручний підхід, як внутрішньокістковий доступ. Актуальність використання останнього особливо зростає у разі відсутності в момент надання невідкладної медичної допомоги професіонала, компетентного у забезпеченні центрального венозного доступу – лікаря-анестезіолога. Це зумовлює створення в приймальних відділеннях багатопрофільних лікарень операційних блоків для надання інтенсивної медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі [1].

### Висновки

1. Найбезпечнішим центральним венозним доступом є пункція-катетеризація стегнової та внутрішньої яремної вен.
2. Лікар, який надає невідкладну медичну допомогу, повинен зберігати настороженість стосовно можливих ускладнень пункції та катетеризації центральних вен.
3. У разі об'єктивних обставин, що унеможливають здійснення пункції-катетеризації центральних та периферичних вен, при невідкладних станах на ранньому госпітальному етапі слід використовувати веносекцію або внутрішньокістковий доступ.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вивченні чинників, що впливають на наступність надання пацієнтам невідкладної медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

### Список літератури

1. Зозуля І. С. Состояние и перспективы развития стационарного этапа неотложной медицинской помощи в Украине / И. С. Зозуля, Ю. И. Марков, Г. А. Слабкий, И. П. Шлапак // Мед. алфавит. Неотложная медицина. – 2010. – № 4. – С. 12–15.

2. Катэрино Дж. М. Медицина неотложных состояний: пер. с англ. / Дж. М. Катэрино, С. Кахан. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 336 с.
3. Марков Ю. І. Внутрішньокістковий доступ (огляд літератури) / Марков Ю. І. // Укр. мед. часоп. – 2009. – № 6. – С. 92–94.
4. Марков Ю. І. Організаційні засади роботи протишокової палати у лікарні швидкої медичної допомоги / Ю. І. Марков // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 3. – С. 33–37.
5. Марков Ю. І. Практика катетеризації стегнової вени / Марков Ю. І. // Укр. журн. екстремальної медицини імені Г.О. Можаяєва. – 2010. – № 4. – С. 153–156.
6. Марков Ю. І. Тактичні підходи забезпечення судинного доступу на ранньому госпітальному етапі / Ю. І. Марков // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2010. – № 2 (д). – С. 150–151.
7. Тлумачний словник з невідкладної медичної допомоги / [авт.-уклад. І. С. Зозуля, Ю. І. Марков]. – К., 2009. – 144 с.
8. Цимбаленко К. І. Венесекція як варіант судинного доступу в умовах стаціонару / К. І. Цимбаленко, Ю. І. Марков / Матеріали наук. симп., присвяченого 25-річчю Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги [“Проблемні питання медицини невідкладних станів”] (Київ, 20–21 трав. 2010 р.). – С. 215–220.
9. Шишкин С. А. Особенности процедуры катетеризации центральной вены в условиях учреждений уголовно-исправительной системы: проблемы стандартизации похода / С. А. Шишкин, А. А. Черенков, А. И. Некрасов // Материалы Всерос. конгр. анестезиологов-реаниматологов и главных специалистов [“Современные достижения и будущее анестезиологии-реаниматологии в Российской Федерации”]. – М., 2007. – С. 198–199.
10. McGee D. C. Предотвращение осложнений при катетеризации центральных вен / D. C. McGee, M. K. Gould // Медицина неотложных состояний. – 2008. – № 3 (16). – С. 139–144.

## **КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

*Ю. И. Марков, К. И. Цимбаленко (Киев)*

Проведено проспективное исследование обеспечения центрального венозного доступа у пациентов с неотложными состояниями, которые были доставлены бригадами скорой медицинской помощи в протившоковую палату Киевской городской больницы скорой медицинской помощи в 2004–2009 гг. Констатировано: пункцию-катетеризацию подключичной вены осуществляют в 71,4% случаев, внутренней яремной вены – в 28,4%. Как казуистику выполняют эту манипуляцию на бедренной вене (0,2%).

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** **центральные вены, подключичная вена, внутренняя яремная вена, бедренная вена, ранний госпитальный этап.**

## **CATHETERIZATION OF CENTRAL VEINS AT EARLY HOSPITAL STAGE**

*Yu. I. Markov, K. I. Tsymbalenko (Kyiv)*

The prospective research in the field of securing central venous access to emergency patients who were transported by first aid brigades to anti-shock ward of Kyiv City Emergency Clinical Hospital in 2004–2009 has been conducted. It is certified: puncture-catheterization of subclavian vein is done at 71,4% of all cases, for internal jugular vein is 28,4%. This manipulation is done at femoral vein as casuistry (0,2%).

**KEY WORDS:** **central veins, subclavian vein, internal jugular vein, femoral vein, early hospital stage.**

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

Н. О. ТЕРЕНДА (Тернопіль)

## УЧАСТЬ ПРОВІДНИХ КАРДІОЛОГІВ УКРАЇНИ У РОБОТІ З'ЇЗДІВ ХХ СТОЛІТТЯ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

В статті наводяться дані про внесок вітчизняних кардіологів в наукову роботу з'їздів та конференцій російських терапевтів та всесоюзних з'їздів терапевтів за період з 10-х по 60-ті роки минулого століття.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** кардіологи України, з'їзди і конференції терапевтів.

Медичні наукові з'їзди та конференції узагальнюють основні досягнення як з питань загальної медицини, так і з конкретних питань патології внутрішніх органів, сприяють розробці основних напрямків подальшого розвитку медичної науки. Також в роботі з'їздів та конференцій встановлюється зв'язок з кращими досягненнями та традиціями минулого, посилюється співпраця вчених всередині країни та із закордонними колегами. Українські науковці приймали активну участь у з'їздах та конференціях російських терапевтів до Великої жовтневої соціалістичної революції від початку створення Товариства російських лікарів, а потім і у всесоюзних з'їздах терапевтів.

**Мета дослідження:** дослідити внесок науковців-кардіологів у роботу з'їздів та конференцій російських терапевтів та всесоюзних з'їздів терапевтів.

**Матеріали і методи.** Нами проведено систематичний аналіз наукових джерел інформації щодо участі провідних кардіологів України у роботі з'їздів та конференцій російських терапевтів та всесоюзних з'їздів терапевтів за період з 10-х по 60-ті роки минулого століття.

**Результати дослідження та їх обговорення.** 12 вересня 1833 р. виникло Товариство російських лікарів у Петербурзі.

До Великої жовтневої соціалістичної революції було всього лише 6 з'їздів російських терапевтів. З'їзди терапевтів, які скликалися до революції були нечисленні; в роботі кожного з них брали участь не більше 400-500 делегатів. Це можна пояснити малою кількістю лікарів у Росії, а також малою доступністю з'їздів для більшості практичних лікарів, особливо сільських районів. Організаційна структура зібрань визна-

чалася статутом Товариства російських терапевтів, який був затверджений 10 травня 1910 р. і складався із 30 пунктів. В ньому були сформульовані мета та завдання товариства, тривалість з'їздів. Делегатами з'їздів могли бути всі члени товариства, які сплатили щорічний внесок розміром 5 рублів. Керівними органами була рада товариства, організаційний комітет. Ревізійна комісія перевіряла фінансову діяльність ради товариства і оргкомітету [6].

Найчастіше у роботі з'їздів брали активну участь представники київської школи терапевтів.

На I з'їзді російських терапевтів (1909) В. П. Образцов і М. Д. Стражеско описали класичну симптоматику інфаркту міокарда. Вчені чітко виділили основні симптоми, які дають змогу діагностувати захворювання та виділити типову і атипові форми інфаркту міокарда. З цього часу його діагностика стала доступною для всіх практичних лікарів [9].

Перші два засідання IV з'їзду російських терапевтів (1912), які проходили в Києві, також були присвячені серцево-судинній патології. По програмному питанню «Клінічне значення визначення кров'яного тиску» з доповідями виступали М. В. Яновський, М. Д. Стражеско, Ф. А. Удінцев [14]. М. М. Губергриц на з'їзді демонстрував прилади, які найчастіше використовувалися для визначення артеріального тиску («Демонстрация наиболее употребительных приборов для определения артериального давления») [4]. Прозвучала низка доповідей про медикаментозне лікування гіпертензії у хворих атеросклерозом. Так, учень В. П. Образцова К. М. Руткевич виступив із доповіддю «Сравнительная оценка лекарственных веществ при гипертензии у артериосклеротиков» [11].

На V з'їзді російських терапевтів (1913) серцево-судинну патологію розглядали в 3 допові-

дах: А.А. Губар розглядав питання про наявність в кров'яній сироватці судинорозширюючих засобів, Є. С. Беловідов – про застійні явища в судинах та М.М. Губергриц – про галоп серця («Сердечные галопы и электрокардиография») [5; 6].

На XII Всесоюзному з'їзді терапевтів у Москві, 25-30 травня 1935 р. в доповідях М. Д. Стражеско («Об усталости и утомлении больных с расстройством кровообращения»), І.В. Базилевича («О гемодинамических сдвигах у сердечно-сосудистых больных при утомлении»), Ф. Я. Примака («Патогистологические особенности дистрофических форм декомпенсации кровообращения») були всебічно розглянуті питання патогенезу, функціональної діагностики, класифікації порушень кровообігу, лікування, а також працездатності при серцево-судинних захворюваннях [1; 10]. М.Д. Стражеско в своїй доповіді показав, як пацієнт з гемодинамічними розладами поступово перетворюється у дистрофічного хворого з тяжкою незворотною декомпенсацією. Вчений розділив цих пацієнтів на дві групи:

- хворі, у яких спостерігаються лише розлади гемодинаміки;
- хворі, у яких є гемодинамічні та протоплазмодинамічні розлади (тобто серйозні порушення основних фізіологічних систем та обміну речовин).

З прогресуванням декомпенсації порушення обміну речовин стає причиною подальшого погіршення розладу циркуляції. Отримані результати лягли в основу нової класифікації недостатності кровообігу, яку запропонували на XII Всесоюзному з'їзді терапевтів М.Д. Стражеско та В.Х. Василенко. Вони виділили та науково обґрунтували третю, дистрофічну стадію хронічної недостатності кровообігу [3, 7, 12].

Василенко В.Х. і надалі продовжував вивчати проблему хронічної недостатності кровообігу. Так, на II Всеросійському з'їзді терапевтів (1964) він виступив із доповіддю, присвяченій цій патології. Видатний кардіолог запропонував відрізнити первинну міокардіальну недостатність від вторинної, як при гострій, так і при хронічній недостатності серця. Допомогу в цьому можуть надати як інструментальні методи дослідження (визначення тривалості фаз систоли та діастолі), так і клінічні спостереження [7].

XIV Всесоюзний з'їзд терапевтів, який відбувся 8-13 жовтня 1956 р. в Москві, майже повністю був присвячений проблемам кардіоваскулярних захворювань. Розглядалися питання атеросклерозу (доповідачі М. М. Анічков, О. Л. Мясников, В. Д. Цинзерлинг), коронарної недостатності (М. С. Вовсі та ін.), інфаркту міокарда (П. Є. Луконський, Є. М. Тареев). На з'їзді були заслухані доповіді про лікування хворих з захворюван-

нями серцево-судинної системи, в т. ч. на курортах (А. І. Нестеров). Представниця УРСР Ц. А. Левіна відмітила наявність зв'язку між основними коронарними процесами і розвитком змін зі сторони коронарних судин [8].

Захворюваність інфарктом міокарду зростає з року в рік. Тому проблематика вивчення цієї патології була однією з основних тем з'їзду. В. Г. Попов і Н. А. Гватуа в доповіді «Некоторые особенности клинико-анатомических и электрокардиографических изменений при повторных инфарктах миокарда» розглянули зміни, які спостерігаються при повторних інфарктах міокарду. Вчені проводили морфологічне дослідження тканини серця, в результаті якого виявили вогнища попередніх інфарктів та нашарування на них повторних [6].

Представник київської школи терапевтів І. Г. Тонконогий навів переконливі докази стримуючого впливу безхолестеринової дієти на розвиток атеросклерозу. Також автор довів, що при деяких формах атеросклерозу (напр. при ксантоматозі) бідна холестерином дієта не впливає на рівень холестерину. Цим підкреслювалося важливе значення інших факторів в розвитку атеросклерозу. XIV Всесоюзний з'їзд терапевтів мав велике значення в мобілізації терапевтів на боротьбу з кардіо-васкулярними захворюваннями [13].

В 1964 році колектив кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Київського медичного інституту, очолюваний проф. Ф.Я. Примаком, видав збірник наукових праць «Сердечно-сосудистая недостаточность и гипоксидозы во внутренней патологии». В ньому було виділено та описано гіпоксично-дистонічний синдром при різних захворюваннях внутрішніх органів. На рік раніше на Всесоюзній конференції кардіологів (1963) Ф.Я. Примаков висвітлив роль та значення кисневої недостатності при інфаркті міокарда [2].

**Висновки.** Провідні кардіологи України приймали активну участь у науковій роботі з'їздів та конференцій російських терапевтів та всесоюзних з'їздів терапевтів минулого століття. Вони запропонували низку оригінальних концепцій, напрямків досліджень, методів діагностики та лікування серцево-судинної патології, які з успіхом використовувалися спочатку на теренах царської Росії, а згодом усього Радянського Союзу. Ці наукові напрямки залишаються актуальними і успішно розробляються і зараз.

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на поглиблене вивчення доробку вітчизняних кардіологів, їх впливу на становлення і розвиток кардіології, як на території України, так і близького зарубіжжя.



### Список літератури

1. *Базилевич И. В.* О гемодинамических сдвигах у сердечно-сосудистых больных при утомлении / И. В. Базилевич // Тр. XII Всесоюзного съезда терапевтов под ред. Г. Ф. Ланга. – М.-Л., 1940. – С. 24-28.
2. *Бурчинский Г. И.* Киевская школа терапевтов. / Г. И. Бурчинский, В.Г. Передерий – К.: Вища школа, 1991. – 115 с.
3. *Василенко В. Х.* Классификация недостаточности кровообращения / В. Х. Василенко // В кн.: Серд.-сосуд. недостат. и леч. ее физ. метод. Одесса, 1936. – С. 42-45.
4. *Губергриц М. М.* Демонстрация наиболее употребительных приборов для определения артериального давления / М. М. Губергриц // Тр. IV съезда русских терапевтов под ред. В. В. Виноградова. – К., 1913. – С. 43-49.
5. *Губергриц М. М.* Сердечные галопы и электрокардиография / М. М. Губергриц // Тр. V съезда русских терапевтов; под ред. Н. Я. Кетчера [и др.]. – СПб., 1914. – С. 47-51.
6. *Гукасян А. Г.* Эволюция отечественной терапевтической мысли / А. Г. Гукасян. – М.: Медицина, 1973. – С. 368.
7. *Коваленко В. М.* Академік Стражеско та його нащадки / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький. – К.: Четверта хвиля, 2003. – 179 с.
8. *Левина Ц. А.* О значении центральной нервной системы в патогенезе нарушения коронарного кровообращения / Ц. А. Левина // Тр. XIV Всесоюзного съезда терапевтов; под ред. Е. М. Тареева. – М., 1958. – С. 31-36.
9. *Образцов В. П.* К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца / В. П. Образцов, Н. Д. Стражеско // Тр. I съезда русских терапевтов. – М., 1910. – С. 26-47.
10. *Примак Ф. Я.* Патогистологические особенности дистрофических форм декомпенсации кровообращения / Ф. Я. Примак // Тр. XII Всесоюзного съезда терапевтов; под ред. Г. Ф. Ланга. – М.-Л., 1940. – С. 61-65.
11. *Руткевич К. М.* Сравнительная оценка лекарственных веществ при гипертензии у артериосклеротиков / К. М. Руткевич // Тр. IV съезда русских терапевтов; под ред. В. В. Виноградова. – К., 1913. – С. 51-54.
12. *Стражеско Н. Д.* Об усталости и утомлении больных с расстройством кровообращения / Н.Д. Стражеско // Тр. XII Всесоюзного съезда терапевтов; под ред. Г. Ф. Ланга. – М.-Л., 1940. – С. 48-57.
13. *Тонконогий И. Г.* Влияние бедной холестерином диеты на холестеринемию у больных атеросклерозом (с учетом данных, полученных при наблюдениях за кожным ксантоматозом) / И. Г. Тонконогий // Тр. XIV Всесоюзного съезда терапевтов; под ред. Е. М. Тареева. – М., 1958. – С. 56-60.
14. *Удинцев Ф. А.* Клиническое значение определения венозного давления / Ф. А. Удинцев // Тр. IV съезда русских терапевтов; под ред. В. В. Виноградова. – К., 1913. – С. 25-30.

### УЧАСТИЕ ВЕДУЩИХ КАРДИОЛОГОВ УКРАИНЫ В РАБОТЕ СЪЕЗДОВ XX ВЕКА

*Н. А. Теренда* (Тернополь)

В статье приводятся данные о вкладе отечественных кардиологов в научную работу съездов и конференций русских терапевтов и Всесоюзных съездов терапевтов за период с 10-х до 60-х годов прошлого века.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **кардиологи Украины, съезды и конференции терапевтов.**

### ROLE OF LEADING CARDIOLOGISTS OF UKRAINE IN THE WORK OF XX CENTURY CONGRESSES

*N. O. Terenda* (Ternopil)

Information about the contribution of Ukraine cardiologists to the advanced study of congresses and conferences of the Russian therapeutics and All-union congresses of therapeutics for period from 10th to 60th of the last century is presented in the article.

KEY WORDS: **cardiologists of Ukraine, congresses and conferences of therapeutics.**

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



## ХИЖНЯК МИКОЛА ІВАНОВИЧ

(до 75-річчя від дня народження)

3 квітня 2011 р. виповнилося 75 років від дня народження та 55 років трудової, лікарської, наукової, педагогічної та громадської діяльності видатному ученому-гігієністу і організатору санітарно-епідеміологічної служби доктору медичних наук, професору, заслуженому діячу науки і техніки України Миколі Івановичу Хижняку.

Хижняк М.І. народився в селянській сім'ї у с. Червоному Яготинського району Київської області. Середню школу закінчив у 1954 р. в с. Лозовий Яр того ж району, після чого працював у колгоспі. У 1955 р. був призваний в армію, служив в Забайкальському військовому окрузі (м. Кяхта) на посаді писаря штабу полку, в 1956 р. був комісований за станом здоров'я.

У 1962 р. М.І. Хижняк закінчив Київський медичний інститут імені О.О. Богомольця за спеціальні-

стю "Санітарно-гігієнічна справа". Після закінчення інституту працював на керівних посадах санітарно-епідеміологічної служби Київщини, уміло поєднуючи свій значний досвід фахівця санітарно-епідеміологічної служби з науково-дослідницькою роботою.

У 1973 р. під керівництвом академіка Л.В. Громашевського і професора М.О. Романенка М.І. Хижняк захистив дисертацію на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук "Санітарно-гельмінтологічна оцінка роботи Бортницької зрошувальної системи", яка стала вагомим внеском у вирішення проблеми зниження захворюваності населення геогельмінтозами в зонах функціонування зрошувальних систем в Україні.

У 1976 р. М.І. Хижняк був призначений на посаду головного лікаря Київської обласної санітарно-епідеміологічної станції. За час роботи М.І. Хижняк активно виступав проти формалізму в проведенні державного санітарно-епідеміологічного нагляду. Ним уперше організований відділ охорони навколишнього середовища при обласній санітарно-епідеміологічній станції, докорінно змінені структура та штатний розпис обласної санепідстанції, проведено централізацію коштів відділів профілактичної дезінфекції області, що дало можливість щорічно будувати одну санепідстанцію за типовим проектом. Київська обласна санепідстанція була школою передового досвіду з багатьох напрямків роботи органів державного санітарно-епідеміологічного нагляду в колишньому СРСР. Хижняк М.І. створив Музей санітарно-епідеміологічної служби Київської області та започаткував проведення щорічних науково-практичних конференцій за участі фахівців з інших республік.

У 1981 р. М.І. Хижняк перейшов на роботу до Республіканської санепідстанції МОЗ України. Враховуючи великий досвід практичної роботи на санітарно-епідеміологічних станціях різних рівнів управління, його залучали до роботи в санітарно-епідеміологічні управління МОЗ СРСР та МОЗ УРСР. Микола Іванович брав участь у розробці постанови Ради Міністрів СРСР щодо інвентаризації токсичних відходів, що зберігалися на територіях промислових підприємств.

У 1983 р. на запрошення директора Всесоюзного науково-дослідного інституту гігієни і токсикології пестицидів, полімерів і пластичних мас МОЗ СРСР професора А.В. Павлова М.І. Хижняк переходить на наукову роботу. В науку він прийшов зрілим фахівцем-практиком, маючи за плечима багатий досвід організатора санітарно-епідеміологічної служби. Свої перші кроки наукової діяльності в інституті на посаді старшого наукового співробітника Микола Іванович зробив у лабораторії системних досліджень стану здоров'я населення (керівник – д.мед.н. В.І. Польшенко). За його безпосередньої участі були розроблені "Програма вивчення дії пестицидів і регуляторів росту рослин на стан здоров'я населення" (Програма С.10) та тимчасові методичні рекомендації для науково-дослідних і медичних інститутів – виконавців завдання 0.6 програми. М.І. Хижняк надавав науково-методичну допомогу в проведенні досліджень в Росії (Ставропольський, Краснодарський краї,

Саратовська область), Україні, Азербайджані, Молдавії і Вірменії. Ця програма, як і результати проведених досліджень, отримали високу оцінку Колегії МОЗ СРСР.

Професор М.І. Хижняк зробив науково-практичний внесок у вирішення проблеми кадрового забезпечення державного санітарно-епідеміологічного нагляду при застосуванні в сільському господарстві пестицидів і регуляторів росту рослин. Виконана ним науково-дослідна робота за шифром “Штати” дала змогу реалізувати пропозицію: збільшення кількості санітарних лікарів з контролю за зберіганням, транспортуванням і застосуванням пестицидів і регуляторів росту рослин у санітарно-епідеміологічних станціях республік колишнього СРСР на 2000 посад.

У 1986 р. М.І. Хижняк успішно захистив докторську дисертацію на тему “Наукове обґрунтування охорони навколишнього середовища і здоров’я населення при сільськогосподарському використанні стічних вод” за спеціальністю “Гігієна” (консультанти – академік Є.Г. Гончарук, професори А.В. Павлов і М.О. Романенко). Хижняк М.І. виконав фундаментальні гігієнічні дослідження, які стали значним внеском у вивчення впливу землеробських полів зрошення на виникнення і перебіг інфекційних та паразитарних хвороб, науково обґрунтував заходи з охорони навколишнього середовища і здоров’я людини при сільськогосподарському використанні міських стічних вод і стоків тваринницьких комплексів.

Матеріали наукових досліджень, проведених М.І. Хижняком, стали підґрунтям для підготовки за його участі санітарних правил, методичних вказівок та гігієнічних рекомендацій щодо землеробських полів зрошення, монографій “Гігієнічна оцінка землеробських полів зрошення”, 1975 р. (у співавторстві з М.О. Романенко), “Біологічне забруднення навколишнього середовища та здоров’я людини”, 1992 р. (за редакцією проф. М.І. Хижняка), “Санітарно-епідеміологічні основи очищення тваринницьких стоків ґрунтом”, 1990 р. та “Санітарно-епідеміологічні основи очищення стічних вод ґрунтом”, 1993 р. (у співавторстві) тощо.

У 1989 р. М.І. Хижняк був обраний за конкурсом керівником відділення з вивчення соціально-гігієнічних факторів, а згодом – керівником відділення вивчення стану здоров’я населення Київського науково-дослідного інституту соціальної гігієни та управління охороною здоров’я МОЗ Української РСР. Тут повною мірою розкрилися організаторські та наукові здібності М.І. Хижняка як наукового керівника та дослідника проблеми стану здоров’я населення України.

Професор М.І. Хижняк зробив значний внесок у вивчення здоров’я населення України в період проведення Всесоюзного перепису населення (1969 рік). Під його керівництвом були отримані репрезентативні дані за багатьма характеристиками здоров’я населення і організації медичної допомоги 8 областей України та м. Києва. Ці дослідження дозволили виявити наслідки впливу радіонуклідів на організм дітей, довести можливість реального збільшення кількості хворих на рак щитовидної залози, обґрунтувати необхідність проведення профілактичних заходів, у зв’язку зі зміною структури захворюваності дітей та домінуванням у них хвороб ендокринної системи.

В 1991 р. М.І. Хижняк одержав атестат професора зі спеціальності “Гігієна”, а в 1994 р. був обраний дійсним членом Нью-Йоркської академії наук.

З 1995 р. наукова діяльність М.І. Хижняка пов’язана з вивченням стану здоров’я військовослужбовців Збройних сил України: спочатку на посаді провідного наукового співробітника, а з 1996 р. професора кафедри військово-профілактичної медицини Української військово-медичної академії МО України. Глибокі знання та великий практичний досвід роботи дають змогу Миколі Івановичу Хижняку на високому рівні проводити в Академії педагогічну, методичну та наукову роботу з військової гігієни, епідеміології та екології. Як спеціаліст високої кваліфікації в сфері загальної і військової гігієни та екології, М.І. Хижняк зробив вагомий внесок у справу збереження і зміцнення здоров’я військовослужбовців, удосконалення системи санітарно-епідеміологічного нагляду в Збройних силах України. Разом зі своїми учнями М.І. Хижняк проводить дослідження стану здоров’я військовослужбовців залежно від видів збройних сил, родів військ, умов військової служби та побуту.

Наукова діяльність М.І. Хижняка вирізняється виключною багатогранністю. Широкий погляд на методологію вивчення стану здоров’я населення дав йому можливість ще на початку наукової діяльності визначити своє кредо: “Навколишнє середовище – здоров’я населення”. Майже всі результати досліджень М.І. Хижняка мають пряме або опосередковане відношення до практики охорони здоров’я і знаходять в ній своє застосування. По праву його можна назвати одним із небагатьох учених-гігієністів, хто протягом своєї наукової діяльності ніколи не зраджував основній власній меті – збереження здоров’я людини.

За період своєї науково-практичної діяльності проф. М.І. Хижняк опублікував понад 650 наукових та навчально-методичних праць з різних проблем гігієни, епідеміології, екології, соціальної гігієни і організації охорони здоров’я, у тому числі 18 монографій, книг, 5 підручників та 6 навчальних посібників.

Навчальний посібник “Здоров’я людини та екологія”, 1995 р. (у співавторстві з проф. А. М. Нагорною) був визнаний одним з кращих серед поданих на конкурс, організований Фондом “Відродження” в рамках Програми “Трансформація гуманітарної освіти в Україні”. Під керівництвом проф. М. І. Хижняка вперше в Україні підготовлений та виданий підручник для слухачів вищих військових медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації “Екологія”, 2003 р. Він є співавтором підручника “Військова гігієна з гігієною при надзвичайних ситуаціях”, 2005 р. та посібників “Санітарно-гігієнічне забезпечення польового водопостачання військ”, 2004 р., “Санітарно-гігієнічний контроль за умовами стаціонарного та польового розміщення військ”, 2007 р., “Військова гігієна та військова епідеміологія”, 2008 р., “Військова епідеміологія з медичною паразитологією”, 2009 р. Під керівництвом проф. М.І. Хижняка підготовлені та видані підручники “Військова гігієна”, 2007 р., “Військова епідеміологія (загальні питання)”, 2010 р., “Військова епідеміологія (окремі питання)”, 2010 р., “Військова гігієна (загальні питання)”, 2011 р., “Військова гігієна (гігієна праці в окремих видах збройних сил та родах військ)”, 2011 р. Хижняк М.І. має патент на винахід та авторські свідоцтва на винаходи.

Професором М.І. Хижняком створено наукову школу з соціальної медицини та гігієни, підготовлено 44 доктори і кандидати медичних наук, у тому числі 10 докторів.

Професор М. І. Хижняк бере активну участь у громадському житті. Він є членом вченої ради Українській військово-медичній академії, членом спеціалізованої вченої ради з присудження наукових ступенів кандидатів і докторів наук зі спеціальної тематики при Українській військово-медичній академії, членом редакційної колегії журналу “Військова медицина України”, членом редакційних колегій збірників наукових праць “Військова охорона здоров’я” та “Сучасні аспекти військової охорони здоров’я” і ряду інших видань.

Дослідження та наукові праці професора М.І. Хижняка мають велике науково-практичне значення, відзначаються глибиною наукових розробок, які широко впроваджені у практичну медицину.

За самовіддану працю М.І. Хижняку присвоєно почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки України” (2005 р.), він нагороджений багатьма медалями та почесними грамотами.

Щиро вітаємо Миколу Івановича Хижняка з ювілеєм, бажаємо йому доброго здоров’я і подальших успіхів у його плідній науковій та педагогічній діяльності.

*Міністерство охорони здоров’я України  
Міністерство оборони України  
Військово-Медичний Департамент  
Українська військово-медична академія*



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. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.
- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті.
- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.
- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 21 грн 90 коп. З приводу придбання звертатися за тел. : (0352) 52-80-09.

**Редакційна Рада**

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

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

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

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

#### ПОСТАНОВЛЯЄ:

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

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

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

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

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

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

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

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

## ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

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

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

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

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

Розцінки на розміщення реклами:

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

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

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

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

З надією на плідну співпрацю

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

*Г. О. Слабкий*

## ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

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

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

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

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

*Г. О. Слабкий*

---

**Адреса редакції**

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

---

**Адреса видавництва**

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1  
Видавництво “Укрмедкнига” Тернопільського державного медичного університету  
імені І. Я. Горбачевського  
телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33  
Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області  
МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830  
Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І. Я. 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 29.04.2011. Формат 60x84/8. Папір офсет.  
Друк офсет. Ум. друк. арк 9,31. Обл.-вид. арк. 8,58. Наклад 600. Зам. № 177