

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

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

3

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

Ternopil Medical State University by I.Ya. Horbachevsky

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ–Тернопіль
“Укрмедкнига”
2011

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 №9 від 22.09.2011)*

Передплатний індекс – 22867

Рубрика головного редактора

Слабкий Г. О., Чепелевська Л. А., Карамзіна Л. А. Вплив на стан здоров'я населення сезонних переходів на літній і зимовий час.

Здоров'я і суспільство

Пархоменко Г. Я., Курчатова Г. В., Бідний В. В. Характеристика здоров'я населення працездатного віку.

Маркович І. Г. Аналіз стану захворюваності населення на інфекції з краплинним механізмом передачі на прикладі м. Києва.

Вадзюк С. Н., Бегош Н. Б. Зміни об'єму акомодатії та внутрішньоочного тиску у молодих осіб з еметропічною рефракцією в процесі роботи за персональним комп'ютером.

Проблеми демографічного розвитку

Чепелевська Л. А., Орда О. М. Сучасні особливості смертності населення від новоутворень в регіонах України.

Пірникоза А. В., Діденко Л. О., Очередько О. М., Андрієвський І. Ю. Профільний аналіз летальності внаслідок екстреної патології за панельною організацією даних (на прикладі Вінницької області).

Організація медичної допомоги

Зозуля І. С., Марков Ю. І., Богомол А. Г. Надання ургентної допомоги хворим з гострими екзогенними інтоксикаціями на догоспітальному та госпітальному етапах.

Дячук Д. Д., Мельник Л. Ю. Організація відновного лікування в ДНУ "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини".

Шатило В. Й., Рокітенець І. М., Свиридчук В. З. Проблеми конфліктів у медичній практиці: підходи до їх попередження і шляхи вирішення.

Діденко Л. В. Динаміка та структура госпіталізації військовослужбовців Збройних Сил України в умовах переходу до професійної армії.

Мазуренко О. В. Вплив надзвичайних ситуацій природного характеру на основні показники здоров'я населення постраждалої країни.

Chief Editor rubric

Slabkyi G. O., Chepelevska L. A., Karamzyna L. A. Influence on the level of health of the population seasonal transitions to summer and winter time.

Health and society

Parkhomenko G. Ya., Kurchatov G. V., Bidnyi V. V. The characteristic of health of the able-bodied age population.

Markovych I. H. The analysis of the condition of population morbidity by infections with the drop mechanism of realization according to the example of Kyiv.

Vadzyuk S. N., Begosh N.B. Changing the accomodation volume and intraocular pressure of young people with emetropy refraction during work with the personal computer.

Problems of demographic development

Chepelevska L. A., Orda O. M. Modern peculiarities death rates of population from neoplasms in regions of Ukraine.

Pirnykoza A. V., Dydenko L. O., Ocheredko O. M., Andrievskiy I. Yu. Profile analysis mortality as a result of emergency pathology on panel data organization (to the example of Vinnytsia region).

Organization of medical care

Zozulia I. S., Markov Yu. I., Bohomol A.G. Urgent medical care rendering of patients with acute exogenous intoxication during before-hospital and hospital stage.

Diachuk D. D. Melnik L. Yu. The organization of regenerative treatment in the SSE "Scientific and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine".

Shatylo V. Ya., Rokitenets I. M., Svyrydiuk V. Z. Problems of conflicts in medical practice: approaches to their prevention and ways of the decision.

Didenko L. V. Operational readiness of personnel of Armed Forces of Ukraine: peculiarities of dynamics and structure of servicemen hospitalization.

Mazurenko O. V. Influence of natural disaster on basic indexes of population's health in suffering country.

Самоходський В.М. Оптимальна модель профілактичних оглядів як організаційний стандарт для сімейного лікаря.

65

Економіка охорони здоров'я

Смірнова В.Л. Вартість вторинної медичної допомоги.

70

Панчишин Н.Я. Вартість медичної допомоги на третинному рівні.

72

Наука – практиці охорони здоров'я

Салтикова Г. В. Роль *H. pylori* у розвитку різних форм хронічних гастритів та гастроуденітів у дитячому віці.

76

Дискусії

Корнійчук О. П. Шляхи ефективного проведення реформування системи охорони здоров'я, у першу чергу у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві.

78

Історія медицини

Ганіткевич Я. В. Трагедія групи львівських професорів у 1941 році (до 70-ї річниці страти вчених).

84

Килівник В. С., Цвень П. В. До історії створення санаторію «Авангард».

97

Некрологи

Бесполудіна Галина Василівна.

101

Samohodskiy V.M. The optimal model of health prevention examinations as an organizational standard for a family doctor.

Health care economy

Smirnova V.L. Cost of the secondary medical care.

Panchyshyn N.Ya. Cost of medical care at tertiary level.

The science for health care practice

Saltykova G. V. Role *H. pylori* in development of different forms of chronic gastritis and gastroduodenitis at childrens' age.

Discussions

Korniychuk O. P. Ways of effective realization of health care reform in the first place in Vinnitsa, Donetsk, Dnipropetrovsk regions and in Kyiv.

History of Medicine

Hanitkevych Ya.V. Tragedy of Lviv professors group in 1941 (to the 70th anniversary of scientists execution).

Kylivnik V.S., Tsven P.V. To the history of the sanatorium "Avangard".

Obituaries

Bespoludina Halina Vasylivna.

УДК 312.6:006.91(048)

Г. О. СЛАБКИЙ, Л. А. ЧЕПЕЛЕВСЬКА, Л. А. КАРАМЗІНА (Київ)

ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ СЕЗОННИХ ПЕРЕХОДІВ НА ЛІТНІЙ І ЗИМОВИЙ ЧАС

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Показано історію становлення біоритмології як окремого наукового напрямку. Проаналізовано дані наукової літератури щодо впливу на стан здоров'я сезонних переходів на літній та зимовий час.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: біологічний годинник, біоритм, літній та зимовий час, біоритмологія.

За даними метрологічної служби, на літній час переходять 75 країн, не переходять – понад 120. Розділити всю Землю на часові пояси по 15 градусів у кожному, і за нульову лінію прийняти Гринвіцький меридіан – середину нульового поясу – запропонував канадський інженер-зв'язківець С. Флемінг. При цьому усередині поясу час є усюди однаковим, а на межах переводять стрілки на годину вперед або назад. Ця ідея Флемінга була прийнята урядом США у 1883 р., а у 1884 р. на міжнародній конференції у Вашингтоні 26 країн підписали угоду про часові пояси і поясний час. На конференції були і представники Росії.

Майже за 100 років до цих подій, у 1797 р., німецький лікар К.В. Гуфеланд (який став засновником хронобіології) звернув увагу колег на універсальність ритмічних процесів в біології: щодня життя повторюється в певних ритмах, а добовий цикл, пов'язаний з обертанням Землі навколо своєї осі, регулює життєдіяльність усього живого, включаючи організм людини. Біоритми людини – це періодично повторювані зміни в ході біологічних процесів в організмі. Є фундаментальним процесом у живій природі. Вирозність біоритмів проявляється варіативністю таких біопараметрів, як температура тіла, вага, пульс, кровообіг, активність органів.

Провідні внутрішні хронометри людського організму знаходяться у голові (епіфіз, гіпоталамус) і в серці. Біоритми можуть змінюватися, синхронізуючись із зовнішніми ритмами, – циклами освітленості (зміна дня і ночі, світло).

Як самостійний і єдиний науковий напрямок біоритмологія (хронобіологія) сформувалася у 1960 р. після першого міжнародного симпозіуму з біологічного годинника у Колд-Спрінг-Харборі.

Мета роботи: проаналізувати наукову літературу щодо негативного впливу на стан здоров'я сезонних переходів на літній та зимовий час; визначити значущість проведеного аналізу для удосконалення управлінських рішень.

Матеріали і методи. У роботі використані наступні методи: бібліографічний контент-аналіз, структурно-логічний аналіз з урахуванням системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз літературних джерел і ресурсів мережі Інтернет з проблеми переходу на зимовий/літній час свідчить про її актуальність і наявність взаємовиключних підходів до її вирішення. Основною перевагою моделі переходу на літній/зимовий час є доведений ефект енергозбереження (наприклад, за рік у Росії економиться до 2 млрд кВт/год електроенергії), а її недоліком є стрибкоподібний перехід, який негативно впливає на здоров'я понад 20% росіян, особливо старшого і літнього віку [5;14]. У дослідженні И. Кран показано, що економічний збиток здоров'ю від стрибкоподібного переходу на літній час в РФ перевищує економічний ефект від енергозбереження, що свідчить на користь синхронного часу [12;13;21].

Відомо, що біологічні системи організму мають різні внутрішні ритми, засновані на геліофізичних процесах, які лежать в основі його біологічного годинника, котрий ділиться на мікроритми: від 0,1 с до 100 с; мезоритми: від 60 хвилин до 29,5 діб; макроритми: 0,5 року, 1 рік, 2, 3, 5, 8, 11, 22, 35, 18,6 року і цикли великої тривалості. Інтервал зміщення часу у березні і жовтні не відповідає ніякому з відомих ритмів і при переведенні годинника становить в період березень-жовтень – 7 місяців, жовтень-березень – 5 місяців. Тим самим руйнується природний піврічний ритм, заснований на весняно-осінньому рівноденні (22 березня, 22 вересня) і літньо-зимовому сонцестоянні (22 грудня і 22 червня). Організм не може адаптуватися до переведення соціальних годинників, тобто до різкого стрибка з «зимового» часу на «літній» і навпаки, оскільки задавачем більшості внутрішніх процесів і генетично запрограмованим з оптимальними характеристиками під певні цикли є фотоперіод

(світловий період). Отже, на основі власної біологічної пам'яті організм готує усі системи заздалегідь до різних піврічних циклів. Так, зсув годинника у березні провокує симетричний запуск аналогічних процесів у вересні, а зсув у жовтні, відповідно – в лютому, оскільки кінець жовтня відповідає за тривалістю дня середині лютого. Таким чином, організм чотири рази, а не два, внаслідок асиметрії при переведенні годинників, на рік намагається виконувати перенастроювання, перебуваючи при цьому постійно у стані десинхронозу.

З точки зору організму як фізіологічної системи, десинхроноз, викликаний переходом на «літній» і «зимовий» час, багато в чому аналогічний до десинхронозу при вахтовому методі роботи, який досить добре вивчено. Різниця в тому, що вахтовий метод використовується вимушено в умовах, де не може бути застосований нормальний режим праці. Вахтовий метод швидше виснажує людський організм, і тому у вахтовиків існують компенсації – триваліша відпустка, більш ранній вік виходу на пенсію. Зсув годинника розбиває рік на дві «вахти»: семи- і п'ятимісячну. Доведено, що вахтовий метод є високозатратним і низькоефективним з точки зору використання трудових ресурсів і до того ж негуманним. Фактично країна після введення «зимового» і «літнього» часу постійно живе у вахтовому режимі, що не може не позначатися на здоров'ї її громадян і, відповідно, на продуктивності їхньої праці [1;17;28].

Дослідження провідних біоритмологів свідчать, що головний чинник, який визначає найбільш доцільний ритм нашої життєдіяльності, – добове обертання планети. При цьому головне значення у синхронізації добових ритмів організму має цикл «світло – темрява» і «день – ніч». Рецептор світла (око) за своєю спектральною

чутливістю налаштований на певний діапазон сонячного випромінювання. З першими променями сонця в організмі активізуються процеси, які забезпечують підвищену працездатність. Цей природою закладений добовий ритм найбільш консервативний і погано піддається змінам [4;6;11;16;20].

Учені з Німеччини (Університет Гронінгена і Університет Людвіга-Максиміліана) у 2007 р. опублікували в американському журналі статтю, в якій було проаналізовано ритм життя 55 тисяч чоловік [27]. Виявилось, що організм у більшості випадків не підлаштовувався під новий час, а жив по-старому.

Як було встановлено хронобіологом Aschoff J. (1967) [25], часова послідовність життєвих функцій, котра вироблена усім ходом еволюції, – необхідна передумова доброго здоров'я і працездатності. Будь-яке відхилення від нормального ритму призводить до порушень в роботі усього організму. Порушення узгодженості циркадальних ритмів викликає розвиток так званих десинхронозів – виражених патологічних змін в організмі.

Інший відомий хронобіолог, професор Ф. Халберг, віце-президент міжнародного товариства хронобіологів, директор хронобіологічного центру Університету Міннесоти, США, згідно з розробленою ним класифікацією (1964) усіх ритмічних процесів організму людини встановив, що за своєю тривалістю біоритми поділяються на 3 групи: 1) ритми високої частоти з періодом до півгодини; 2) ритми середньої частоти з періодом від півгодини до шести днів; 3) ритми низької частоти з періодом від шести днів до одного року [22]. Ця класифікація біологічних ритмів, опублікована у роботі Ф. Халберга і А. Рейнберга [26], наведена у таблиці.

Таблиця. Спектр біологічних ритмів Ф. Халберга

Високі частоти	Середні частоти			Низькі частоти
$T < 0,5$ год	$0,5 \text{ год} < T < 20 \text{ год}$	$20 \text{ год} < T < 28 \text{ год}$	$28 \text{ год} < T < 6,0 \text{ днів}$	$T > 6,0 \text{ днів}$
ЕЕГ, частота пульсу, частота дихання	ультрадіанні (менше доби)	циркадіанні (в межах доби)	інфрадіанні (більше доби)	циркасептидіанні, циркавігintiдіанні, циркатригintiдіанні, цирканнуальні

До першої групи належать ритми дихання, роботи серця, електричних явищ у головному мозку і періодичні коливання в ланцюзі біохімічних реакцій. До другої – зміна сну і неспання, активності і спокою, добові зміни обміну речовин. Третя група об'єднує тижневі, місячні і річні ритми, які охоплюють цикли екскреції гормонів, сезонні зміни перебігу біохімічних реакцій і тривалі за часом зміни працездатності.

Окрім цих малих ритмів, встановлена іще одна розповсюджена періодичність, котра дорівнює 30

хвилинам. Сюди належать цикли сну, скорочення м'язів шлунка, коливання уваги і настрою, а також статева активність. Незалежно від того, знаходиться людина в стані неспання або сну, через кожні півгодини в організмі відбувається зниження або підвищення рівня збудження, зміна спокою і тривоги.

Згаданий авторитетний біоритмолог Ф. Халберг схильється до того, що циркадіанна організація відбиває генетичне пристосування обміну речовин організму до умов життя на Землі,

оскільки у живій природі найвиразніше виражені ритми з часовим періодом близько 24 годин, названі ним «циркадіанними» або «циркадними» (лат. *circas* – біля, *dies* – день).

Циркадіанний ритм є видозміною добового ритму з періодом 24 години, перебігає в константних умовах і належить до ритмів з вільним перебігом. Це ритми з не нав'язаним зовнішніми умовами періодом. Вони природжені, ендогенні, тобто обумовлені властивостями самого організму. Період циркадіанних ритмів триває у рослин 23–28 годин, у тварин і людини – 23–25 годин.

У 1959 р. Юрген Ашофф, згодом директор Інституту фізіології поведінки імені Макса Планка в Андексі (Німеччина), виявив закономірність, яка була названа «правилом Ашоффа» (під цією назвою воно увійшло до хронобіології і історії науки): «У нічних тварин активний період (неспання) більш тривалий при постійному освітленні, тоді як у денних тварин неспання більш тривале при постійній темряві». Іншими словами, з правила Ашоффа випливає, що саме світло визначає циркадні коливання організму [2].

Класифікація біоритмів за Ю. Ашоффом (1984 р.) ділиться за:

- їх власними характеристиками, такими як період;
- їх біологічною системою, наприклад, популяція;
- процесом, який породжує ритм;
- функцією, яка виконує ритм.

Найменший відрізок часу, на який здатен реагувати мозок людини і її нервова система, становить від 0,5 с до 0,8 с, період скорочення серця людини в середньому становить 0,8 с.

Першим, хто в Росії спробував дослідити вплив випередження ритму зміни дня і ночі на здоров'я людей, був В. А. Доскін, який опублікував результати своєї роботи в статті «Гигиенический анализ различных режимных ситуаций в связи с новым порядком исчисления времени на территории Советского Союза» [7]. Ця стаття відтоді стала єдиним аргументом чиновників від медицини на користь збереження в Росії літнього переведення стрілок годинника на годину вперед відносно декретного часу (назва пов'язана із Декретом Уряду від 16.06.1930 р. про переведення стрілок всіх годинників на території Радянського Союзу на годину вперед), за яким СРСР жив з 1930 до 1981 р.

Одиничний експеримент В. А. Доскіна був проведений ним на обмеженій кількості підлітків-спортсменів (72 чол.) віком від 11 до 17 років у спортивному таборі протягом усього трьох днів. Метою експерименту було визначення залежності функціонального стану організму підлітків від зсуву періоду сну на одну годину. Експериментальний режим полягав у відході до

сну на годину раніше звичайного (о 22 годині за декретним часом) і в ранковому підйомі також на годину раніше звичайного (о 7.30). В. А. Доскін дійшов висновку, що адаптація до зсуву добового розпорядку дня на 1 годину завершується через 1–2 дні, а при відповідній підготовці відбувається у сприятливій формі і в найкоротші терміни.

Привертає увагу, що експеримент тривав тільки три доби і проводився без попереднього, зазвичай протягом 5–7 діб, виміру відповідних фізіологічних параметрів, що в цілому вже не відповідало апробованій методиці хронобіологічних досліджень. Не було перевірки впливу трансформації часового середовища і на малолітніх дітей, організм яких найбільш схильний реагувати на такі впливи.

Висновки В. А. Доскіна лягли в основу запровадження у 1981 р. в СРСР декретно-літнього часу, який випереджав поясний час влітку вже на 2 години. Цьому сприяли і односторонні публікації у ЗМІ про величезну економію електроенергії в 30–40 млн рублів за рахунок зсуву стрілок годинника у літній період. Проте звучали і критичні заперечення багатьох медиків та інших фахівців, які піклувалися про здоров'я людей. Наприклад, відомий геодезист професор Л. Кель помітив, що «не все можна міряти кіловат-годинами і рублями» і що, окрім економії електроенергії, треба врахувати й інші чинники, наприклад, продуктивність праці...

18 листопада 1981 р. за постановою Президії АМН СРСР була створена проблемна комісія «Хронобіологія і хрономедицина», головою якої призначено акад. АМН СРСР Ф.І. Комарова. Одночасно під керівництвом акад. Ф.І. Комарова була організована академічна група, головним завданням якої було проведення досліджень з хрономедицини. Діяльність проблемної комісії визначила цілий міждисциплінарний напрямок медико-біологічної науки в країні [10].

За оцінкою Ф.І. Комарова, понад 70% хронобіологічних досліджень присвячують вивченню показників стану серцево-судинної системи. Це пов'язано як з важливою роллю серцево-судинної системи в організмі, так і з тим, що уся діяльність серця побудована на ритмічній основі, легко доступна реєстрації і необхідному для біоритмологічних досліджень моніторингу [3;8;9;19].

Фундаментальні медичні дослідження впливу весняного переведення стрілок годинника на здоров'я і власне на життя населення Сибіру були проведені протягом 1994–2001 рр. фахівцями Міжрегіональної Асоціації «Сибірська угода» (куди входять 19 суб'єктів Федерації: автономних республік, країв, областей і автономних округів Російської Федерації) під керівництвом проф. В. І. Хаснуліна [23;24]. В результаті було

встановлено, що після весняного переведення стрілок годинника на годину вперед:

- число нещасних випадків збільшується через 5 днів після переведення стрілок годинника порівняно з числом нещасних випадків у попередні 5 діб, на 11%, до 15-го дня – на 29% і не повертається до початкового рівня навіть на 20-у добу;

- число викликів «швидкої допомоги» до гіпертоніків й осіб із серцево-судинними захворюваннями зростає на 12%;

- кількість самогубств зростає в перші 5 днів на 66%;

- смертність від інфаркту міокарда у перші 5 днів зростає на 75%, тоді як від інших причин – на 12%;

- показники психоемоційної напруги у здорових осіб зростають на 18%, а у осіб з патологією – в 7,5 разу;

- показники конфліктності зростають у 2,5 разу.

Наукові розвідки вказують також і на те, що і через місяць після переведення часу не всі процеси в організмі адаптуються до нового ритму, навіть у здорових людей, а деякі продовжують адаптацію протягом кількох років. У результаті в організмі поступово накопичується стрес, і знижується потенційна можливість людини ефективно виконувати роботу.

Розлад біологічних ритмів, або десинхроноз, здатний перетворити гармонійно функціонуючі ритмічні системи організму на хаотичне нагромадження не пов'язаних між собою процесів. Відповідні розробки показали, що будь-яка хвороба супроводжується десинхронозом [15;18].

На 3-й Міжнародній конференції «Болезни цивилизации в аспекте учения В.И. Вернадского» (10–12 жовтня 2005 р., Москва) було окремим пунктом виділено проблему зростання захворювань, пов'язаних з порушеннями хроноструктури людського організму. На конференції наголошувалося, що «значимість цієї проблеми обумовлена ще й тим, що збільшується міграція значних контингентів населення з одного часового пояса до інших, а також розвитком сучасних засобів транспорту, які дозволяють за короткий проміжок часу «подолати» багато часових поясів. Це не може не призвести до «поломки» механізмів біологічного годинника і виникнення десинхронозів, котрі у свою чергу можуть стати основою розвитку важких патологічних процесів». У якості найбільш яскравого прикладу приведено той факт, що в екіпажів повітряних лайнерів, що здійснюють трансатлантичні перельоти, захворюваність на злоякісні новоутворення вірогідно вища, ніж в екіпажів з такою ж кількістю льотних годин при перельотах лише в межах Європи.

Великий внесок у розвиток хронобіології в ХХ ст. внесли А. Йорес (ФРН), Я. Меллерстрем і

Е. Форсгрэн (Швеція), Дж. Хейстингс, Ф. Браун (США), Дж. Клаудсли–Томпсон, Дж. Харкер (Велика Британія). Е. Бюннінг (ФРН) належить гіпотеза про ендогенну природу біоритмів, висловлена їм іще на початку 30-х років. Ю. Ашофф (ФРН) провів фундаментальні дослідження впливу умов зовнішнього середовища на біоритми, у тому числі людини, і ввів у 1951 р. термін «датчик часу», тобто чинник, який синхронізує біоритми. Ф. Халберг (США) сформулював у 1959 р. поняття про добові, або циркадні, ритми і дав уявлення про часову координацію фізіологічних функцій організму. Його заслугою є введення в хронобіологію математичних методів обробки даних і використання для цього ЕОМ. Ним було встановлено зміну чутливості організму до дії шкідливих чинників залежно від часу доби.

На сьогодні провідними науковими центрами з хронобіології вважаються: Міннесотський, Арканзаський, Стенфордський університети (США); Тюбінгенський, Гепінгенський університети, Інститут фізіології поведінки ім. М. Планка (Німеччина); Манчестерський університет (Велика Британія). На території СНД це: Інститут фізіології ім. І.П. Павлова (Санкт-Петербург), Інститут біофізики (Пушціно, Московська обл.), Інститут медико-біологічних проблем (Москва), Московський державний університет. У 1937 р. в Роннебю (Швеція) відбулася перша конференція, на якій було засновано Міжнародне товариство дослідників біоритмів, а в 1971 р. на черговій конференції (Літл-Рок, США) воно було перейменоване у Міжнародне товариство з хронобіології, яке об'єднує понад 300 членів з 30 країн світу.

Результати досліджень з хронобіології публікуються у таких спеціалізованих журналах, як «International Journal of Chronobiology», «Chronobiologia», «Journal of Interdisciplinary of Cycle Research».

Висновки

1. На сьогодні існує великий масив наукової літератури з проблеми біологічних ритмів, що свідчить про універсальну закономірність часової організації у живій природі.

2. Встановлено, що кожен клас біо- і нейрофізіологічних ритмів має синхронні коливання відповідної діяльності:

- ультрадіанним (секундні, декасекундні і декахвилинні) ритмам біопотенціалів мозку відповідають флуктуації уваги, пам'яті, мови та інших психічних процесів;

- циркадіанні ритми системних функцій організму узгоджуються з добовою динамікою сприйняття, інтелектуальної продуктивності;

- цирканнуальні ритми нейроендокринних функцій корелюють із сезонною мінливістю властивостей особи.

3. Показано, що архітектоніка психоритмів – їх спектри, періодика, фази, когерентність, стабільність – є унікальною характеристикою, «психологічним портретом» індивіда, який визначає його адаптивний потенціал. При цьому добовий десинхроноз призводить до серйозних порушень психосоматичного стану, а хвилинна дизритмія – до формування психопатичного радикала, підвищеної збудливості, агресивності.

4. Головною «мішенню» при переведенні годинника на 1 годину є ті процеси в організмі,

які мають ритм від 0,1 с до 29,5 доби: мікро- і мезоритми; сюди ж належать ультра-, циркадіанні і цирканнуальні ритми, котрі окреслюють психічну спроможність людини.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому науковому обґрунтуванні недоцільності сезонних переходів на літній та зимовий час у зв'язку з негативним їх впливом на здоров'я населення.

Список літератури

1. Арушанян Э. Б. Значение супрагипоталамических ядер гипоталамуса и часовых генов для хронотропной активности психотропных средств / Э. Б. Арушанян // Эксперимент. и клин. фармакол. – 2011. – № 3. – С. 37–44.
2. Биологические ритмы: в 2-х т. / под ред. Ю. Ашоффа. – М.: Мир, 1984. – 414 с.
3. Вейн А. М. Клинические и полисомнографические особенности инсультов сна и бодрствования / А. М. Вейн, Я. И. Левин, Р. Л. Гасанов // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – № 4П. – С. 24–27.
4. Гриневич В. Биологические ритмы здоровья / В. Гриневич // Наука и жизнь. – 2005. – № 1. – С. 28–34.
5. Демидов В. Е. Время, хранимое как драгоценность. В поисках абсолюта / В. Е. Демидов. – М.: Наука и техника, 1999. – 48 с.
6. Доброборский Б. С. Биологические ритмы как способ существования живой материи [Электронный ресурс] / Б. С. Доброборский. – Режим доступа: http://www.ipages.ru/index.php?ref_item_id=4775&ref_dl=1. – Название с экрана.
7. Доскин В. А. Гигиенический анализ различных режимных ситуаций в связи с новым порядком исчисления времени на территории Советского Союза / В. А. Доскин // Гигиена и санитария. – 1981. – № 10. – С. 11–13.
8. Значение хронотипических особенностей здоровых людей для вариативности сердечного ритма / Арушанян Э. Б., Попов А. В., Байда О. А., Мастягин С. С. // Физиология человека. – 2006. – № 2. – С. 80–83.
9. Илларионова Т. С. Принципы хронофармакологии заболеваний сердечно-сосудистой системы / Т. С. Илларионова, О. В. Столярова, С. М. Чибисов // Новая аптека. – 2001. – № 4. – С. 45–49.
10. Комаров Ф. И. Роль Проблемной комиссии «Хронобиология и хрономедицина» РАМН в развитии внутренней медицины (к 25-летию создания) / Ф. И. Комаров, С. И. Рапопорт, С. М. Чибисов // Клин. медицина. – 2007. – № 9. – С. 14–16.
11. Костоглодов Ю. К. Хронобиофизические особенности регуляции систем организма человека / Ю. К. Костоглодов // Анналы пластич., реконструктивной и эстетич. хирургии. – 2005. – № 4. – С. 52–63.
12. Кран И. Замена перехода на летнее время моделью синхронного времени [Электронный ресурс] / И. Кран. – Режим доступа: <http://depedu.tyumen-city.ru/html/energy/index.php?> – Заглавие с экрана.
13. Краснополянская И. Переведи часы вперед. Нужен ли переход на летнее время? [Электронный ресурс] / И. Краснополянская. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2010/03/19/vremja.html>. – Заглавие с экрана.
14. Лаврус В. С. Зимнее и летнее время [Электронный ресурс] / В. С. Лаврус. – Режим доступа: <http://n-t.ru/tp/ie/zlv.htm>. – Опубл. 28.02.2000 г.
15. Малиновская Н. К. Мелатонин: вчера, сегодня, завтра / Н. К. Малиновская // Клин. медицина. – 2002. – № 6. – С. 71–73.
16. Романов Ю. А. От хронобиологии к хронотопобиологии / Ю. А. Романов // Вестн. РАМН. – 2000. – № 8. – С. 8–11.
17. Сысоев Б. А. Перевод часов [Электронный ресурс] / Б. А. Сысоев. – Режим доступа: <http://www.goloson.ru/obsuzdaem/perevod-casov>, 2001. – Заглавие с экрана.
18. Татков О. В. Хронобиологические аспекты адаптации: десинхронозы / О. В. Татков // Воен.-мед. журн. – 2004. – № 6. – С. 49–52.
19. Трухина Л. М. Третий фактор лечения (хронотерапия заболеваний сердечно-сосудистой системы) / Л. М. Трухина, В. Ф. Шопина // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2001. – № 3. – С. 41–43.
20. Фролов В. А. Биологические ритмы, экология и стресс (по материалам международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке. Концепции болезней цивилизации», РУДН, 2007) / В. А. Фролов, Ф. Халберг, С. М. Чибисов // Вестн. РУДН. – 2008. – № 4. – С. 46–55.
21. Фролов В. А. Хронобиологические особенности возникновения фибрилляции желудочков сердца при экспериментальной острой коронарной недостаточности / В. А. Фролов, М. М. Азова, М. Л. Благонравов // Бюл. эксперимент. биологии и медицины. – 2010. – № 5. – С. 492–494.
22. Халберг Ф. Биологические часы / Ф. Халберг. – М.: Мир, 1964. – С. 460–474.
23. Хаснулин В. И. О вреде ежегодных переходов на «летнее» и «зимнее» время / В. И. Хаснулин // Аномалия. – 1999. – № 17(197). – С. 4.
24. Экологические аспекты влияния перехода на «летнее» время на сердечно-сосудистую систему человека / Самсонов С. Н., Маныкина В. И., Петров П. Г. [и др.] // Экология человека. – 2009. – № 1. – С. 20–23.
25. Aschoff J. Desynchronisation and resynchronisation of human circadian rhythms / J. Aschoff // AGARD Conf. Proc. N 25: Behavioral problems in aerospace medicine. Belgium, 1967. – P. 1–12.

26. Halberg F. Rythmes circadiens et rythmes de basses frequences en physiologie humaine / F. Halberg, A. Reinberg // J. Physiol. (Paris). – 1967. – Vol. 59. – P. 117–200.
27. Lipsitz L. A. Dynamics of Stability The Physiologic Basis of Functional Health and Frailty / L. A. Lipsitz // The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. – 2002. – Vol. 57. – P. 115–125.
28. The human circadian clock's seasonal adjustment is disrupted by daylight saving time / T. Kantermann, J. Myriam, M. Meroow, T. Roenneberg // Current Biology. – 2007. – Vol. 17, № 22. – P. 1996–2000.

ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕЗОННЫХ ПЕРЕХОДОВ НА ЛЕТНЕЕ И ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ

Г. А. Слабкий, Л. А. Чепелевская, Л. А. Карамзина (Киев)

Показана история становления биоритмологии как отдельного научного направления. Проанализированы данные научной литературы относительно влияния на состояние здоровья сезонных переходов на летнее и зимнее время.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: биологические часы, биоритм, летнее и зимнее время, биоритмология.

INFLUENCE ON THE LEVEL OF HEALTH OF THE POPULATION SEASONAL TRANSITIONS ON SUMMER AND WINTER TIME

G. A. Slabkyi, L. A. Chepelevska, L. A. Karamzyna (Kyiv)

The history of becoming biorhythmology as separate scientific direction has been shown. The data of the scientific literature concerning influence on the level of health of seasonal transitions on summer and winter time have been analysed.

KEY WORDS: internal clocks, a biorhythm, summer and winter time, biorhythmology.

ЗДОРОВ'Я І СУСПІЛЬСТВО

УДК 616-057.2:312.6.004.12

Г. Я. ПАРХОМЕНКО, Г. В. КУРЧАТОВ, В. В. БІДНИЙ (Київ)

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Проаналізовано дані галузевої статистики щодо здоров'я населення працездатного віку за період 2006–2010 рр. Отримані в ході дослідження дані вказують на погіршення здоров'я даного контингенту та значні відмінності у показниках захворюваності та поширеності хвороб в регіональному аспекті.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: населення працездатного віку, захворюваність, поширеність хвороб, регіональний аспект.

Здоров'я населення працездатного віку є однією з пріоритетних проблем в розвинутих країнах світу. Воно є найважливішою складовою трудового потенціалу та значною мірою визначає подальший економічний та соціальний розвиток будь-якого суспільства [1;2]. Аналіз показників стану здоров'я окремо в осіб працездатного віку

дає змогу виявити особливості формування здоров'я, які необхідно враховувати при організації медичної допомоги [3;5;6]. Вивчення стану здоров'я населення працездатного віку набуває особливого значення, оскільки збереження трудового потенціалу є необхідною умовою для успішного виконання першочергових завдань

© Г. Я. Пархоменко, Г. В. Курчатова, В. В. Бідний, 2011

економічного та соціального розвитку країни, на чому наголошує керівництво держави [4;7].

Мета роботи: вивчити стан здоров'я населення працездатного віку як основи для наступних кроків з оптимізації системи охорони здоров'я в країні.

Матеріали і методи. При виконанні даної роботи за допомогою статистичного методу проаналізовано дані галузевої статистики щодо здоров'я працездатного населення за період 2006–2010 рр.

Результати дослідження та їх обговорення. У 2010 р. серед населення працездатного віку було зареєстровано біля 17,5 млн випадків

хвороб, виявлених вперше (захворюваність) і 41 млн звертань на рік з приводу всіх хвороб (поширеність). Відносний показник захворюваності (на 100 тис. працездатного населення) становив 63 318,0, а поширеності – 148 382,6.

За останні п'ять років (з 2006 р.) зміни рівня захворюваності мали хвилеподібний характер, зі збільшенням або зменшенням цього показника порівняно з попередніми роками (рис. 1). Протягом останніх двох років спостерігалася деяке зменшення рівнів захворюваності населення працездатного віку. Поширеність хвороб серед цієї групи населення поступово зростає.

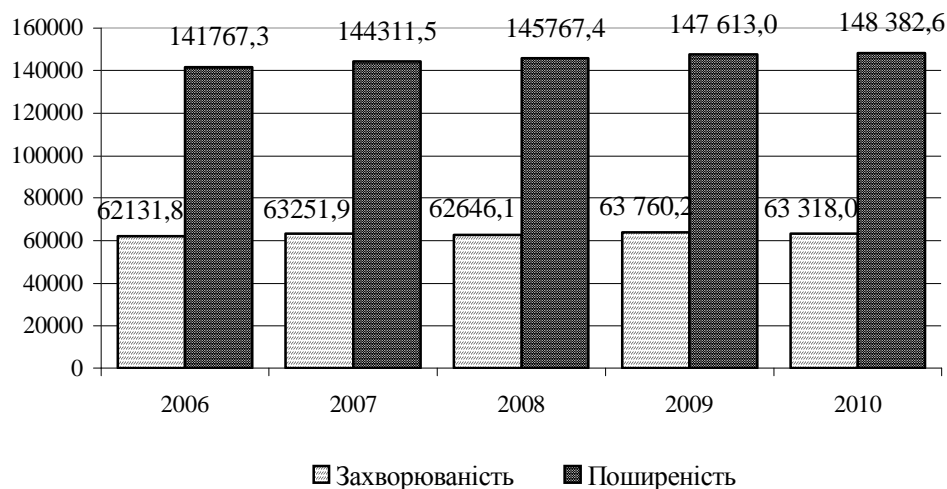


Рис. 1. Зміни показників захворюваності і поширеності хвороб серед населення працездатного віку на всі хвороби в період 2006–2010 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

У 2010 р. у структурі захворюваності населення працездатного віку домінували хвороби органів дихання (36,8%), хвороби сечостатевої системи (9,3%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (8,3%), хвороби системи кровообігу (6,7%) (табл. 1). У 2010 р. найбільш поширеною патологією у працездатному віці (як і в попередні роки) були хвороби системи кровообігу (23,1%), органів дихання (19,3%), сечостатевої системи (10,6%), кістково-м'язової системи (7,7%).

Тенденції змін рівнів захворюваності та поширеності хвороб стосовно домінуючих у їхній структурі класів серед населення працездатного віку за останній п'ятирічний період та у порівнянні з 2009 р. наведено у таблиці 2.

За даними таблиці 2, за 5 років захворюваність населення працездатного віку найбільше зростає за класами хвороб органів дихання (на 8,96%); шкіри та підшкірної клітковини (на 1,76%). Водночас за цей період дещо зменшився рівень травм, отруєнь та наслідків дії зовнішніх чинників (на 3,73%) та хвороб системи кровообігу (на 2,27%).

У 2010 р. порівняно з 2009 р. збільшилися показники захворюваності на травми, отруєння та наслідки дії зовнішніх чинників (на 2,25%); хвороби шкіри та підшкірної клітковини (на 2,03%), тоді як цей показник зменшився відносно класів хвороб органів дихання (на 2,43%) і системи кровообігу (-1,49%).

При аналізі динаміки поширеності патологій серед населення працездатного віку відмічаються тенденції зростання показника щодо провідних класів хвороб. За п'ятирічний період зросли хвороби системи кровообігу (на 10,59%); органів дихання (на 7,96%); сечостатевої системи (на 4,19%) органів травлення (на 3,0%). За останній рік більшість наведених у таблиці показників поширеності зросли з 1,61 (хвороби системи кровообігу) до 0,23 (хвороби кістково-м'язової системи). Виняток становили хвороби органів дихання (-1,67%).

Рівні захворюваності працездатного населення у 2010 р. помітно перевищували загальноукраїнський показник (63 318,0 на 100 тис. відповідного населення) у 11, а поширеності хвороб (148 382,6) – у 14 регіонах з 27 (табл. 3).

Таблиця 1. **Захворюваність та поширеність хвороб за основними їх класами серед осіб працездатного віку в Україні у 2010 р. та їх структура**

Клас хвороб	Захворюваність		Поширеність	
	на 100 тис. відпов. нас.	%	на 100 тис. відпов. нас.	%
Усі хвороби, у т.ч.:	63 318,0	100,0	148 382,6	100,0
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2554,2	4,03	4192,1	2,83
Новоутворення	874,9	1,38	3004,1	2,02
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	286,9	0,45	1209,8	0,82
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	907,2	1,43	6796,6	4,58
Розлади психіки та поведінки	440,3	0,70	5533,9	3,73
Хвороби нервової системи	1768,6	2,79	5511,7	3,71
Хвороби ока та його придаткового апарату	3010,6	4,75	7019,4	4,73
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2384,0	3,77	3105,3	2,09
Хвороби системи кровообігу	4253,0	6,72	34281,2	23,10
Хвороби органів дихання	23 283,6	36,77	28 584,5	19,26
Хвороби органів травлення	2617,6	4,13	15 791,5	10,64
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4072,6	6,43	4880,6	3,29
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3372,4	5,33	8273,4	5,58
Хвороби сечостатевої системи	5913,1	9,34	11487,0	7,74
Вагітність, пологи та післяпологовий період	5191,6	8,20	6157,9	4,15
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	5284,7	8,35	5653,0	3,81

Таблиця 2. **Динаміка показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення працездатного віку за найбільш вагомими у їхній структурі класами хвороб у 2006, 2009, 2010 рр.**

Клас хвороб	Відносний показник на 100 тис. відповідного населення			Зміни (%)	
	2006 р.	2009 р.	2010 р.	2010 до 2006 рр.	2010 до 2009 рр.
<i>Захворюваність</i>					
Усі хвороби, у т.ч.:	62 131,8	63 760,2	63 318,0	1,91	-0,69
Хвороби органів дихання	21 368,4	23 864,0	23 283,6	8,96	-2,43
Хвороби сечостатевої системи	5912,1	5859,1	5913,1	0,02	0,92
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	5489,4	5168,4	5284,7	-3,73	2,25
Хвороби системи кровообігу	4351,9	4317,2	4253,0	-2,27	-1,49
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4002,0	3991,6	4072,6	1,76	2,03
<i>Поширеність</i>					
Усі хвороби, у т.ч.:	141 767,3	147 613,0	148 382,6	4,67	0,52
Хвороби системи кровообігу	30 997,2	33 739,4	34 281,2	10,59	1,61
Хвороби органів дихання	26 477,5	29 068,6	28 584,5	7,96	-1,67
Хвороби органів травлення	15 332,2	15 677,8	15 791,5	3,00	0,73
Хвороби сечостатевої системи	11 024,9	11 333,2	11 487,0	4,19	1,36
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8297,6	8254,7	8273,4	-0,29	0,23

Таблиця 3. Рангові місця адміністративних територій України за рівнями захворюваності та поширеності хвороб серед населення працездатного віку відносно відповідних загальноукраїнських показників, 2010 р.

Рангове місце	Адміністративно-територіальна одиниця	Захворюваність (на 100 тис. відповідного населення)	Рангове місце	Адміністративно-територіальна одиниця	Поширеність (на 100 тис. відповідного населення)
1	м. Севастополь	44 381,2	1	Запорізька	101 867,3
2	АР Крим	44 526,8	2	м. Севастополь	102 639,1
3	Запорізька	47 213,0	3	АР Крим	108 776,9
4	Сумська	47 883,2	4	Луганська	113 288,0
5	Луганська	49 347,8	5	Сумська	123 489,3
6	Миколаївська	52 203,3	6	Житомирська	126 323,2
7	Херсонська	53 100,8	7	Миколаївська	128 574,0
8	Полтавська	54 669,4	8	Львівська	139 784,5
9	Житомирська	55 607,5	9	Донецька	141 619,0
10	Закарпатська	56 275,0	10	Херсонська	142 965,3
11	Хмельницька	56 654,5	11	Кіровоградська	144 249,1
12	Кіровоградська	56 815,7	12	Хмельницька	144 686,2
13	Донецька	57 445,2	13	Полтавська	147 434,2
14	Одеська	63 235,1	Україна		148 382,6
Україна		63 318,0	14	Одеська	152 848,4
15	Київська	63 328,9	15	Закарпатська	152 933,4
16	Тернопільська	63 458,2	16	Тернопільська	152 941,2
17	Чернігівська	65 441,3	17	Черкаська	157 076,1
18	Волинська	66 153,5	18	Волинська	158 761,6
19	Чернівецька	66 345,9	19	Чернігівська	159 188,6
20	Черкаська	68 437,8	20	Харківська	159 532,3
21	Харківська	68 788,1	21	Київська	163 229,1
22	Рівненська	69 707,5	22	Рівненська	164 285,9
23	Львівська	73 867,2	23	Івано-Франківська	166 049,3
24	Вінницька	76 955,7	24	Чернівецька	170 721,7
25	Івано-Франківська	78 037,8	25	м. Київ	175 086,3
26	м. Київ	79 007,6	26	Дніпропетровська	178 015,2
27	Дніпропетровська	83 846,3	27	Вінницька	185 693,7

За статистичними даними, перші рангові місця за рівнями захворюваності у 2010 р. займали м. Севастополь (44 381,2 на 100 тис. відповідного населення), АР Крим (44 526,8), Запорізька (47 213,0) область, а останні – Дніпропетровська (83 846,3), Івано-Франківська (78 037,8) області та м. Київ (79 007,6).

З усіх регіонів України найнижчі рівні поширеності хвороб серед працездатного населення відмічались у Запорізькій (101 867,3) області, м. Севастополь (102 639,1), АР Крим (1 087 76,9), а найвищі її рівні – у Вінницькій (185 693,7), Дніпропетровській (178 015,2) областях та в м. Києві (175 086,3 на 100 тис. відповідного населення).

Висновки

Як свідчать результати проведеного аналізу, за період 2006–2010 рр. зрушення у стані здоров'я населення працездатного віку мають

різноспрямований характер, з тенденціями до зменшення або збільшення показників захворюваності та поширеності хвороб. У структурі захворюваності цієї групи населення послідовно зростає доля соціально значущих і небезпечних хвороб. Це, зокрема, зростання рівнів захворюваності на хвороби крові та кровотворних органів (+6,65%), ока та його придаткового апарату (+3,7%), вуха та соскоподібного відростка (+4,86%), органів дихання (+8,96%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (+1,76%).

Водночас за цей період знизився рівень вперше виявлених інфекційних та паразитарних хвороб (-7,48%); ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин (-6,41%), розладів психіки та поведінки (-11,32%), хвороб нервової системи (-1,97%), системи кровообігу (-2,27%), органів травлення (-1,97%), кістково-

м'язової системи та сполучної тканини (-4,72%), ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду (-3,9%), травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (-3,73%).

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження пов'язані з розробкою заходів, спрямованих на покращення здоров'я населення працездатного віку.

Список літератури

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ. – 156 с. – (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 97).
2. *Здоровье 21*. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с. – (Европейская серия «Здоровья для всех», № 6).
3. Медведовська Н. В. Сучасний стан здоров'я населення працездатного віку в Україні / Н. В. Медведовська // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2 (14). – С. 24–33.
4. Модернізація України – НАШ СТРАТЕГІЧНИЙ ВИБІР : щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://president.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Москаленко В. Ф. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Г. В. Іншакова. – Х. : Контраст, 2006. – 295 с.
6. Слабкий Г. О. Регіональні особливості стану здоров'я населення України за період 2005–2009 рр. : [монографія] / Г. О. Слабкий, Н. В. Медведовська. – К., 2010. – 174 с.
7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – 360 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Г. Я. Пархоменко, Г. В. Курчатова, В. В. Бидный (Київ)

Проанализированы данные отраслевой статистики относительно здоровья населения трудоспособного возраста за период 2006–2010 гг. Полученные в ходе исследования данные указывают на ухудшение здоровья данного контингента и значительные отличия в показателях заболеваемости и распространенности болезней в региональном аспекте.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: население трудоспособного возраста, заболеваемость, распространенность болезней, региональный аспект.

THE CHARACTERISTIC OF HEALTH OF THE ABLE-BODIED AGE POPULATION

G. Ya. Parkhomenko, G. V. Kurchatov, V. V. Bidnyi (Kyiv)

The data of branch statistics concerning health of the able-bodied age population during 2006-2010 have been analyzed. The data received during research specify deterioration of health of the given contingent and significant differences in parameters of morbidity and prevalence of illnesses in regional aspect.

KEY WORDS: the able-bodied age population, morbidity, prevalence of illnesses, regional aspect.

Рецензент: д.мед.н., проф. О. З. Децик

І. Г. МАРКОВИЧ (Київ)

АНАЛІЗ СТАНУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ НА ІНФЕКЦІЇ З КРАПЛИННИМ МЕХАНІЗМОМ ПЕРЕДАЧІ НА ПРИКЛАДІ М. КИЄВА

ДНУ «Державний центр інноваційних біотехнологій»

Проаналізовано захворюваність населення м. Києва на інфекції з краплинним механізмом передачі у до- та післявакцинальний період та вплив імунопрофілактики на перебіг інфекцій, керованих засобами специфічної імунопрофілактики.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: епідеміологія, носійство, вакцинація, керовані інфекції, краплинний механізм передачі.

В Україні щорічно реєструється до 8–9 млн випадків інфекційних хвороб, з них найбільший вплив на стан здоров'я чинять грип та гострі респіраторні інфекції; вірусні гепатити; туберкульоз; ВІЛ/СНІД; інфекції, керовані засобами специфічної імунопрофілактики; паразитози [2;6;12;14].

Серед “керованих інфекцій” для нашої країни актуальними залишаються дифтерія, кір, краснуха, епідемічний паротит, кашлюк, гепатит В, кількість хворих на які сягає щорічно 100 тисяч випадків і більше. Всього за останнє десятиріччя на усі зазначені вище хвороби переохворіло понад 10 млн осіб, з них близько 80,0% склали діти віком до 14 років. Враховуючи тяжкі наслідки цих захворювань, держава гарантує проведення профілактичних щеплень. Законом України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” передбачені обов'язкові профілактичні щеплення проти туберкульозу, поліомієліту, дифтерії, кашлюку, правцю та кору (ст. 27). Крім вищезгаданих щеплень, до розділу “щеплення за віком”, згідно з наказом МОЗ України від 03.02.2006 р. №48 “Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів”, увійшли щеплення проти краснухи, епідемічного паротиту, гепатиту В, гемофільної інфекції [5;8-10;12].

Політика імунізації кожної країни залежить від існуючої системи охорони здоров'я, результатів національних спостережень, епідеміологічних особливостей тієї чи іншої інфекційної хвороби. Однак вже розглядається можливість створення єдиної гнучкої схеми вакцинації (календаря імунізації країн ЄС), яка б враховувала позитивний багаторічний досвід вакцинопрофілактики та великий арсенал інноваційних ефективних та безпечних вакцин [6].

У суспільстві останніми десятиріччями активізувалась антивакцинальна кампанія. Поступо-

во збільшується перелік медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень та кількість відмов від щеплень. Противники вакцинації наголошують на низькій ефективності профілактичних щеплень, загрози для здоров'я дітей внаслідок вакцинації тощо, і в жодному разі не йдеться про те, скільки тисяч дітей залишилися жити завдяки щепленням. Деякі джерела відверто спекулюють на можливих ускладненнях та реакціях після проведення щеплень.

Разом з тим, за даними ВООЗ, щороку близько 6 млн дітей помирає від інфекційних захворювань, проти яких ще не створені вакцини, натомість вакцинація щорічно рятує життя 3 млн дітей. Зниження показників захворюваності багатьох інфекцій обумовлено саме формуванням контингентів людей, що мають активний імунітет до цих захворювань внаслідок проведення імунізації населення [1;4-7;12].

Сучасні кон'юговані вакцини характеризуються високою профілактичною ефективністю (94–100%) та безпечністю. Післявакцинальні реакції та ускладнення спостерігаються досить рідко. Судоми проявляються з частотою 1:70000 при введенні АКДП та 1:200000 при введенні корової вакцини, висипи алергічного характеру та набряк Квінке – з частотою 1:120000, анафілактична реакція на АКДП – 1:100000, неврологічні ускладнення після введення поліомієлітної вакцини – 1:5000000. Ці показники не витримують ніякого порівняння з показниками захворюваності та смертності від інфекційних хвороб [5;10].

Вакцинопрофілактика суттєво знижує та навіть повністю ліквідує інвазивні форми захворювань, знижує рівні носійства та впливає на циркуляцію збудників. Так, до впровадження вакцинопрофілактики показник захворюваності на дифтерію в Україні коливався від 171,0 до 850,0 випадків на 100 тис. нас. в різні роки. З часу запровадження імунізації у 1932 р. захворюваність на дифтерію знизилась у сотні разів.

Навіть під час останнього епідемічного підйому захворюваності в Україні у 90-ті роки максимальна зареєстрована у 1995 р. захворюваність була у 84 рази менше, ніж у 40-і роки. У дощеплювальний період, за даними Л.В. Громашевського, летальність від дифтерії становила майже 50,0%, тобто помирав кожен другий хворий; серед захворілих дітей 0–5 років вона складала 37,3%, тобто кожна третя дитина, що захворіла, помирала. У віці 5–10 років із 100 хворих помирало 17, у віці 10–15 років – 8, серед 15–20-річних – 5, 20–30-річних – 4, старших 30 років – 8 осіб [1;3;4;7].

Ще одна хвороба, яка керується засобами імунопрофілактики, – кашлюк. До початку вакцинації захворюваність на цю інфекцію коливалась у межах від 100 до 1000 випадків і більше на 100 тис. нас. Смертність становила від 0,04% у розвинутих країнах до 3,0% у країнах, що розвиваються. Серед дітей першого року життя показники смертності досягали 283,5 випадку на 100 тис. осіб цього віку. За 20 років проведення вакцинації (до 1975 р.) показники захворюваності у ряді країн знизились до 0,64–29,0 випадків на 100 тис. нас., але рівень захворюваності у державах, не охоплених імунізацією, не змінився – показники залишились на рівні 366–608 випадків на 100 тис. нас. В Україні вакцина проти кашлюку вперше була застосована у 1956 р., за перші роки її використання показник захворюваності знизився до 11,8 випадку на 100 тис. нас., а протягом 1997–2001 рр. цей показник не перевищував 4,6 випадку на 100 тис. нас. [1;3;4;6].

До 60-х років ХХ ст. в Україні на кір хворіли сотні тисяч осіб, від ускладнень щорічно помирали сотні дітей. Після введення у 1968 р. вакцинації, а у 1986 р. – і ревакцинації, ситуація щодо захворюваності на кір значно покращилась [2;6].

Велика пандемія краснухи, що почалася у Європі на початку 60-х років, досягла США у 1964 р. і спричинила 12,5 млн випадків захворювань, які закінчились 11 тис. випадків невиношування, мертвонароджуваності та викиднів, а також 20 тис. випадків народження дітей із синдромами вродженої краснухи (СВК). Під час цієї пандемії проблема СВК постала з усією серйозністю, і необхідність створення вакцини стала очевидною [2;6].

Таким чином, сучасна система вакцинації є вирішальним фактором зниження дитячої смертності, збільшення тривалості життя і покращення якості життя усіх вікових груп населення. Недостатня увага до проблем вакцинації, зменшення охоплення населення щепленнями неминуче призводять до різкого підвищення рівня інфекційної захворюваності (спалахи дифтерії та кору в Україні, кашлюку у Японії, кору на Гаїті, поліомієліту у Чечні тощо).

Метою дослідження було вивчення захворюваності на інфекції з краплинним механізмом

передачі населення м. Києва у до- та післявакцинальний період, вплив імунопрофілактики на перебіг керованих інфекцій.

Матеріали і методи. Матеріалом для епідеміологічного дослідження були дані галузевої звітності санітарно-епідеміологічної служби України та м. Києва, які охопили понад 50-річний період спостереження за інфекційною захворюваністю.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті узагальнення та аналізу накопиченого матеріалу щодо інфекційної захворюваності населення м. Києва було досліджено епідемічний процес інфекцій з краплинним механізмом передачі, як керованих, так і некерованих засобами імунопрофілактики. На прикладі дифтерії, менінгококової інфекції, кашлюку, кору, краснухи, епідемічного паротиту та скарлатини ми розглянули багаторічну динаміку цих захворювань, вплив вакцинопрофілактики на їх перебіг тощо.

Показник захворюваності на дифтерію населення м. Києва, зареєстрований у 2010 р., зменшився проти 1939 р. в 500 разів (табл.1). Показник захворюваності на кашлюк порівняно з довакцинальним періодом зменшився у 230 разів, кір – у 6610 разів, епідемічний паротит – у 285 разів, краснуху – у 44 рази [2;6]. Таке суттєве зниження показників захворюваності відбулось у тому числі і завдяки проведенню профілактичних щеплень. Водночас, за даними Київської міської санітарно-епідеміологічної станції, яка здійснює облік та аналіз даних про післявакцинальні реакції та ускладнення, за останні 5 років було зареєстровано лише 1 ускладнення з 138023 щеплених вакциною АКДП. Жодного ускладнення після проведення щеплень проти поліомієліту, кору, епідемічного паротиту, краснухи, вірусного гепатиту не зареєстровано. При проведенні щеплень вакциною БЦЖ проти туберкульозу у м. Києві за останні 5 років зареєстровано 0,047% ускладнень, а згідно з літературними даними та даними супровідної до імунобіологічних препаратів документації, розвиток лімфаденітів допускається у 0,06% щеплених [2;5].

До інфекцій з краплинним механізмом передачі належить багато захворювань, однак ми розглянемо лише кілька з них, переважно керованих засобами імунопрофілактики.

Дифтерія. Максимальні показники захворюваності на дифтерію у м. Києві за період спостереження (1939–2010 рр.) сягали до 150 випадків на 100 тис. нас., у середньому 11,7 випадку. Після запровадження в Україні профілактичних щеплень у 30–40 роки ХХ ст., поступового введення ревакцинацій у календар щеплень за віком, захворюваність на дифтерію значно зменшилась, і за останні десятиріччя спостерігався лише один значний підйом захворюваності на цю інфекцію (рис. 1) [2;6].

Таблиця 1. Інфекційна захворюваність у м. Києві у до- та післявакцинальний період

Нозологія	Дощеплювальний період			2010 р.		Динаміка (ріст/зниження)
	Рік	Кількість вип. (абс.)	Інт. пок.	Кількість вип. (абс.)	Інт. пок.	
Дифтерія	1939	3957	151,0	8	0,3	-500 р.
Кір	1963	17652	1256,0	5	0,19	-6610 р.
Епідпаротит	1971	7500	750,0	71	2,63	-285 р.
Кашлюк	1958	7715	685,0	80	2,96	-230 р.
Краснуха	1994	17640	666,7	406	15,04	-44 р.

Починаючи з 1960 р., спостерігався період так званого «епідемічного благополуччя», коли показники не перевищували 2,0 випадки на 100 тис. нас. У деякі роки випадків дифтерії у м. Києві взагалі не реєструвалось. Свідченням стабілізації стану захворюваності на дифтерію стало те, що кількість хворих у вогнищах не перевищувала 1–2 випадків. Клінічна характеристика дифтерії в сучасних умовах набула нових рис. Змінилась структура клінічних форм. Серед хворих практично зникли випадки дифтерії з рідкісною локалізацією (ран, статевих органів тощо), а відсоток дифтерії зіву зріс до 90–95%.

Однак, вже у 1991 році показник захворюваності сягнув 11,3 випадку на 100 тис. нас. Рока-

ми максимального підйому стали 1993 р. з показником 21,6; 1995 р. – 31 та 1996 рік – 22,7 випадку на 100 тис. нас. Дана ситуація стала наслідком розгорнутої у 80-90 рр. у ЗМІ антивакцинальної кампанії, “поблажливого” ставлення до даної інфекції медичних працівників тощо. І лише завдяки проведенню у 90-х роках масової турової імунізації розпочався різкий спад захворюваності, який тривав до 1999 р. За останні роки найвищий показник захворюваності на дифтерію у м. Києві було зареєстровано у 2002 р. – 5,5 випадку на 100 тис. нас., що знову стало наслідком збільшення кількості осіб, не щеплених проти дифтерії чи щеплених з порушенням.

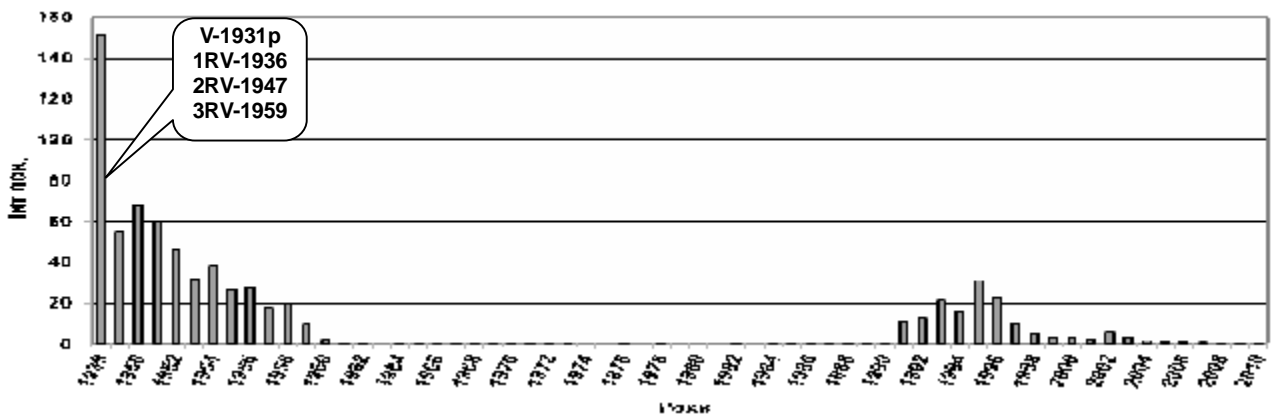


Рис. 1. Динаміка захворюваності на дифтерію у м. Києві за період з 1939 по 2010 рр. (в інт. пок. на 100 тис. нас.)

На сьогодні, незважаючи на значне зниження показників захворюваності, ситуація щодо дифтерії залишається напруженою, оскільки на тлі незначних показників захворюваності продовжують реєструватися летальні випадки від ускладнень.

Серед населення м. Києва, обстеженого з метою моніторингу за станом протидифтерійного імунітету, питома вага осіб, не захищених проти даного захворювання, була різною за період спостереження. Так, у 1995 р. (до початку турової масової імунізації), кількість незахищених проти дифтерії осіб сягала 80,0% з числа обстежених (рис.2).

Після проведення вакцинації у 1996–1997 рр. серед населення цих же вікових груп кількість осіб з відсутніми чи низькими захисними титрами різко зменшилась. Однак через активізацію антивакцинальної кампанії останніми роками і, як наслідок, збільшення кількості відмов від щеплень, серед населення м. Києва знову почала зростати питома вага осіб, не захищених проти дифтерії, особливо несприятливим фактором є збільшення кількості незахищених серед дітей перших років життя та вагітних. Так, у 2008 р. при дослідженні крові дітей в РПГА у віці 15–18 місяців, обстежених з метою визначення титру антитіл до збудника дифтерії, встановле-

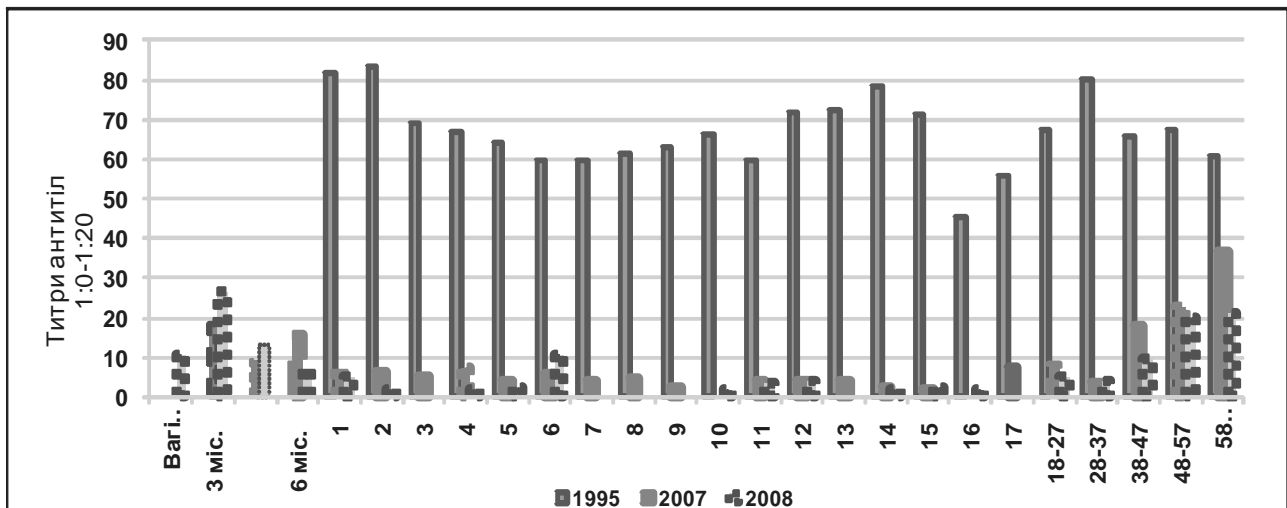


Рис.2. Питома вага осіб, що мають титр антитіл нижче захисного до збудника дифтерії в різних вікових групах при дослідженні сироваток крові в РПГА в м. Києві (0-1:20)

но, що нульовий титр мали 72,3% обстежених проти 6,7–23,0% у минулі роки. До 22,8% зростає питома вага незахищених серед дітей 2 років (у минулі роки цей показник не перевищував 14,0%). Аналогічна ситуація характерна і для інших вікових груп населення. Припинення щеплень призведе не лише до росту захворюваності, але й до збільшення летальності, якщо не до рівня довакцинального періоду, то до показників 10–15% [2;14].

Для дифтерії характерне носійство збудників серед населення. За умови, що не всі випадки інфікування завершуються розвитком захворювання з класичним клінічним перебігом, циклічність, зокрема дифтерії, можна прослідкувати також за рівнем носійства.

До 1998 р. серед коринебактерій дифтерії, виділених від носіїв, переважали токсигенні штами, і рівень захворюваності на дифтерію був вищим, ніж за період спостереження після 1999 р., коли стали переважати нетоксигенні штами. Значна поширеність нетоксигенних штамів може бути наслідком як проведення планової імунізації населення проти дифтерії, так і масового використання антибіотиків широкого спектру дії. На одного виявленого хворого на дифтерію припадає від 1,6 (2007 р.) до 10,2 (2008 р.) носіїв нетоксигенного штаму. Співвідношення носіїв токсигенних штамів та хворих протилежне – на 1 захворілого припадає 0,2–0,3 випадку носійства. Не виключено, що дійсні показники поширеності коринебактерій дифтерії можуть бути вищими, оскільки дослідження проводяться вибірково і серед обмежених контингентів населення.

Між носійством і захворюваністю на дифтерію існує прямий зв'язок: більше носіїв – більше випадків захворювань. На захворюваність більший вплив має поширеність токсигенних

штамів коринебактерій ($r=0,58\pm 0,13$, $p>0,05$), менша залежність між захворюваністю і носійством нетоксигенних штамів коринебактерій ($r=0,37\pm 0,19$, $p>0,05$). Разом з тим кореляційного зв'язку між носійством токсигенних та нетоксигенних штамів встановити не вдалось, очевидно через невеликий термін спостереження (менше 10 років) та значну різницю у показниках поширеності носійства різних штамів збудника дифтерії. Існування "здорового" носійства свідчить, що епідемічний процес певний час має прихований характер, однак при сприятливих умовах, зокрема накопиченні неімунного прошарку через відсутність набутого чи природного імунітету, можна очікувати активізацію епідемічного процесу.

Отже, весь період спостереження за дифтерією у м. Києві можна умовно розподілити на довакцинальний, який закінчився у 1939 р., період зниження захворюваності (1940–1959 рр.), період «епідемічного благополуччя» (1960–1991 рр.) та період ускладнення епідемічної ситуації, який розпочався у 1991–1992 рр. і продовжується дотепер.

Менінгококова інфекція. Показники захворюваності на менінгококову інфекцію завжди були нижчими за показники захворюваності на дифтерію. Так, за період спостереження з 1974 по 2010 рр. вони становили максимальну 15,8 випадку на 100 тис. нас., у середньому 5,6 випадку. Епідемічний процес цієї інфекції характеризується декількома роками значних підйомів захворюваності, зокрема у 1974, 1980, 1985, 1996 та 1998 рр.

Для менінгокової інфекції характерна «плавність» перебігу через відсутність різких коливань у показниках захворюваності; наявність поширеного "здорового" носійства; виявлення переважно генералізованих форм захворювання;

високі показники летальності. Так, лише за 2004–2007 рр. у м. Києві від наслідків менінгокової інфекції загинуло 24 особи (9,6% хворих).

Проти менінгокової інфекції розроблено декілька вакцин, однак вони не охоплюють весь спектр менінгоків. Серогруповий пейзаж протипованих менінгоків, ізольованих від хворих та носіїв, в Україні складається з А, В, С, Х, У, Z, 29Е, 135 W, поліаглютинабельних, спонтаглютинабельних та неаглютинабельних серогруп. Саме це різноманіття перешкоджає створенню уніфікованої вакцини, яка б одночасно захища-

ла від усіх збудників менінгокової інфекції, а вакцини, створені на основі декількох серогруп менінгоків, використовуються обмежено і лише за епідеміологічними показаннями. Тому менінгокова інфекція не може розглядатись, як “керована інфекція”, принаймні на сьогодні.

В епідемічному процесі менінгокової інфекції намітилась чітка тенденція до зниження захворюваності, однак випадки цієї тяжкої недуги продовжують реєструватись, оскільки збудник активно циркулює серед населення країни (рис.3).

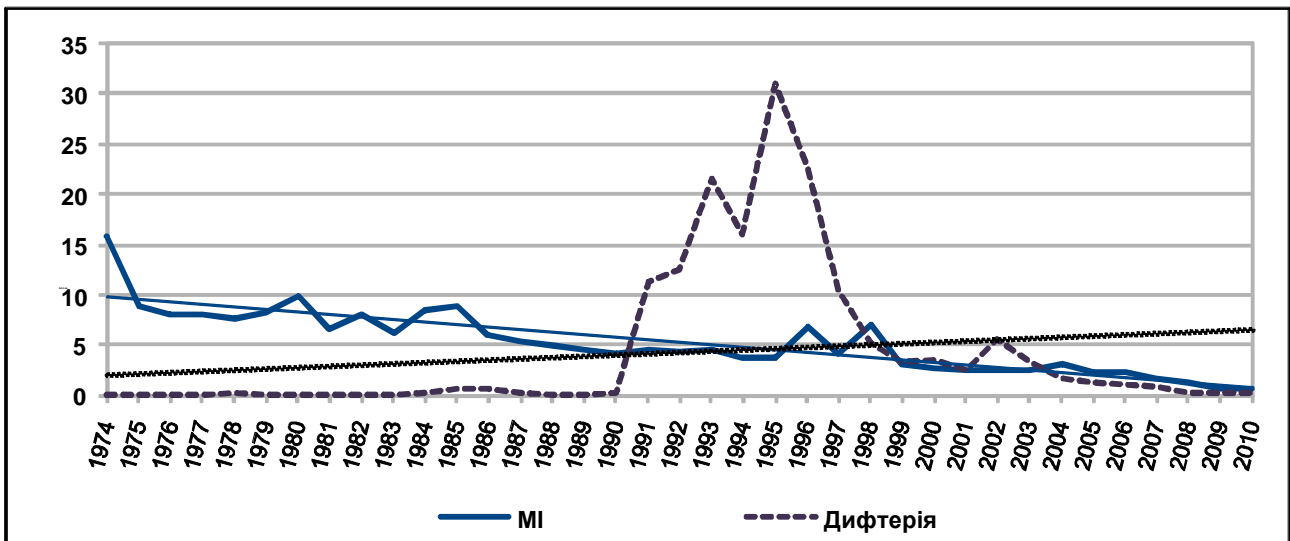


Рис.3. Динаміка захворюваності на дифтерію та менінгокову інфекцію у м. Києві за період з 1974 по 2010 рр. (в інт. пок. на 100 тис. нас.)

Зазвичай у м. Києві, як і в Україні в цілому, реєструються генералізовані форми інфекції. Їх частка серед всіх виявлених випадків в Україні у 2008 р. сягала 94,7%, у тому числі: менінгоковий менінгіт складав 19,3%, менінгококцемія – 45,1%, менінгіт і менінгококцемія – 30,3%, тоді як питома вага менінгокового назофарингіту не перевищувала 5,3%. У м. Києві останніми роками частка менінгокового менінгіту становила, у середньому, 20–22%, менінгококцемії – 37–38%, менінгіту і менінгококцемії – 30–32%, менінгокового назофарингіту – 7–8%. Понад 50% становили випадки клінічно встановлених діагнозів, тобто без з’ясування етіологічного чинника [2;11].

Наявність “здорового” носійства забезпечує підтримання епідемічного процесу на рівні, достатньому для збереження виду збудника. У м. Києві поширеність носійства значно переважає показники захворюваності (3,9:1). Між кількістю носіїв та хворих на менінгокову інфекцію існує обернена залежність ($r = -0,59 \pm 0,12$, $p > 0,05$).

Свідченням напруженого епідемічного процесу є високі показники летальності від менінгокової інфекції за умови загальної тенденції

до зниження захворюваності. Летальність сягала від 1,6% у 1998 р. (рік епідемічного підйому) до 24,5% у 2007 р., коли було зареєстровано одні з найнижчих показників захворюваності за останні два десятиріччя. У деяких регіонах України показники летальності продовжують сягати 30,0% і вище [2;11;15].

Кашлюк. Нами було проведено порівняльний аналіз захворюваності населення м. Києва на дифтерію та кашлюк, оскільки спільним для них є краплинний механізм передачі, наявність засобів імунпрофілактики, термінів проведення щеплень тощо (рис.4). Однак з 1990 по 2010 р. лише 4 роки перебіг цих двох інфекцій був подібним (1991–1994 рр.), коли показники становили від 11 випадків на 100 тис. нас. у 1991 р. до 21,6 у 1993 р. Але якщо для кашлюку 1991 р. був роком спаду захворюваності, то для дифтерії – підйому. Наступний, 1994 р., для кашлюку став роком спаду захворюваності, а для дифтерії цей рік був проміжним між двома фазами епідемічного підйому (1993–1995 рр.), який у 1995 р. закінчився черговим підйомом захворюваності (показник сягнув 31 випадку на 100 тис. нас.). З 1990 р. по 2010 р. захворюваність на кашлюк сягала

максимального показника 685 випадків на 100 тис. нас. у 1958 р., у середньому 67 випадків. 1993 р. став останнім роком, коли показники

захворюваності на кашлюк перевищували 20 випадків на 100 тис. нас., у наступні 14 років він був у межах від 11,4 (1997 р.) до 2,96 у 2010 р. [2;15].

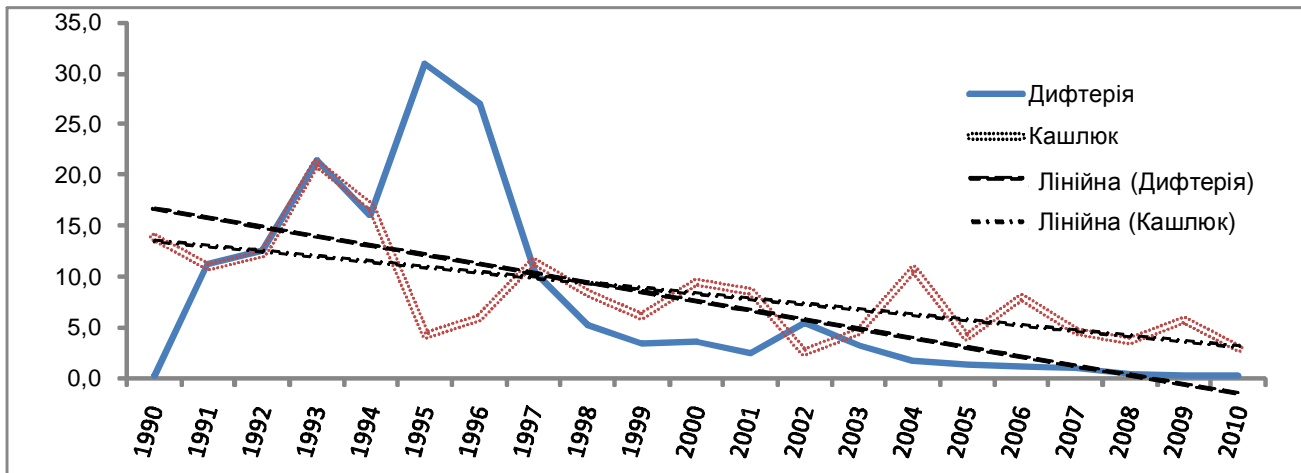


Рис.4. Динаміка захворюваності на дифтерію та кашлюк у м. Києві за період з 1990 по 2010 рр. (в інт. пок. на 100 тис. нас.)

На епідемічний процес як дифтерії, так і кашлюку, суттєво вплинула вакцинопрофілактика, намітилась чітка тенденція до зниження інтенсивності захворюваності, однак підйоми захворюваності на кашлюк реєструються у м. Києві кожні 3–4 роки, і років, “вільних” від захворюваності на цю інфекцію, не зареєстровано. Рутинна імунізація дозволила зменшити захворюваність на кашлюк у сотні разів, запобігти розвитку летальних ускладнень. Останні за 40 років 2 летальні випадки кашлюку у м. Києві були зареєстровані у 1997 р., тоді як до початку проведення профілактичних щеплень щороку від наслідків кашлюку лише у м. Києві помирали десятки дітей.

Скарлатина. Цікавим є порівняння розвитку епідемічного процесу скарлатини та кашлюку. Максимальні показники захворюваності на скарлатину та кашлюк за період спостереження у м. Києві становили понад 600 випадків на 100 тис. нас. Роки підйому та спаду захворюваності на ці інфекції майже однакові, однак показники різняться між собою інтенсивністю, що пов'язане з впливом на епідемічний процес профілактичних щеплень проти кашлюку, запроваджених у практику в 1959 р. (рис. 5). Так, якщо у 1958 р. показник захворюваності на кашлюк становив по м. Києву 685 випадків на 100 тис. нас., а на скарлатину – 529 випадків на 100 тис. (середній показник за період спостереження з 1950 р. по 2007 р. склав 235 випадків), то вже у 1961 р. ці показники відрізнялись у 4 рази і становили 140 та 591 випадок на 100 тис. нас. відповідно [2;15].

У наступні десятиріччя ця тенденція збереглась, показники захворюваності на скарлатину знижувались максимум до 41,8 випадку на 100 тис. нас., тоді як на кашлюк – до 2,6 випадку. За період

спостереження підйоми захворюваності на скарлатину спостерігались переважно кожні 4 роки. За умови відсутності профілактичних щеплень проти даної інфекції населення м. Києва стало менше хворіти на цю недугу, що є наслідком впливу інших, окрім, вакцинації, чинників на динаміку захворюваності, зокрема зменшення кількості побутових контактів завдяки покращенню санітарно-гігієнічних умов проживання населення; підвищення санітарної культури населення, зменшення кількості дітей у дитячих дошкільних закладах, зокрема ясельних групах; покращення якості медичної допомоги тощо.

Незважаючи на тенденцію до зниження інтенсивності епідемічного процесу скарлатини, показники захворюваності залишаються на рівні 40–60 випадків на 100 тис. нас. Летальних випадків після 1959 р. (1950 р. – 5 випадків, 1951 р. – 2, 1958 р. – 1 випадок) у м. Києві не реєструвалось, однак досить висока захворюваність продовжує підтримуватись циркуляцією збудника серед дитячого, переважно організованого, населення, показники захворюваності серед якого становлять 200–400 випадків на 100 тис., тоді як серед 15–19 річних – 20–40 випадків, а серед осіб, старших 20 років, – 0,5–1,9 випадки на 100 тис. нас.

Кір, вітряна віспа. Показники захворюваності на кір до 1968 р. перебували у межах від 1000 до 1700 випадків на 100 тис. нас. Після 1969 р. показники не перевищували 250 випадків на 100 тис., середній показник за період спостереження з 1955 р. по 2010 р. склав 296,7 випадку на 100 тис.

Періоди епідемічних підйомів та зниження захворюваності на кір у м. Києві часто співпадали з вітряною віспою, однак показники захворюваності на кір відзначаються меншою інтен-

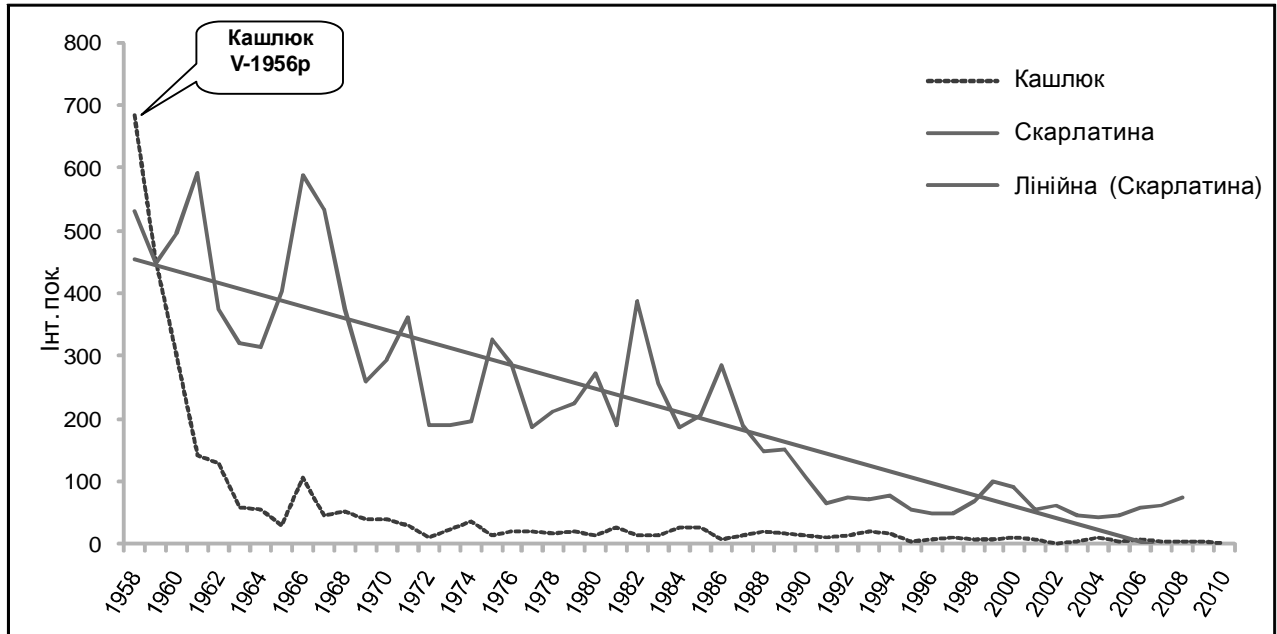


Рис.5. Динаміка захворюваності на скарлатину та кашлюк у м. Києві за період з 1958 по 2008 рр. (в інт. пок. на 100 тис. нас.)

сивністю, і, за винятком 2006 р., не перевищують 70 випадків на 100 тис. нас. Після введення у 1968 р. вакцинації, а у 1986 р. ревакцинації, епідемічна ситуація щодо захворюваності на кір значно покращилась. Роками епідемічних підйомів захворюваності для обох інфекцій стали 1992, 1997, 2002 р., однак у перебігу вітряної віспи спостерігається тенденція до росту захворюваності, а щодо кору відбулось зниження показників до 3,3–2,08 випадку на 100 тис. нас. із наступним ускладнення епідситуації лише у 2006 р., коли показник сягнув 214,9 випадку на 100 тис. нас. проти 30,3 у 2005 р. (рис. 6).

Слід зазначити, що до 1987 р. показники захворюваності на вітряну віспу у м. Києві перевищували 700 випадків на 100 тис., у 1988–1992 рр. зменшились до 500 випадків, у 1993–2001 рр. зниження продовжилось до 300 випадків. З 2002 р. спостерігається наростання інтенсивності епідемічного процесу, показники перевищили рівень 400 випадків на 100 тис. нас. і у 2004 р. сягнули 511,2 випадку на 100 тис. нас. У 2007 р. показник захворюваності на вітряну віспу досяг рівня 1992 р. – 523,2 і 534,3 відповідно.

Протягом періоду спостереження між двома значними підйомами захворюваності (1992 р.,

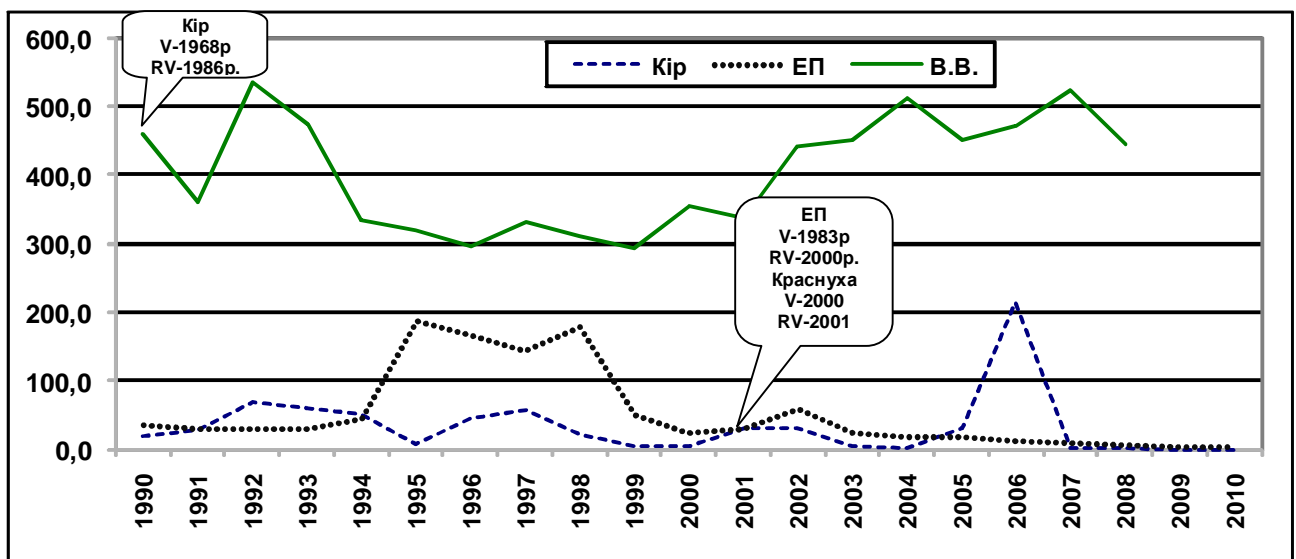


Рис.6. Динаміка захворюваності на кір, епідемічний паротит та вітряну віспу у м. Києві за період з 1990 по 2010 рр. (в інт. пок. на 100 тис. нас.)

2007 р.) спостерігались підйоми меншої інтенсивності – у 1997 р. (пок. 332,3) та 2000 р. (пок. 352,8). Вітряна віспа є класичним прикладом інфекційного захворювання, висококонтагіозним, з переважним охопленням дитячого населення в умовах відсутності засобів специфічної імунпрофілактики (в Україні). Епідеміологічно значимою щодо цієї інфекції залишається своєчасна організація запобіжних заходів, спрямованих на недопущення поширення інфекції в організованих колективах [2;15].

Епідемічний паротит, краснуха. Інфекціями, які вимагають постійної уваги, залишаються епідемічний паротит та краснуха. До 1982 р. показники захворюваності на епідемічний паротит населення м. Києва становили від 400 до 750 випадків на 100 тис., а з 1983 р. (початок вакцинації) не перевищували 220 випадків на 100 тис. нас.

За період спостереження з 1974 р. по 2010 р. щороку у м. Києві реєструвалось від 29 до 883 випадків краснухи на 100 тис. нас. До 1988 р. показники перебували у межах від 500 до 800 випадків на 100 тис., після 1989 р. вони не перевищували 190 випадків на 100 тис., за винятком двох років епідемічних підйомів – 66,7 випадку у 1994 р. та 883,9 випадку на 100 тис. нас. у 2002 р. Після впровадження профілактичних щеплень за віком у 2000–2001 рр. значно змен-

шилась інтенсивність епідемічного процесу краснухи, показники не перевищують 60 випадків на 100 тис. нас. [2;14].

Таким чином, роки епідемічних підйомів вірусних інфекцій у м. Києві практично співпадають. Так, значним ростом захворюваності ознаменувались 1974, 1978, 1982, 1987, 1994, 1998, 2002 та 2006 рр. Однак під впливом профілактичних щеплень напруженість та інтенсивність епідемічного процесу різних інфекцій змінювалась. Показники захворюваності на кір зменшилась після 1968 р., епідемічний паротит – після 1983 р., на краснуху населення почало хворіти менше після 2001 р. (рис. 7). За період спостереження за інфекційною захворюваністю населення м. Києва, який для різних інфекцій складав від 30 до 60 років, встановлено, що найбільша амплітуда показників захворюваності притаманна дифтерії – мінімальні та максимальні показники відрізнялись до п'яти тисяч разів, при кору – 1,7 тисяч разів, кашлюку – до 265 разів, епідемічному паротиті – до 144 разів, краснусі – до 30 разів. Найменші коливання показників захворюваності притаманні скарлатині (до 15 разів), менінгококовій інфекції (9 разів) та вітряній віспі (2,7 разу), тобто тим інфекціям, які не керуються засобами специфічної профілактики.

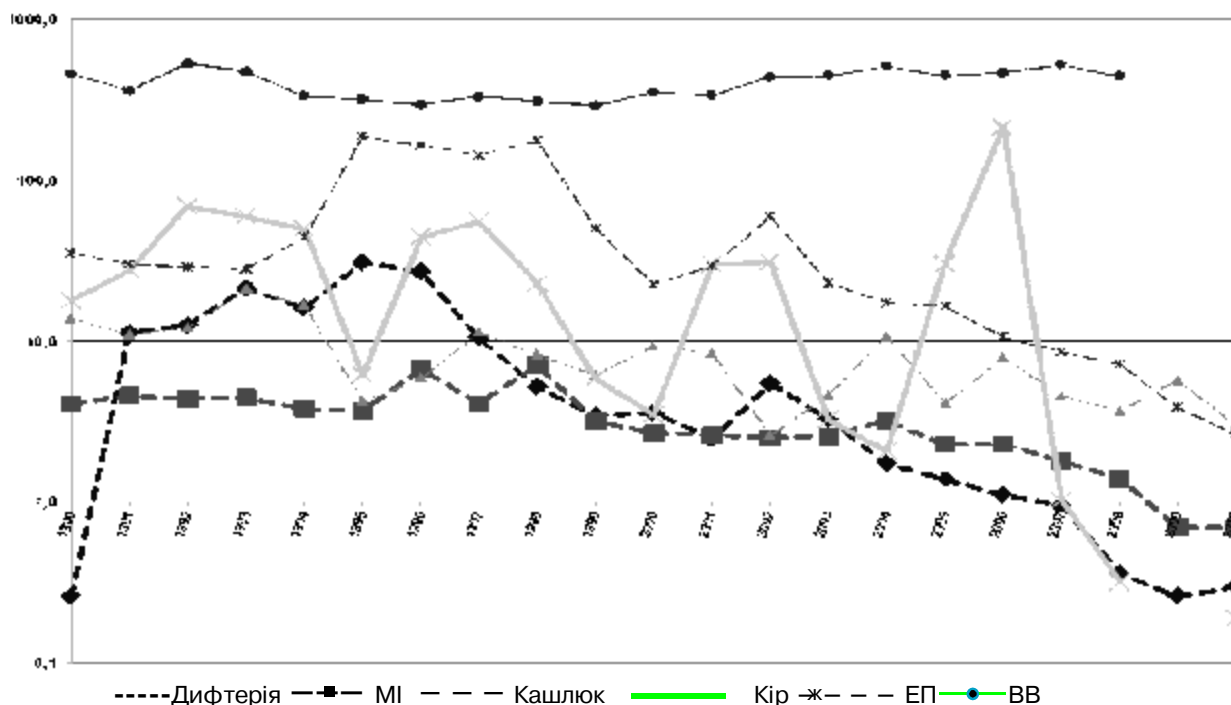


Рис.7. Динаміка захворюваності на інфекції з краплинним механізмом передачі у м. Києві за період з 1990 по 2008 рр. (в інт. пок. на 100 тис. нас.)

Після 1990 р. лише 5 років можна вважати «епідемічно благополучними» – 1991, 1994, 2001, 2003 та 2005 рр. В інші роки у м. Києві спостерігались епідемічні підйоми захворюваності

на ту чи іншу інфекцію. Частіше за інших співпадали роки епідемічних підйомів кашлюку та вітряної віспи, рідше – кору та вітряної віспи; дифтерії, скарлатини й епідемічного паротиту.

Вікова структура хворих на краплинні інфекції залишається досить стабільною протягом останніх років. Серед хворих на кір переважали особи віком 15–19 років, середній показник складав 114 випадків на 100 тис. нас. На другому місці за захворюваністю були діти до 1 року (середній показник 67 випадків) та діти віком 1–2 років (показник 66).

На дифтерію у м. Києві також частіше хворіли особи віком 15–19 років (пок. 21) та діти 3–6 та 7–14 років (середні показники 11 та 10 випадків на 100 тис. нас. відповідно). Протягом останніх 14 років щорічно на дифтерію хворіють дорослі кияни, середній показник складає близько 8 випадків на 100 тис. нас.

Щодо епідемічного паротиту слід зауважити значну перевагу серед захворілих дітей двох вікових груп: 3–6 років (сер. пок. 296) та 7–14 років (пок. 594). Ці ж вікові групи характерні і для краснухи (показники відповідно 2095 та 1284 випадки на 100 тис. нас.), однак частка дітей віком 3–6 років більш значна. Привертає увагу збільшення серед хворих питомої ваги дітей віком до 1 року, їх кількість, починаючи з 2003 р., почала виходити на друге місце після осіб 3–6 років. Разом з тим не зникають серед хворих особи, старші 20 років, показники захворюваності складають від 12 до 107 випадків на 100 тис. нас.

Цікавим є зіставлення захворюваності в Україні та м. Києві на керовані інфекції зі світовими та європейськими даними. За даними ВООЗ, наведеними у щорічній підсумковій доповіді “Світова статистика охорони здоров’я” за 2010 рік, на інфекції, керовані засобами імунопрофілактики, зареєстровані в Європейському регіоні, припадає до 2,6% випадків дифтерії, 3,2% кору, 13,3% епідемічного паротиту, 13,3% краснухи та 16,7% випадків кашлюку, виявлених у світі.

У розрізі різних країн світу діапазон показників захворюваності на дифтерію суттєво відрізняється. Так, на країни з рівнем прибутків нижче середнього припадає 93,8% із 7088 зареєстрованих випадків захворювання [6].

На кір захворіло у 2008 р. 281972 особи, у середньому по 4 випадки на країну; серед населення країн з високим рівнем прибутків було зареєстровано 7,3% випадків.

Було виявлено 536698 випадків епідемічного паротиту, у середньому 51 випадок на країну; серед населення країн з високим рівнем прибутків було зареєстровано 15,5% випадків.

На кашлюк у 2008 р. перехворіло у різних країнах 151568 осіб, у середньому 27 випадків на країну; серед населення країн з високим рівнем прибутків було зареєстровано 37,2% випадків, з рівнем прибутків нижче середнього – 43,5%.

Випадків краснухи у 2008 р. було зареєстровано 179622, у середньому 5 випадків на краї-

ну; серед населення країн з рівнем прибутків нижче середнього було зареєстровано 76,5% випадків, з високим рівнем прибутків – 3,2%.

Отже, різниця між захворюваністю на інфекційні хвороби у країнах з різним середнім рівнем прибутків становить від 4 до 300 і більше разів. Питома вага зареєстрованої дифтерії у країнах з низьким рівнем прибутків складала у 2008 р. 93%, кору – 79%, кашлюку – 44%, краснухи – 77%, епідемічного паротиту – 75% всіх виявлених випадків. Причини подібної ситуації багатогранні, однак слід зазначити, що охоплення населення профілактичними щепленнями має значний вплив на інфекційну захворюваність. Так, у країнах з низьким рівнем прибутків спостерігається висока захворюваність на тлі недостатньої доступності медичних послуг. Зокрема допологовим спостереженням охоплено менше 69% жінок (1 відвідування) та 39% мають 4 відвідування лікувально-профілактичних закладів. Кваліфікована допомога при народженні дитини надається 40% жінок. Проти кору щеплено 50–76% дітей у віці 1 року (у динаміці за 1990–2008 рр.); проти кашлюку, дифтерії, правцю – 60–75%; проти гепатиту В – 71%. Аналогічні показники у країнах з високим прибутком перевищують 90–95%.

Україна за рівнем захворюваності на інфекції з краплинним механізмом передачі перевищує середньосвітові показники. Питома вага випадків дифтерії, виявлених в Україні у 2008 р., становила 33% всіх зареєстрованих в Європейському регіоні випадків, кору – 0,5%, епідемічного паротиту – 2,8%, кашлюку – 4%, краснухи – 14,6%. Таким чином, ситуація щодо захворюваності на керовані інфекції залишається досить напруженою [5].

Аналіз показників захворюваності населення на інфекції з краплинним механізмом передачі у м. Києві виявив, що вони традиційно вищі, ніж у цілому по державі, незважаючи на загальну тенденцію до їх зниження. Наприклад, у 2010 р. у м. Києві показник захворюваності на дифтерію становив 0,3 випадку на 100 тис. населення проти 0,04 по Україні, на кір – 0,32, по Україні – 0,11; на кашлюк – 3,69 та 1,58 випадків на 100 тис. нас. відповідно; епідемічного паротиту – 7,15 та 4,4 відповідно. Причини подібної ситуації багатогранні, частково вони пов’язані з кращою діагностикою випадків захворювання в місті, ніж у віддалених регіонах; великою кількістю навчальних закладів; транспортних розв’язок; значною соціальною активністю міського населення, постійною міграцією; приїздом на заробітки іногороднього населення тощо. Більшість осіб з короткочасним чи тривалим перебуванням у м. Києві по медичну допомогу звертаються тільки у випадку захворювання, разом з тим, через відсутність постійного медичного спосте-

реження, порушуються графіки вакцинації проти інфекцій, керованих засобами імунпрофілактики [2;14].

Висновки

1. Показники захворюваності на інфекції з краплинним механізмом передачі у м. Києві, як і в Україні, набули тенденції до зниження, однак вони вищі від загальнодержавних. Цим захворюванням притаманна циклічність епідемічного процесу: середня тривалість циклів для кору, краснухи, дифтерії, епідемічного паротиту, кашлюку, вітряної віспи становить 3–5 років, для менінгококової інфекції – 5–10 років.

2. Вікова структура хворих на краплинні інфекції в м. Києві залишається досить стабільною протягом останніх десятиріч, частіше хворіють діти та підлітки.

3. Зниження показників захворюваності та летальності внаслідок керованих інфекцій вкотре доводить, що специфічна імунпрофілактика є надійним засобом, що дозволяє контролювати активність епідемічного процесу, впливати на якість життя як окремої людини, так і суспільства у цілому.

4. Моніторинг інфекційної захворюваності населення, вивчення особливостей перебігу інфекцій, у тому числі і з краплинним механізмом передачі, є необхідною складовою епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, основою для прогнозування розвитку епідемічної ситуації з метою своєчасного реагування на її можливе ускладнення та прийняття адекватних управлінських рішень щодо організації та проведення профілактичних та протиепідемічних заходів.

Список літератури

1. *Беляков В. Д.* Епидемиология / В. Д. Беляков, Р. Х. Яфаев. – М. : Медицина, 1989. – 416 с.
2. *Галузева* звітність («Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання», форми № 1, 2).
3. *Громашевський Л. В.* Частная эпидемиология / Л. В. Громашевський, Г. М. Вайндрах. – М. : Медиздат, 1947. – С. 284–318.
4. *Кашлюк: епідеміологія, клініка та профілактика – сучасний стан* / [за ред. О. П. Сельникової, Л. М. Чудної, О. Й. Гриневич]. – К., 2004. – 96 с.
5. *Медуницын Н. В.* Вакцинология / Н. В. Медуницын. – М., 2004. – 445 с.
6. *Мировая статистика здравоохранения (World health statistics 2010)* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : RU.WHS.10.F.uall.pdf.
7. *Оксіюк В. Г.* Особливості епідемічної ситуації з дифтерії в Україні в період епідемії (1991-1997 рр.) / В. Г. Оксіюк // *Дитячі інфекції*. – 1999. – № 26. – С. 3–10.
8. *Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення* : Закон України № 4004-XII від 24.02.94 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
9. *Про захист населення від інфекційних хвороб* : Закон України № 1645-III від 06.04.2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
10. *Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів* : наказ МОЗ України № 48 від 03.02.2006 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
11. *Про стан захворюваності та бактеріологічної діагностики менінгококової інфекції та гнійних менінгітів у 2008 році* : лист ЦЕС МОЗ № 04.8/1089 від 21.05.2009 р.
12. *Руководство по инфекционным болезням* / [под ред. В. И. Покровского]. – М. : Медицина, 1986. – С. 344–345.
13. *Чудная Л. М.* Полиомиелит / Л. М. Чудная, Л. А. Тришкова. – К. : Здоровье, 1989. – 102 с.
14. *Шварц С. А.* Столбняк / С. А. Шварц, В. Е. Букова, С. Ф. Стовбун. – Кишенеу, 1986. – 200 с.
15. <http://www.moz.gov.ua/ua/main/icsm/sesinfo/>.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ИНФЕКЦИЯМИ С КАПЕЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ НА ПРИМЕРЕ Г. КИЕВА

И. Г. Маркович (Киев)

Проанализирована заболеваемость населения г. Киева инфекциями с капельным механизмом передачи в до- и поствакцинальный период и влияние иммунопрофилактики на течение инфекций, управляемых средствами специфической иммунопрофилактики.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **эпидемиология, носительство, вакцинация, управляемые инфекции, капельный механизм передачи.**

THE ANALYSIS OF THE CONDITION OF POPULATION MORBIDITY BY INFECTIONS WITH THE DROP MECHANISM OF REALIZATION ACCORDING TO THE EXAMPLE OF KYIV

I. H. Markovych (Kyiv)

Population morbidity of Kyiv by infections with the drop mechanism of transfer in before- and postvaccinal period and influence immunoprophylaxis on current of the infections controlled by means specific immunoprophylaxis has been analyzed.

KEY WORDS: **epidemiology, carriage, the vaccination, controlled infections, the drop mechanism of transfer.**

Рецензент: к.мед.н. О.А. Белов

УДК 617.751.6+617.753:613.63 ? 65

С. Н. ВАДЗЮК, Н. Б. БЕГОШ (Тернопіль)

ЗМІНИ ОБ'ЄМУ АКОМОДАЦІЇ ТА ВНУТРІШНЬООЧНОГО ТИСКУ У МОЛОДИХ ОСІБ З ЕМЕТРОПІЧНОЮ РЕФРАКЦІЄЮ В ПРОЦЕСІ РОБОТИ ЗА ПЕРСОНАЛЬНИМ КОМП'ЮТЕРОМ.

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського"

Вивчено зміни показників об'єму акомодатції та внутрішньоочного тиску у 60 молодих осіб (120 очей) з еметропією під впливом різної тривалості зорового навантаження за комп'ютером. Встановлено характерні тенденції досліджуваних показників. В статті наведені дані про позитивний вплив комплексу пофілактичних вправ на функціонування акомодатційної та дренажної системи.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **об'єм акомодатції, внутрішньоочний тиск, персональний комп'ютер.**

Відомо, що зорова робота на близькій відстані є складним процесом взаємодії механізмів біфіксації, конвергенції очей та їх акомодатції. У студентської молоді спостерігається значне посилення зорового навантаження на ближній зір, що обумовлене широким використанням персональних комп'ютерів у навчальному процесі і супроводжується функціональними розладами зору, які у 45% випадків пов'язують з порушеннями акомодатції [3]. Цьому сприяє тривале фіксоване напруження акомодатційної системи, а також відмінності екранного зображення від надрукованого на папері та необхідність читання тексту з екрану, що світиться в умовах перепаду яскравостей в полі зору, наявності мерехтінь, нестійкості і нечіткості зображення [3,7]. На даний час встановлено, що зорова працездатність та зорова втома користувачів комп'ютерів, які виконують роботу на близькій відстані тісно пов'язана з станом їх акомодатції та конвергенції [5]. Враховуючи тісний морфофункціональний зв'язок акомодатційної і дренажної системи ока, важливим аспектом є визначення змін внутрішньоочного тиску у осіб, що працюють за монітором комп'ютера, оскільки більшість з них мають аномалії рефракції.

Вченими не виявлено змін у функціонуванні акомодатційного апарату в користувачів при нормальному режимі роботи з комп'ютером [10]. Під час тривалої зорової роботи за моніторами було встановлено зниження показників акомодатції, зміни акомодатції корелювали з яскравістю екрану і змінами контрасту [1,8]. Вимірювання внутрішньоочного тиску, проведені у операторів комп'ютерного набору, показали його підвищення на початку і в кінці зміни [4]. Проте в даному дослідженні не проведено характеристику офтальмологічного статусу обстежених (гострота зору, рефракція, характер зору і ін.). З літературних даних нам відомо, що реакція зорової

системи на дисплеї навантаження суттєво залежить від її вихідного стану [6].

Мета дослідження – вивчити зміни абсолютної акомодатції та внутрішньоочного тиску у молодих осіб з еметропічною рефракцією під час роботи за комп'ютером, залежність цих змін від тривалості навантаження та вплив комплексу профілактичних вправ на досліджувані показники.

Матеріали і методи. Обстежили 60 молодих здорових осіб (120 очей), віком 17-19 років з еметропічною рефракцією, гостротою зору не нижче 1,0 та стійким біокулярним зором. Вивчення показників об'єму акомодатції та внутрішньоочного тиску проводили до і після одно- та двохгодинного зорового навантаження за монітором комп'ютера, через 15 хвилин рекомендованого відпочинку [2] та після проведеного комплексу профілактичних вправ. Для дослідження об'єму абсолютної акомодатції використовували акомодометр з асютмометром АКА-01. Вимірювання внутрішньоочного тиску проводили транспальпебральним приладом ИГД-02 «ПРА», який забезпечує оцінку внутрішньоочного тиску (по Маклакову при навантаженні 10 г) і відображає її на дисплеї.

Отримані дані були статистично опрацьовані з допомогою комп'ютерних програм Statistica v 7.0 та Excel для Windows-2000.

Результати дослідження та їх обговорення. Дані, отримані у ході дослідження (табл. 1), свідчать про зміни у функціонуванні акомодатційної системи під час роботи за монітором комп'ютера тривалістю 1 та 2 години. Так, об'єм акомодатції у групи студентів з еметропічною рефракцією до дисплейного навантаження складав на правому оці $9,59 \pm 0,5$ дптр та $9,57 \pm 0,6$ дптр на лівому, що відповідає фізіологічній нормі у цій віковій групі [9]. Отримані результати свідчать про те, що після 1 годинного зорового навантаження спостерігається тенденція до зменшення показників як на правому ($9,40 \pm 0,6$ дптр), так і на лівому ($9,40 \pm 0,6$ дптр) оці. Нами встановлено, що па-

сивний відпочинок протягом 15-ти хвилин незначно збільшує об'єм акомодатції, відповідно до $9,46 \pm 0,5$ дптр на правому оці та до $9,45 \pm 0,6$ дптр на лівому. Проведення комплексу профілактичних вправ після зорового навантаження сприяло наблизенню показників акомодатції до вихідного рівня.

Звертає на себе увагу той факт, що після збільшення зорової роботи до 2 годин об'єм акомодатції достовірно зменшився і склав $9,14 \pm 0,4$ дптр на правому та $9,13 \pm 0,4$ дптр на лівому оці. Рекомендованого відпочинку тривалістю п'ятнадцять хвилин недостатньо для відновлення функціонування акомодатційного апарату (табл. 1). Встановлено достовірні результати після проведеного комплексу профілактичних вправ після 2 годинного безперервного зорового навантаження, що склало $9,34 \pm 0,6$ дптр на правому та $9,33 \pm 0,5$ дптр на лівому оці відповідно.

Таким чином, короточасний зсув фокусування пов'язаний з тривалим статичним напруженням внутрішньоочних м'язів під час роботи за монітором в режимі фіксованого погляду.

Отже, результати наших досліджень підтвердили ефективність використання комплексу профілактичних вправ для покращення функціонування акомодатційного апарату після тривалої зорової роботи та зменшення проявів міогенного компоненту астенопії, який об'єднує механізми, що забезпечують рефракцію, акомодатцію та конвергенцію.

Аналізуючи отримані дані, можна відмітити несуттєве зменшення показників об'єму акомодатції після 1 годинного зорового навантаження та достовірне зменшення після збільшення тривалості зорової роботи до 2 годин. Отримані нами результати узгоджуються з висновками С.Е. Аветісова і співавт. [8], що тривале зорове навантаження у вигляді роботи за монітором комп'ютера знижує показники акомодатції та свідчить про виникнення тимчасової акомодатційної астенопії. З цими свідченнями координують дані про те, що користування персональним комп'ютером, якщо не є безпосередньою причиною міопії, то сприяє її розвитку.

Таблиця 1. Середні значення об'єму акомодатції у осіб з еметропією до та після зорового навантаження за комп'ютером, через 15 хвилин відпочинку та комплексу профілактичних вправ

Око	К-сть спостережень	Середнє значення об'єму акомодатції, дптр						
		M±m						
		До зорового навантаження	Після 1 години зорового навантаження	Через 15 хвилин відпочинку	Після комплексу профілактичних вправ	Після 2 годин зорового навантаження	Через 15 хвилин відпочинку	Після комплексу профілактичних вправ
OD	60	$9,59 \pm 0,5$	$9,40 \pm 0,6$	$9,46 \pm 0,5$	$9,54 \pm 0,6$	$9,14 \pm 0,4^*$	$9,22 \pm 0,5$	$9,34 \pm 0,6^{**}$
OS	60	$9,57 \pm 0,6$	$9,40 \pm 0,6$	$9,45 \pm 0,6$	$9,54 \pm 0,7$	$9,13 \pm 0,4^*$	$9,20 \pm 0,5$	$9,33 \pm 0,5^{**}$

Примітки: * - відмінності порівняно з групою до зорового навантаження вірогідні ($P < 0,05$).

** - відмінності порівняно з групою після зорового навантаження вірогідні ($P < 0,05$).

Як видно з таблиці 2 показники внутрішньоочного тиску у студентів з еметропією до зорового навантаження складала на правому оці $17,8 \pm 0,8$ мм рт. ст. та $17,9 \pm 0,9$ мм рт. ст. на лівому. Після 1 годинного зорового навантаження внутріш-

ньоочний тиск несуттєво знизився як на правому, так і на лівому оці. Вірогідних відмінностей, при порівнянні отриманих результатів після 15-ти хвилинного відпочинку і комплексу профілактичних вправ у цій групі не виявлено.

Таблиця 2. Зміни внутрішньоочного тиску у осіб з еметропією до та після зорового навантаження за монітором комп'ютера, через 15 хвилин відпочинку та комплексу профілактичних вправ

Око	К-сть спостережень	Середнє значення внутрішньоочного тиску, мм рт. ст.						
		M±m						
		До зорового навантаження	Після 1 години зорового навантаження	Через 15 хвилин відпочинку	Після комплексу профілактичних вправ	Після 2 годин зорового навантаження	Через 15 хвилин відпочинку	Після комплексу профілактичних вправ
OD	60	$17,8 \pm 0,8$	$17,1 \pm 0,8$	$17,1 \pm 0,6$	$17,7 \pm 0,9$	$16,3 \pm 0,6^*$	$16,6 \pm 0,7$	$17,0 \pm 0,8^{**}$
OS	60	$17,9 \pm 0,9$	$17,2 \pm 0,7$	$17,2 \pm 0,7$	$17,7 \pm 0,8$	$16,3 \pm 0,7^*$	$16,7 \pm 0,6$	$17,0 \pm 0,9^{**}$

Примітки: * - відмінності порівняно з групою до зорового навантаження вірогідні ($P < 0,05$).

** - відмінності порівняно з групою після зорового навантаження вірогідні ($P < 0,05$).

Аналіз змін внутрішньоочного тиску після безперервного 2 годинного зорового навантаження за монітором комп'ютера, показав достовірне зменшення цього показника на 8,42 %, порівняно з вихідними даними (табл. 2). Відомо, що під час зорової роботи на близькій відстані акомодатційний апарат знаходиться в тонусі і сприяє функціонуванню дренажної системи [11]. При цьому відтік внутрішньоочної рідини відбувається, в основному, по трабекулярному шляху [12]. Це призводить до зниження внутрішньоочного тиску. Таким чином, можна зробити припущення про те, що у молодих осіб з еметропічною рефракцією зниження внутрішньоочного тиску є компенсаторною відповіддю при тривалій роботі за монітором комп'ютера.

Відмічено, що у молоді відзначається тенденція до відновлення внутрішньоочного тиску після рекомендованого відпочинку. У наших дослідженнях спостерігалось відновлення показників внутрішньоочного тиску після профілактичного комплексу вправ, але вони не наближались до

норми і відповідно становили $17,0 \pm 0,8$ мм рт. ст. на правому та $17,0 \pm 0,9$ мм рт. ст. на лівому оці.

Висновки

У молодих людей, які працюють за комп'ютером можна відмітити тенденції до зменшення об'єму акомодатції після годинного зорового навантаження та достовірне її зниження при збільшенні тривалості безперервної роботи до 2 годин.

Спостерігається достовірне зниження рівня внутрішньоочного тиску під час тривалої роботи за монітором комп'ютера.

Отримані результати вказали на достовірну ефективність запропонованого комплексу профілактичних вправ для покращення функціонування акомодатційно-дренажної системи у молодих осіб з еметропічною рефракцією після збільшення тривалості безперервного зорового навантаження до двох годин.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на поглиблення вивчення функціонування акомодатційно-дренажної системи у осіб молодого віку з аномаліями рефракції під час роботи за монітором комп'ютера.

Список літератури

1. Григорьян В. Г. Индивидуально-типологические особенности операторской деятельности при длительной монотонной работе на компьютере / В. Г. Григорьян // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. – 1996. – Т.46, № 5. – С. 859–865.
2. Державні санітарні правила і норми роботи з візуальними дисплейними терміналами електронно-обчислювальних машин: ДСанПІН 3.3.2.007-1998 – К. : МОЗ України, 2003. – 26с.
3. Дрожжина Н. А. Оценка влияния на здоровье человека различных факторов, возникающих при работе на компьютере / Н. А. Дрожжина, А. В. Фомина, И. М. Михайлов // Вестник РУДН. – 2003. – № 5 (24). – С. 57.
4. Йонда М. Є. Функціональні зміни в організмі при дії чинників виробничого середовища у операторів відеодисплейних терміналів: автореф. дис.... канд. мед. наук. / Йонда Михайло Євгенович – К., 1999. – 19 с.
5. Корнюшина Т. А. Физиологические механизмы развития зрительного утомления при выполнении зрительно-напряженных работ / Т. А. Корнюшина // Вестн. офтальмол. – 2000. – № 4. – С. 33–36.
6. Кочина М. Л., Яворский А. В., Громов В. А. и др. // Вісн. проблем біології і медицини. – Харків-Полтава. – 1998. – Вип. 20. – С. 31–36.
7. Куркчи О. Э. Оценка влияния факторов, возникающих в процессе работы за персональными компьютерами, используемыми в обучении у студентов, на состояние здоровья / О. Э. Куркчи, С. Г. Яценко // Вестн. гигиены и эпидемиологии. – 2007. – Т II., №2. – С. 219–221.
8. Результаты комплексной оценки аккомодативной астенопии при работе с видеомониторами различной конструкции / С. Э. Аветисов, Э. Э. Казарян, В. Р. Мамиконян и др. // Вестн. офтальмологии. – 2004. – №3. – С. 38–40.
9. Розенблюм Ю. З. Оптометрия. / Ю. З. Розенблюм – СПб. : Гиппократ, 1996. – 247с.
10. Рыжов А. Я. Актуальные вопросы координации соматосенсорных и вегетативных функций трудовой деятельности / А. Я. Рыжов – Тверь, 1996. – С. 11–18.
11. Шамшинова А. М. Функциональные методы исследования в офтальмологии / А. М. Шамшинова, В. В. Волков – М. : Медицина, 1998. – 415 с.
12. Светлова О. В. Биомеханические особенности взаимодействия основных путей оттока внутриглазной жидкости в норме и при открытоугольной глаукоме / О. В. Светлова // Биомеханика глаза. – М. : Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, 2001. – С. 95–107.

ИЗМЕНЕНИЯ ОБЪЕМА АККОМОДАЦИИ И ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ЭММЕТРОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИЕЙ В ПРОЦЕССЕ РАБОТЫ ЗА ПЕРСОНАЛЬНЫМ КОМПЬЮТЕРОМ

С. Н. Вадзюк, Н. Б. Бегош (Тернополь)

Изучено изменения показателей объема аккомодации и внутриглазного давления у 60 молодых лиц (120 глаз) с эметропией под влиянием различной продолжительности зрительной нагрузки за компьютером.

Установлены характерные тенденции исследуемых показателей. В статье приведены данные о положительном влиянии комплекса пофилактических упражнений на функционирование аккомодационной и дренажной системы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **объем аккомодации, внутриглазное давление, персональный компьютер.**

CHANGING THE ACCOMODATION VOLUME AND INTRAOCULAR PRESSURE OF YOUNG PEOPLE WITH EMETROPY REFRACTION DURING WORK WITH THE PERSONAL COMPUTER.

S. N. Vadzyuk, N. B. Begosh (Ternopil)

The changes of the accommodation volume indices and intraocular pressure in 60 young people (120 eyes) with emetropy refraction under the influence of different duration of visual work with personal computer were studied. Specific tendencies of main indices were determined. The article presents data of the positive impact of complex preventive exercises on functioning accommodative and drainage system.

KEY WORDS: **accommodation volume, intraocular pressure, personal computer.**

Рецензент: к.мед.н., проф. І.Я. Папінко

ПРОБЛЕМИ ДЕМОГРАФІЧНОГО РОЗВИТКУ

Л. А. ЧЕПЕЛЕВСЬКА, О. М. ОРДА (Київ)

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ВІД НОВОУТВОРЕНЬ В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Вивчалися особливості динаміки смертності населення України від новоутворень за 2005–2009 рр. по регіонах, за типом поселення, статтю померлих.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **смертність, новоутворення, регіон, стать, тип поселення.**

За даними ВООЗ, у світі щороку від новоутворень помирає біля 7 млн людей. Кожного року реєструється біля 11 млн випадків онкологічних захворювань. За прогнозом Міжнародної агенції дослідження раку, рівень захворюваності на онкологічну патологію зростатиме і до 2020 р. досягне 16 млн випадків [3–6].

Україна за стандартизованими показниками смертності від новоутворень посідає 4-е місце серед 38 розвинених країн світу, її випереджають лише Литва, Естонія та Угорщина [1;2].

Поширеність онкологічних захворювань зростає з віком, що, враховуючи постаріння населення в Україні, яке відбувається прискореними темпами, дозволяє прогнозувати рівень захворюваності від новоутворень і в подальшому ріст смертності [7;8]. Це зумовлює актуальність поглибленого аналізу смертності населення України від новоутворень.

Мета роботи: виявити регіональні особливості смертності населення від новоутворень в регі-

онах України в динаміці за 5 років, за статтю та типом поселення.

Матеріали і методи. Дослідження ґрунтується на даних офіційної статистики про смертність населення від новоутворень в 27 регіонах України за 2005–2009 рр., залежно від статі, серед міського та сільського населення. Застосовані методи медичної та математичної статистики на підставі комп'ютерних технологій.

Результати дослідження та їх обговорення. Смертність населення України за 5 років (2005–2009 рр.) знизилась на 0,5%. Це відбулося в 13 областях України, в АР Крим і в м. Києві та Севастополі (0,5%–12,0%). У 11 областях рівень смертності від новоутворень збільшився: максимально в Миколаївській (на 10,8%), Вінницькій (7,1%), Харківській (6,0%), Сумській (4,4%), Черкаській (3,8%), мінімально – в Дніпропетровській (0,6%), Кіровоградській (0,7%), Львівській (1,3%), Чернігівській (2,0%), Донецькій (2,2%) областях (табл. 1).

Таблиця 1. Смертність всього населення України по регіонах від новоутворень за 2005–2009 рр., на 100 тис. осіб

Регіон	Рік					2009 р. у % до 2005 р.
	2005	2006	2007	2008	2009	
Україна	195,0	193,1	193,6	193,2	194,0	99,5
АР Крим	189,4	182,3	185,2	181,0	181,3	95,7
Вінницька	182,8	180,2	189,4	194,4	195,7	107,1
Волинська	150,7	151,7	138,3	146,7	146,7	97,3
Дніпропетровська	210,2	208,2	206,0	210,2	211,5	100,6
Донецька	223,9	222,5	230,5	227,0	228,9	102,2
Житомирська	187,7	177,1	184,7	176,5	177,9	94,8
Закарпатська	149,3	146,7	144,6	143,3	143,2	95,9
Запорізька	237,6	236,0	235,1	235,2	236,5	99,5
Івано-Франківська	165,1	163,3	167,4	159,4	159,5	96,6
Київська	209,9	212,4	212,4	215,1	216,1	102,9
Кіровоградська	222,9	222,5	220,9	222,0	224,4	100,7
Луганська	207,7	200,5	196,1	196,4	198,2	95,4
Львівська	156,4	159,0	154,4	158,1	158,4	101,3
Миколаївська	184,8	183,8	189,0	203,5	204,7	110,8
Одеська	210,4	207,2	200,1	200,0	200,1	95,1
Полтавська	214,6	216,3	207,6	203,9	205,6	95,8
Рівненська	176,6	166,9	162,0	155,3	155,4	88,0
Сумська	204,0	204,1	203,4	210,8	213,0	104,4
Тернопільська	176,0	177,3	177,6	174,2	175,0	99,4
Харківська	166,4	168,5	173,9	175,5	176,4	106,0
Херсонська	203,5	204,0	200,5	196,6	197,8	97,3
Хмельницька	202,1	198,3	202,8	191,3	192,5	95,2
Черкаська	186,4	186,7	189,8	192,0	193,5	103,8
Чернівецька	187,5	187,7	183,0	178,4	178,4	95,1
Чернігівська	202,9	200,5	208,4	204,6	207,0	102,0
м. Київ	177,3	176,6	175,3	175,1	173,7	98,0
м. Севастополь	264,5	250,5	268,9	256,8	256,4	96,9

Максимальні рівні смертності від новоутворень фіксувались у промислово розвинених областях – Запорізька, Донецька, Кіровоградська, Полтавська, Одеська в 2005 р., Запорізька, Донецька, Кіровоградська, Київська, Сумська – в 2009 р.

Мінімальні рівні смертності спостерігались переважно в західних областях – Закарпатській, Волинській, Львівській, Івано-Франківській та в Харківській – в 2005 р. й Закарпатській, Волинській, Львівській, Івано-Франківській, Рівненській – в 2009 р.

Переважання максимального рівня над мінімальним становило 159,1% в 2005 р. та 165,1% – в 2009 р.

Смертність чоловіків від новоутворень в Україні знизилась на 1,9%, це відбулося в 16 областях, в АР Крим і м. Києві та Севастополі, темпи зниження коливались від 0,4% до 14,2%. У восьми областях відбулося збільшення рівня смертності, особливо у Миколаївській (на 10,0%),

Харківській (7,3%), Вінницькій (5,4%). Мінімальним збільшення було в Запорізькій (1,0%), Чернігівській (1,2%), Дніпропетровській (2,0%) областях (табл. 2).

Максимальні рівні смертності і в 2005 р., і в 2009 р. реєструвались у Кіровоградській, Запорізькій, Чернігівській, Київській, Донецькій областях; мінімальні – у Закарпатській, Львівській, Івано-Франківській, Волинській, Харківській (в 2005 р.), Рівненській (в 2009 р.). Особливо слід зазначити надзвичайно високий рівень смертності в м. Севастополі. Переважання максимального рівня смертності над мінімальним становило 150,6% в 2005 р. і збільшилось до 165,6% в 2009 р. На це вплинуло збільшення смертності в областях з максимальними рівнями й зменшення – в областях з мінімальними рівнями.

Смертність жінок від новоутворень в Україні у понад третину нижча, ніж у чоловіків, однак, на

Таблиця 2. Смертність населення України від новоутворень за статтю по регіонах, на 100 тис. осіб

Регіон	Чоловіки			Жінки		
	2005 р.	2009 р.	2009 р. в % до 2005 р.	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.
УКРАЇНА	237,7	233,2	98,1	158,3	160,5	101,4
АР Крим	219,4	213,0	97,1	163,9	154,6	94,3
Вінницька	236,3	249,1	105,4	137,7	150,6	109,4
Волинська	199,2	183,9	92,3	107,6	113,7	105,7
Дніпропетровська	249,1	254,2	102,0	177,3	175,6	99,0
Донецька	268,2	268,3	100,0	186,7	196,1	105,0
Житомирська	240,2	220,6	91,8	142,4	141,1	99,1
Закарпатська	187,0	171,1	91,5	114,5	117,5	102,6
Запорізька	280,7	283,4	101,0	201,2	197,3	98,1
Івано-Франківська	203,4	195,6	96,2	130,9	127,3	97,2
Київська	269,2	261,7	97,2	158,9	177,1	111,4
Кіровоградська	281,6	280,4	99,6	173,2	177,3	102,4
Луганська	247,9	238,9	96,4	173,7	164,0	94,4
Львівська	192,8	189,9	98,5	123,8	130,2	105,2
Миколаївська	237,3	261,0	110,0	139,6	156,5	112,1
Одеська	243,2	230,3	94,7	181,6	173,5	95,5
Полтавська	267,8	241,5	90,2	169,6	175,3	103,4
Рівненська	218,2	187,3	85,8	139,2	126,8	91,1
Сумська	263,0	260,3	99,0	154,6	173,4	112,2
Тернопільська	230,5	220,0	95,4	128,8	136,0	105,6
Харківська	193,4	207,5	107,3	143,5	150,0	104,5
Херсонська	252,1	248,7	98,6	161,2	154,0	95,5
Хмельницька	249,5	241,8	96,9	161,4	150,2	93,1
Черкаська	243,0	249,3	102,6	139,0	146,8	105,6
Чернівецька	221,6	207,7	93,7	157,5	152,7	96,9
Чернігівська	269,4	272,6	101,2	147,6	153,1	103,7
м. Київ	199,3	191,0	95,8	158,2	158,8	100,4
м. Севастополь	317,2	283,1	89,2	220,2	234,0	106,3

проти вагу від чоловіків, збільшилась на 1,4%. Це відбулося в 14 областях, мм. Києві та Севастополі. Максимальні рівні збільшення смертності відмічено в Сумській (12,2%), Миколаївській (12,1%), Київській (11,4%), Вінницькій (9,4%) та Волинській (5,7%) областях, а також в м. Севастополі (6,3%); мінімальні – у Кіровоградській (2,4%), Закарпатській (2,6%), Полтавській (3,4%) областях. В 11 областях відбулось зниження рівня смертності: від 8,9% в Рівненській до 0,9% в Житомирській. Максимальні рівні смертності в 2005 р. були в Запорізькій, Донецькій, Одеській, Дніпропетровській, Луганській областях, мінімальні – у Волинській, Закарпатській, Львівській, Тернопільській, Івано-Франківській. Переважання максимального рівня над мінімальним складало 187,0%. У 2009 р. максимальні рівні смертності спостерігались в За-

порізькій, Донецькій, Кіровоградській, Київській та Дніпропетровській областях, мінімальні – у Волинській, Закарпатській, Рівненській, Івано-Франківській та Львівській. Переважання максимальних рівнів над мінімальним складало 173,5%. В м. Севастополі смертність жінок від новоутворень була максимальною, як в 2005 р., так і в 2009 р. (табл. 2).

Смертність населення України від новоутворень в містах за досліджуваний період збільшилась на 1,1%, максимально – у Миколаївській (15,0%), Вінницькій (9,5%), Тернопільській (8,5%), Черкаській (8,1%), Харківській (7,0%) областях, мінімально – у Дніпропетровській, Волинській, Чернівецькій, Львівській, Донецькій (0,9–2,8%). В 12 адміністративно-територіальних одиницях відбулося зниження рівня смертності: від 12,1% в Рівненській до 0,3% в Запорізькій

областях (табл. 3). Перші п'ять місць за максимальним рівнем смертності, і в 2005 р., і в 2009 р., посідали Запорізька, Донецька, Кіровоградська, Дніпропетровська та Одеська (в 2005 р.) та Миколаївська (в 2009 р.) області, за мінімальним – Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська в 2005 р. та в 2009 р., а також Тернопільська в 2005 р., Рівненська в 2009 р. Різниця між максимальним та мінімальним рівнем складала 162,1% в 2005 р. і 161,7% в 2009 р. У м. Севастополі рівень смертності, як в 2005 р., так і в 2009 р., був найвищим серед адміністративно-територіальних одиниць України.

Смертність сільського населення від новоутворень знизилась на 4,1% при меншому, ніж у міських жителів, рівні на 4,4% в 2005 р. та на 9,1% – в 2009 р. Найвідчутніше зниження зафіксовано у Рівненській (11,9%), Хмельницькій (11,2%),

Чернівецькій (10,0%), Полтавській (9,9%), Житомирській (9,1%) областях. Всього зниження відбулося в 19 адміністративно-територіальних одиницях: в АР Крим, м. Севастополі та 17 областях. В семи областях зафіксовано збільшення рівня смертності, особливо у Вінницькій (5,3%), Сумській (4,1%), Київській (3,0%) областях. Максимальні рівні смертності зафіксовано у Донецькій, Запорізькій, Київській, Сумській областях і в 2005 р., і в 2009 р., а також в Хмельницькій (2005 р.) та Чернігівській (2009 р.). Мінімальні – в Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Волинській, Харківській (2005 р.), Рівненській (2009 р.) областях. Переважання максимального рівня смертності над мінімальним збільшилось в 2009 р. (180,9% проти 168,9% – в 2005 р.), переважно за рахунок зменшення рівня смертності в західних областях і збільшення – у східних (табл. 3).

Таблиця 3. Смертність населення України від новоутворень в регіонах, за типом поселення, на 100 тис. осіб

Регіон	Міське населення			Сільське населення		
	2005 р.	2009 р.	2009 р. в % до 2005 р.	2005 р.	2009 р.	2009 р. в % до 2005 р.
УКРАЇНА	197,6	199,8	101,1	189,4	181,7	95,9
АР Крим	209,6	205,7	98,1	155,1	140,8	90,8
Вінницька	169,4	185,5	109,5	195,0	205,4	105,3
Волинська	151,1	153,0	101,3	150,2	140,0	93,2
Дніпропетровська	213,5	215,4	100,9	193,8	191,9	99,0
Донецька	223,6	229,9	102,8	226,7	219,5	96,8
Житомирська	187,6	182,8	97,4	188,4	171,2	90,9
Закарпатська	164,9	161,9	98,2	140,1	132,2	94,4
Запорізька	240,8	240,2	99,7	227,2	224,5	98,8
Івано-Франківська	159,1	157,6	99,1	169,6	160,9	94,9
Київська	196,1	202,6	103,3	229,9	236,8	103,0
Кіровоградська	221,7	228,8	103,2	224,7	217,5	96,8
Луганська	212,1	200,4	94,5	179,5	184,5	102,8
Львівська	162,1	166,3	102,6	147,9	146,6	99,1
Миколаївська	191,2	219,9	115,0	171,8	173,2	100,8
Одеська	218,5	210,4	96,3	194,7	180,1	92,5
Полтавська	213,3	212,5	99,6	216,6	195,1	90,1
Рівненська	168,9	148,5	87,9	183,4	161,5	88,1
Сумська	190,6	200,0	104,9	229,7	239,2	104,1
Тернопільська	155,7	169,0	108,5	191,2	179,6	93,9
Харківська	167,4	179,1	107,0	162,8	165,7	101,8
Херсонська	211,2	210,1	99,5	191,7	178,8	93,3
Хмельницька	170,7	177,4	103,9	236,7	210,2	88,8
Черкаська	182,2	196,9	108,1	191,5	189,3	98,8
Чернівецька	187,2	191,8	102,5	187,7	169,0	90,0
Чернігівська	189,2	196,5	103,9	223,3	224,1	100,4
м. Київ	177,3	173,7	98,0	x	x	x
м. Севастополь	268,2	262,2	97,8	206,3	167,7	81,3

Смертність міських чоловіків від новоутворень в Україні за п'ять років збільшилась на 0,4% в 15-ти областях та АР Крим, найбільше у Миколаївській (15,7%), Черкаській (8,3%), Харківській (8,1%), Тернопільській (7,9%), Вінницькій (7,1%) областях. У 9 областях і м. Києві та Севастополі відбулося зниження рівня смертності – від 14,8% у Рівненській області до 0,1% – в Київській (табл. 4). Максимальні рівні смертності спостерігались у Запорізькій, Кіровоградській, Донецькій, Дніпропетровській областях протягом усього терміну спостереження, а в Полтавській – у 2005 р., в Миколаївській – у 2009 р., мінімальні – в областях Західного регіону. Переважання максимального рівня смертності над мінімальним було 148,0% в 2005 р. і зросло до 166,7% в 2009 р., переважно за рахунок збільшення рівнів смертності в східних областях.

Смертність міських чоловіків від новоутворень найвищою була в м. Севастополі і перевищувала середній по Україні рівень на 37,8% в 2005 р. та 24,1% – в 2009 р. і на 70,0% – мінімальний рівень в регіонах.

Смертність міських жінок від новоутворень в Україні зросла на 2,0% та водночас була на 26,6% нижчою, ніж у чоловіків. Максимальний ріст смертності зафіксовано у Сумській (18,8%), Миколаївській (14,3%), Вінницькій (13,0%), Тернопільській (9,7%), Київській (9,4%) областях. У цілому ріст смертності відмічено в 16 областях та в м. Києві і Севастополі, у 8 та АР Крим було зниження рівня смертності. Максимальний рівень смертності спостерігався у Запорізькій, Одеській, Донецькій, Кіровоградській областях і в 2005 р., і в 2009 р., а в Дніпропетровській – в 2005 р., у Полтавській – в 2009 р. Рівень смертності в цих областях зріс порівняно з 2005 р. Мінімальні рівні смертності зафіксовано у Вінницькій, Волинській, Тернопільській, Івано-Франківській та Закарпатській областях в 2005 р. У 2009 р. до Волинської, Івано-Франківської, Тернопільської областей додалися Львівська та Рівненська. Переважання максимальних рівнів над мінімальними в 2005 р. було більш значним (176,1%), ніж у 2009 р. (162,9%) (табл. 4).

Таблиця 4. Смертність міського населення України від новоутворень в регіонах за статтю, на 100 тис. осіб

Регіон	Чоловіки			Жінки		
	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.
УКРАЇНА	232,5	233,5	100,4	167,9	171,3	102,0
АР Крим	236,1	239,0	101,2	187,8	178,6	95,1
Вінницька	207,9	222,6	107,1	136,1	153,8	113,0
Волинська	188,4	184,8	98,1	118,8	125,8	105,9
Дніпропетровська	250,3	256,5	102,5	182,6	181,2	99,2
Донецька	265,0	267,3	100,9	189,0	199,0	105,3
Житомирська	220,5	215,8	97,9	158,3	154,5	97,6
Закарпатська	196,2	177,9	90,7	136,8	147,6	107,9
Запорізька	278,8	283,0	101,5	209,2	204,9	97,9
Івано-Франківська	189,1	189,5	100,2	132,2	129,4	97,9
Київська	241,0	238,5	99,0	156,7	171,4	109,4
Кіровоградська	272,4	277,7	101,9	179,3	188,3	105,0
Луганська	251,5	240,6	95,7	179,1	166,9	93,2
Львівська	188,6	192,2	101,9	138,4	143,3	103,5
Миколаївська	240,1	277,9	115,7	149,9	171,4	114,3
Одеська	242,1	235,7	97,4	198,0	188,3	95,1
Полтавська	257,5	245,7	95,4	175,7	184,7	105,1
Рівненська	199,2	169,8	85,2	142,7	130,2	91,2
Сумська	241,7	229,2	94,8	148,0	175,8	118,8
Тернопільська	189,3	204,2	107,9	126,2	138,5	109,7
Харківська	189,2	204,6	108,1	149,0	157,7	105,8
Херсонська	255,7	259,4	101,4	173,9	169,0	97,2
Хмельницька	205,2	209,3	102,0	140,3	149,6	106,6
Черкаська	225,0	243,7	108,3	146,2	157,8	107,9
Чернівецька	203,8	208,6	102,4	172,8	177,4	102,7
Чернігівська	232,9	248,3	106,6	152,0	152,9	100,6
м. Київ	199,3	191,0	95,8	158,2	158,8	100,4
м. Севастополь	320,4	289,9	90,5	224,3	239,2	106,6

Смертність сільських чоловіків від новоутворень в Україні за 5 років знизилась на 6,4%, причому зниження відбулося в 22 територіально-адмініс-

тративних одиницях – від 0,1% в Дніпропетровській до 16,9% у Полтавській області (табл. 5).

Таблиця 5. Смертність сільського населення України від новоутворень в регіонах, за статтю, на 100 тис. осіб

Регіон	Чоловіки			Жінки		
	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.
УКРАЇНА	248,4	232,6	93,6	137,9	136,9	99,3
АР Крим	192,4	172,0	89,4	121,6	113,0	92,9
Вінницька	262,5	274,6	104,6	139,2	147,5	106,0
Волинська	210,0	183,0	87,1	95,9	100,7	105,0
Дніпропетровська	243,3	243,1	99,9	150,5	146,9	97,6
Донецька	297,0	277,3	93,4	165,0	168,5	102,1
Житомирська	266,1	227,1	85,3	121,6	122,9	101,1
Закарпатська	181,7	167,2	92,0	101,1	99,5	98,4
Запорізька	286,8	284,7	99,3	175,2	171,9	98,1
Івано-Франківська	214,0	200,2	93,5	129,9	125,7	96,8
Київська	311,5	298,0	95,7	162,1	185,7	114,6
Кіровоградська	295,8	284,7	96,2	163,5	159,5	97,5
Луганська	225,5	228,8	101,5	138,6	144,8	104,5
Львівська	199,1	186,6	93,7	101,6	110,3	108,6
Миколаївська	231,6	227,4	98,2	118,0	124,6	105,6
Одеська	245,5	220,0	89,6	149,3	144,3	96,6
Полтавська	283,1	235,2	83,1	160,6	161,0	100,2
Рівненська	234,6	202,2	86,2	136,0	123,6	90,9
Сумська	303,5	321,7	106,0	167,2	168,4	100,7
Тернопільська	261,8	232,1	88,7	130,6	134,2	102,8
Харківська	209,5	218,6	104,3	122,3	119,4	97,6
Херсонська	246,9	232,9	94,3	141,1	129,5	91,8
Хмельницька	299,5	280,5	93,7	184,2	150,9	81,9
Черкаська	265,1	256,5	96,8	130,3	133,2	102,2
Чернівецька	233,9	207,1	88,5	146,7	134,9	92,0
Чернігівська	325,9	312,8	96,0	141,3	153,3	108,5
м. Київ	x	x	x	x	x	x
м. Севастополь	266,7	183,5	68,8	152,5	153,7	100,8

Максимальні рівні смертності спостерігались у Чернігівській, Сумській, Київській, Донецькій та Кіровоградській областях в 2005 р. У 2009 р. ці рівні були найвищими в Сумській, Чернігівській, Київській, Запорізькій, Кіровоградській областях. Мінімальні рівні спостерігались в областях Західного регіону – Закарпатській, Львівській, Волинській, Івано-Франківській, Рівненській та в АР Крим протягом усього періоду спостережень. Перевищення максимальних рівнів над мінімальними збільшилось в 2009 р. – 192,4% проти 179,4% у 2005 р.

Смертність сільських жінок від новоутворень в Україні знизилась на 0,7% за рахунок 12 областей та АР Крим, діапазон зниження: від 1,6% в Закарпатській області до 18,1% у Хмельницькій. Максимальне підвищення рівня смертності зафіксоване у Київській (14,6%), Львівській

(8,6%), Чернігівській (8,5%), Вінницькій (6,0%), Миколаївській (5,6%) областях. Рівень смертності сільських жінок був нижчим, ніж сільських чоловіків, на 44,5% в 2005 р. і 41,1% в 2009 р. Максимальні рівні смертності спостерігались у Хмельницькій, Сумській, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській областях в 2005 р. та в Київській, Запорізькій, Донецькій, Сумській, Полтавській областях в 2009 р. Мінімальні рівні смертності спостерігались у Волинській, Закарпатській, Львівській, Харківській областях і в 2005 р., і в 2009 р. та в Миколаївській – в 2005 р. й Івано-Франківській – в 2009 р. Перевищення максимуму над мінімумом в 2009 р. знизилось і склало 186,6% проти 192,0% у 2005 р. (табл. 5).

Висновки

1. Смертність населення України від новоутворень за 2005–2009 рр. знизилась на 0,51% –

з 195,0 до 194,0 випадку смерті на 100 тис. населення, чоловіків – на 1,9%, сільського населення – на 4,1%, сільських чоловіків – на 6,4%, жінок – на 0,7%. Водночас зросла смертність жінок на 1,4%, міського населення – на 1,1%, міських жінок – на 2,0%, міських чоловіків – на 0,4%.

2. Максимальні рівні смертності від новоутворень спостерігались у Запорізькій, Донецькій, Кіровоградській областях, серед чоловіків – в Запорізькій, Кіровоградській та Чернігівській, в містах – у Запорізькій, Донецькій, Кіровоградській, в сільській місцевості – в Сумській, Київській, Запорізькій областях. Мінімальні рівні смертності спостерігались в західних областях – Закарпатській, Волинській, Львівській, Івано-Франківській та в Харківській – в 2005 р. й Закарпатській, Волинській, Львівській, Івано-Франківській, Рівненській – в 2009 р.

3. Смертність чоловіків від новоутворень в Україні знизилась в 17 областях і м. Києві та Севастополі, темпи зниження коливались від 0,4% до 14,2%. У восьми областях відбулося збільшення рівня смертності, особливо в Миколаївській (на 10,0%), Харківській (7,3%), Вінницькій (5,4%). Мінімальним збільшення було в Запорізькій (1,0%), Чернігівській (1,2%), Дніпро-

петровській (2,0%) областях. Максимальними рівні смертності були і в 2005 р., і в 2009 р. в Кіровоградській, Запорізькій, Чернігівській, Київській, Донецькій областях. Мінімальними – в Закарпатській, Львівській, Івано-Франківській, Волинській, Харківській (в 2005 р.), Рівненській (в 2009 р.). Слід зауважити надзвичайно високий рівень смертності в м. Севастополі.

4. Смертність жінок від новоутворень в Україні більш ніж на третину нижча, ніж у чоловіків, однак, на відміну від чоловіків, збільшилась на 1,4%. Це відбулося в 14 областях, м. Києві та Севастополі. Максимальні рівні збільшення смертності відмічено в Сумській (12,2%), Миколаївській (12,1%), Київській (11,4%), Вінницькій (9,4%) та Волинській (5,7%) областях, а також в м. Севастополі (6,3%); мінімальні – в Кіровоградській (2,4%), Закарпатській (2,6%), Полтавській (3,4%) областях. В 11 областях відбулось зниження рівня смертності: від 8,9% в Рівненській до 0,9% у Житомирській.

Перспективи подальших досліджень.

Значні розбіжності в рівнях та динаміці смертності населення України від новоутворень потребують подальших досліджень для поглибленого вивчення.

Список літератури

1. Безруков В. В. Передчасна смертність в Україні: чинники формування і шляхи подолання / В. В. Безруков, Н. А. Фойгт // Журн. АМН України. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 503–515.
2. Гайдоров Г. М. Применение социально-экономического районирования для изучения смертности от злокачественных новообразований / Г. М. Гайдоров, С. В. Макаров // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2008. – № 4. – С. 5–9.
3. Дмитриев В. И. Изучение множественных причин смерти – важный шаг к пониманию современного состояния смертности населения / В. И. Дмитриев, А. Д. Соломонов, М. М. Балыгин // Здравоохран. Рос. Федерации. – 2006. – № 2. – С. 17–21.
4. Доклад о развитии человека 2009. Преодоление барьеров: человеческая мобильность и развитие / пер. с англ.: ПРООН. – М.: Весь Мир, 2009. – 232 с.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2005 г. / ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген, 2005. – 154 с.
6. Куценко В. І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти / В. І. Куценко, Г. І. Трілленберг. – К.: Рада по вивченню продуктивних сил України НАН України, 2005. – 366 с.
7. Чепелевська Л. А. Смертність населення України від новоутворень і сучасні та прогнозні тенденції, регіональні аспекти / Л. А. Чепелевська, О. М. Орда // Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. – 2011. – № 1 (13).
8. Чепелевська Л. А. Тенденції смертності населення України за окремими класами хвороб та нозологіями: регіональний аспект / Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 1. – С. 40–43.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

Л. А. Чепелевская, А. Н. Орда (Киев)

Изучались особенности динамики смертности населения Украины от новообразований за 2005–2009 гг. по регионам, за типом расселения, полом умерших.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **смертность, новообразование, регион, пол, тип расселения.**

MODERN PECULIARITIES DEATH RATES OF POPULATION FROM NEOPLASMS IN REGIONS OF UKRAINE

L. A. Chepelevska, A. N. Orda (Kyiv)

Features of death rate dynamics of the population in Ukraine from neoplasms during 2005-2009 on regions, according to the type of settling, sex of died people have been studied.

KEY WORDS: **death rate, a neoplasm, a region, a sex, type of settling.**

Рецензент: к.мед.н. Н.В. Медведовська

УДК 616-07:314.4:001.8

А. В. ПІРНИКОЗА, Л. О. ДІДЕНКО, О. М. ОЧЕРЕДЬКО, І. Ю. АНДРІЄВСЬКИЙ (Вінниця)

ПРОФІЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНОСТІ ВНАСЛІДОК ЕКСТРЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗА ПАНЕЛЬНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ ДАНИХ (НА ПРИКЛАДІ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вивчалися популяційні фактори летальності внаслідок екстреної патології (ЕП) на основі суцільного панельного дизайну. Масив даних включав 27 сільських районів Вінницької області протягом 2005–2009 рр. Застосовувався профільний аналіз, вивчалися ефекти рівнів, динаміки, паралелізму. Показано, що на летальність сільського населення внаслідок ЕП найбільше впливають розмір лікарської дільниці, доступність та якість екстреної консультативної допомоги. Найпотужнішими факторами модуляції летальності міського населення внаслідок ЕП є екстрена консультативна допомога, укомплектованість лікарями та їхня кваліфікація.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **екстрена патологія, профільний аналіз, панельні дані.**

Екстрена патологія (ЕП) є провідною серед причин смертності, і, відповідно, її наслідки, зокрема летальність, є чутливим та валідним індикатором ефективності організації медичної допомоги [2;3]. Проте узагальнюючого дослідження обумовленості летальності внаслідок ЕП ми не знайшли в сучасній літературі. Ми вважаємо, що однією з причин є різноманітність ЕП, яка охоплює широкий перелік станів і хвороб з раптовим початком та безпосередньою загрозою життю людини, і, відповідно, неможливість охопити весь перелік специфічних факторів ризику [1]. Натомість ми вивчили роль основних медико-соціальних популяційних характеристик сільського району, які, зокрема, опосередковують дію специфічних факторів ризику.

Матеріал і методи дослідження. Суцільне дослідження за панельною організацією даних тривало протягом 2005–2009 рр. Вивчення та узагальнення результатів проводилось на основі даних спеціально розробленої анкети суцільним методом у 27 сільських районах Вінницької області та м. Ладижин. Враховані популяційні фактори – потенційні модератори екстреної патології, що описували демографічні, медико-соціальні ситуації на рівні району. Дослідження велось окремо для вікових (дорослі, діти) і за місцем проживання (село, місто) когорт, всього 4 когорти. За попередніми висновками саме фактори демографічної і медико-соціальної компонент інфраструктури сільських районів є обумовлюючими для захворюваності на ЕП та її наслідків. Для аналізу статистичного матеріалу використані класичні методи варіаційної статистики та кореляційного аналізу [4]. Новою є методологія профільного аналізу. Аналіз включав вивчення **ефектів рівнів**, тобто по-

рівняння інтегрованих в часі ефектів медико-соціального середовища сільських районів на летальність. Традиційна методологія вивчення ефектів медико-соціальних факторів ґрунтується саме на ефектах рівнів. Проте рівні ЕП суттєво обумовлюються медико-соціальним середовищем, що має локальні варіації, зокрема внаслідок різної “привабливості” для медичного персоналу, капіталовкладень, розвитку інфраструктур тощо. Оскільки врахування усієї множини локальних факторів знаходяться за межами можливостей дослідження, це призводить до зміщення оцінок впливу медико-соціального середовища сільських районів на виникнення та наслідки ЕП за ефектами рівнів. Тому ми включили аналіз **ефектів динаміки** та **ефектів паралелізму**, зважаючи на панельний характер організації даних [5]. Наявність достовірного ефекту динаміки свідчить про незалежну від розвитку медико-соціальних інфраструктур зміну рівнів летальності внаслідок ЕП в часі. Саме тому відокремлення ефекту динаміки є надзвичайно важливим. Ефекти паралелізму свідчать про особливості динаміки рівнів та наслідків екстреної патології за різного медико-соціального середовища та є основними для ствердження достовірності відмінностей в ризику летальності внаслідок ЕП за різного медико-соціального оточення. Всі розрахунки здійснені в середовищі статистичної аналітичної системи SAS 9.1 Level 1M3 XP Home platform, S/N 882876, Site #12300001 licensed to Ocheredko Oleksandr [2]. В статті наведені лише суттєві ефекти. Слід зауважити, що через низьку потужність дослідження пограничну достовірність 0,05 ми розширили до 0,07 [6].

Результати дослідження та їх обговорення. Обумовленість динаміки летальності внаслідок інсульту

Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку летальності внаслідок інсульту міського дорослого населення наведені в табл. 1. Динаміка практично стаціонарна за всіма контингентами, тобто відмінності не є суттєвими (рис. 1).

Ефекти рівнів: у сільських районах з нижчою часткою лікарів першої і вищої категорій простежуються достовірно вищі показники леталь-

ності внаслідок інсульту міського дорослого населення ($\beta=-0,024$, $F=4,99$ з $p=0,0495$). Збільшення показника співвідношення вакансій лікарських посад достовірно підвищує летальність $\beta=0,064$ ($F=6,46$ з $p=0,0293$). Збільшення обсягів екстреної консультативної допомоги натомість зменшує летальність внаслідок інсульту міського дорослого населення ($\beta=-0,273$, $F=5,02$ з $p=0,0489$).

Таблиця 1. Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку летальності від інсульту міського дорослого населення

Фактор	β	СК(III)	F	P
Ефект динаміки (внутрішньогруповий)				
2005–2009 рр.	+	40,30	0,43	0,7893
Ефекти рівнів (міжгрупові)				
Частка лікарів вищої+І категорій, %	-0,024	672,95	4,99	0,0495
Вакансії лікарських посад	0,064	871,20	6,46	0,0293
Екстрена консультативна допомога	-0,273	677,00	5,02	0,0489
Ефекти паралелізму (внутрішньогрупові)				
Вакансії лікарських посад	1,495	251,90	2,66	0,0464

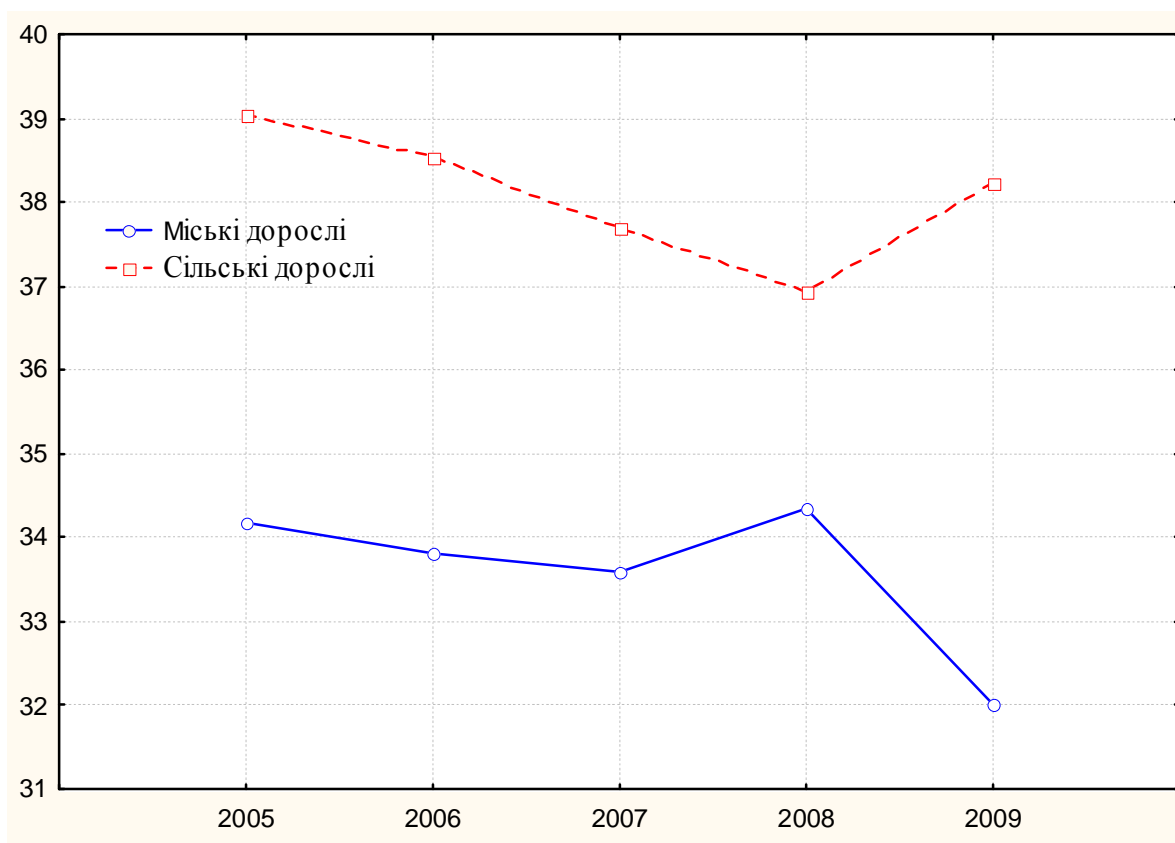


Рис. 1. Динаміка летальності внаслідок інсульту впродовж 2005–2009 рр.

Ефекти паралелізму: у сільських районах з вищим співвідношенням вакансій лікарських посад достовірно вищі темпи росту показників летальності внаслідок інсульту міського дорослого населення ($\beta=1,495$, $F=2,66$ з $p=0,0464$).

Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку летальності внаслідок інсульту сільського дорослого населення наведені в табл. 2.

Таблиця 2. Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку летальності від інсульту сільського дорослого населення

Фактор	β	СК(III)	F	P
Ефект динаміки (внутрішньогруповий)				
2005–2009 рр.	+	56,00	1,08	0,3795
Ефекти рівнів (міжгрупові)				
Частка працездатного населення	-0,045	503,64	4,19	0,0679
Частка СЛД з населенням менше 1500	0,010	502,43	4,18	0,0681
Вакансії лікарських посад	0,330	720,00	5,99	0,0344
Планова консультативна допомога	-2,543	1067,01	8,88	0,0138
Ефекти паралелізму (внутрішньогрупові)				
Екстрена консультативна допомога	1,137	126,56	2,44	0,0628

Ефекти рівнів: збільшення показника співвідношення вакансій лікарських посад достовірно підвищує летальність внаслідок інсульту міського дорослого населення $\beta=0,330$ ($F=5,99$ з $p=0,0344$). Збільшення обсягів планової консультативної допомоги натомість значно зменшує летальність: $\beta=-2,543$ ($F=8,88$ з $p=0,0138$). Демографічні складові – а саме частка працездатного населення та частка СЛД з населенням менше 1500 – також достовірно впливають на летальність внаслідок інсульту сільського дорослого населення з передбачуваним напрямком впливу.

Ефекти паралелізму: у сільських районах з вищими обсягами планової консультативної допомоги достовірно вищі темпи росту показників летальності внаслідок інсульту сільського дорослого населення ($\beta=1,137$, $F=2,44$ з $p=0,0628$).

Обумовленість динаміки летальності внаслідок інфаркту міокарда

Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку летальності внаслідок інфаркту міокарда міського дорослого населення наведені в табл. 3. Динаміка практично стаціонарна за всіма контингентами (рис. 2).

Ефекти рівнів: у сільських районах з нижчою часткою лікарів першої і вищої категорій простежуються достовірно вищі показники летальності внаслідок інфаркту міокарда міського дорослого населення ($\beta=-0,068$, $F=5,62$ з $p=0,0392$). Збільшення показника співвідношення вакансій лікарських посад достовірно підвищує летальність внаслідок інфаркту міокарда міського дорослого населення $\beta=0,058$ ($F=4,44$ з $p=0,0612$). Збільшення обсягів екстреної консультативної допомоги натомість зменшує летальність ($\beta=-0,119$, $F=6,20$ з $p=0,0321$). Аналогічна залежність і від планової консультативної допомоги ($\beta=-0,108$, $F=5,41$ з $p=0,0423$).

Таблиця 3. Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку летальності від інфаркту міокарда міського дорослого населення

Фактор	β	СК(III)	F	P
Ефект динаміки (внутрішньогруповий)				
2005–2009 рр.	+	8,71	1,15	0,3473
Ефекти рівнів (міжгрупові)				
Частка лікарів вищої + I категорій, %	-0,068	133,19	5,62	0,0392
Вакансії лікарських посад	0,058	105,23	4,44	0,0612
Екстрена консультативна допомога	-0,119	146,94	6,20	0,0321
Планова консультативна допомога	-0,108	128,22	5,41	0,0423
Ефекти паралелізму (внутрішньогрупові)				
Вакансії лікарських посад	0,307	42,79	5,65	0,0388

Ефекти паралелізму: у сільських районах з вищими показниками співвідношення вакансій лікарських посад достовірно вищі темпи росту показників летальності внаслідок інфаркту міокарда міського дорослого населення, тобто мешканців райцентру і СМТ ($\beta=0,307$, $F=5,65$ з $p=0,0388$).

Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку летальності внаслідок інфаркту міокарда сільського дорослого населення наведені в табл. 4.

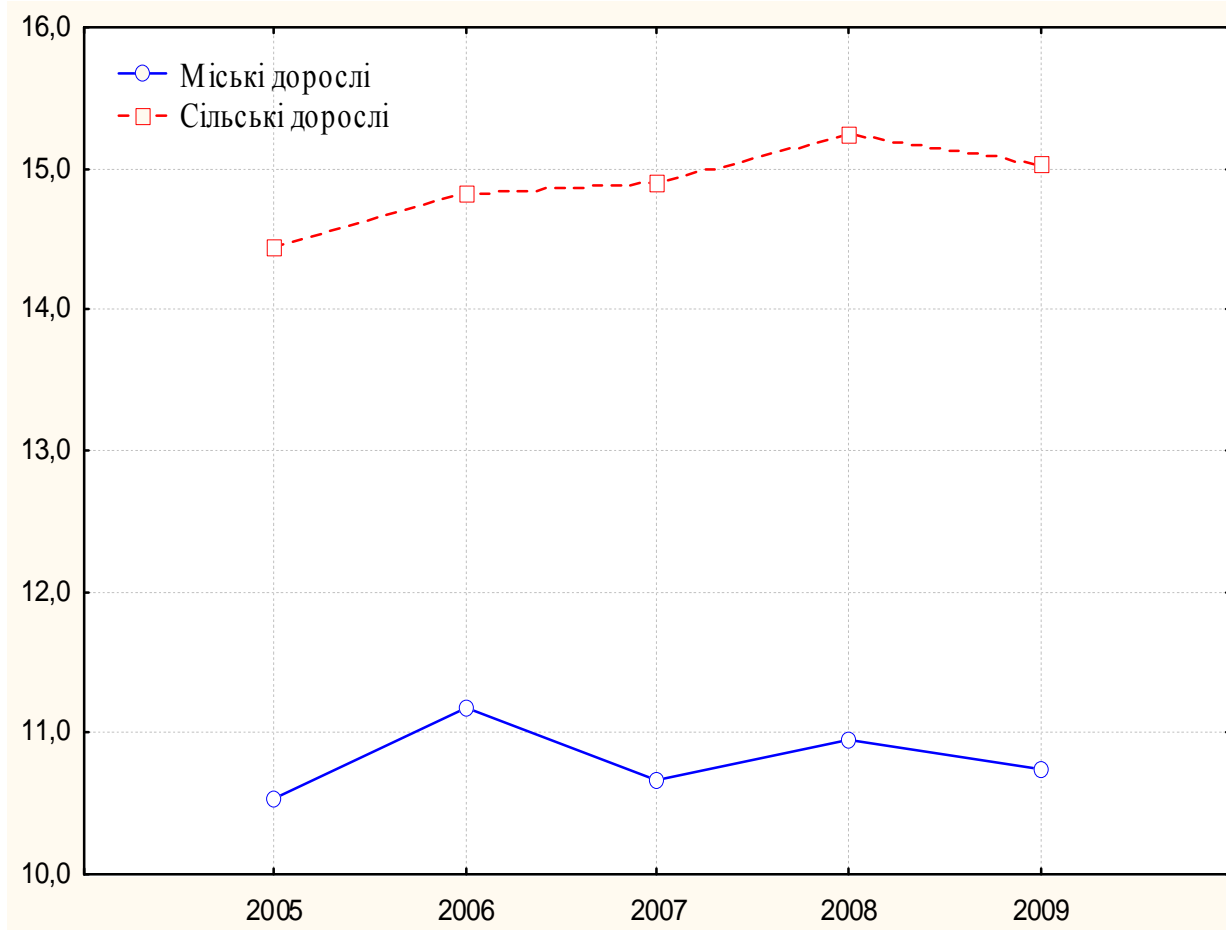


Рис. 2. Динаміка летальності внаслідок інфаркту міокарда впродовж 2005–2009 рр.

Таблиця 4. Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку летальності від інфаркту міокарда сільського дорослого населення

Фактор	β	СК(III)	F	P
Ефект динаміки (внутрішньогруповий)				
2005–2009 рр.	+	1,95	0,24	0,9158
Ефекти рівнів (міжгрупові)				
Забезпеченість лікарями	-0,298	299,03	7,89	0,0185
Частка лікарів вищої + I категорій, %	-0,177	247,02	6,52	0,0287
Екстрена консультативна допомога	-0,128	195,94	5,17	0,0463
Планова консультативна допомога	-0,418	216,79	5,72	0,0379
Ефекти паралелізму (внутрішньогрупові)				
Частка СЛД з населенням менше 1500	0,041	19,71	2,39	0,0670

Ефекти рівнів: у сільських районах з нижчою часткою лікарів першої і вищої категорій знову простежуються достовірно вищі показники летальності внаслідок інфаркту міокарда ($\beta=-0,177$, $F=6,52$ з $p=0,0287$). Вплив виразніший, ніж для міського населення. Збільшення показника забезпеченості лікарями достовірно знижує летальність внаслідок інфаркту міокарда сільського дорослого населення: $\beta=-0,298$ ($F=7,89$ з $p=0,0185$). Збільшення обсягів екстреної консультативної допомоги, як і для інших екстрених

станів і контингентів, зменшує летальність ($\beta=-0,128$, $F=5,17$ з $p=0,0463$). Ще більша залежність простежується від планової консультативної допомоги ($\beta=-0,418$, $F=5,72$ з $p=0,0379$).

Ефекти паралелізму: у сільських районах з вищою часткою СЛД з населенням менше 1500 чол. вищі темпи росту показників летальності внаслідок інфаркту міокарда сільського дорослого населення ($\beta=0,041$, $F=2,39$ з $p=0,0670$).

Керованість летальності внаслідок екстрених станів за контингентами

Для отримання загальної картини обумовленості летальності внаслідок екстрених станів ми знову проаналізували суми достовірних характеристик, які обумовлюють летальність внаслідок екстрених станів за розглянутими контингентами (табл. 5).

Таблиця 5. Керованість летальності внаслідок екстрених станів за контингентами

Фактор	Міські діти	Міські дорослі	Сільські діти	Сільські дорослі	Місто	Село	Діти	Дорослі	Всі
Ефекти рівнів									
Кількість населення району	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Частка сільського населення	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Щільність проживання	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Частка працездатного населення	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Частка дітей (0–14 рр.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Частка СЛД з населенням менше 1500	0	1	0	4	1	4	0	5	5
Забезпеченість лікарями	1	0	0	3	1	3	1	3	4
Забезпеченість середнім медперсоналом	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N звернень 1 етап	1	0	1	0	1	1	2	0	2
N звернень 2 етап	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% лікарів вищої+1 категорій	1	3	3	2	4	5	4	5	9
Вакансії лікарських посад	2	3	0	2	5	2	2	5	7
N спец. з 1 спеціалістом	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N спец. без спеціаліста	0	1	1	0	1	1	1	1	2
Рівень безробіття	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Екстрена консультативна допомога	3	5	2	3	8	5	5	8	13
Планова консультативна допомога	0	1	0	2	1	2	0	3	3
Ефекти паралелізму									
Кількість населення району	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Частка сільського населення	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Щільність проживання	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Частка працездатного населення	0	1	0	0	1	0	0	1	1
Частка дітей (0–14)	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Частка СЛД з населенням менше 1500	0	1	0	2	1	2	0	3	3
Забезпеченість лікарями	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Забезпеченість середнім медперсоналом	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N звернень 1 етап	1	0	0	0	1	0	1	0	1
N звернень 2 етап	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% лікарів вищої+1 категорій	0	2	0	0	2	0	0	2	2
Вакансії лікарських посад	0	2	0	0	2	0	0	2	2
N спец. з 1 спеціалістом	0	1	0	0	1	0	0	1	1
N спец. без спеціаліста	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Рівень безробіття	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Екстрена консультативна допомога	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Планова консультативна допомога	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Всього	9	21	7	22	30	29	16	43	59

За даними останньої стрічки таблиці 5 (“Всього”), летальність внаслідок найбільш поширених екстрених станів міських дітей достовірно залежала від 9 “входів” характеристик, причому найчастіше зустрічався фактор “Екстрена консультативна

допомога” (3 входи) та “Вакансії лікарських посад” (2 входи). Летальність внаслідок компонент екстрених станів сільських дітей достовірно залежала від 7 “входів” характеристик, тобто є найменш керованою у множині вивчених факторів,

що власне було відмічено і для керованості генерацій екстрених станів. Найчастіше для сільських дітей зустрічався фактор “Частка лікарів вищої та першої категорій” (3 входи) та “Екстрена консультативна допомога” (2 входи). Летальність внаслідок екстрених станів контингенту “міське доросле населення” достовірно залежала від 21 “входу” характеристик, з явною перевагою частоти входжень фактора “Екстрена консультативна допомога” (5 входів). Летальність внаслідок компонент екстрених станів сільських дорослих достовірно залежала від 22 “входів” характеристик з перевагою частоти входжень факторів “Частка СЛД з населенням менше 1500” (4 входи), як це мало місце і для обумовленості генерацій екстрених станів сільських дорослих. Також частими виявились інші фактори наближеності та якості медичної допомоги: “Забезпеченість лікарями” (3 входи), “Частка лікарів вищої та першої категорій” (3 входи), “Екстрена консультативна допомога” (3 входи).

Летальність внаслідок компонент екстрених станів контингенту “міське населення” достовірно залежала від 30 “входів” характеристик, з явною перевагою частоти входжень факторів “Екстрена консультативна допомога” (8 входів), “Вакансії лікарських посад” (7 входів), “Частка лікарів вищої та першої категорій” (4 входи).

Летальність внаслідок екстрених станів контингенту “сільське населення” достовірно залежала від 29 “входів” характеристик, проте з явною перевагою частоти входжень факторів “Екстрена консультативна допомога” (6 входів) та “Частка СЛД з населенням менше 1500” (6 входів). Важливими виявились також фактор “Частка лікарів вищої та першої категорій” (5 входів).

Летальність внаслідок компонент екстрених станів контингенту “дитяче населення” достовірно залежала лише від 16 “входів” характеристик, з перевагою частоти входжень факторів “Екстрена консультативна допомога” (5 входів) та “Частка лікарів вищої та першої категорій” (4 входи).

Летальність внаслідок екстрених станів контингенту “доросле населення” достовірно залежала від 43 “входів” характеристик, з перевагою частоти входжень факторів “Екстрена консультативна допомога” (9 входів), “Частка СЛД з населенням менше 1500” (8 входів), “Частка лікарів вищої та першої категорій” (7 входів), “Співвідношення вакансій лікарських посад” (7 входів).

Щодо загального контингенту “населення сільських районів” (остання колонка “Всі”), летальність внаслідок компонент екстрених станів залежала від 59 “входів”, що менше, ніж для генерації компонент екстрених станів (72), з перевагою частоти входжень факторів “Екстрена консультативна допомога” (14 входів), “Частка лікарів вищої та першої категорій” (11 входів), “Співвідношення вакансій лікарських посад”

(9 входів), “Частка СЛД з населенням менше 1500” (8 входів).

Ми також розглянули особливості обумовленості летальності внаслідок окремих поширених екстрених станів, проаналізували суми достовірних характеристик, які обумовлюють летальність внаслідок екстрених станів за патологіями (табл. 6). За даними останнього рядка таблиці (“Всього”), летальність внаслідок раптових станів достовірно залежала від 13 “входів” характеристик, причому найчастіше зустрічались фактори “Екстрена консультативна допомога” (3 входи) та “Частка лікарів вищої та першої категорій” (3 входи). Летальність внаслідок травм достовірно залежала від 11 “входів” характеристик, причому найчастіше зустрічався фактор “Екстрена консультативна допомога” (4 входи).

Летальність внаслідок отруень достовірно залежала від 16 “входів” характеристик, знову найчастіше зустрічався фактор “Екстрена консультативна допомога” (3 входи). Летальність внаслідок інсультів та інфаркту міокарда достовірно залежала від 9 та 10 “входів” характеристик, незважаючи на поширеність лише в дорослих контингентах, що вказує на більшу детермінованість цих станів. Переважними модулюючими факторами виявились “Вакансії лікарських посад” (5 входів), “Екстрена консультативна допомога” (4 входи), “Планова консультативна допомога” (3 входи), “Частка лікарів вищої та першої категорій” (3 входи).

Таким чином, в цілому найбільш суттєвими щодо впливу на летальність внаслідок екстрених станів є фактори “Екстрена консультативна допомога” (14 входів), “Частка лікарів вищої та першої категорій” (11 входів), “Співвідношення вакансій лікарських посад” (9 входів), “Частка СЛД з населенням менше 1500” (8 входів). Фактор “Частка СЛД з населенням менше 1500” поряд з фактором “Екстрена консультативна допомога” є найбільш впливовим на летальність внаслідок екстрених станів сільського населення, як і у випадку з генерацією екстрених станів. Медична компонента є переважною щодо летальності міського населення сільських районів. На перший план виходять фактори “Екстрена консультативна допомога”, “Вакансії лікарських посад”, “Частка лікарів вищої та першої категорій”, тобто доступність та якість медичної допомоги. В цілому медична компонента є провідною в обумовленні летальності внаслідок екстреної патології. Вказані закономірності стосуються як дитячого, так і дорослого населення. Екстрена консультативна допомога виявилась домінуючим детермінуючим фактором і при розгляді обумовленості летальності внаслідок окремих поширених екстрених станів: раптових станів (3 входи), травм (3 входи), отруень (2 входи), інсультів та інфаркту міокарда (4 входи).

Таблиця 6. Керованість летальності внаслідок екстрених станів за видом патології

Фактор	Раптові стани	Травми	Отруєння	Інсульти	Інфаркт міокарда
Ефекти рівнів					
Кількість населення району	0	0	1	0	0
Частка сільського населення	0	0	0	0	0
Щільність проживання	0	0	0	0	0
Частка працездатного населення	0	0	0	1	0
Частка дітей (0–14 рр.)	0	0	0	0	0
Частка СЛД з населенням менше 1500	1	2	1	1	0
Забезпеченість лікарями	1	1	1	0	1
Забезпеченість середнім медперсоналом	0	0	0	0	0
N звернень 1 етап	0	0	2	0	0
N звернень 2 етап	0	0	0	0	0
Частка лікарів вищої + I категорій, %	3	1	2	1	2
Вакансії лікарських посад	2	1	1	2	1
N спец. з 1 спеціалістом	0	0	0	0	0
N спец. без спеціаліста	2	0	0	0	0
Рівень безробіття	0	0	0	0	0
Екстрена консультативна допомога	3	4	3	1	2
Планова консультативна допомога	0	0	0	1	2
Ефекти паралелізму					
Кількість населення району	0	0	0	0	0
Частка сільського населення	0	0	0	0	0
Щільність проживання	0	0	0	0	0
Частка працездатного населення	0	0	1	0	0
Частка дітей (0–14 рр.)	0	0	1	0	0
Частка СЛД з населенням менше 1500	0	1	1	0	1
Забезпеченість лікарями	0	0	0	0	0
Забезпеченість середнім медперсоналом	0	0	0	0	0
N звернень 1 етап	0	0	1	0	0
N звернень 2 етап	0	0	0	0	0
Частка лікарів вищої + I категорій, %	1	1	0	0	0
Вакансії лікарських посад	0	0	0	1	1
N спец. з 1 спеціалістом	0	0	1	0	0
N спец. без спеціаліста	0	0	0	0	0
Рівень безробіття	0	0	0	0	0
Екстрена консультативна допомога	0	0	0	1	0
Планова консультативна допомога	0	0	0	0	0
Всього	13	11	16	9	10

Висновки

1. Профільний аналіз є потужною методологією аналізу панельних даних. Крім ефектів рівнів, які типово вивчаються в дослідженні, аналіз оперує з ефектами динаміки та паралелізму. Особливості методу продемонстровано на прикладі вивчення популяційних факторів летальності внаслідок інсультів та інфаркту міокарда як складових екстренної патології.

2. Найбільш суттєвими щодо впливу на летальність внаслідок екстренної патології виявились фактори “Екстрена консультативна допомога” (14 входів), “Частка лікарів вищої та першої категорій” (11 входів), “Співвідношення вакансій лікарських посад” (9 входів), “Частка СЛД з населенням менше 1500” (8 входів).

3. Фактори “частка СЛД з населенням менше 1500” та “Екстрена консультативна допомога” є

найбільш впливовими на летальність внаслідок екстрених станів сільського населення.

4. Медична компонента є переважною щодо летальності міського населення сільських районів. На перший план виходять фактори “Екстрена консультативна допомога”, “Вакансії лікарських посад”, “Частка лікарів вищої та першої категорій”, тобто доступність та якість медичної допомоги. У цілому медична компонента є провідною

в обумовленні летальності внаслідок екстреної патології.

5. Екстрена консультативна допомога виявилась домінуючим детермінуючим фактором і при розгляді обумовленості летальності внаслідок окремих поширених екстрених станів: раптових станів (3 входи), травм (3 входи), отруєнь (2 входи), інсультів та інфаркту міокарда (4 входи).

Список літератури

1. Клименюк В. П. Вивчення своєчасності та якості задоволення звернень сільських мешканців за медичною допомогою / В. П. Клименюк, О. М. Очерedyкo // Укр. мед. альм. – 2008. – Т. 11, № 1. – С. 198–201.
2. Кошель І. І. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання екстреної медичної допомоги сільському населенню на до госпітального етапі: автореф. дис. ... канд. мед. наук / І. І. Кошель. – К., 2010. – 26 с.
3. Робота швидкої медичної допомоги в сільських населених пунктах України / Г. Г. Рошiн, В. О. Волошин [та ін.] // Матеріали ВГО «Всеукраїнської асоціації працівників швидкої невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф». – К. : МОЗ України, 2008. – С. 147–148.
4. Barbara G. Tabachnick Using multivariate statistics / Barbara G. Tabachnick, Linda S. Fidell. – 4th ed. – 2005. – 966 p.
5. Hsu J. C. Multiple Comparisons in the General Linear Model / J. C. Hsu, B. Nelson // J. of Computational and Graphical Statistics. – 1998ю – Vol.7. –P.23–41.
6. SAS for Mixed Models / Edition by Ramon C. Littell, George A. Milliken, Walter W. Stroup and Russell D. Wolfinger – 2 ed. – 2006. – Feb. 21.

ПРОФИЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПО ПАНЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДАННЫХ (НА ПРИМЕРЕ ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТИ)

А. В. Пирныкоза, Л. А. Диденко, А. Н. Очерedyкo, І. Ю. Андриевский (Винница)

Изучены популяционные факторы летальности вследствие экстренной патологии (ЭП) на основе сплошного панельного дизайна. Массив данных включал 27 сельских районов Винницкой области на протяжении 2005–2009 гг. Использовался профильный анализ, изучались эффекты уровней, динамики, параллелизма. Показано, что на летальность сельского населения вследствие ЭП наиболее влияют размер врачебного участка, доступность и качество экстренной консультативной помощи. Наиболее мощными факторами модуляции летальности городского населения вследствие ЭП являются экстренная консультативная помощь, укомплектованность врачами и их квалификация.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: экстренная патология, профильный анализ, панельные данные.

PROFILE ANALYSIS MORTALITY AS A RESULT OF EMERGENCY PATHOLOGY ON PANEL DATA ORGANIZATION (TO THE EXAMPLE OF VINNYTSIA REGION)

А. В. Pirnykoza, L. A. Dydenko, A. N. Ocheredykko, I. Yu. Andrievskiy (Vinnytsia)

Population factors modulating lethality due to exigent pathology (EP) has been studied by panel design. Data comprised 27 rural regions of Vinnytsia region during 2005–2009. We used profile analysis discerning effects of levels, dynamic and parallelism. It was demonstrated that population size of physician district, accessibility and quality of emergent consultative services are among the most influential set that modulate EP lethality of rural residents. Emergent consultative services, staffing with physicians, physician qualification took the lead in determination of EP lethality of rural residents.

KEY WORDS: emergency pathology, profile analysis, panel data.

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

І. С. ЗОЗУЛЯ, Ю. І. МАРКОВ, А. Г. БОГОМОЛ (Київ)

НАДАННЯ УРГЕНТНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГОСТРИМИ ЕКЗОГЕННИМИ ІНТОКСИКАЦІЯМИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ТА ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПАХ

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

В статті розглянуто стан надання невідкладної медичної допомоги дорослим пацієнтам з гострими отруєннями на догоспітальному та госпітальному етапах у м. Києві за 2003–2009 рр. Висвітлено організаційні особливості госпіталізації хворих з екзогенними інтоксикаціями та проаналізовано основні показники роботи відділення токсикології Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострі отруєння, невідкладна медична допомога, відділення токсикології.

Протягом останніх років в м. Києві, як і в цілому по Україні, склалася небезпечна токсикологічна ситуація. Поступове збільшення кількості гострих отруєнь хімічної етіології відбилося на статистичній групі “Травми та отруєння”, яка займає одне з лідируючих місць за показниками поширеності, захворюваності і летальності [13]. В Україні щорічно реєструють понад 200 000 гострих отруєнь, а число летальних наслідків перевищує 10 000 [6]. Гостра проблема екологічної хімічної патології виникає як наслідок катастрофи, аварії чи стихійного лиха. Техногенна катастрофа, внаслідок якої на організм людини збільшується хімічний і фізичний вплив, ставить цілий ряд питань до медичної служби загалом та фахівців з організації охорони здоров'я зокрема [2].

Організацію надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам з гострими екзогенними інтоксикаціями на догоспітальному етапі в Україні пов'язують з іменами А.І. Тріщинського та Б.С. Михайлич. У 1969 р. було створено токсикологічну лабораторію під керівництвом завідувача кафедри анестезіології і реаніматології Київського інституту удосконалення лікарів (КІУЛ), професора А.І. Тріщинського. У 1970 р. була організована токсикологічна бригада швидкої медичної допомоги (ШМД) під керівництвом Б.С. Михайлич. Після створення у Києві міської лікарні швидкої медичної допомоги у 1986 р. було відкрито Центр гострих отруєнь. Його очолив головний токсиколог МОЗ УРСР, доцент кафедри анестезіології і реаніматології КІУЛ В.О. Троцевич.

На сьогоднішній день токсикологічна служба столиці представлена трьома структурними підрозділами, розташованими на базі Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допо-

моги (КМК ЛШМД), яка є комплексною лікувально-профілактичною установою, призначеною для надання в стаціонарі цілодобової екстреної медичної допомоги населенню при гострих захворюваннях, нещасних випадках та отруєннях.

Мета роботи: проаналізувати організаційні принципи та ефективність надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах дорослим пацієнтам з екзогенними інтоксикаціями.

Матеріали і методи. Проведено аналіз статистичних звітів роботи відділення токсикології КМК ЛШМД й основних показників здоров'я та медичної допомоги м. Києва за 2003–2009 рр.

Результати дослідження та їх обговорення. У відділення токсикології госпіталізують хворих з екзогенними отруєннями хімічними речовинами, отрутами рослинного або тваринного походження, алкогольною комою, гострою нирковою і/або печінковою недостатністю, алергією. Пацієнти у важкому клінічному стані, у яких отруєння ускладнено екзотоксичним шоком, коматозним станом, розладами дихальної, центральної нервової систем поступають у відділення інтенсивної терапії та екстракорпоральної детоксикації (ВІТ та ЕД), яке, як і відділення токсикології, знаходиться на другому поверсі лікарні. Обидва відділення функціонально тісно зв'язані, тому знаходяться поряд. Через ВІТ та ЕД проходить від 47% до 52% пацієнтів щорічно. Після виведення хворих з важкого стану їх переводять до відділення токсикології. Здебільшого ці хворі поступають у КМК ЛШМД через протишоккову палату (ПШП), яка є структурним підрозділом відділення інтенсивної терапії загального профілю (ВІТ ЗП).

У ПШП чергує анестезіологічна бригада: лікар-анестезіолог та сестра медична – анесте-

зист, які забезпечують пацієнтам збереження вітальних функцій (захист дихальних шляхів: оксигенотерапія, штучна вентиляція легень; здійснюють венозний доступ, проводять інфузійну терапію), за необхідності залучають до консультації інших лікарів (нейрохірург, терапевт тощо) чи проводять анестезіологічне забезпечення рентгено-радіологічних діагностичних досліджень у разі необхідності здійснення диференційної діагностики. У випадку поступлення до КМК ЛШМД пацієнтів у край важкому стані після надання невідкладної допомоги у ПШП їх доправляють до ВІТ ЗП, яке знаходиться поблизу ПШП (на першому поверсі).

Основні показники роботи відділення токсикології відображають напружений виробничий ритм праці з тяжким контингентом пацієнтів, що передбачає високі професійні вимоги до персоналу (табл.1). У 59% пацієнтів реєструють психічні розлади, у 57% хворих – суїцидальні спроби; 26% госпіталізованих потребують нагляду з боку медичного персоналу. Таке відділення потребує статусу відділення закритого типу. В середньому за добу лікарі обслуговують від 6 до 15 хворих, стільки ж і виписують. Понад 50% пацієнтів поступає у період часу 20.00–24.00, що свідчить про напружений виробничий ритм чергування.

Таблиця 1. Основні показники роботи відділення токсикології КМК ЛШМД за 2003-2009 рр.

Рух хворих	Рік						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Поступило	1302	1470	1189	1214	1184	1154	1185
Переведено з інших відділень	1048	1041	1027	1028	1036	996	1003
Переведено в інші відділення	52	44	47	45	49	40	50
Виписано	2287	2455	2159	2187	2154	2110	2127
Робота ліжка	250,1	267,3	242,5	258	257,7	240,1	224,1
Обіг ліжка	76,6	82,5	72,3	73,2	72,2	70,5	71,3
Середнє перебування	3,3	3,2	3,4	3,5	3,6	3,4	3,1
План ліжко-дня	9900	9900	9900	9900	9900	9900	9900
Виконання плану ліжко-дня	7504	8020	7275	7740	7730	7202	6724
виконання ліжко-дня, %	75,8	81,0	73,5	78,2	78,1	72,7	67,9
Померло	11	20	9	9	13	4	13
летальність, %	0,48	0,81	0,42	0,41	0,60	0,19	0,61
Проліковано	2298	2475	2168	2196	2167	2114	2140

Рух хворих

Відділення укомплектовано відповідно до штатного розпису. Загальна кількість ставок – 33,75; з них лікарських – 9,25 (зайняті усі), медичних сестер – 12 (зайняті усі), молодших медичних сестер – 12,5 (зайняті усі). Серед лікарських ставок 0,5 ставки лікаря-психіатра. Вищу категорію мають 5 лікарів, першу – 2.

Медикаментозне оснащення дозволяє приймати масове поступлення хворих з гострими отруєннями. Бувають випадки, коли одночасно поступає від 3-х до 11 пацієнтів.

Хворі доправляються до відділення токсикології каретами швидкої медичної допомоги (78,5%), шляхом переведення з інших стаціонарів (9,7%) або самозверненням (11,8%). Структура пролікованих хворих за нозологічними формами:

I. Отруєння медикаментами (переважно психотропної дії) – 45,6%.

II. Отруєння алкоголем та сурогатами алкоголю – 23,3%.

III. Отруєння не ідентифікованими речовинами – 9,1%.

IV. Отруєння іншими речовинами – 22%.

Подібні дані наводять також Б.С. Брискін та співавт. (2007) [12].

Лікарями відділення проводиться консультативна робота по лікарні, завідувачем відділення – по відділеннях інтенсивної терапії (їх у КМК ЛШМД – 4); надається також консультативна допомога місцевим органам охорони здоров'я, як по телефону, так і з виїздом на місце нещасного випадку, відповідно до графіку, попередньо складеного головним спеціалістом Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення м. Києва.

Лікарями-токсикологами надається амбулаторна допомога пацієнтам, які поступають у стані наркотичного або алкогольного сп'яніння, з передозуванням або отруєнням легкого ступеня. З такими пацієнтами проводиться роз'яснювальна робота та консультування. Після надання допомоги хворих направляють на амбулаторне або стаціонарне лікування в інший лікувально-профілактичний заклад (ЛПЗ), відповідно до конкретної клінічної ситуації. За період, що вивчався, не госпіталізовано у зв'язку з їх відмовою 1119 (37,44%) хворих. Структура відмов від госпіталізації відображена у таблиці 2.

Таблиця 2. Структура відмов від госпіталізації до відділення токсикології КМК ЛШМД за 2003–2009 рр.

Відмова	Кількість	
	абс.	%
Відправлено в інший ЛПЗ	237	7,93
Немає показань для госпіталізації	1207	40,38
Відмова хворого за наявності показань до госпіталізації	1119	37,44
Надано допомогу та направлено на амбулаторне лікування	426	14,25
Всього	2989	100

Привертає увагу частка негоспіталізованих хворих (з різних причин, 2989 осіб) з числа тих, що звернулися по допомогу (8698), – 34,4%, тобто понад третина. Це свідчить про високий рівень кваліфікації чергових лікарів-токсикологів та належний організаційний підхід до виробничого процесу.

У відділенні ведеться документація: журнал дефектів ШМД, реєстрації померлих, розбору клінічних випадків тощо. Заведено посадові інструкції для лікарів-токсикологів відділення, проводиться контроль за правильністю використання медикаментів, здійснюється експертна оцінка історій хвороб.

За зазначений період усього померли 79 хворих. Летальність становить 0,51%. Віковий склад померлих відображає вікову структуру пацієнтів відділення токсикології – переважає молодий і середній вік. Серед померлих у віці 31–40 років – 22 (27,85%) хворих, 41–50 років – 21 (26,58%) пацієнт, 51–60 років – 23 (29,12%) хворих, 61–70 років – 7 (8,86%) пацієнтів. Решта 6 (7,59%) летальних випадків припадають на більш старші вікові групи, коли преморбідно обтяжений соматичний фон негативно впливав на перебіг лікування. Серед померлих протягом першої доби хворих (усього – 23, 29,11%) 13 померли у ПШП під час надання невідкладної допомоги. Серед причин дододової смертності у 19 випадках була пізня госпіталізація, у 4-х – ускладнення з декомпенсацією життєво важливих органів та систем організму.

Динаміка отруєнь серед дорослих (18 років і старше) м. Києва (дані ГУОЗ та МЗ) свідчить про їх стабільно високий рівень і корелює із статистичними даними відділення токсикології. Так, отруєння ліками та біологічними речовинами спостерігають щорічно (у різні роки зазначеного періоду) у від 800 до 1180 випадках, що становить 3,8–5,3 на 10 000 населення. Токсична дія речовин, переважно немедичного призначення, спостерігається у 946–1194 випадках, показник становить 4,3–41,5 на 10 000 населення [8-11].

За причинами смерті населення столиці залишається високим показник смертності внаслідок отруєння алкоголем [8-11]. Така ситуація вимагає від клініцистів відповідної уваги та аргументує вимоги до діагностики та лікування хворих з екзогенними інтоксикаціями, зокрема з

отруєннями алкоголем та сурогатами алкоголю, починаючи з догоспітального етапу (відповідно до клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим з гострими отруєннями [1;4;6]. Значною мірою це стосується й питань організації діагностичного та лікувального процесу.

Діагностика та формулювання клінічного діагнозу – одне з основних завдань лікаря. Клінічний діагноз має бути: точним, своєчасним, нозологічним, етіологічним, патогенетичним, морфологічним, функціональним, комплексним (основне захворювання, ускладнення основного захворювання, супутні захворювання) [3]. В токсикології діагноз значною мірою формулюється на підставі результатів дослідження токсикологічної лабораторії. Однак тільки стосовно етанолу лабораторний висновок може надати інформацію кількісного характеру. Для інших токсикантів у клінічній невідкладній практиці можна отримати інформацію лише якісної характеристики, але кількість визначення можливих токсикантів незначна. Таким чином, відповідальність за лікування хворих з екзогенними інтоксикаціями значним тягарем лягає на плечі лікаря-практика. У такій ситуації клініцист звертається до основ діагностики: анамнезу, аускультатії, пальпації тощо. Для діагностики гострого отруєння важливе значення має збір анамнезу [4-7], але особливість клінічної токсикології полягає ще у високому рівні юридичних аспектів дисципліни. Тому кожний токсикологічний діагноз повинен мати чітке підтвердження за допомогою лабораторних та інших додаткових (інструментальних) методів дослідження, що додадуть об'єктивності діагностичному і лікувальному процесу.

Важливим організаційним аспектом надання невідкладної медичної допомоги хворим з екзогенними інтоксикаціями у м. Києві є віддаленість КМК ЛШМД від значної частини інцидентів. Тривале транспортування пацієнтів з одного берега мегаполісу на інший відтермінує початок надання спеціалізованої допомоги, що призводить до погіршення кінцевого результату лікування, а нерідко – до летального наслідку. Це свідчить про необхідність відкриття відділення (відділень) подібного рівня на правобережній частині міста. Логічно припустити, що це мають бути відділення невідкладних станів з високими можливостями діагностики та лікування гострих отруєнь.

Обґрунтування створення таких закладів становить **перспективу подальших досліджень.**

Висновки

1. Ургентна допомога дорослим пацієнтам м. Києва з гострими екзогенними отруєннями надається на високому професійному рівні.

2. Надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам з екзогенними інтоксикаціями у м. Києві вичерпало організаційні ресурси минулого.

3. На правобережній частині м. Києва слід відкрити відділення невідкладних станів, які будуть серед інших вирішувати проблему надання ургентної допомоги при гострих отруєннях.

Список літератури

1. *Алексеев Ю. П.* Алгоритмы неотложной помощи и интенсивной терапии отравлений суррогатами алкоголя / Ю. П. Алексеев, К. В. Сериков, С. А. Клименко // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2008. – № 2 (д). – С. 5–6.
2. *Варус В. І.* Організаційно-медичні проблеми фосфорної аварії у Львівській області / В. І. Варус, С. О. Петрук, О. М. Колінковський // Укр. мед. часопис. – 2008. – № 1 (63). – С. 67–70.
3. *Зербіно Д. Д.* Формулювання клінічного та патологоанатомічного діагнозів: сучасний погляд на проблему / Д. Д. Зербіно, О. Г. Гичка, В. М. Рибка // Укр. мед. часопис. – 2009. – № 4 (72). – С. 45–47.
4. *Марков Ю. І.* Гострі отруєння: спадкоємність у наданні невідкладної допомоги між догоспітальним і стаціонарним етапами / Ю. І. Марков // Матер. наук.-практ. конф., присвяч. 65-річчю БДМУ [“Проблеми діагностики, профілактики та лікування екзогенних та ендогенних інтоксикацій”], (13–14 жовт. 2009 р., Чернівці). – Чернівці, 2009. – С. 51–55.
5. *Марков Ю. І.* Роль анамнезу в діагностичному процесі / Ю. І. Марков // Медицина неотложных состояний. – 2009. – № 5 (24). – С. 103–105.
6. *Медицина неотложных состояний: скорая и неотложная медицинская помощь* : підручник / за ред. І. С. Зозулі. – К. : Медицина, 2008. – 696 с.
7. *Невідкладні стани при гострих отруєннях* / Зозуля І. С., Іващенко О. В., Боброва В. І. [та ін.]. – К., 2008. – 102 с.
8. *Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м. Києва в 2004 році (до колегії ГУОЗ та МЗ за підсумками роботи у 2004 році)* / ГУОЗ та МЗ м. Києва, Міський наук. інформ.-аналіт. центр мед. статистики. – К., 2005. – 148 с.
9. *Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м. Києва в 2006 році (до колегії ГУОЗ та МЗ за підсумками роботи у 2006 році)* / ГУОЗ та МЗ м. Києва, Міський наук. інформ.-аналіт. центр мед. статистики. – К., 2007. – 162 с.
10. *Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м. Києва в 2007 році (до колегії ГУОЗ та МЗ за підсумками роботи у 2007 році)* / ГУОЗ та МЗ м. Києва, Міський наук. інформ.-аналіт. центр мед. статистики. – К., 2008. – 175 с.
11. *Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м. Києва в 2009 році (до підсумкової колегії ГУОЗ та МЗ)* / ГУОЗ та МЗ м. Києва, Міський наук. інформ.-аналіт. центр мед. статистики. – К., 2010. – 178 с.
12. *Острые отравления* // Рациональная фармакотерапия неотложных состояний : рук-во для практикующих врачей / Б. С. Брискин, А. Л. Верткин, Л. А. Алексанян и др.; под общ. ред. Б. С. Брискина, А. Л. Верткина. – М. : Литтерра, 2007. – С. 490–504.
13. *Шейман Б. С.* Служба дитячої токсикології / Б. С. Шейман // Підсумки роботи лікувально-профілактичних установ міста в 2004 році : зб. до підсумкової колегії 3 бер. 2005 р.; КМДА, ГУОЗ та МЗ м. Києва. – К., 2005. – С. 97–98.

ОКАЗАНИЕ УРГЕНТНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ ЭКЗОГЕННЫМИ ИНТОКСИКАЦИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ

И. С. Зозуля, Ю. И. Марков, А. Г. Богомол (Киев)

В статье рассмотрено состояние оказания неотложной медицинской помощи взрослым пациентам с острыми отравлениями на догоспитальном и госпитальном этапах в г. Киеве в 2003–2009 гг. Освещены организационные особенности госпитализации больных с экзогенными интоксикациями и проанализированы основные показатели работы отделения токсикологии Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **острые отравления, неотложная медицинская помощь, отделение токсикологии.**

URGENT MEDICAL CARE RENDERING OF PATIENTS WITH ACUTE EXOGENIC INTOXICATION DURING BEFORE-HOSPITAL AND HOSPITAL STAGE

I. S. Zozulia, Y. I. Markov, A. G. Bohomol (Kyiv)

In this article the condition of urgent medical care rendering to adult patients with acute intoxications during before-hospital and hospital stage in Kyiv during 2003 – 2009 has been analyzed. The organizational peculiarities of hospitalization of patients with exogenous intoxications have been elucidated and main indicators of toxicologic departments' work at Kyiv City Emergency Clinical Hospital have been analyzed.

KEY WORDS: **acute intoxication, urgent medical care, toxicologic department.**

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

УДК 616-005.8+616.831-005.1]-059

Д. Д. ДЯЧУК, Л. Ю. МЕЛЬНИК (Київ)

ОРГАНІЗАЦІЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ В ДНУ «НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЦЕНТР ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ»

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

На підставі аналізу роботи центру реабілітації за останні три роки представлені ключові позиції організації процесу відновного лікування при найбільш поширених ускладненнях хвороб серцево-судинної системи – гострому інфаркті міокарда і гострому порушенні мозкового кровообігу. Представлені критерії оцінки ефективності реабілітаційних методик: ЛФК, фізіотерапія, психологічна корекція, голкорексфлексотерапевтичні методи та логопедична корекція. Підкреслюється важливість комплексного їх використання, індивідуального добору методик відновного лікування та поєднання зусиль лікарів різної спеціалізації.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: відновне лікування, центр реабілітації, гострий інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу.

У світовій медичній практиці відновне лікування різноманітної патології займає одне з провідних місць. Це пов'язано із високою захворюваністю передусім на хвороби серцево-судинної системи та їх ускладнення [2;13]. Серед таких ускладнень найскладнішими для процесу реабілітації є гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) та гострі інфаркти міокарда (ГІМ). За останніми даними ВОЗ, ця патологія складає від 220 до 400 випадків на 100 тис. населення економічно розвинутих країн і є основним чинником інвалідизації та смертності. За медико-статистичними показниками після ГІМ до трудової діяльності повертається до 80% хворих, а після ГПМК – лише до 20%. Україна не відрізняється за цими показниками від більшості розвинених країн.

Враховуючи вищезазначене, важливу роль відіграє правильна організація процесу медичної реабілітації [4], яка включає:

- оцінку клінічного та фізичного стану хворих з урахуванням супутньої патології, віку;
- формування індивідуальних програм з урахуванням короткострокових та довгострокових передбачуваних ефектів відновлення;
- установлення схеми контролю за перебігом процесу відновлення;
- планування залучення спеціалістів різних напрямків відновної медицини.

Від правильної організації процесу реабілітації значною мірою залежить ефективність відновного лікування у медичних закладах. Вивчення цього питання є актуальним і для центру реабілітації ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» (ЦР). В ЦР наявний широкий спектр засобів відновної медицини при патології бронхолегеневої та ендокринної систем, хворобах органів зору, дер-

матологічних, гінекологічних та отоларингологічних захворювань. Робота ЦР сконцентрована на трьох основних напрямках: неврологічному (ГПМК), кардіологічному (ГПМК), травматологічному (переломи кісток, хребта).

У зв'язку з тим, що найбільш поширеним в роботі ЦР є застосування методів відновної медицини при хворобах серцево-судинної системи та їхніх ускладненнях, в даній статті представлені підходи до організації реабілітаційних заходів при цих хворобах, що стало **метою** даної роботи.

Матеріали і методи. На підставі аналізу роботи ЦР за останні три роки представлені ключові позиції організації процесу відновного лікування при найбільш поширених ускладненнях хвороб серцево-судинної системи – гострому інфаркті міокарда і гострому порушенні мозкового кровообігу.

Результати дослідження та їх обговорення. Протягом останніх трьох років в центрі реабілітації ДНУ «НПЦ ПКМ» опрацьовувались організаційні підходи до побудови процесу реабілітації хворих після ГПМК та ГІМ. В результаті цієї роботи склалась відповідна схема відновного лікування та використання критеріїв оцінки реабілітації. Хворі після виписки з відновного відділення лікарні або санаторного лікування потрапляють під спостереження спеціалістів закладу (невропатологів, кардіологів і лікарів ЦР).

Як відомо, основним завданням комплексної відновної терапії після ГПМК та ГІМ є відновлення порушених функцій і розвиток компенсаторних механізмів хворого для фізичної і соціальної адаптації [6;8;15]. Ключовим питанням підвищення ефективності реабілітації, як показав аналіз, є поєднання методів лікувальної фізкультури, масажу, фізіотерапевтичних та голкорексфлексотерапевтичних методик, засобів психотерапев-

тичної корекції, а також, при необхідності, поновлення функцій речового апарату (логопедична корекція) [1;3;12;14].

У відновному лікуванні ГПМК визначився комплекс найбільш ефективних форм ЛФК. Він складається з: лікувальної гімнастики (загальнозміцнюючі та дихальні вправи, спеціальні гімнастичні вправи, активні і пасивні); лікування положенням (ортезотерапія) для зменшення еластичності м'язів, запобігання м'язових контрактур та важкорухомості суглобів; механотерапії у вигляді деяких тренажерних пристроїв динамічного та статичного характеру (велотренажери, масажери для ніг, гімнастичні палки, м'ячі, еспандери); різних додаткових пристроїв для розвитку навичок самообслуговування (в'язальні спиці, машинки для друку, дерев'яні рахівниці).

Хворим після ГПМК призначається масаж сегментарних зон та паретичних кінцівок (вибірковий і точковий) та апаратний масаж (вібраційний, вакуумний). Показана ефективність використання масажу на всіх етапах реабілітації [7;11;15]. Дозування навантажень проводиться з урахуванням амплітуди, темпу, кількості повторів рухів та ступеня статичного навантаження. Показана висока ефективність наступного комплексу фізіотерапевтичних методик:

- електрофорез лікарських речовин судинорозширювальної дії та для покращення процесів обміну на комірцеву зону;
- електростимуляція антагоністів спастичних м'язів на апаратах «Ампліпульс», «Міокор»;
- дарсонвалізація голови та комірцевої зони;
- парафіно-озокеритні аплікації;
- кисневі інгаляції [6;16;17].

У ряді випадків показана ефективність голкорексотерапії, як спрямована на корекцію спастичного тону, зменшення больового синдрому.

За необхідності (розлад мови, артикуляції) призначається логопедична корекція [11].

В схему ФР ГІМ включається використання як традиційних, так і нетрадиційних форм ЛФК: лікувальні гімнастичні вправи, дозована ходьба, хода по сходинках, різні тренажерні пристрої. При цьому потрібно орієнтуватися на фізичні навантаження переважно динамічного характеру [10].

Програма фізичної реабілітації дає потрібний ефект за умови індивідуального підходу, причому в її основі мають бути довгострокові фізичні навантаження.

З методів фізіотерапії на ранньому етапі реабілітації в різних поєднаннях призначаються електросон, масаж, оксигенотерапія, магнітотерапія, електрофорез з панангіном, гепарином [10].

Важливим етапом відновного лікування ГПМК та ГІМ в центрі реабілітації є психотерапевтична корекція, яка сприяє відновленню особового і соціального статусу [5;9;16].

При розширенні фізичної активності хворих після ГІМ особливе значення надається критеріям контролю за адекватністю фізичних навантажень.

В ЦР впроваджені в практику доступні та інформативні критерії:

- клінічний стан хворого (поява нападів стенокардії, задухи, слабкості, блідості або ціанозу шкіри);
- зміна частоти серцевих скорочень: збільшення на понад 30 ударів за хвилину або зменшення на понад 10 ударів за хвилину;
- динаміка ЕКГ, яка реєструється до і після виконання відповідного навантаження;
- коливання артеріального тиску: збільшення систолічного АТ на понад 20–40 мм рт. ст., діастолічного – на 10–20 мм рт. ст. порівняно з вихідним, або зниження АТ на понад 10 мм рт.ст; зміна толерантності до фізичних навантажень (велоергометрія). В ЦР при визначенні та розширенні фізичної активності, яка встановлювалась після ГІМ, дотримувались наступних обсягів навантажень залежно від клініко-реабілітаційної групи (табл.).

Основними критеріями оцінки ефективності використання ФР після ГІМ були:

- 1) покращення клінічного стану (зменшення або зникнення нападів стенокардії, нормалізація артеріального тиску, відсутність задухи, перебоїв у роботі серця);
- 2) позитивна динаміка ЕКГ-даних (зменшення або відсутність ознак ішемізації міокарда);
- 3) підвищення толерантності до фізичних навантажень;
- 4) можливості розширення об'єму фізичної активності. Основними критеріями оцінки ефективності використання приведених засобів після ГПМК були:
 - відновлення рухових можливостей паретичних кінцівок (збільшення об'єму рухів, покращення координації рухів);
 - збільшення сили м'язів у кінцівках та зменшення еластичності;
 - поява навичок самообслуговування та адаптації до побутових навантажень;
 - покращення загальноклінічного стану (стабілізація артеріального тиску, зменшення або припинення болю, відновлення формули сну, підвищення працездатності та життєвого тону);
 - покращення психологічного стану (настрою, комунікативних можливостей, зміцнення віри в одужання, будівання планів на майбутнє);
 - відновлення мовних порушень (афазії, дисфонії, дислоції).

За три роки в центрі реабілітації проведено комплексне відновне лікування 217 хворим після ГІМ та 324 хворим після П ІМК різного віку. Аналіз результатів ФР показано на рисунку.

Таблиця. **Обсяги фізичної активності на різних етапах реабілітації після гострого інфаркту міокарда**

Клініко-реабілітаційні групи	Фізичні вправи	Повсякденна активність
I група	Лікувальна гімнастика в тренувальному режимі 30–40 хв з ЧСС до 140/хв. Біг до 1–2 хв. Короточасні незмагальні спортивні ігри.	Самообслуговування повне. Робота вдома, на присадибній ділянці не більше як 1–2,5 год 2–3 рази на день. Піднімання вантажу до 10–15 кг. Темп ходьби 110–120 кроків/хв. Статева активність без обмежень.
II група	Лікувальна гімнастика в щадно-тренувальному режимі до 30 хв з ЧСС до 130/хв. Короточасні (до 10 хв) незмагальні спортивні ігри. Короточасний біг (до 1–2 хв) в помірному темпі. Участь в спеціальних групах тривалих фізичних тренувань з елементами ЛФК, тренуваннями на велотренажері.	Самообслуговування повне. Робота вдома, на присадибній ділянці не більше як 1–1,5 год 1–2 рази на день. Піднімання вантажу до 6–8 кг. Темп ходьби до 110 кроків/хв. Статева активність без обмежень.
III група	Лікувальна гімнастика в щадно-тренувальному режимі до 20 хв з ЧСС до 110/хв. Участь в групах тривалих тренувань. Спортивні ігри і біг, лижі, плавання протипоказані.	Самообслуговування повне. Легка робота вдома і на присадибній ділянці. Темп ходьби 80–90 кроків/хв. Статева активність помірно обмежена.
IV група	Лікувальна гімнастика в щадному режимі до 15–20 хв з ЧСС до 90/хв. Спортивні ігри і біг протипоказані.	Самообслуговування, іноді часткове. Робота вдома і на присадибній ділянці часто протипоказана. Темп ходьби 60–70 кроків/хв. Статева активність суттєво обмежена.

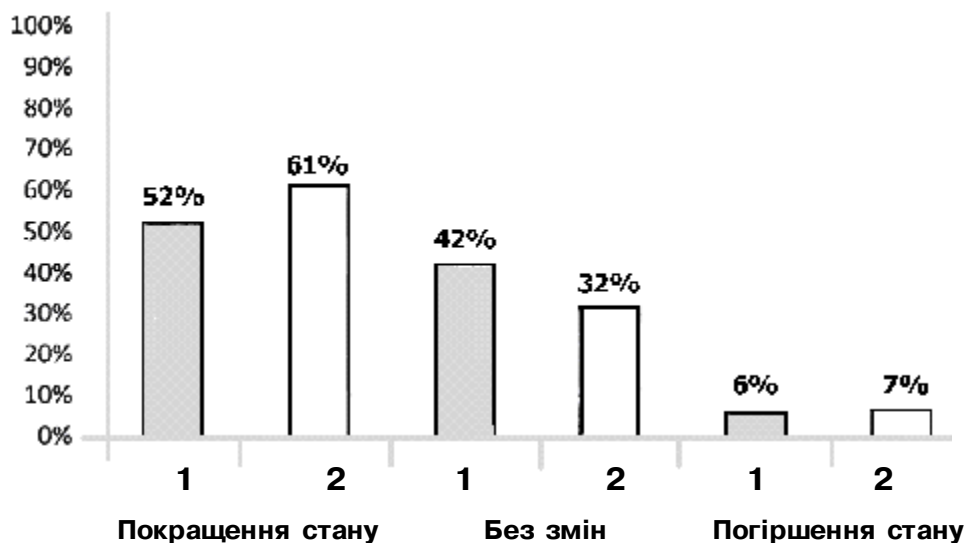


Рис. **Характеристика ефективності відновного лікування після ГІМ (1) та після ГПМК (2)**

Як видно з рисунку, виразне покращання клінічного і фізичного стану протягом перших 6 місяців реабілітаційного процесу мало місце у більшості хворих. Досить велика частка відсутності позитивної динаміки обумовлена великою кількістю хворих після гострого інфаркту міокарда, які належали до III –IV та IV функціональних класів.

Порівняння цих даних з результатами відновного лікування в інших сучасних центрах реабілітації показує, що організація та зміст реабілітації в центрі реабілітації ДНУ «НПЦ ПКМ»

відповідає сучасним вимогам. Поряд з цим існують можливості деякого поліпшення організації цієї роботи, передусім за рахунок більшої взаємодії спеціалістів різного медичного профілю на певних етапах відновного лікування.

Висновки

1. Важливим чинником підвищення ефективності відновного лікування в центрі реабілітації є комплексність застосування різних засобів реабілітації з урахуванням специфіки перебігу хвороби.

2. Послідовність використання тих чи інших методів ЛФК, фізіотерапії з урахуванням етапів відновлення є важливим фактором удосконалення організації реабілітації.

3. Використання окремих видів реабілітаційних засобів загального впливу, таких як масаж, деякі фізичні вправи динамічного характеру, психотерапевтичні методи, повинні поєднуватись при розробці стратегії реабілітації.

4. Можливості поглиблення індивідуального підходу повинні закладатись в систему органі-

зації співпраці спеціалістів різного профілю протягом всього періоду реабілітації.

5. Головним напрямком удосконалення реабілітаційного процесу в центрі реабілітації є залучення ряду сучасних технічних засобів, збільшення можливостей профільованих реабілітаційних впливів і моніторингу стану хворого у процесі реабілітації.

Перспективи подальших досліджень полягають у пошуку шляхів удосконалення організації реабілітації хворих із захворюваннями інших органів і систем.

Список літератури

1. *Бабов К. Д.* Физиотерапевтические методы в восстановительном лечении больных инфарктом миокарда в фазе реконвалесценции / К. Д. Бабов, Е. А. Пронина, Р. Н. Шульга // Мед. реабілітація, курортот. і фізіотерапія. – 2002. – № 2. – С. 30–33.
2. *Боголюбов В. М.* Медична реабілітація / В. М. Боголюбов. – М., 2007. – С. 417–436.
3. *Гудкова В. В.* Раннее восстановительное лечение больных с церебральным ишемическим инсультом / В. В. Гудкова, Е. А. Петрова, И. Н. Митрофанова // Consilium Medicum. – 2003. – 176 с.
4. *Демиденко Т. Д.* Методологические основы и организация реабилитационного лечения больных с сосудисто-мозговой патологией / Т. Д. Демиденко // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. – Л., 1982. – С. 348–354.
5. *Епіфанов В. А.* Реабілітація хворих, які перенесли інсульт / В. А. Епіфанов // Медпресінформ. – М., 2006. – 78 с.
6. *Кенц В. В.* Медична реабілітація та приватна фізіотерапія : навч. посібн. / В. В. Кенц, І. П. Шмакова, Є. О. Косоверов. – Одеса : Резон, 2001. – С. 169–170.
7. *Ковальчук В. В.* Основные принципы реабилитации больных, перенесших инсульт / В. В. Ковальчук, А. А. Скоромец // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007. – № 4. – С. 27–35.
8. *Мухін В. М.* Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література. – С. 136–219.
9. *Трошин В. Д.* Гострі порушення мозкового кровообігу / В. Д. Трошин, А. В. Густов. – М. – 365 с.
10. *Шмакова І. П.* Церебральная физиотерапия – актуальное направление в реабилитации больных с патологией нервной и сердечно-сосудистой систем. / И. П. Шмакова, И. Н. Гажий, А. А. Шаповалова // Вестн. физиотерапии и курортот. – 1999. – № 4. – С. 58–62.
11. *Яворская В. А.* Восстановление двигательных функций после инсульта: современный взгляд на лечение спастичности / В. А. Яворская, Ю. В. Фламин, А. В. Гребенюк // Укр. неврол. журн. – 2010. – № 2. – С. 20–30.
12. *Cardiac precautions for non-acute inpatient settings / Fletcher B. J., Dunbar S., Coleman j. [et al.] // Am. J. Phys. Med. Rehabil. – 1993. – Vol. 72 (3). – P. 140–143.*
13. *Cordonnier C.* Stroke: the bare essentials / C. Cordonnier, D. Leys // Practical Neurology. – 2008. – Vol. 8. – P. 263–272.
14. *Dobkin B. H.* Rehabilitation after stroke / B. H. Dobkin // N. Engl. J. Med. – 2005. – 352. – P. 1677–1684.
15. *Intercollegiate Stroke Working Party.* National Clinical Guideline for 'ft Stroke. – 3rd ed. – London : Royal College of Physicians, 2008.
16. *Paolucci S.* Mobility status after inpatient stroke rehabilitation: 1-year follow-up and prognostic factors / S. Paolucci, M. G. Grasso, G. Antonueei // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2001. – Vol. 82 (1). – P. 2–8.
17. *Stroke recovery and rehabilitation / ed. by J. Stein, R. L. Harvey, R. F. Macko [et al.] — New York : Demos Medical Publishing, 2009.*

ОРГАНІЗАЦІЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ГНУ «НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

Д. Д. Дячук, Л. Ю. Мельник (Киев)

На основании анализа работы центра реабилитации (ЦР) за последние три года представлены ключевые позиции организации процесса восстановительного лечения при наиболее распространенных осложнениях болезней сердечно-сосудистой системы – острым инфаркте миокарда и острым нарушении мозгового кровообращения. Представлены критерии оценки эффективности реабилитационных методик: ЛФК, физиотерапия, психологическая коррекция, иглорефлексотерапевтические методы и логопедическая коррекция. Подчеркивается важность комплексного их использования, индивидуального подбора методик восстановительного лечения и объединения усилий врачей разной специализации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: восстановительное лечение, центр реабилитации, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения.

THE ORGANIZATION OF REGENERATIVE TREATMENT IN THE SSE «SCIENTIFIC AND PRACTICAL CENTER OF PREVENTIVE AND CLINICAL MEDICINE»

D. D. Diachuk, L. Yu. Melnyk (Kyiv)

On the basis of the work analysis of the rehabilitation center (RC) for the last three years key positions of the process organization of regenerative treatment have been presented at the most widespread complications of cardiovascular system illnesses – myocardium sharp heart attack and sharp infringement of brain blood circulation. Criteria of efficiency estimation of rehabilitation methods have been presented: exercise therapy, physiotherapy, psychological correction, acupuncture methods and logopedic correction. Importance of their complex use, individual selection regenerative methods of treatment and association of doctors' efforts of different specialization has been underlined.

KEY WORDS: regenerative treatment, the rehabilitation center, a sharp heart attack of a myocardium, sharp infringement of brain blood circulation.

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

УДК 614.21:614.253

В. Й. ШАТИЛО, І. М. РОКІТЕНЕЦЬ, В. З. СВИРИДЮК (Житомир)

ПРОБЛЕМИ КОНФЛІКТІВ У МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ПІДХОДИ ДО ЇХ ПОПЕРЕДЖЕННЯ І ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Житомирський інститут медсестринства

Проведено дослідження серед медичних сестер, пацієнтів і студентів старших курсів Житомирського інституту медсестринства з метою визначення їх обізнаності з проблеми конфліктів у медичній практиці та можливих способів їх попередження та вирішення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медична практика, конфлікт, пацієнт, медичний персонал.

Науковий інтерес до проблеми конфлікту значно виріс останніми роками через підвищений загальний рівень конфліктності сучасного суспільства. Професійна діяльність медичних працівників тісно пов'язана із налагодженням міжособистісної взаємодії з пацієнтами. Нерозуміння медиком сутності та незнання особливостей взаємодії може призвести до виникнення конфліктної ситуації, що негативно впливає на ефективність лікувального процесу.

На думку сучасних дослідників, людину із суспільством пов'язує розгалужена система зв'язків. Основними їх елементами є суб'єкти зв'язку, предмет зв'язку й механізм свідомого регулювання взаємин між суб'єктами. Конкретний зв'язок відбувається у формі контакту і власне взаємодії. Процес взаємодії не завжди відбувається в бажаному напрямі. Між людьми, які контактують, можуть виникнути часткові суперечності, а може виявлятися й антагонізм позицій, породжений наявністю у них цінностей, цілей і мотивів, що взаємозаперечуються. Тоді стосунки ускладню-

ються до такої міри, що говорять про виникнення міжособистісного конфлікту. Конфлікт розглядається як зіткнення протилежних поглядів, інтересів і дій окремих людей та груп [8;9].

На психологічному рівні суперечність проявляється в сильних негативних переживаннях учасників конфліктної взаємодії, в негативних емоціях, стресах, розчаруваннях, відчутті провини, в змінах системи стосунків і цінностей, в незвичайних проявах поведінки: сутяжництво, звертання до найвищих інстанцій, самогубство. Якщо конфлікт своєчасно не вирішується, то це може призвести до неврозів, хворобливих станів, стійкого розладу стосунків (ворожнечі) між учасниками конфлікту.

Конфлікти охоплюють всі сфери людських відносин. До найпоширеніших психологічних конфліктів належать міжособистісні конфлікти. У дослідженнях українських вчених доведено, що єдиного загальноприйнятого визначення сутності поняття „конфлікт” ще немає. Так С. Д. Максименко визначає його як суперечність, що виникає між людьми у зв'язку з розв'язанням тих чи інших питань соціального чи особистого жит-

тя [6]. А. В. Петровський, М. Г. Ярошевський розкривають конфлікт як зіткнення протилежно спрямованих, несумісних одна з одною тенденцій в міжособистісних відносинах, пов'язаних з гострими негативними емоційними переживаннями [9]. В. І. Войтко – як крайнє загострення суперечностей, зіткнення осіб, їхніх ідей, інтересів, потреб, оцінок, рівня прагнень, домагань тощо [10]. А. А. Урбанович – як зіткнення протилежних інтересів (цілей, позицій, думок, поглядів) на ґрунті суперництва, при якому відсутнє взаєморозуміння та присутні гострі емоційні переживання [11]. Узагальнюючи вищенаведені визначення понять, І. М. Коновальчук робить висновок, що міжособистісний конфлікт – це протистояння, зіткнення ідей, поглядів, цілей, інтересів, потреб, оцінок, рівня прагнень, домагань суб'єктів взаємодії, що сприймається як значуща життєва проблема, яка вимагає свого розв'язання і викликає активність щодо її подолання [3].

С. М. Емельянов серед великого розмаїття причин конфлікту виділяє загальні (соціально-політичні, економічні, соціально-демографічні, соціально-психологічні, індивідуально-психологічні) та часткові (незадоволеність умовами діяльності, порушення службової етики, порушення трудового законодавства, обмеженість ресурсів, різниці в цілях, цінностях, засобах досягнення цілей) причини [2].

О. В. Морозов основні причини конфліктів умовно поділив на три групи:

1) ті, які обумовлені трудовим процесом;

2) викликані психологічними особливостями людських взаємовідносин;

3) ті, що полягають в особистісних рисах людей.

На думку Г. В. Ложкіна, особистісним фактором виникнення конфліктів є рівень конфліктності особистості. Коли цей рівень високий, говорять про конфліктну особистість, яка схильна до конфліктних взаємовідносин [5].

Проблема здоров'я людини, зрушення в нервово-психологічному стані, численні ситуації, які виникають в процесі надання медичної допомоги, викликають незадоволення і скарги пацієнтів. Володіння медичними працівниками продуктивними способами міжособистісної взаємодії у ситуації конфлікту виступає однією з найважливіших складових лікувально-діагностичного процесу, що і обумовило актуальність нашого дослідження.

Метою роботи є вивчення причин виникнення конфліктів у медичній галузі, обґрунтування та розроблення практичних рекомендацій з реалізації індивідуального підходу до конструктивної взаємодії з пацієнтами в конфліктних ситуаціях.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося шляхом опитування респондентів, для чого було розроблено 3 види анкет: для прак-

тикуючих медичних сестер, для пацієнтів та для студентів вищих медичних навчальних закладів з використанням методологічних підходів вітчизняних та зарубіжних авторів (О. С. Вітенко, Н. В. Гришина, Р. Marshall) [4;12].

За допомогою медико-соціологічного дослідження передбачалось визначити рівень знань з конфліктології, визначити рівень володіння необхідними практичними навичками для вирішення конфліктних ситуацій та визначити найбільш вірогідні причини конфлікту між медичним персоналом та пацієнтами. Для цього опитано 100 практикуючих медичних сестер, 100 пацієнтів і 50 студентів старших курсів Житомирського інституту медсестринства.

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі опитано 100 практикуючих медичних сестер. Всі опитані – жінки віком від 25 до 55 років.

Важливим аспектом проблеми є розуміння опитуваними сутності проблеми конфліктології. На питання: «Що є конфліктом і якими параметрами оцінюють медичні сестри сам конфлікт?» отримано наступні відповіді:

- бесіда, в якій можна висловити свою думку – 35,0±4,8%;
- суперечка різних поглядів – 27,0±4,4%;
- дискусія, де можна виявити свою правоту – 25,0±4,3%;
- зіткнення інтересів – 13,0±3,4%.

Медична сестра обирала спосіб поведінки в ситуації, коли між нею і пацієнтом виникнуть протиріччя:

- забуде про ситуацію, щоб уникнути конфлікту – 47,0±5,0%;
- спробує мирний шлях вирішення проблеми – 30,0±4,6%;
- спробує об'єктивно розібратися в конфліктній ситуації – 13,0±3,4%;
- буде до кінця відстоювати свою точку зору – 10,0±3,0%.

Дії медичної сестри в ситуації, коли пацієнт порушив режим лікувального закладу:

- зроблю зауваження – 43,0±5,0%;
- доповім керівництву про порушення – 37,0±4,8%;
- поясню про правила в лікарні, які порушувати не дозволено, – 14,0±3,4%;
- не візьму до уваги – 6,0±2,4%.

Чи ставлять пацієнти, на думку медичної сестри, занадто високі вимоги до її роботи:

- це буває часто – 5,0±2,2%;
- такі випадки траплялися – 69,0±4,6%;
- конфліктів не було – 26,0±4,4%;
- пам'ятаю лише поодинокі випадки – 25,0±4,4%;

Причиною конфліктів з пацієнтом, на думку медичних сестер, є:

- високі вимоги пацієнта до роботи медичної сестри – 41,0±4,9%;
- психологічна несумісність медичної сестри і пацієнта – 29,0±4,6%;
- неухвалене ставлення до пацієнтів – 18,0±3,8%;
- технічний брак при виконанні маніпуляцій – 12,0±3,2%.

За результатами тестування практикуючих медичних сестер можна зробити два важливі висновки:

1. Основною причиною конфліктів є високі вимоги пацієнтів до роботи медсестри і психологічна несумісність медсестри і пацієнта.

2. Практикуючі медичні сестри недостатньо орієнтуються в поняттях конфлікту, його причинах, основних компонентах.

Результати медико-соціологічного дослідження серед пацієнтів показали наступне. У дослідженні взяли участь 100 пацієнтів: 58 жінок та 42 чоловіків віком від 20 до 78 років. Думка пацієнтів щодо часу, який медична сестра приділяє на виконання медичних маніпуляцій, наступна:

- не завжди приділяється достатньо часу – 65,0±4,6%;
- майже не приділяє – 23,0±4,4%;
- приділяється достатньо часу – 12,0±3,2%.

Чи дотримуються медичні сестри правил конфіденційності щодо хвороби, стану пацієнта, методів його лікування:

- так – 43,0±5,0%;
- ні – 36,0±4,8%;

- зі мною такого не траплялося, але я знаю про такі випадки – 21,0±4,3%.

Задоволеність пацієнтів обов'язками, які виконує медична сестра:

- задовольняє частково – 84,0±3,7%;
- повністю задовольняє – 8,0±3,0%;
- вважаю їх роботу незадовільною – 8,0±3,0%.

Причинами конфліктів між медичною сестрою і пацієнтами, на думку пацієнтів, є:

- особливості характеру медсестри (психологічна несумісність) – 38,0±4,9%;
- неповна інформація про медичні маніпуляції – 30,0±4,8%;
- технічний брак при виконанні маніпуляцій – 26,0±4,4%;
- немає конфліктів – 6,0±2,4%.

Висновки за результатами соціологічного дослідження серед пацієнтів:

1. Незадоволеність роботою медичної сестри часто обумовлена психологічною несумісністю.

2. Медичні сестри не завжди надають повну інформацію пацієнту про медичні маніпуляції, що ними проводяться.

Дослідження серед студентів старших курсів Житомирського інституту виявило, що між практикуючими медичними сестрами і студентами не існує статистично вірогідної різниці за жодним з досліджуваних питань.

Порівняльний аналіз суб'єктивної оцінки причин конфліктів між медичними сестрами і пацієнтами наведено у таблиці.

Таблиця. Порівняння питомої ваги причин конфліктів за суб'єктивною оцінкою медичних сестер і пацієнтів

Назва показника				р
Медичні сестри	Питома вага, %	Пацієнти	Питома вага, %	
Конфліктів ніколи не виникало	26,0±4,4	Конфліктів ніколи не виникало	6,0±2,4	<0,01
Психологічна несумісність	29,0±4,6	Психологічна несумісність	38,0±4,8	>0,05
Технічний брак при виконанні маніпуляцій	12,0±3,2	Технічний брак при виконанні маніпуляцій	26,0±3,2	<0,01
Неухвалене ставлення до пацієнта	18,0±3,8	Неповна інформація з боку медичної сестри про маніпуляцію, що виконується	30,0±3,8	<0,01
Високі вимоги з боку пацієнтів	41,0±4,9	Медичні сестри не приділяють достатньо часу пацієнтам при виконанні своїх обов'язків	65,0±4,6	<0,01

Лише за показником психологічної несумісності не виявлено статистично вірогідної різниці між суб'єктивною оцінкою причин конфліктів медичними сестрами і пацієнтами. Хоча сама наявність такого негативного психологічного феномену майже у третині випадків свідчить про високу конфліктність як медичних сестер, так і пацієнтів.

За всіма іншими показниками різниця між медичними сестрами і пацієнтами статистично вірогідна. При цьому лише 6,0% пацієнтів, незважаючи на досить високу питому вагу технічного браку при виконанні медичними сестрами маніпуляцій (12,0% за оцінкою медсестер і 26,0% за оцінкою пацієнтів) і неухвалене ставлення до пацієнтів (18,0% за оцінкою медсестер і 30,0%

за оцінкою пацієнтів), ніколи не мали справу з конфліктними ситуаціями в медицині.

Основна причина конфліктів між медсестрами і пацієнтами лежить в площині міжособистісної взаємодії. На думку медичних сестер, це високі вимоги з боку пацієнтів (41,0% опитаних медсестер), а на думку хворих медичні сестри не приділяють достатньо часу пацієнтам при виконанні своїх обов'язків (65,0% опитаних пацієнтів).

Висновки

Таким чином, з метою попередження конфліктних ситуацій у стосунках медичного персоналу і пацієнтів:

1. Медичним сестрам необхідно:

- удосконалювати як теоретичні знання з конфліктології, так і практичні навички безконфліктної взаємодії;

- більше уваги приділяти етико-деонтологічним аспектам у професійній діяльності – надавати повну інформацію стосовно маніпуляцій та психологічно готувати до них пацієнтів;

- для зменшення технічного браку при виконанні сестринських маніпуляцій постійно працювати над підвищенням професійного рівня.

2. Питання конфліктології повинні бути в полі зору керівної ланки закладів охорони здоров'я та займати чільне місце в до- і післядипломній освіті медсестер, що становить **перспективи подальших досліджень**.

Список літератури

1. Гришина Н. В. Психология конфликта / Н. В. Гришина. – СПб. : Питер, 2001. – 464 с.
2. Емельянов С. М. Практикум по конфликтологии / С. М. Емельянов. – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб. : Питер, 2004. – 400 с.
3. Ковальчук І. М. Соціально-психологічні причини конфліктів в міжособистісній взаємодії / Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. «Менеджмент у медсестринстві», (22 жовт. 2010 р., Житомир). – Житомир, 2010. – С. 61–66.
4. Конфликтология : учебн. для вузов / В. П. Ратников [и др.]. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2001. – 230 с.
5. Ложкин Г. В. Практическая психология конфликта : учебн. пособ. / Г. В. Ложкин, Н. И. Повякель. – К., 2000. – 256 с.
6. Максименко С. Д. Загальна психологія : навч. посібн. / С. Д. Максименко, В. О. Соловієнко. – К. : МАУП, 2000. – 256 с.
7. Назар П. С. Основи медичної етики / П. С. Назар, Ю. Г. Віденський, О. А. Грандо. – К. : Здоров'я, 2009.
8. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія : посібн. / Л. Е. Орбан-Лембрик. – К. : Академвидав, 2003. – 448 с.
9. Психология. Словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Политиздат, 1990. – 494 с.
10. Психологічний словник / за ред. В. І. Войтка. – К., 1982. – С. 96–97.
11. Урбанович А. А. Психология управления : учеб. пособ. / А. А. Урбанович. – Мн. : Харвест, 2003. – 640 с.
12. Юсім Ю. Д. Основи соціального партнерства. Лекційний курс. (Конфліктологія) / Ю. Д. Юсім. – Тернопіль : ТДПУ, 2004. – 200 с.

ПРОБЛЕМЫ КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ: ПОДХОДЫ К ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

В. Й. Шатило, І. М. Рокитенец, В. З. Свиридюк (Житомир)

Проведено дослідження серед медичних сестер, пацієнтів і студентів старших курсів Житомирського інституту медсестринства з метою визначення їх осведомленості по проблемі конфліктів в медичній практиці і можливих способів їх запобігання і рішення.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: медична практика, конфлікт, пацієнт, медичний персонал.

PROBLEMS OF CONFLICTS IN MEDICAL PRACTICE: APPROACHES TO THEIR PREVENTION AND WAYS OF THE DECISION

V. Ya. Shatylo, I. N. Rokytenets, V. Z. Svyrydiuk (Zhytomyr)

Research among medical sisters, patients and students of senior courses has been conducted. The purpose of determination is their knowledge on issue of conflicts in medical practice and possible ways of their prevention and decision.

KEY WORDS: medical practice, conflicts, patients, medical staff.

Рецензент: д-р наук з держ. упр., доц. Н. П. Крижина

Л. В. ДІДЕНКО (Київ)

ДИНАМІКА ТА СТРУКТУРА ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В УМОВАХ ПЕРЕХОДУ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ АРМІЇ

Центральна військово-лікарська комісія МО України

Досліджувалася готовність особового складу Збройних Сил України до виконання функціональних обов'язків на основі вивчення динаміки та структури госпіталізації всіх категорій військовослужбовців. Встановлена висока госпіталізація військовослужбовців за окремими класами хвороб свідчить про недостатній рівень їхнього здоров'я, що негативно впливає на боєздатність та в подальшому на придатність до військової служби. Визначені пріоритетні напрямки змін в організації процесу комплектування Збройних Сил України людськими ресурсами в умовах переходу до професійної армії, зокрема удосконалення критеріїв придатності до військової служби.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: військовослужбовці, госпіталізація, оптимізація комплектування збройних сил, критеріїв придатності до військової служби.

Нині професійні армії мають понад 50 держав світу – як високорозвинені країни (США, Канада, Велика Британія, Австралія, Японія), так і ті, що мають дещо нижчий економічний потенціал (Індія, Пакистан, Нігерія, Філіппіни).

Майже 80 держав продовжують комплектувати свої збройні сили за призовом, чотири мають змішану систему комплектування, а у Швейцарії збройні сили комплектуються за міліційним принципом, що передбачає загальний військовий обов'язок. Відмовилися чи найближчим часом планують відмовитися від системи призову 15 держав – членів НАТО. Традиційну систему комплектування збройних сил прагнуть зберегти Болгарія, Данія, Німеччина (хоча прийнято рішення збільшити набір волонтерів), Греція, Литва, Норвегія, Польща, Туреччина й Естонія [7–9].

У сучасних умовах комплектування національних збройних сил (США, Англії, Канади, частково ФРН та інших) здійснюється шляхом найму громадян на основі контрактів, які укладаються на різні терміни (у США – від 3-х до 6-ти років, у ФРН – від 3-х до 15-ти років). Після закінчення дії контракту його можуть продовжити на новий термін. У деяких країнах існує практика створення спеціальних військових формувань шляхом вербування найманців з інших країн (Південно-Африканська Республіка) [7–9].

Указом Президента України від 17 квітня 2002 року №348/2002 затверджена Державна програма переходу Збройних Сил України (ЗС України) до комплектування військовослужбовцями, які проходять військову службу за контрактом, що регламентує перехід Збройних Сил України до комплектування військовослужбовцями за контрактом [3;6;12].

Перехід ЗС України до комплектування військовослужбовцями контрактної служби повинен дати можливість утримувати їх такими, структура і чисельність яких відповідатимуть економічним можливостям держави та завданням щодо її оборони, підвищити бойову готовність та вимоги до особового складу. У зв'язку з цим виникла необхідність дослідити готовність особового складу ЗС України до виконання функціональних обов'язків за станом здоров'я, зокрема на основі поглибленого вивчення особливості динаміки та структури госпіталізації військовослужбовців.

Стан здоров'я військовослужбовців у цілому та причини їх госпіталізації зокрема стали предметом багатьох досліджень з проблем військової медицини (Білий В.Я. зі співавт., 2000; Варус В.І., 2001; Маркович І.Ф., 2003; Бібік Т.А. зі співавт., 2005, 2007; Шекера О.Г. зі співавт., 2007; Захараш М.П. зі співавт., 2008) [1;2;4;5;10;11;13]. Однак в цих працях не досліджувалися динаміка та структура госпіталізації різних категорій військовослужбовців за окремими класами хвороб, її вплив на їхню боєздатність та в подальшому на придатність до військової служби і готовність служити в ЗС України за контрактом або на професійній основі.

Основними статистичними одиницями обліку, які використовуються при вивченні готовності особового складу ЗС України за станом здоров'я до виконання функціональних обов'язків є: група стану здоров'я військовослужбовця, число захворілих військовослужбовців, первинне звернення, випадок госпіталізації, випадок працевтрат, тривалість випадку працевтрат та випадок звільнення військовослужбовців з приводу хвороби із збройних сил. Випадком госпіталізації вважається розміщення військово-

вослужбовця на стаціонарне лікування або обстеження в лікувальному закладі, включаючи лазарет медичного пункту частини, під час якого особовий склад не може виконувати функціональні обов'язки за станом здоров'я.

Таким чином, при переході збройних сил до комплектування військовослужбовцями контрактної служби є актуальним вивчення динаміки та структури госпіталізації різних категорій військовослужбовців за окремими класами хвороб в умовах переходу до професійної армії.

Метою дослідження було вивчення динаміки та структури госпіталізації всіх категорій військовослужбовців ЗС України за класами хвороб за 2001–2010 рр.

Матеріали і методи. Вивчення динаміки та структури госпіталізації різних категорій військовослужбовців за МКХ-10 проводилося на основі аналізу звітної документації (ф. 2 мед., ф. 3 мед.)

за 2001–2010 рр. з використанням ретроспективного епідеміологічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз багаторічної динаміки працевтрат військовослужбовців строкової служби показав, що в 2001–2010 рр. рівень госпіталізації військовослужбовців строкової служби зростав від 1001,1 на 1000 військовослужбовців в 2004 р. до 1935,8 в 2008 р. (рис.).

Середній темп приросту госпіталізації військовослужбовців строкової служби протягом 2001–2010 рр. становив +3,49%.

За результатом проведеного аналізу структури причин госпіталізації військовослужбовців строкової служби в 2001–2010 рр. встановлено, що за рівнем госпіталізації (I–XXI класи) перше місце займали хвороби органів дихання (X клас), які у структурі госпіталізації становили 52,74% (табл. 1).

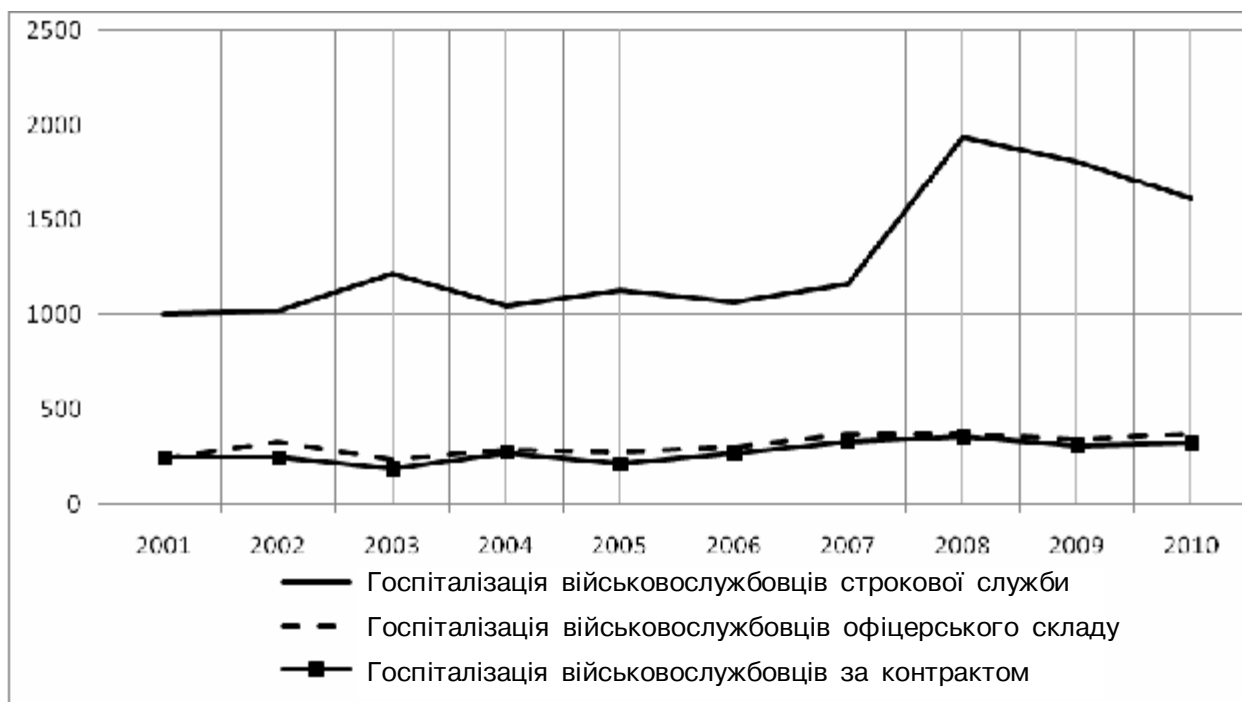


Рис. Динаміка госпіталізації військовослужбовців ЗС України в 2001–2010 рр.

Друге місце за рівнем госпіталізації військовослужбовців строкової служби посіли хвороби шкіри та підшкірної клітковини (XII клас), які у структурі госпіталізації становили 17,88% (табл. 1). Третє місце за рівнем госпіталізації військовослужбовців строкової служби займали хвороби органів травлення (XI клас), у структурі госпіталізації вони становили 7,50%. Четверте місце за рівнем госпіталізації військовослужбовців строкової служби займали інфекційні та паразитарні хвороби (I клас), у структурі госпіталізації вони становили 7,24%. П'яте місце за рівнем госпіталізації військовослужбовців строкової служби займали хвороби кістково-м'язової системи та

сполучної тканини (XIII клас), в структурі госпіталізації вони становили 2,38%.

Середній темп приросту госпіталізації військовослужбовців офіцерського складу протягом 2001–2010 рр. становив +2,13% (рис.). Зокрема показник її збільшився від 237,8 на 1000 військовослужбовців в 2001 р. до 371,3 у 2007 р.

За результатом аналізу динаміки госпіталізації військовослужбовців офіцерського складу встановлено, що за рівнем госпіталізації (I–XXI класи) в 2001–2010 рр. перше місце займали хвороби органів дихання (X клас), в структурі госпіталізації вони становили 24,03% (табл. 2).

Таблиця 1. Структура госпіталізації військовослужбовців строкової служби ЗС України за класами хвороб в 2001–2010 рр. (%)

№	Клас хвороб	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Середній багатолітний
I	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	7,32	8,88	6,42	10,75	6,21	7,64	6,12	5,13	6,50	7,41	7,24
II	Новоутворення	0,33	0,34	0,26	0,29	0,36	0,26	0,24	0,19	0,25	0,27	0,28
III	Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,04	0,05	0,02	0,03	0,02	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	0,02
IV	Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	0,15	0,16	0,09	0,12	0,14	0,07	0,11	0,06	0,09	0,10	0,11
V	Розлади психіки та поведінки	1,04	1,16	0,91	1,07	1,27	1,21	0,93	0,76	0,96	0,70	1,00
VI	Хвороби нервової системи	1,44	1,52	1,47	0,99	2,03	1,20	1,36	1,30	1,37	1,59	1,43
VII	Хвороби ока та його придаткового апарату	1,55	1,87	1,69	2,07	1,87	1,59	1,55	1,75	1,66	2,48	1,81
VIII	Хвороби вуха та соскоподібного відростка	1,63	1,97	1,76	2,06	2,29	1,98	1,85	2,63	2,15	3,50	2,18
IX	Хвороби системи кровообігу	2,02	2,29	1,95	1,89	2,18	1,89	1,78	1,83	1,82	1,77	1,94
X	Хвороби органів дихання	53,40	47,24	52,61	46,61	47,50	51,54	53,32	61,06	55,42	58,65	52,74
XI	Хвороби органів травлення	8,19	3,29	6,77	10,90	10,06	6,76	8,28	6,11	7,53	7,12	7,50
XII	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	16,55	23,33	18,75	16,84	18,94	20,05	19,70	14,45	17,02	13,16	17,88
XIII	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	2,33	3,28	3,55	2,70	2,48	2,45	2,45	2,05	2,17	0,29	2,38
XIV	Хвороби сечостатевої системи	1,92	2,07	1,41	1,63	1,87	1,47	1,12	1,46	1,39	1,23	1,56
XV	Вагітність, пологи та післяпологовий період	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0	0,00
XVII	Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	0,06	0,10	0,02	0,02	0,04	0,02	0,03	0,03	0,04	0,02	0,04
XVIII	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	0,41	0,68	0,09	0,64	0,51	0,29	0,20	0,29	0,29	0,34	0,37
XIX	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	1,23	1,31	1,86	0,95	0,79	0,98	0,60	0,63	0,72	0,61	0,97
XXI	Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я	0,40	0,46	0,38	0,45	1,43	0,59	0,36	0,24	0,57	0,74	0,56
Усього за класами I–XXI		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Друге місце за рівнем госпіталізації військовослужбовців офіцерського складу посіли хвороби органів травлення (XI клас), у структурі госпіталізації вони становили 17,47%. Третє місце за рівнем госпіталізації військовослужбовців офіцерського складу займали хвороби системи кровообігу (IX клас), у структурі госпіталізації вони становили 14,28%. Четверте місце за рівнем гос-

піталізації військовослужбовців офіцерського складу займали хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (XIII клас), в структурі госпіталізації вони становили 10,69%. П'яте місце за рівнем госпіталізації військовослужбовців офіцерського складу займали хвороби нервової системи (VI клас), у структурі госпіталізації вони становили 7,33%.

Серед військовослужбовців за контрактом в 2001–2010 рр. також спостерігалася статистично достовірна помірна тенденцію до зростання госпіталізації, середній темп приросту їх становив +2,43% (рис.). Зокрема показник госпіталізації зріс від 187,3 на 1000 військовослужбовців в 2003 р. до 356,6 в 2008 р.

За результатом аналізу динаміки госпіталізації військовослужбовців за контрактом встановлено, що за рівнем госпіталізації (I-XXI класи) в 2001–2010 рр. перші п'ять місць посіли хвороби органів дихання (X клас) – 27,57%, хвороби

органів травлення (XI клас) – 16,04%, хвороби системи кровообігу (IX клас) – 10,27%, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (XIII клас) – 8,57%, хвороби сечостатевої системи (XIV клас) – 7,79% (табл. 3).

Слід зазначити, що для виявлення всіх чинників, які впливають на стан здоров'я військовослужбовців під час служби, та надання науково обґрунтованих рекомендацій щодо поліпшення процесу комплектування ЗС України людськими ресурсами при переході на професійну основу необхідно провести комплекс досліджень

Таблиця 2. Структура госпіталізації офіцерів ЗС України по класам хвороб в 2001–2010 рр. (%)

№	Клас хвороб	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Середній багаторічний
I	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	3,53	3,03	3,08	2,86	2,40	2,62	2,65	2,64	2,54	2,20	2,76
II	Новоутворення	1,35	0,81	1,03	1,00	1,23	1,01	0,86	0,88	0,84	1,03	1,00
III	Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,21	0,06	0,13	0,14	0,07	0,10	0,12	0,19	0,20	0,22	0,14
IV	Ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин	0,97	0,60	0,90	0,89	0,91	0,62	0,66	0,72	0,78	0,71	0,78
V	Розлади психіки та поведінки	1,77	1,29	1,20	1,07	0,80	1,83	1,99	1,12	2,02	1,11	1,42
VI	Хвороби нервової системи	6,35	6,61	8,01	5,82	12,82	5,33	7,03	6,50	6,35	8,52	7,33
VII	Хвороби ока та його придаткового апарату	2,02	1,62	2,14	1,79	1,74	1,73	1,90	1,60	1,73	2,41	1,87
VIII	Хвороби вуха та соскоподібного відростка	1,77	1,83	2,74	1,82	1,74	2,03	2,85	2,53	2,14	2,74	2,22
IX	Хвороби системи кровообігу	11,65	12,58	14,91	15,00	14,49	13,94	8,67	17,73	17,18	16,68	14,28
X	Хвороби органів дихання	31,97	32,34	21,17	23,23	21,35	25,97	24,48	20,26	19,46	20,02	24,03
XI	Хвороби органів травлення	18,58	17,27	18,81	19,72	15,32	16,85	18,52	16,66	16,63	16,30	17,47
XII	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4,21	4,77	5,70	5,13	4,76	6,51	6,94	5,12	5,95	5,37	5,45
XIII	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8,28	8,08	8,57	10,29	10,49	10,50	13,74	14,08	11,41	11,42	10,69
XIV	Хвороби сечостатевої системи	5,26	4,98	5,48	4,75	5,81	5,04	5,44	6,19	6,18	4,83	5,40
XV	Вагітність, пологи та післяпологовий період	0,34	0,12	0,13	0,14	0,18	0,20	0,32	0,13	0,09	0	0,17
XVII	Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	0,08	0,03	0,00	0,03	0,00	0,03	0,03	0,05	0,06	0,03	0,03
XVIII	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	0,25	0,09	0,34	0,31	0,07	0,10	0,03	0,11	0,14	0,08	0,15
XIX	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	0,21	2,73	3,90	2,79	2,07	2,75	2,39	2,13	2,54	2,52	2,40
XXI	Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я	1,22	1,14	1,76	3,23	3,74	2,85	1,38	1,36	3,75	3,80	2,42
Усього за класами I-XXI		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00

Таблиця 3. Структура госпіталізації військовослужбовців за контрактом ЗС України по класам хвороб в 2001-2010 рр.(%)

№	Клас хвороб	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Середній багаторічний
I	Інфекційні та паразитарні хвороби	3,35	4,79	4,16	3,62	3,30	4,15	3,04	3,34	2,55	2,63	3,49
II	Новоутворення	0,77	1,05	1,07	1,22	1,70	1,00	0,69	1,19	0,97	1,12	1,08
III	Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,08	0,28	0,21	0,30	0,24	0,41	0,30	0,17	0,23	0,25	0,25
IV	Ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин	0,57	0,81	0,59	0,70	0,99	0,93	0,54	0,77	0,74	0,81	0,75
V	Розлади психіки та поведінки	1,31	1,50	1,17	0,59	0,66	1,82	1,62	1,08	1,87	1,43	1,31
VI	Хвороби нервової системи	3,79	5,43	5,93	4,32	5,80	5,11	5,74	5,02	6,12	7,71	5,50
VII	Хвороби ока та його придаткового апарату	1,43	1,42	1,82	1,77	1,08	1,93	1,71	1,32	1,58	1,80	1,59
VIII	Хвороби вуха та соскоподібного відростка	1,22	1,91	2,14	1,33	1,56	2,48	2,71	2,59	2,26	2,70	2,09
IX	Хвороби системи кровообігу	9,69	9,94	9,98	11,95	11,08	9,56	9,35	10,46	10,02	10,69	10,27
X	Хвороби органів дихання	36,13	28,26	24,99	24,93	27,06	24,13	27,65	30,27	26,65	25,59	27,57
XI	Хвороби органів травлення	17,30	17,27	16,55	17,79	19,38	15,64	14,01	12,89	13,70	15,86	16,04
XII	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	7,12	7,38	8,28	7,60	5,28	9,79	8,90	7,48	7,41	8,43	7,77
XIII	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	5,71	7,30	9,29	8,60	7,64	9,08	10,28	10,40	8,31	9,08	8,57
XIV	Хвороби сечостатевої системи	7,73	7,95	8,01	7,49	8,44	8,01	7,15	7,70	8,41	7,03	7,79
XV	Вагітність, пологи та післяпологовий період	0,45	0,61	0,91	0,92	0,80	1,19	1,62	0,91	0,93	0	0,83
XVII	Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	0,08	0,12	0,16	0,30	0,19	0,07	0,03	0,06	0,06	0,09	0,12
XVIII	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	0,24	0,20	0,48	0,22	0,19	0,41	0,06	0,14	0,52	0,19	0,27
XIX	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	2,65	3,16	3,31	2,36	2,12	3,00	2,13	2,40	2,48	2,63	2,62
XXI	Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я	0,37	0,61	0,96	4,01	2,50	1,30	2,46	1,82	5,19	1,98	2,12
Усього за класами I-XXI		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

причин працевтрат та звільнень серед різних категорій військовослужбовців.

Перспективи подальших досліджень полягають у комплексному дослідженні стану здоров'я військовослужбовців та причин працевтрат і звільнень серед різних категорій військовослужбовців та розробка і впровадження науково обґрунтованих нових критеріїв придатності їх до військової служби на основі отриманих результатів.

Висновки

1. Встановлено, що госпіталізація серед всіх категорій військовослужбовців ЗС України в 2001–2010 рр. мала статистично достовірну по-

мірну тенденцію до зростання: від 1001,1 на 1000 військовослужбовців строкової служби в 2001 р. до 1935,8 в 2008 р., від 237,8 на 1000 військовослужбовців офіцерського складу в 2001 р. до 371,3 в 2007 р., від 187,3 на 1000 військовослужбовців за контрактом в 2003 р. до 356,6 у 2008 р.

2. Виявлено, що в 2001–2010 рр. найвищі рівні госпіталізації реєструвалися серед військовослужбовців строкової служби, середній багаторічний показник якої становив 1296,25 на 1000 військовослужбовців.

3. Визначено, що за рівнем госпіталізації (I-XXI класи) в 2001–2010 рр. перші п'ять місць

серед військовослужбовців строкової служби займали відповідно хвороби органів дихання (52,74%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (17,88%), хвороби органів травлення (7,50%), інфекційні та паразитарні хвороби (78,24%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (2,38%).

4. Встановлено, що за рівнем госпіталізації (I–XXI класи) в 2001–2010 рр. перші чотири місця серед військовослужбовців офіцерського складу та за контрактом займали хвороби органів дихання (24,03% і 27,57% відповідно), хвороби органів травлення (17,47% і 16,04%), хвороби системи кровообігу (14,28% та 10,27%),

хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (10,69% та 8,57%). П'яте місце серед військовослужбовців офіцерського складу та за контрактом займали хвороби нервової системи (7,33%) та хвороби сечостатевої системи (7,79%) відповідно.

5. В умовах переходу до професійної армії отримані результати є складовою комплексного дослідження стану здоров'я військовослужбовців та причин захворюваності, працевтрат та звільнень серед різних категорій військовослужбовців і можуть бути використані для розробки та впровадження науково обґрунтованих нових критеріїв придатності їх до військової служби.

Список літератури

1. 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.
2. 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.
3. Біла книга України 2009. Оборонна політика України : [щорічник]. – К. : МО України, 2010. – 92 с.
4. Білий В. Я. Концепція професійного здоров'я військовослужбовців у Програмі будівництва та розвитку ЗС України / В. Я. Білий, О. О. Сохін, М. М. Вовкодав [та ін.] // Наука і оборона. – 2000. – № 3. – С. 22–26.
5. 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.
6. Державна програма розвитку Збройних Сил України на 2006-2011 роки (основні положення). – К. : НАОУ, 2005. – 40 с.
7. Климин А. Некоторые аспекты совершенствования резервных компонентов СВ США в современных условиях / А. Климин // Заруб. военное обозрение. – 2001. – № 5. – С. 33–36.
8. Комплектування особового складу військовослужбовцями за контрактом // Біла книга України 2007. Оборонна політика України : [щорічник; за ред. Центру Разумкова] // Військо України. – № 2 (92). – 2008. – С. 9–11.
9. Контрактна служба: досвід, проблеми, перспективи / Н. А. Агаєв, Є. С. Литвиненко, М. О. Карпов, В. В. Єфімова [та ін.]. – К. : РОСА, 2005. – 140 с.
10. 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.
11. 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.
12. Стратегічний оборонний бюлетень України на період до 2015 року (Біла книга України) : [щорічник]. – К. : Аванпост-прім, 2004. – 96 с.
13. Шекера О. Г. Медико-демографічні аспекти комплектування Збройних Сил України / О. Г. Шекера, В. Ф. Москаленко. – К. : ЕКМО, 2007. – 184 с.

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АРМИИ

Л. В. Диденко (Киев)

Исследовалась готовность личного состава Вооруженных Сил Украины к выполнению функциональных обязанностей на основе изучения динамики и структуры госпитализации всех категорий военнослужащих. Установленная высокая госпитализация военнослужащих по отдельным классам заболеваний свидетельствует о недостаточном уровне их здоровья, что негативно влияет на боеспособность и в дальнейшем на пригодность к военной службе. Определены приоритетные направления изменений в организации процесса комплектования Вооруженных Сил Украины человеческими ресурсами в условиях перехода к профессиональной армии, в частности усовершенствование критериев пригодности к военной службе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **военнослужащие, госпитализация, оптимизация комплектования вооруженных сил, критерии годности к военной службе.**

OPERATIONAL READINESS OF PERSONNEL OF ARMED FORCES OF UKRAINE: PECULIARITIES OF DYNAMICS AND STRUCTURE OF SERVICEMEN HOSPITALIZATION

L. V. Didenko (Kyiv)

Operational readiness of personnel Armed Forces of Ukraine has been studied in the article based on dynamics peculiarities and hospitalization structure of all categories of servicemen. The established high rates of hospitalization

related to specific classes of diseases indicate low health condition of servicemen which has a negative impact on their combat readiness and further fitness for military service. Priority directions in the completing process of Armed Forces of Ukraine with human resources in the conditions of transformation to professional Army, to include optimization of fitness for military service criteria, have been defined.

KEY WORDS: **servicemen, hospitalization, completing optimization of Armed Forces, fitness for military service criteria.**

Рецензент: к.мед.н. О. Р. Ситенко

УДК 614.87:312.6(100)

О. В. МАЗУРЕНКО (Київ)

ВПЛИВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРУ НА ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ПОСТРАЖДАЛОЇ КРАЇНИ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Досліджено вплив надзвичайних ситуацій (НС) природного походження на стан здоров'я населення постраждалої країни. За умов НС природного характеру в ураженому осередку зростає смертність дітей віком до 5 років та материнська смертність, що обумовлює потребу організації стаціонарної акушерсько-гінекологічної та педіатричної, в т.ч. неонатологічної, допомоги. Хворих на туберкульоз, СНІД та гепатит доцільно відносити до «групи ризику» і організовувати для них окремі лікувальні підрозділи в складі мобільних медичних формувань та/або відновлених закладах охорони здоров'я. Одним з основних завдань охорони здоров'я після НС є відновлення первинної медико-санітарної допомоги та організації ведення хворих на неінфекційні захворювання. Залучення зовнішніх ресурсів, як додаткової складової загальних витрат ОЗ при подоланні наслідків НС природного характеру, доцільно в разі, коли загальні витрати на охорону здоров'я становлять менше 8,7% ВВП.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **надзвичайна ситуація, охорона здоров'я, здоров'я населення.**

Міжнародна практика подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій (НС) ґрунтується на добре відомій медико-тактичній характеристиці катастроф (епідеміологія катастроф Е.К. Ної, 1995), організації надання екстреної медичної допомоги та проведення життєзберігаючих втручань в осередку катастрофи [2;3]. Для оптимізації розподілу національної та міжнародної допомоги за умов дисбалансу потреба/наявність в системі охорони здоров'я (ОЗ) стає актуальним вивчення змін стану здоров'я населення постраждалої країни та спрямування обмежених ресурсів на більш уразливі його верстви.

Мета дослідження: визначити пріоритетні напрями національної та міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків природних НС з огляду їх впливу на зміни в стані здоров'я населення ураженої країни.

Матеріали і методи. Проаналізовано вплив 117 НС (42 землетрусів, 38 повеней та 37 ураганів) природного характеру міжнародного

рівня на здоров'я населення. Серед показників здоров'я вивчали ті, які віднесено до компетенції охорони здоров'я в контексті Цілей розвитку тисячоліття (ЦРТ) Організації Об'єднаних Націй (Резолюція Генеральної асамблеї ООН А/RES/55/2 від 18 вересня 2000 р): рівень дитячої смертності (ЦРТ 4), рівень материнської смертності (ЦРТ 5), поширеність та захворюваність на туберкульоз (ЦРТ 6) та рівень смертності дорослого населення (15–60 років). В якості моделі впливу НС природного характеру на заходи системи ОЗ досліджено динаміку вакцинації дітей віком до 1 року адсорбованою кашлюково-дифтерійно-правцевою вакциною (АКДП) та вакцинацією проти кору.

Інформаційним ресурсом були офіційні статистичні дані ВООЗ. Обробку даних проведено на основі статистичних методів дескриптивного аналізу-зведення, групування, оцінка варіації, розрахунків середніх показників та стандартного відхилення [1].

Результати дослідження та їх обговорення. Завдяки впровадженню відповідних заходів на виконання Цілей розвитку тисячоліття в світі

констатовано неухильну тенденцію до скорочення дитячої смертності (ЦРТ 4). Так, за період 1990–2008 рр. в світі смертність дітей до 5 років зменшилась на 30% із середньорічними темпами 1,2% впродовж 1990–1999 рр. та 2,3% впродовж 2000–2008 рр.

Групі дослідження властиве збереження загальної тенденції до зменшення середнього показника смертності дітей до 1 року впродовж 1990–2008 рр. на 67,8% (з 61,23‰ до 36,48‰), однак після НС природного походження нами констатовано її негативну динаміку. Так, після ураження землетрусом в половині країн рівень смертності дітей віком до 1 року зростає в середньому на 4,8%, після повені в 43% країн – на 10,9% та на 6,5% майже в половині країн (46%), уражених смерчем (ураганом).

Аналогічно розвивається процес із характерикою смертності дітей до 5 років. При загальносвітовій динаміці до щорічного зниження (в середньому на 3,5%), в т.ч. в країнах групи дослідження, в 73% уражених землетрусами країн констатовано зростання цього показника в середньому на 4,8%. При смерчах (ураганах) смертність дітей до 5 років в середньому зростає на 6,7% (у 53% країн), при повенях – на 9,3% (в 13% країн). Основними причинами смерті дітей віком до п'яти років в світі є неонатальна смертність (41%), пневмонія (14%), діарея (14%) та понад 1/3 всіх випадків смерті дітей пов'язані з недостатнім харчуванням [4]. Це обумовлює потребу в організації в складі мобільних медичних формувань в осередку НС дитячих відділень, в т.ч. неонатологічних, із забезпеченням їх відповідними лікарськими засобами та виробами медичного призначення, зокрема пероральними регідратаційними солями (ПРС), солями цинку (сульфат цинку 0,25% – 10,0), препаратами вітаміну А та «Готовим до вживання терапевтичним харчуванням» (ГВТХ).

В якості моделі впливу НС природного походження на заходи системи ОЗ в країнах групи дослідження проаналізовано результати проведення профілактичних вакцинацій дітей віком до 1 року адсорбованою кашлюково-дифтерійно-правцевою вакциною (АКДП 3) та вакцинацією проти кору (ЦРТ 4). Вакцинацію обрано через залежність її позитивного результату від низки умов: якості препарату та умов його зберігання, правильного відбору дітей, дотримання терміну проведення щеплень, ретельного визначення протипоказань та своєчасного попередження надмірних реакцій.

Аналіз показників вакцинації дітей АКДП (триразова) та вакцинації проти кору, за звітами органів ОЗ постраждалої країни, свідчить про позитивну динаміку, адже ступінь охоплення дітей вакцинацією упродовж 1990–2010 рр. неухиль-

но зростає: з 57% до 98,5% по АКДП та з 54% до 93% по кору. Слід зазначити, що така динаміка властива загальносвітовому тренду на поліпшення стану здоров'я населення та сталості розвитку цього процесу, який знаходиться в прямій залежності від Рівня розвитку людського потенціалу країни. Проте після НС було констатовано достовірне зменшення середніх показників рівня вакцинації АКДП на 4% та проти кору – на 1%; після повені констатовано зменшення рівня вакцинації АКДП на 9% та проти кору на 6%; після смерчів (ураганів) – на 1,9% та 3,7% відповідно.

Аналіз динаміки материнської смертності (ЦРТ 5 – зниження коефіцієнту материнської смертності на 75% за період 1990–2015 рр.) свідчить, що майже в 68% країн, які було уражено землетрусом, виявлено збільшення показників материнської смертності на 7,5%, в 37% країн, які було уражено повінню, – на 6% та в 37% країн, що були уражене смерчем (ураганом) – на 3,1%. Близько 80% випадків материнської смертності в світі виникають внаслідок прямих причин (післяродова кровотеча – 25%, інфекції, переважно сепсис, – 15%, небезпечний аборт – 13%, гіпертензивні порушення (звичайно еклампсія) – 12%, ускладнені пологи – 8%), решта 20% – внаслідок опосередкованих причин, до яких належать хвороби, що ускладнюють перебіг вагітності (малярія, анемія, ВІЛ/СНІД та серцево-судинні захворювання) [4]. Наведена структура вказує на можливість запобігання материнській смертності через організацію надання кваліфікованої медичної допомоги під час пологів, в т.ч. силами національних та іноземних мобільних медичних формувань, в потерпілих від наслідків НС регіонах.

Наявність тенденції до збільшення показника смертності населення віком 15–60 років в країнах, які були уражені природними НС, не викликає жодних сумнівів. Так, після землетрусів в країнах групи дослідження в усіх випадках констатовано зростання наведеного показника в середньому на 4,3%, що можна пояснити руйнівною та швидкоплиною дією НС, на 1,6% в 90% країн, які було уражено повінню (вихід з ладу закладів ОЗ, обмеження доступу до них та суттєве погіршення умов безпечного перебування людини в ураженому регіоні) та на 5,8% – в 23% країн які було уражено смерчами (ураганамі).

Привертає увагу співвідношення загиблій / травмованих внаслідок землетрусів, яке в групі дослідження становить – 1/3, що слід враховувати при отриманні попередньої інформації про НС та внесенні відповідних доповнень до Плану реагування охорони здоров'я при НС та організації допомоги в ураженому регіоні. При повені або смерчі (урагані) таке співвідношення не відстежується. Також при плануванні по-

долання медико-санітарних наслідків НС слід враховувати світову тенденцію, при якій провідною причиною смертності стає смертність внаслідок неінфекційних хвороб [5].

Наступна складова дослідження – це оцінювання динаміки захворюваності на туберкульоз (ЦРТ 6). Результати аналізу динаміки поширеності та захворюваності на туберкульоз в уражених природними НС країнах наступні: в 14% країн, які було уражено землетрусом, захворюваність на туберкульоз збільшилась в середньому на 5,3%, а в 17% констатовано збільшення показника поширеності туберкульозу на 15,8%. Аналогічну динаміку поширеності та захворюваності на туберкульоз було також констатовано в країнах, уражених повінню та смерчами. Це свідчить про необхідність особливої уваги з боку національної системи охорони здоров'я та міжнародної спільноти до заходів із запобігання захворюваності на туберкульоз та його поширеності в країнах, які уражено НС, та віднесення всіх хворих на туберкульоз до групи ризику. Це обумовлює створення належних умов у наданні медичної допомоги таким хворим, насамперед через створення окремих спеціалізованих підрозділів в складі мобільних медичних формувань. Вважаємо за доцільне до «групи ризику», з огляду на пошкоджену систему ОЗ, також відносити хворих на СНІД через потребу проведення антиретровірусної терапії, та хворих на гепатит. Віднесення цих хворих до групи ризику зменшить ймовірність переносу інфекції.

Враховуючі значущість розподілу обмежених ресурсів при подоланні наслідків НС, проведено аналіз їх структури та динаміки. Досліджували частку залучених зовнішніх ресурсів, спрямованих на ОЗ. Так, витрати на ОЗ в середньому становили $\approx 8,7\%$ ВВП при максимальному рівні 12,8% в Американському регіоні і мінімальному рівні 3,4% в регіоні Південно-Східної Азії. Динаміка зовнішніх ресурсів в країнах, які було уражено землетрусами, коливалась в межах від 0 до 56%; при повені – 0,1–53,1%, смерчі (урагані) – від 0,1% до 45,7%.

В країнах, де загальні витрати на ОЗ, як відсоток ВВП, становили понад 8,6%, зовнішні ресурси не залучались. У цілому адресна фінансова допомога для ОЗ в країнах, які постраждали внаслідок НС, становить 3,7–4,6% всієї міжнародної допомоги при подоланні наслідків НС природного походження групи дослідження.

Результати дослідження доводять вплив НС природного характеру на здоров'я населення постраждалої країни, внаслідок чого відбуваються негативні зміни основних показників охорони здоров'я. Так, динаміка основних показників походження погіршує їх сталу довготривалу позитивну тенденцію до покращення. В уражених катастрофами природного походження країнах констатовано збільшення дитячої, материнської та дорослої смертності, збільшення захворюваності та поширеності на туберкульоз та зменшення рівня вакцинації дітей (табл.).

Таблиця. Зміна основних показників охорони здоров'я*

Показник	Землетрус	Повінь	Смерч (ураган)
Дитяча смертність до 5 років (на 1000 народжених живими)	+ 4,8%	+9,3%	+6,7%
Материнська смертність (на 100 тис. народжених живими)	+7,5%	+6%	+3,1%
Смертність дорослого населення (на 1000 населення)	+4,3%	+1,6%	+5,8%
Захворюваність на туберкульоз (на 100 тис. населення)	+5,3%	+16,2%	0
Поширеність туберкульозу (на 100 тис. населення)	+15,8%	+5,4%	0
Вакцинація АКДП (%)	-4%	-9%	-1,9%
Вакцинація проти кору (%)	-1%	-6%	-3,7%

Примітка: * рівень показника після НС до рівня показника до НС.

Висновки

1. За умов НС природного походження діти до 5 років належать до групи ризику, що вимагає створення умов для їх відповідного медичного забезпечення.

2. При подоланні наслідків НС необхідна організація стаціонарної акушерсько-гінекологічної та педіатричної, в т.ч. неонатологічної, до-

помоги, яка ґрунтується на Концепції ВООЗ щодо раціонального ведення пологів та Концепції безпечного материнства мобільними медичними формуваннями в осередку НС.

3. Одним з основних завдань ОЗ після НС є відновлення первинної медико-санітарної допомоги та організація ведення хворих на неінфекційні захворювання.

4. Хворі на туберкульоз, СНІД та гепатит при НС належать до групи ризику, яка потребує організації спеціалізованих підрозділів в складі мобільних медичних формувань та/або в складі відновлених закладів ОЗ.

5. Залучення зовнішніх ресурсів як складової загальних витрат ОЗ при подоланні наслідків НС природного характеру доцільне в разі загальних витрат на охорону здоров'я менше, ніж 8,6% ВВП.

6. Негативну динаміку показників здоров'я населення констатовано в країнах з низьким та

середнім рівнем Індексу розвитку людського потенціалу.

7. Збільшення показників смертності пов'язано із зволіканням у наданні всебічної допомоги міжнародною спільнотою.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні проблем координації національної та міжнародної допомоги щодо подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

Список літератури

1. Ендропова В. Н. Общая теория статистики / В. Н. Ендропова, М. В. Малафеева. – М. : Магистр, 2010. – 606 с.
2. Кочін І. В. Медицина катастроф : Виробниче видання / І. В. Кочін, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко; за ред. І. В. Кочіна. – К., 2008. – 724 с.
3. Організація та управління процесом надання медичної допомоги постраждалим внаслідок землетрусів / П. Б. Волянський, А. В. Терент'єва, С. П. Сацик, Ю. О. Гріненко; за ред. С. О. Гур'єва. – К., 2008. – 188 с.
4. Тенденції в області материнської смертності з 1990 по 2008 [Електронний ресурс] / ВООЗ, Дитячий фонд ООН, Фонд ООН по народонаселенню, Всесвітній банк. – 2010. – 45 с. – Режим доступу: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf.
5. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Електронний ресурс] / ВООЗ, 2010. – 162 с. – Access mode : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf
6. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis / Black R., Cousens S., Johnson H. L. [et al.] // Lancet. – 2010. – Vol. 375. – P. 1969–1987.

ВЛИЯНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРА НА ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ПОСТРАДАВШЕЙ СТРАНЫ

О. В. Мазуренко (Киев)

Исследовано влияние чрезвычайных ситуаций (ЧС) природного характера на основные показатели здоровья населения пострадавшей страны. При ЧС природного характера увеличивается смертность детей до 5 лет и материнская смертность, что обуславливает потребность организации в пострадавшем регионе стационарной акушерско-гинекологической и педиатрической, в т.ч. неонатологической, помощи. Больных туберкулезом, СПИДом и гепатитом целесообразно относить к «группе риска» и организовывать для них отдельные лечебные подразделения в составе полевых госпиталей и/или восстановленных учреждения здравоохранения. Одной из основных задач системы здравоохранения после ЧС является восстановление первичной медико-санитарной помощи с организацией оказания медицинской помощи неинфекционным больным. Привлечение внешних ресурсов, как составляющих общих затрат системы здравоохранения, при ликвидации последствий ЧС целесообразно при величине общих затрат на здравоохранение менее 8,6% ВВП.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: чрезвычайная ситуация природного характера, здравоохранение, здоровье населения.

INFLUENCE OF NATURAL DISASTER ON BASIC INDEXES OF POPULATION'S HEALTH IN SUFFERING COUNTRY

О. В. Mazurenko (Kyiv)

Influence of natural disaster on the basic indexes of population health of suffering country have been researched. According to the natural disaster the death rate of children under 5 and maternal death rate has been increased. This one requiring to establish in the disaster area stationary obstetric, gynecology and pediatric, including neonatology, services. Patients by tuberculosis, AIDS and hepatitis are expedient to the «group of risk» and need for establish for them separate medical departments at field hospitals and/or at the recovered hospitals. The one of basic tasks of the Health Care after disaster is renewal primary health care with the special attention for the care of noncommunicable disease. Bringing in of external resources, as making total expenses of the Health Care (HC), at disaster recovery phase needed than expediently at a size total expenses on the HC less than 8,6% GDP.

KEY WORDS: natural disaster, health care, population health.

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

В. М. САМОХОДСЬКИЙ (Кіровоград)

ОПТИМАЛЬНА МОДЕЛЬ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ ЯК ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ СТАНДАРТ ДЛЯ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Кіровоградський інститут розвитку людини «Україна»

Пропонується оптимальна модель профілактичних оглядів, реалізація якої сімейними лікарями як організаційного стандарту з використанням рекомендованих критеріїв і нормативів при умові узгодженого в якості нормативного документу буде сприяти підвищенню ефективності вказаного обов'язкового розділу роботи практичних лікарів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: оптимальна модель, організаційний стандарт, критерії і нормативи профілактичних оглядів.

Вирішення проблем ефективності функціонування інституту сімейної медицини зокрема, виконання одного із обов'язкових розділів діяльності сімейного лікаря – профілактичних оглядів населення на сьогоднішній день є вкрай актуальним.

В умовах високої захворюваності та смертності населення України [15;16] пріоритетними щодо розробки видами стандартів в охороні здоров'я науковці вважають стандарти профілактики захворювань і впровадження в межах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) організаційно-економічних механізмів раціонального використання наявних ресурсів охорони здоров'я [6;19].

Після створення необхідної структури ПМСД на засадах сімейної медицини доцільно приділяти увагу іншим складовим моделі ПМСД, без яких вона залишиться майже тією ж старою системою, тільки з новою назвою [9].

Ідеологічною основою нашої оптимальної моделі повинні бути принципи найбільш повного охоплення профілактичними оглядами населення з обов'язковим врахуванням оптимальної технології данної роботи, зрозумілої та загальноприйнятної для усіх зацікавлених сторін – лікарів, експертів, керівників лікувальних установ тощо.

Мета дослідження. Пропонується для розгляду один із доцільних, на наш погляд, варіантів використання організаційного стандарту – оптимальної моделі обліку, аналізу та оцінки результатів такого обов'язкового розділу, як профілактичні огляди в зоні відповідальності амбулаторії сімейної медицини (АСМ). Сімейний лікар міг би використовувати у логічному взаємозв'язку низку нових критеріїв та нормативів, які у відповідності з реальними умовами його діяльності, в межах офіційно визначеного МОЗ штатного розпису та тривалості робочого дня, розміру тарифної ставки слугували б інструментами для об'єктивного аналізу і оцінки якості та ефективності профілактичних оглядів населення.

Матеріали і методи. Проведено структурно-логічний аналіз алгоритму застосування організаційних стандартів в технології виконання профілактичних оглядів з використанням цільового нормативного прогнозу та аутохронометражу в зоні відповідальності однієї із АСМ м. Кіровограда [7;4;13].

Результати дослідження та їх обговорення. Оптимальна модель профілактичних оглядів – це такий організаційний стандарт, який передбачає обґрунтовані розрахунками конкретні кількісні та якісні показники діяльності сімейного лікаря. Вони характеризують максимально можливі результати його роботи в існуючих реальних умовах даної АСМ. Вказана модель включає такі технологічні розділи як ідеальний, максимальний, реальний і фактичний організаційні варіанти. Цей стандарт передбачає необхідність планування реальної можливості виконання сімейним лікарем профілактичних оглядів з врахуванням оптимальної технології останніх, розрахунок та порівняльний аналіз яких є необхідною передумовою визначення конкретного обсягу та якості роботи лікаря [11;12;13]. Ефективність вказаного організаційного стандарту в тому, наскільки грамотно сімейний лікар виконує алгоритм практичного використання останнього. Даний стандарт розглядається як нормативний документ, при умові якщо він розроблений на основі згоди при відсутності заперечень з принципових питань у більшості зацікавлених сторін, який прийнято чи затверджено уповноваженим на те органом [1].

Показник ідеального варіанту оптимальної моделі (ІВОМ) приймається за 100% і відіграє роль універсального критерія, оскільки визначає максимальну потребу населення в профілактичних оглядах, тобто в нашому випадку обстеження всіх 1389 мешканців в зоні обслуговування АСМ. Цей варіант передбачає розрахунок можливості задовольнити вказану потребу навіть при умові, якщо раптом все населення, здоров'я якого контролює АСМ, по-перше, усвідомить необхідність

профілактичних оглядів як способу виявити захворювання на ранніх стадіях і, по-друге, розуміє, що, відповідно до Конституції України, їм неможливо відмовити в профілактичному огляді.

Загалом, якщо взяти до уваги хоча б економічні аспекти можливості виконання профілактичних оглядів всім мешканцям, то очевидно, що така робота в принципі вигідна і сімейному лікарю, і лікувальним установам другого і третього рівня (раннє виявлення, зменшення терміну і вартості лікування тощо).

У такому варіанті організації роботи, природно, повинні бути зацікавлені перш за все роботодавці і керівники регіону, оскільки всім очевидна перспектива певного економічного ефекту, якщо розглядати кожного своєчасно оздоровленого мешканця, зокрема, як компоненти робочої сили. Даний варіант ідеальний, тому що в наших реальних умовах є практично нездійсненим внаслідок багатьох суб'єктивних і об'єктивних причин. Це і незадовільна організація праці медичного персоналу, і низький рівень охоплення та виявлення хворих в процесі профілактичних оглядів [2;3].

Максимальний варіант оптимальної моделі (МВОМ) передбачає необхідність обстеження всіх із числа декретованого контингенту, який складає в аналізованій нами АСМ 1142 особи, або 82,2% по відношенню до ІВОМ.

Для вирішення питання, за який термін можливо виконати профілактичний огляд вказаній кількості населення, найбільше практичне значення для сімейного лікаря набуває реальний варіант оптимальної моделі (РВОМ), тому що при створенні оптимальної моделі профілактичних оглядів необхідно приймати до уваги, крім обсягу потреб ідеального та максимального варіантів, і *реальні можливості* в наданні мешканцям аналізованої території якісного обстеження.

Відпрацьовуючи вказану модель, є сенс врахувати необхідність і можливість виконання сімейним лікарем 29 функціональних обов'язків, рекомендованих МОЗ України [8], внаслідок чого, по даним дослідників цього питання [4;9] у сімейного лікаря не вистачає часу на профілактичні огляди, оскільки щорічно понаднормативна витрата робочого часу у останнього більша ніж у 1,6 разу перевищує нормативну тривалість його робочого дня – 7 год 42 хв. Це практично унеможливує якісне виконання сімейним лікарем профілактичних оглядів.

Вищенаведене вказує на доцільність залучення до процесу профілактичних оглядів профільних фахівців регіонального медичного об'єднання.

Якщо поставлена мета проведення профілактичних оглядів з використанням оптимальної технології, то необхідно скористатися хронометражними показниками середньої тривалості одного профілактичного огляду, які рекомендовані фахівцями Кіровоградської обласної лікарні [14]. Відповідно їх даним, у хірурга і геніколога – це 10 хв, у терапевта і педіатра – 13, невропатолога – 11, окуліста – 15, ЛОРа – 8 хв. технологічного часу. На таблиці демонструємо, як приклад, визначення середньої тривалості одного профілактичного огляду у виконанні досвідченим ЛОРом з додержанням оптимальної технології.

Вказана інформація складає основу розрахунку реального варіанту оптимальної моделі (РВОМ) профілактичних оглядів, який враховує реальну можливість сімейного лікаря і профільних фахівців якісно виконувати цю роботу в межах потреб максимального варіанту оптимальної моделі (МВОМ) з врахуванням офіційної тривалості робочого дня і функціональних обов'язків лікарів. Вказані нормативи дозволяють

Таблиця Дані хронометражу виконання окремих елементів технології профілактичного огляду за профілем «оториноларингологія»

№п/п	Технологічні елементи одного профілактичного огляду	Максимальний час (з урахуванням додаткових маніпуляцій)	Мінімальний час (без додаткових маніпуляцій)
1	Бесіда (скарги) з обстежуванним	30 с	20 с
2	Фарингоскопія	30 с	10 с
3	Риноскопія (можлива анестезія слизової оболонки носової порожнини)	2 хв	30 с
4	Задня риноскопія (можлива анестезія зіву)	2 хв	1 хв.
5	Непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіву)	3 хв	1 хв.
6	Отоскопія (можливий туалет слухового проходу, використання оптики та інше)	2 хв	30 с
7	Тест на сприйняття мови пошепки	3 хв	2 хв
8	Записи в амбулаторній карті	30 с	30 с
	Всього	11 хв 30 с	4 хв 30 с

визначити, що, наприклад, у хірурга є можливість реально планувати на протязі його робочого дня у режимі п'ятиденного тижня – 46 особи (7 год 42 хв:10 хв), окулісту 30 – осіб і т.д.

Оскільки в реальній діяльності сімейного лікаря вказані вище чинники не сприяють виконанню профілактичних оглядів в об'ємі навіть МВОМ, то виникає потреба запровадити так званий фактичний організаційний варіант (ФОВ), тобто визначення фактичних на момент експертної оцінки показників профілактичних оглядів в АСМ.

Показник співвідношення ФОВ та ІВОМ, представлений у відсотках, відповідає суті характеристики одного із основних критеріїв ефективності надання медичної допомоги з точки зору Європейського регіонального бюро ВООЗ, яку озвучив Хану В. [16]. Таким критерієм, на його думку, слід вважати ефективність як показник співвідношення між фактичним впливом діючої служби (в нашому випадку ФОВ), та максимально можливим впливом цієї служби в ідеальних умовах (наш ІВОМ профілактичних оглядів).

Конкретні можливості сімейних лікарів щодо оперативної інформації про обсяги, динаміку та результати профілактичних оглядів в зоні відповідальності АСМ визначаються шляхом порівняння показників вказаних організаційних варіантів, що дозволяє в межах регіону оцінювати ефективність роботи останніх.

З метою вивчення реальної можливості якнайкраще організувати профілактичні огляди в аналізованій нами АСМ з ініціативи Управління охорони здоров'я м.Кіровограда проведена спочатку активна підготовча робота з максимальним використанням СМІ (місцеві газети, радіо, телебачення), подвірні обходи членами домових комітетів щодо інформації населення про необхідність залучення всіх мешканців до обстеження. Потім був виїзд профільних фахівців в цей населений пункт з організацією профілактичних оглядів, лабораторних, флюорографічних та УЗД обстежень протягом п'яти робочих днів [16].

При потребі провести профілактичний огляд всім 1389 мешканцям, за яких відповідає сімейний лікар (наш ІВОМ), побажали обстежитись тільки 318 осіб (наш ФОВ), що становить по відношенню до нашого універсального критерію 23,04%.

Для визначення РВОМ використовуються хронометражні розрахунки витрати робочого часу лікаря на один профілактичний огляд, та тривалості робочого дня останнього. Наприклад, для хірурга, як вже зазначалось, якісне виконання профілактичного огляду займає 10 хв. Якщо відомо, що за 5 робочих днів з метою профілактичних оглядів до нього звернулося 318 осіб, то рахуємо: за один робочий день лікар, який працює в режимі п'ятиденного робочого

тижня (7 год 42 хв) зможе якісно обстежити 46 осіб (462 хв:10 хв), за п'ять днів – 230 осіб. Аналогічний розрахунок показує, що для виконання профілактичних оглядів в межах потреб МВОМ (1389 мешканців) вказаному фахівцю треба реально планувати 30 робочих днів, а для профілактичного огляду декретованого контингенту (1137 осіб) – 25 днів.

Вказаний профілактичний огляд 318 мешканців конкретного населеного пункту виявив 175 захворювань (55,03%). Цей показник може розглядатись як один із критеріїв в процесі визначення професійного рейтингу діяльності сімейних лікарів певного регіону.

Для покращення показника виявляємості при проведенні профілактичних оглядів і з метою зменшення навантаження на лікарів, які беруть участь у цій роботі, є сенс в організації скринінгу населення в зоні відповідальності АСМ, що дозволить виявити так звану групу ризику. Для цього рекомендуються анкети, зміст яких формулюють головні профільні фахівці регіонального управління охорони здоров'я. Як зразок, демонструємо зміст подібної анкети для виявлення оториноларингологічних захворювань.

Вказані анкети заповнюються середнім медичним персоналом АСМ під час подвірних обходів на кожного мешканця населеного пункту. Сформована таким чином група ризику включається в склад декретованого контингенту, тобто МВОМ, і підлягає обов'язковому обстеженню відповідними фахівцями в плановому порядку.

Удосконалення системи організації профілактичних оглядів з врахуванням принципів оптимальної моделі для її максимальної ефективності, на наш погляд, потребує створення і реалізації комп'ютерної програми, яка б передбачала звільнення сімейного лікаря від необхідності неминучих розрахунків вказаних вище показників і суттєво скоротила б аналіз цієї роботи з оцінкою результатів. Така система варта того, щоб облаштувати кожну АСМ регіону комп'ютером для оперативної інформації не тільки щодо профілактичних оглядів. Така програма виключає можливість суб'єктивних оцінок і помилок в розрахунках показників даної роботи і дозволяє одержати необхідну інформацію за певний період (місяць, квартал, рік) для всіх зацікавлених осіб (лікарів, керівників лікувальних установ, держадміністрацію регіону, тощо).

Можливість практичної реалізації рекомендованого алгоритму профілактичних оглядів як цілісного і обов'язкового організаційного стандарту в зонах відповідальності АСМ дозволила б розглядати результати даної роботи у відповідності з принципами доказової медицини.

Порівняльна характеристика конкретних показників профілактичних оглядів, розрахованих

Анкета виявлення ЛОР-захворювань (нявні у вас скарги-підкреслити)

П.І.П.	рік народження
Домашня адреса	домашній телефон
Місце роботи, посада	службовий телефон

ВУХО

- | | |
|------------------------|--|
| 1. Виділення з вуха | - із обох, з правого, з лівого
- постійне, періодичне
- до 2-х місяців, більше 2-х місяців |
| 2. Зниження слуху | - помірно, різке
- на обидва вуха, на ліве, на праве
- до 2-х місяців, більше 2-х місяців |
| 3. Інші скарги на вухо | - вписати |

ГЛОТКА

- | | |
|--|---|
| 1. Лікарняні листи з приводу захворювання глотки | - 1-2 рази на рік
- більше двох разів на рік |
| 2. Температура при захворюванні глотки | - до 37 ⁰ , до 38 ⁰ , 38 ⁰ та вище |
| 3. Чи мало місце стаціонарне лікування | - так, ні |

ГОРТАНЬ

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Хриплий голос | - до 2-х разів на рік
- більше 2-х разів на рік
- постійно |
| 2. Довготривалість хриплого голосу | - до 2-х тижнів
- більше 2-х тижнів |
| 3. Дискомфорт під час ковтання | - до 2-х тижнів
- більше 2-х тижнів |
| 4. Інші скарги | - вписати |

НІС

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Ніс закладений | - постійно, періодично |
| 2. Виділення з носа | - гнійні, слизові, водянисті |
| 3. Довготривалість хвороби носа | - до 2-х тижнів
- більше 2-х тижнів
- постійно |
| 4. Інші скарги | - вписати |

за допомогою комп'ютерної програми, могла б лягти в основу розробки системи спонукальних стимулів у роботі сімейних лікарів.

Щодо подальших перспектив є доцільним розробити оптимальну організаційну модель інших обов'язкових розділів роботи сімейного лікаря- диспансеризації та амбулаторного і стаціонарного оздоровлення хворих.

Висновки

1. Оптимальна модель профілактичних оглядів – це організаційний стандарт, який передбачає обґрунтовані розрахунками конкретні

кількісні та якісні показники діяльності сімейного лікаря.

2. Ідеологічною основою оптимальної моделі профілактичних оглядів є дотримання принципу найбільш повного охоплення населення з обов'язковим використанням оптимальної технології даної роботи, зрозумілої та загальноприйнятої для всіх зацікавлених осіб.

3. Реалізація сімейним лікарем у логічному взаємозв'язку алгоритму принципово нових стандартів, критеріїв і нормативів при умові їх узгодження в якості нормативного документу

дозволяє розглядати результати профілактичних оглядів у відповідності з принципами доказової медицини.

4. Порівняльна характеристика таких технологічних розділів, як ідеальний, максимальний, реальний і фактичний організаційний варіант оптимальної моделі профілактичних оглядів дозволяє одержати об'єктивну інформацію щодо результату роботи сімейного лікаря.

5. Використання вичерпних у нашому випадку способів інформації населення щодо необхід-

ності профілактичних оглядів і бездоганна організація їх проведення в аналізованій АСМ засвідчили низькі показники охоплення населення (23,04%) і високі показники виявлення захворювань (55,03%).

6. Покращення показників охоплення і виявлення захворювань сприяє реалізація скрінінга серед населення в процесі подвірних обходів і виявлення групи ризику захворювань з активним залученням до цієї роботи середнього медичного персоналу.

Список літератури

1. *Голяченко О. М., Стеценко Г. С., Побережний А. І.* [та ін.] Реформа охорони здоров'я в Україні. – Тернопіль, 2006. – 159 с.
2. *Емельянова Г. Ф., Заярский Н. М.* Организационные аспекты совершенствования профилактических осмотров трудящихся промышленных предприятий // *Материалы 2-го Съезда социальных гигиенистов и организаторов здравоохранения Украины.* Винница, 3-5 октября 1990г. – К.1990 –ч I – с.120-123.
3. *Жилина Ю. В.* Першочергове завдання вдосконалення діяльності закладів загальної практики – сімейної медицини. / Ю. В. Жилина // *Сімейна медицина*, 2010 (33) №3. – с.11-15.
4. *Коренев М. М., Немірова О. А., Коломієць А. М., Пересипкіна Т. В., Костенко Т. О., Куц Е. Г.* Обсяги діяльності сімейного лікаря у медичному обслуговуванні сільських дітей і проблеми реформування галузі. // *Сімейна медицина.* – 2008, – №3, с. 34-37.
5. *Коренев М. М., Сулима Т. Н., Пересипкіна Т. В., Костенко Т. А., Кошман Т. В., Шевченко Н. С., Никитина Л. Д.* Системний аналіз затрат робочого часу сімейного лікаря в амбулаторії загальної практики – сімейної медицини Харківської області. // *Сімейна медицина.* – 2010. – №3 (33), - с. 15-20.
6. *Лехан В. М.* Система охорони здоров'я в Україні: підсумки, проблеми, перспективи. К.: Сфера, - 2002. – 28 с.
7. *Могучая О. В.* Целевое нормирование в медицине и здравоохранении. // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 1993, №10. – с. 18-20.
8. Наказ МОЗ України від 23.07.2001 р. №303 «Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини.
9. *Ординський В. А., Лашкул З. В.* Світові тенденції в розробці сучасної моделі первинної медико-санітарної допомоги та її перспективи для України. // *Східно-Європейський журнал громадського здоров'я,* – 2010, №1 (9). – с. 195-196.
10. *Самоходський В. Н.* К методике формирования групп повышенного риска заболеваемости раком гортани. // *Труды V Съезда оториноларингологов Украины.* Донецк, 1967, - с. 196-197.
11. *Самоходський В. М.* Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування управління оториноларингологічної служби на етапі переходу до бюджетно-страхової медицини. // *Автореф. докт. дис.* – Київ, 1994. – 32с.
12. *Самоходський В. Н.* Больница страховой медицины. Натурный эксперимент (организационные, медико-экономические и правовые механизмы). – Кировоград, – 2004. – с. 242.
13. *Самоходський В. М.* Роль і місце організаційних стандартів як критеріїв у структурі стандарту якості діагностики та лікування в рамках профільних служб регіональної лікувальної установи. // *Вісник соціальної гігієни та орг. охорони здоров'я України.* – 2007. – №2, – с. 72-76.
14. *Самоходський В. М.* До методики визначення вартості працезатрат сімейного лікаря при виконанні профілактичних оглядів // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2011, №1, – с. 73-78.
15. *Слабкий Г. О.* Формування у населення здорового способу життя в умовах упровадження сімейної медицини. // *Управління закладам охорони здоров'я.* – 2010, №12, - с. 21-30.
16. *Степанова О.* За что мы так себя не любим. // *Газета «Україна-Центр».* – 2011, №16, – с. 2.
17. *Фаль В.* Заручники благих намірів. // *Ваше Здоров'я,* 2011, №2.
18. *Хану В.* Обеспечение качества медицинского обслуживания. – ВООЗ, Копенгаген. – 1985. – 177 с.
19. *Ярош Н. П.* Пріоритетні напрямки наукових досліджень феномену державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я. // *Східно-Європейський журнал громадського здоров'я.* 2010, 1 (9), - с. 264 -265.

ОПТИМАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ КАК ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ СТАНДАРТ ДЛЯ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

В. М. Самоходский (Кировоград)

Предлагается оптимальная модель профилактических осмотров, реализация которой семейными врачами как организационного стандарта с использованием рекомендованных критериев и нормативов при условии согласованного в качестве нормативного документа будет способствовать повышению эффективности указанного обязательного раздела работы практических врачей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **оптимальная модель, организационный стандарт, критерии и нормативы профилактических осмотров.**

THE OPTIMAL MODEL OF HEALTH PREVENTION EXAMINATIONS AS AN ORGANISATIONAL STANDART FOR A FAMILY DOCTOR.

Samohodskiy V. M (Kirovohrad)

The article focuses on the optimal model of health prevention examinations. The implementation of this model by family doctors as organizational standard using recommended criteria and regulations on condition of using quality normative document will promote the effectiveness of the indicated obligatory segment of the work of practicing doctors.

KEY WORDS: optimal model, organizational standard, criteria and regulations of health prevention examinations.

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

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2:338.52

В. Л. СМІРНОВА (Тернопіль)

ВАРТІСТЬ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Вартість вторинної медичної допомоги за умови адекватного розвитку первинного рівня складає на 1000 хворих 23692,9 грн в амбулаторних умовах та 55727,1 грн в стаціонарних. Дані відносяться до 2010 року.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вторинна медична допомога, вартість.

Вторинна медична допомога відіграє одну з провідних ролей в медичному забезпеченні населення. Вона займає поки що більше половини усього обсягу медичної допомоги. Згідно нормативних актів, сюди в основному спрямовуються хворі з первинного рівня. Правда сьогодні, до реформування охорони здоров'я, на вторинну медичну допомогу припадає більшість населення, яка першочергово звертається до фахівців центральних районних і міських лікарень. Як надалі буде йти переоформлення цього потоку, сказати складно, однак сподіватимемось, що воно йтиме згідно накресленої схеми. В зв'язку з цим, ми виходимо з того, що другий етап медичної допомоги не повинен обіймати більше 15 % від усієї медичної допомоги населенню.

Мета дослідження. Обрахувати вартість медичної допомоги, яка надається на вторинному рівні.

Матеріали і методи. Проаналізована звертальність населення за медичною допомогою на другому рівні, яка піддавалася експертній оцінці.

Обрахунок вартості кожного із захворювань проводився за методикою О. Голяченка і А. Голяченка. Вартість лікування враховувала всі фактори медичної допомоги, а не обмежувалася лише зарплатнею і вартістю витрат на матеріально-технічне забезпечення, як це спостерігається зараз. Треба врахувати, що дані вартості носять конкретний характер. В даному випадку йдеться про 2010 рік. В подальшому вони можуть змінитися, наприклад вартість заробітної платні, матеріально-технічних витрат, медикаментозного забезпечення тощо.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати дослідження представлені в таблиці. Із неї випливає, що загальна вартість медичної допомоги на цьому рівні складає: на амбулаторно-поліклінічному рівні на 1000 хворих – 23692,9 грн, а на стаціонарному – 55727,1 грн. З числа хворих на 1000 осіб третину складають хвороби системи кровообігу, за ними йдуть хвороби сечостатевої системи, хвороби нервової системи та органів чуття, далі – хвороби органів травлення та хвороби органів дихання. Таким чином, на ці п'ять класів хвороб припадає май-

Таблиця. Вартість медичної допомоги на вторинному рівні

Хвороби	Число хворих на 1000 осіб	Вартість лікування 1 хворого	Вартість лікування 1000 хворих	Рівень шпиталізації на 1000 населення	Вартість лікування 1 хворого за 1 день	Вартість лікування 1000 хворих за 1 день
Інфекційні та паразитарні хвороби	11,4	67,8	772,9	4,5	295,8	1331,1
Хвороби ендокринної системи:	14,2	98,4	1397,3	1,8	423,6	762,5
- цукровий діабет	10,2	85,6	873,1	0,8	239,0	191,2
Хвороби нервової системи та органів чуття	29,5	128,4	3787,8	6,4	916,6	5866,2
Хвороби системи кровообігу:	91,6	99,2	9086,7	31,9	702,8	22419,3
- ревматизм	1,2	77,6	93,1	0,9	396,0	356,4
гіпертонічна хвороба	22,7	59,6	1352,9	10,8	701,0	7570,8
- ішемічна хвороба серця	16,5	63,6	1049,4	9,7	768,4	7453,5
- цереброваскулярні розлади	46,6	138,8	6468,1	7,8	820,4	6399,1
Хвороби органів дихання:	21,5	52,2	1122,3	10,9	250,6	2731,5
- грип та ГРВІ	0,4	33,8	13,5	0,1	184,6	18,5
- бронхіт хронічний	8,5	61,2	520,2	3,0	226,8	680,4
- пневмосклероз, емфізема легень	4,0	65,8	263,2	2,0	316,8	633,6
- тонзиліт хронічний	8,2	47,8	391,9	4,5	208,2	936,9
Хвороби органів травлення:	27,5	96,6	2656,5	16,1	458,4	7380,2
- виразкова хвороба	12,1	74,2	897,2	8,9	614,2	5466,4
Хвороби сечостатевої системи	30,8	92,0	2833,6	11,0	803,4	8837,4
Хвороби шкіри та п/ш клітковини	1,8	92,8	167,0	1,1	433,8	477,2
Хвороби кістково-м'язової системи	5,4	98,4	531,4	2,8	658,4	1843,5
Травми та отруєння	20,4	62,8	1281,1	5,9	685,0	4041,5
Інші	0,5	112,6	56,3	0,1	367,4	36,7
Разом	254,6	93,1	23692,9	92,5	602,5	55727,1

же 80% усієї патології, з приводу якої має бути надана медична допомога на другому рівні.

Якщо оцінювати вартість лікування одного хворого в амбулаторно-поліклінічних умовах, то перше місце належить хворобам нервової системи та органів чуття, за ними йдуть хвороби системи кровообігу, хвороби ендокринної системи та кістково-м'язової системи, хвороби органів травлення.

На другому рівні майже третина хворих потребує шпиталізації, яка в середньому триває 12 днів, а середня вартість одного дня шпиталізації

становить 602,5 грн проти 93,1 грн в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Вартість лікування одного шпиталізованого хворого найвища у хворих із патологією нервової системи та органів чуття, наступні місця займають хворі з патологією сечостатевої системи, патологією системи кровообігу, травми та отруєння.

Висновок. Серед витрат медичної допомоги вартість вторинного рівня залишається провідною.

Перспективи подальшого дослідження полягають у визначенні вартості вторинної медичної допомоги і її співвідношення з іншими рівнями.

Список літератури

1. *Економіка української охорони здоров'я* // О.М.Голяченко, А.О.Голяченко. – Вінниця, «Віноблдрукерія», 1996. – 100 с.
2. *Голяченко А.* Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / А. Голяченко. – К., 2008. – 36 с.
3. *Лунская Л. Л.* К вопросу о методических принципах расчетов стоимости медицинских услуг // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 1. – С. 30-31.
4. *Обґрунтування* реформування галузі охорони здоров'я за даними України та зарубіжних країн у контексті політики Всесвітньої організації охорони здоров'я / Н. П. Крижина // Україна. Здоров'я нації. — 2008. — N 1. — С. 80-86.
5. *Реформування* вторинної медичної допомоги в Україні: базова проблематика та варіанти вирішення. Зведений звіт. – 2007. – 78 с.
6. *Указ Президента України* від 06.12.2005 № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення»

7. Шевченко М. В. Аналіз окремих нормативно-правових актів з питань основної діяльності охорони здоров'я та можливого впливу на проведення реформування системи охорони здоров'я України/ М.В. Шевченко //Главний врач. – Дніпропетровськ, 2010. – N12. – С. 20-26.
8. Шевченко О. М. Наукове обґрунтування ціноутворення медичної допомоги на прикладі хвороб системи кровообігу: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.03. – К., 2005. – 20 с.
9. Improving Intergovernmental Fiscal Relations and Public Health and Education Expenditure Policy: Selected Issues Report No. 42450– UA Ukraine, November 20, 2007
10. Hospital Reconfiguration: an ippr briefing, Institute for Public Policy Research, UK, Sept 2006.

СТОИМОСТЬ ВТОРИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В. Л. Смирнова (Тернополь)

Стоимость вторичной медицинской помощи при условии адекватного развития первичного уровня составляет на 1000 больных 23692,9 грн в амбулаторных условиях и 55727,1 грн. в стационарных. Данные относятся к 2010 году.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **вторичная медицинская помощь, стоимость.**

COST OF THE SECONDARY MEDICAL CARE

V. L. Smirnova (Kyiv)

The cost of the secondary Medicare on condition of adequate development of primary level makes on 1000 patients 23692,9 UAN in ambulatory terms and 55727,1 UAN in stationary. Information concerns to 2010.

KEY WORDS: **secondary Medicare, cost.**

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

УДК 614.2:338.52

Н. Я. ПАНЧИШИН (Тернопіль)

ВАРТІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ТРЕТИННОМУ РІВНІ

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

В результаті обстеження хворих, які лікувалися в обласних медичних закладах Тернопільської області, нами отримані такі дані про вартість допомоги на 1000 випадків: 46141,81 грн за фактичного пересічного рівня заробітної плати та 83781,13 грн за рівня пересічної заробітної плати, як загалом у народному господарстві.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **медична допомога, вартість, третинний рівень.**

Йдеться про вартість в обласних лікарнях та спеціалізованих диспансерах, яка займає чільне місце в структурі витрат на охорону здоров'я. Слід враховувати, що ця вартість в кожному році залежить від багатьох чинників і постійно змінюється в сторону збільшення. Зауважимо, що сучасний розподіл медичної допомоги такий, що третинний рівень займає надмірне місце, він повинен скорочуватися, але при цьому повинна бути вартіснішою допомога, яка там надається. На жаль, в структурі допомоги, що надається на третинному рівні, ми зараз знаходимо не лише значну частку тих послуг, які мають надаватися на вторинному рівні, а навіть зустрічаємо послуги, які відносяться до первинного рівня. І тут винен не

тільки третинний рівень, а слабкість первинного рівня, яка досі здебільшого залишається «диспетчерською». Звичайно, при розрахунку цієї вартості ми виходили з положення, що третинний рівень займає відповідне місце і в цілому не перевищує 6 % обсягу допомоги. Що стосується таких сучасних видів допомоги, як аорто-вінцеве шунтування, стентування, пересадка органів та систем, то ми тут поки що не включали вартість цієї допомоги, яка повинна надаватися на третинному рівні, оскільки в Тернопільській області це все ще носить теоретичний характер. Звісно, що наші обрахунки конкретні і в майбутньому будуть змінюватися.

Мета дослідження. Визначити вартість третинної медичної допомоги в Тернопільській області в 2010 році.

© Н. Я. Панчишин, 2011

Матеріали і методи. Проаналізовано структуру звертальності та шпиталізації хворих в обласних медичних закладах Тернопільської області, а саме обласних лікарнях для дорослих і дітей, а також в диспансерах – соматичних, протитуберкульозному, психоневрологічному, онкологічному, дермато-венерологічному. Медична допомога піддана експертній оцінці. Методика обчислення вартості описана в монографії О.Голяченка і А. Голяченка «Економіка української здоров'я» (1996).

Результати дослідження та їх обговорення. Якість та ефективність медичної послуги еквівалентна її вартості. Але це стосується не одного, а всіх факторів медичної допомоги.

Іншими словами, вартість (якість, ефективність) має бути піднята за рахунок усіх факторів медичної допомоги та їхнього раціонального співвідношення. Передусім, за рахунок зростання заробітної плати працівників.

В усіх цивілізованих країнах оплата праці медиків значно вища пересічного рівня галузей народного господарства. Адже рівень кваліфікації цих працівників вищий за пересічний. Але орієн-

туватися нам на ці країни поки що рано. Тому цілком слушним є положення, прийняте в «Основах законодавства України про охорону здоров'я», – довести рівень оплати праці медичних працівників до пересічного рівня в промисловості.

Мають бути збільшені витрати на інші змінні фактори виробництва, але таким чином, щоб це збільшення призвело до якісно нового співвідношення між ними. Адже зрозуміло, що при нинішньому матеріально-технічному озброєнні лікаря акцент лише на збільшення його заробітної платні не призведе до суттєвого зростання якості медичних послуг.

Оскільки досліджень на тему оптимізації співвідношення змінних факторів медичної послуги у нас не велось, залишається орієнтуватися на показник країн ринкової системи (12 % – заробітна платня, 88 % - інші фактори), маючи на увазі, що це співвідношення довело свою ефективність на практиці.

Нами був розрахований обсяг коштів, необхідний для надання обсягу медичної допомоги в умовах реформування системи, нормативів і організаційних змін.

Таблиця 1. Потреба в медичній допомозі на третинному рівні (експертна оцінка)

№ з/п	Фах	Амбулаторна допомога Число відвідувань (на 1000 осіб)	Стационарна допомога Рівень шпиталізації (на 1000 осіб)
1	Соматичний	45,0	7,5
2	Фтизіатрія	8,4	1,1
3	Онкологія	17,2	4,2
4	Психіатрія	34,8	5,8
5	Дермато-венерологія	11,2	2,9
	Разом	116,6	21,5

Таблиця 2. Вартість медичної допомоги в розрізі окремих спеціалізованих служб (грн)

№ з/п	Показник	Вартість допомоги на 1000 осіб за фактичного пересічного рівня заробітної плати	Вартість допомоги на 1000 осіб за рівня пересічної заробітної плати, як загалом у народному господарстві
1	Соматичні хвороби	29144,96	49984,11
2	Фтизіатрія	6881,72	13684,54
3	Онкологія	5779,52	12234,84
4	Психіатрія	2551,09	4668,78
5	Дермато-венерологія	1784,52	3208,86
	Разом	46141,81	83781,13

Таким чином, якщо порівняти дані таблиць 1 та 2, то слід підкреслити такі дві особливості. При розрахунку витрат на репрезентативній групі хворих витрати склали 46141,81 – 83781,13 грн на 1000 населення.

За умов реорганізації системи медичної допомоги досягається те, що постійно стверджувала радянська медицина на словах і ніколи не добила цього на ділі, – економічний пріоритет амбулаторної допомоги над стаціонарною як підтвердження її визначального впливу на здоров'я людей.

Висновки

Таким чином, третинна медична допомога на 1000 осіб у медичних закладах Тернопільської області в 2010 році в оптимальному варіанті складала: соматичні хвороби – 49984,11 грн, фтизіатрія – 13684,54 грн, онкологія – 12234,84 грн, психіатрія – 4668,78 грн, дермато-венерологія – 3208,86 грн.

Звісно, що ці показники будуть щорічно змінюватися.

Перспективи подальшого дослідження полягатимуть у налагодженні системи оперативного моніторингу за ціноутворенням медичної допомоги на третинному рівні.

Список літератури

1. *Економіка української здравоохранения* //О. М. Голяченко, А. О. Голяченко. – Вінниця, «Віноблдрукарня», 1996. – 100 с.
2. *Голяченко А.* Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / А. Голяченко. – К., 2008. – 36 с.
3. *Коваленко В. М.* Кардіологічна допомога //У кн. Панорама охорони здоров'я населення України /А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 216 - 218.
4. *Лунская Л. Л.* К вопросу о методических принципах расчетов стоимости медицинских услуг //Экономика здравоохранения. – 2001.– № 1. – С. 30-31.
5. *Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу.* Аналітично-статистичний посібник //Т.С.Манойленко, І.Л.Ревенько, А. В. Гандзюк /За ред. професорів Коваленка В. М., Корнацького В. М. – К.: МВЦ “Медінформ”, 2009. – 146 с.
6. *Скороход А. В.* Шляхи реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні/ А. В. Скороход //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – Київ; Тернопіль, 2010. – № 4. – С. 31-34.
7. *Шевченко О. М.* Наукове обґрунтування ціноутворення медичної допомоги на прикладі хвороб системи кровообігу: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.03. – К., 2005. – 20 с.
8. *Weintraub W., Mahoney E., Zhang Z. et al.* Cost and cost effectiveness et 1 year in the Stent or Surgery trial (SoS) //Eur. Heart J. – 2002. – Vol. 23 (Suppl.). – P. 137.

СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТРЕТИЧНОМ УРОВНЕ

Н. Я. Панчишин (Тернополь)

В результате обследования больных, лечившихся в областных медицинских учреждениях Тернопольской области, нами получены такие данные о стоимости помощи на 1000 случаев: 46141,81 грн. при фактическом среднем уровне заработной платы и 83781,13 грн. при уровне средней заработной платы, как в целом в народном хозяйстве.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **медицинская помощь, стоимость, третичный уровень.**

COST OF MEDICAL CARE AT TERTIARY LEVEL

N. Ya. Panchyshyn (Ternopil)

As a result of patients inspection, treatments oneself in regional medical establishments of the Ternopil area, we got such information about the cost of aid on 1000 cases: 46141,81 UAN at an actual middle wage level and 83781,13 UAN at the level of middle wage, as on the whole in a national economy.

KEY WORDS: **Medicare, cost, tertiary level.**

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

РОЛЬ *H. PYLORI* У РОЗВИТКУ РІЗНИХ ФОРМ ХРОНІЧНИХ ГАСТРИТИВ ТА ГАСТРОДУОДЕНІТІВ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

У статті наведено деякі проблеми діагностики *H. pylori* у дітей. Обстежено 108 дітей з різними формами хронічного гастриту і гастродуоденіту. Визначено роль цього мікроорганізму у розвитку різних форм гастритів і гастродуоденітів. Проведено порівняльний аналіз цитологічного і серологічного методів визначення *H. pylori* у дітей.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: діти, гастрит, гастродуоденіт, *H. pylori*, діагностика.

Протягом останнього десятиріччя значну роль серед етіологічних чинників хронічного гастриту та гастродуоденіту почали відводити мікроорганізму *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), спірально-подібній бактерії з 4–6 джгутиками, яка була відкрита австралійськими дослідниками Warren та Marshall [1;11].

Вважається, що *H. pylori* передається фекально-оральним чи орально-оральним шляхом, причому інфікується найчастіше людина у дитячому віці. Найпоширеніше внутрішньосімейне інфікування [5,3]. Природним резервуаром *H. pylori* в організмі людини є зубні нашарування [1]. Серед 5-6-річних дітей обсіменіння цими бактеріями становить 40–45%, а до 14–15-річного віку досягає рівня дорослого населення і зберігається в межах 65–70%. З урахуванням значного поширення цієї інфекції у людини, можна зробити висновок, що людина є природним господарем цього мікроорганізму [5;4;11].

Взаємодія *H. pylori* з макроорганізмом може мати як характер носійства, так і клінічну маніфестацію у вигляді хронічного гастриту. До цього часу залишається відкритим питання, коли для людини *H. pylori* є коменсалом, сапрофітом або паразитом.

Натепер вивчені численні фактори вірулентності *H. pylori*. Основні серед них – джгутики, продукція низки ензимів (уреази, супероксиддисмутази) і молекул клітинної адгезії. Крім цих факторів, які властиві всім штамам *H. pylori*, ряд факторів вірулентності продукується лише деякими з них. До них належать, зокрема, вакуолізуючий цитотоксин *VacA* і цитотоксин-асоційований антиген *CapA* [6;9].

Здатність *H. pylori* регулювати експресію різних генів патогенності, залежно від умов його існування, та генетичні особливості людини відіграють не останню роль в розвитку захворювань, пов'язаних з цим мікроорганізмом.

Одним із суттєвих моментів у реалізації патогенних властивостей *H. pylori* є ступінь обсіменіння цим мікроорганізмом слизової оболонки шлунка [4].

Основними мішенями для *H. pylori* в слизовій оболонці шлунка є:

- епітеліоцити (прямий ефект пошкодження підсилюється продукцією вакуолізуючого цитотоксину (*vacA*) і вивільненням продуктів цитотоксин-асоційованого гена *A* (*capA*);
- нейроендокринні клітини (сприяє посиленню продукції *HCL*);
- лейкоцити та лімфоцити (депресивна дія *H. pylori* на Т-лімфоцити, низька імуногенність продуктів його життєдіяльності і мембранних антигенів, а також феномен мімікрії сприяє хронізації гастриту) [5;1];
- процеси регенерації та апоптозу (*H. pylori* здатний викликати посилення апоптозу та порушення нормальних процесів регенерації шлункового епітелію. Порушення процесів клітинного оновлення (процесів проліферації та диференціації) – це основа для розвитку атрофічного гастриту або кишкової метаплазії. [11;10;11].

Враховуючи значну поширеність та щорічне зростання захворюваності на хвороби верхнього відділу травного каналу у дітей, **метою** дослідження було визначення ролі *H. pylori* в розвитку різних форм хронічного гастриту та гастродуоденіту в дитячому віці.

Завдання дослідження: визначення інфікованості *H. pylori* дітей з хронічними гастритами та гастродуоденітами серологічним та цитологічним методами дослідження; порівняння результатів серологічного та цитологічного методів дослідження; визначення ролі *H. pylori* в розвитку різних форм хронічних гастриту та гастродуоденіту.

Матеріали і методи. Було обстежено 108 дітей віком 8–16 років з хронічними гастритом та гастродуоденітом. Тривалість захворювання у всіх дітей становила не менше одного року.

За допомогою фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС) були виділені такі нозологічні

форми: поверхневий гастродуоденіт діагностовано у 38 (35,2%) дітей, поверхневий дифузний гастрит – у 32 (29,6%), гіпертрофічний гастрит – у 18 (16,6%), ерозивний бульбіт – у 12 (11,2%), поверхневий антральний гастрит – у 8 (7,4%).

Біопсія з подальшим гістологічним дослідженням була проведена 70 хворим. Цитологічний метод застосовувався лише у дітей, яким була проведена біопсія.

У зв'язку з тим, що у слизовій оболонці дванадцятипалої кишки *H. pylori* були знайдені в поодиноких випадках, визначення обсіменіння у хворих на ерозивний бульбіт проведено за результатами дослідження біоптатів антрально-го відділу шлунка цих дітей

Препарат фарбували за Романовським–Гімзою. При знаходженні *H. pylori* у мазку-відбитку, він забарвлюється в темно-синій колір на світло-синьому фоні.

Морфологічно бактерії *H. pylori* є короткими звивистими мікроорганізмами довжиною 3–4 мкм, товщиною 0,5 мкм. Готовий препарат розглядали методом імерсійної мікроскопії (х 900) та оцінювали ступінь обсіменіння згідно з критеріями Л.І. Аруїна та співавт.: відсутність бактерій *H. pylori* у препараті; легкий ступінь (до 20 бактерій в полі зору); середній ступінь (від 20 до 50 бактерій в полі зору); високий ступінь (більше 50 бактерій в полі зору).

З метою діагностики інфікованості *H. pylori* дітей досліджуваної групи були оцінені результати двох методів дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні серологічного дослідження на наявність *H. pylori* у дітей з гастритами та гастродуоденітами отримані наступні результати: у 46 (42,5%) дітей тест був позитивний, у 23 (26%) – слабопозитивний, у 39 (31%) – негативний.

Інфікованість *H. pylori* дітей з цією патологією становить 68,5%

Дані цитологічного та серологічного досліджень хворих, яким проводилася біопсія, свідчать про певну розбіжність у їх результатах. Так, цитологічним методом *H. pylori* виявлялись у 81,5% хворих, тоді як серологічним методом – лише у 68,5% хворих. Тобто при негативному результаті серологічного дослідження на *H. pylori* в 13% випадків зазначені мікроорганізми визначалися і був наявним I ступінь обсіменіння СОШ.

У всіх випадках слабопозитивного результату серологічного тесту на *H. pylori* спостерігається обсіменіння СОШ цим мікроорганізмом I ступеня, а при позитивних результатах цитологічно *H. pylori* було визначено в усіх випадках, і СОШ цих дітей характеризувалася II та III ступенем обсіменіння. Однак диференціювати ступені за допомогою серологічного дослідження було

неможливо через сталість результативних нормативів тесту.

При проведенні статистичної обробки за допомогою побудови таблиць відповідності між результатами цих методів дослідження був відсутній істотний зв'язок. Це підтверджує неможливість використання серологічного методу для оцінки ступеня обсіменіння зазначеним мікроорганізмом СОШ у дітей. Але така розбіжність може бути обумовлена також і тим, що у певній частині дітей *H. pylori*, якій присутній у слизовій шлунка, не є причиною розвитку захворювання, а входить до складу мікробіоценозу організму.

Нами досліджено частоту наявності *H. pylori* при різних формах гастриту та гастродуоденіту із встановленням його ролі у розвитку тієї чи іншої патології.

Виходячи з отриманих результатів, можна говорити про значну роль *H. pylori* у розвитку ерозивного бульбіту, оскільки у 100% дітей з цією нозологією *H. pylori* визначався серологічним методом.

Ураховуючи дані про інфікування *H. pylori*, яке становило при поверхневому дифузному гастриті 75%, гіпертрофічному гастриті 44,5%, ерозивному бульбіті 100%, поверхневому антральному гастриті 50%, можна говорити про значну роль цього мікроорганізму у виникненні ерозивного бульбіту.

Після проведення статистичної обробки результатів для всіх інших форм гастритів ($\chi^2(1,92) < \chi^2_{0,05}(3) = 7,82$) можна говорити про те, що наявність *H. pylori* істотно не впливає на розвиток якоїсь певної форми гастриту, але виключити його з патогенетичної ланки розвитку всіх нозологічних форм неможливо. Тому до проведення антихелікобактерної терапії, що включає в себе препарати з багатьма побічними діями і основним наслідком лікування – посиленням дисбіотичних процесів в кишечнику, – треба підходити дуже виважено. Обов'язкове проведення цієї терапії лише дітям з ерозивними формами гастриту та дуоденіту. При визначенні інфікованості *H. pylori* слід не обмежуватися лише одним методом дослідження, бажано визначити не тільки наявність самого мікроорганізму, але і його штам та ступінь обсіменіння слизової оболонки шлунка.

Висновки

1. Загальна інфікованість дітей з хронічними гастритом та гастродуоденітом становить 68–80% при визначенні різними методами.

2. Для діагностики *H. pylori* недостатньо використання лише одного методу дослідження.

3. *H. pylori* відіграє значну роль у розвитку ерозивного бульбіту, але істотно не впливає на виникнення інших форм хронічного гастриту та дуоденіту, які були виділені в дослідженні.

Список літератури

1. Исаков В. А. Хеликобактериоз / В. А. Исаков, И. В. Домарадский. – М. : ИД Медпрактика– М, 2003. – 412 с.
2. Корсунский А. А. Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей / А. А. Корсунский, П. Л. Щербаков, В. А. Исаков. – М. : ИД Медпрактика–М, 2002. – 168 с.
3. Николаенко Е. А. Инфекция *Helicobacter pylori* и заболевания желудочно-кишечного тракта у детей: методы диагностики и показания для лечения / Е. А. Николаенко, А. А. Звягин, А. В. Почивалов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2008. – Т. 7, № 2. – С. 491–494.
4. Червинец В. М. Особенности дисбактериоза желудка у больных гастритом в зависимости от характера и активности гастритического процесса / В. М. Червинец // Эксперим. и клинич. гастроэнтерол. – 2003. – № 1. – С. 186–187.
5. Шептулин А. А. Обсуждение проблемы инфекции *Helicobacter pylori* в ходе Европейской гастроэнтерологической недели / А. А. Шептулин, О. А. Марданова // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2004. – № 2. – С. 88–92.
6. *Distribution of vacA and cagA status of Helicobacter pylori in peptic ulcer disease and non-ulcer dyspepsia* / Aydin F., Kaklikkaya N., Ozgur O. [et al.] // Clin. Microbiol. and Infect. – 2004. – Vol. 10, № 9. – P. 1102–1104.
66. *Bakka A. S. Prevalence of Helicobacter pylori infection in asymptomatic subjects in Libya* / A. S. Bakka, B. A. Salih // Diagnostic Microbiology and Infectious Disease. – 2002. – Vol. 43, № 5. – P. 265–268.
7. *Helicobacter pylori: duodenal colonization in children* / Bonamico M., Maziani P., Magliocca F. M. [et al.] // Ada Pediatr. – 1997. – Vol. 86. – P. 356–360.
80. *Attachment of Helicobacter pylori to human gastric epithelium mediated by blood group antigens* / Boren T., Falk P., Roth K. A. [et al.] // Science. – 1993. – Vol. 262. – P. 1892–1895.
8. *Helicobacter pylori vacA and cagA genotypes in Mexican adults and children* / Gonzales-Valencia J. C., Atherton J. C., Munoz O. [et al.] // J. Infect Dis. – 2000. – Vol. 192. – P. 1450–1454.
9. *Genotyping cagA, vacA subtype, iceA, and babA of Helicobacter pylori isolates from Korean patients, and their association with gastro-duodenal diseases* / Kim S. Y., Than W. W., Young M. [et al.] // Korean Med. Sci. – 2001. – Vol. 16. – P. 579–584.
10. *Concordance of Helicobacter pylori strains within families* / Kivi M., Tindberg Y, Sbrberg M. [et al.] // J. Clin. Mikrobiol. – 2003. – Vol. 41. – P. 5604–5608.
11. *Mueller A. Helicobacter pylori and Gastric Cancer: What can be Learned by Studying the Response of Gastric Epithelial Cells to the Infection?* / A. Mueller, S. Falkow, M. R. Amieva // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. – 2005. – Vol. 14, № 8. – P. 1859–1864.
12. *Warren J. R. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis* / J. R. Warren, B. J. Marshall // Lancet. – 1983. – P. 1273–1275.

РОЛЬ *H. PYLORI* В РАЗВИТИИ РАЗНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ И ГАСТРОДУОДЕНИТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Г. В. Салтыкова (Киев)

В статье изложены некоторые проблемы диагностики *H. pylori* у детей. Обследовано 108 детей с разными формами хронического гастрита и гастродуоденита. Определена роль этого микроорганизма в развитии разных форм гастритов и гастродуоденитов. Проведен сравнительный анализ цитологического и серологического метода определения *H. pylori* у детей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **дети, гастрит, гастродуоденит, *H. pylori*, диагностика.**

ROLE *H. PYLORI* IN DEVELOPMENT OF DIFFERENT FORMS OF CHRONIC GASTRITIS AND GASTRODUODENITIS AT CHILDRENS' AGE

G. V. Saltykova (Kyiv)

The article describes some of the problems of diagnosis *H. pylori* in children. 108 children with various forms of chronic gastritis and gastroduodenitis have been examined. The role of this organism in the development of different forms of gastritis and gastroduodenitis has been defined. A comparative analysis of cytological and serological method for determining *H. pylori* in children has been conducted.

KEY WORDS: **children, gastritis, gastroduodenitis, *H. pylori*, diagnostics.**

Рецензент: д.мед.н.. проф. С.П. Кривоустов

О. П. КОРНІЙЧУК (Київ)

ШЛЯХИ ЕФЕКТИВНОГО ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, У ПЕРШУ ЧЕРГУ У ВІННИЦЬКІЙ, ДОНЕЦЬКІЙ, ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТЯХ ТА М. КИЄВІ

Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України

Проаналізовано системні проблеми надання первинної медико-санітарної допомоги виходячи із вимог прийнятих законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях та місті Києві». Обґрунтовано першочергові та поточні заходи органів влади із внесення змін до прийнятих законів, постанов уряду, наказів МОЗ України щодо забезпечення пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: реформування системи охорони здоров'я, первинна медико-санітарна допомога, сімейна медицина.

Системною проблемою діючого організаційно-економічного механізму охорони здоров'я України є хаотична ситуативна поведінка пацієнтів у переважній більшості випадків та їхніх близьких родичів при першому зверненні до лікаря за наданням медичної допомоги, наслідком чого є фактично неотримання необхідної медичної допомоги значною кількістю пацієнтів.

Особливості розвитку системи охорони здоров'я вивчалися у працях вітчизняних вчених (В. Лехан, В. Москаленко, Г. Слабкий, І. Солоненко та ін.), але розробці шляхів ефективного проведення реформування системи охорони здоров'я в умовах прийнятого Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» №3612-17 від 07.07.2011 року приділяється недостатня увага.

Метою статті є розкриття шляхів ефективного проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях через обґрунтування внесень змін до законодавства, постанов уряду та рішень міністерств, відомств і органів місцевої влади.

Сучасний стан справ в регіонах України щодо функціонування системи охорони здоров'я економічно вигідний монополістам на місцях. Передусім це стосується районного рівня надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Це здійснюється за рахунок максимального «накручування маршрутів» руху пацієнта від лікаря до лікаря. Це фактично фінансує лікарів зазначеної ланки. Чим більше звернень пацієнта,

тим вигідніше лікарям. Причиною цього є нерегульованість державними та місцевими органами влади монополізованого середовища надання послуги при першому контакті пацієнта з лікарем. Ним має бути сімейний лікар, який персонально відповідальний за якість і своєчасність надання ПМСД. Основним гальмівним чинником розвитку ПМСД в Україні є нерідко низький професійний рівень та інформаційне забезпечення дільничних терапевтів та дільничних лікарів. Після першого контакту з ними пацієнт входить в смугу хаотичних звернень до інших лікарів.

До системних проблем надання ПМСД, які стосуються якості і тривалості життя громадян, як свідчить досвід у м. Комсомольськ Полтавської області, слід віднести відсутність фактичної оплати приватному сімейному лікарю за надання ним медичної допомоги на одній дільниці (понад 200 пацієнтам протягом року). Це стосується надання послуг стаціонару вдома – 120 чол. і 96 чол. денного стаціонару. Вартість цієї послуги протягом місяця, за оцінками фахівців, фактично коштує близько 920 грн (10 чол. стаціонару вдома x 60 грн = 600 грн; 8 чол. денного стаціонару x 40 грн = 320 грн).

В прийнятих змінах до законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [1] та «Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях та місті Києві» [4] не визначено пріоритетність розвитку ПМСД та її основи – сімейної медицини. Організаційно-економічні, організаційно-юридичні та організаційно-фінансові ме-

ханізми її розвитку, виходячи із передової практики розвинутих європейських країн, не розкриті.

До концептуальних помилок, які присутні в обсязі законів, слід віднести:

- відсутність головної мети законодавчих змін – покращення якості життя громадян, зменшення смертності, передусім працездатного населення, за рахунок своєчасного та кваліфікованого надання медичної допомоги – через інститут сімейного лікаря;

- відсутність передбаченого Постановою Кабінету Міністрів України №1782 від 31.12.2004 р. фінансування ПМСД в обсязі 23% витрат на систему охорони здоров'я. В перспективі цей показник, на нашу думку, повинен досягати не менше 30–40%.

Пріоритетність розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря визначає:

1. Високі кваліфікаційні вимоги для отримання статусу сімейного лікаря, які формуються Асоціацією сімейних лікарів України і підтверджуються перед нею.

2. Отримання сімейним лікарем статусу диспетчера руху коштів на вторинний і третинний рівень для ліквідації хаосу у зверненнях пацієнтів.

3. Стимулювання сімейним лікарем, як диспетчером руху коштів, створення лікарями-діагностами якісної і доступної діагностичної бази. Це можливо на базі районних лікарень чи поліклінік, реорганізованих у центри ПМСД.

4. Підписання сімейним лікарем угод з пацієнтами (мінімум 600 чел.) перед підписанням ним контракту з розпорядником бюджетних коштів.

5. Збільшення грошової винагороди сімейного лікаря у 2012 р. у 2,5 рази.

6. Запровадження системи стимулів для діючих дільничних терапевтів та інших лікарів і медперсоналу ПМСД до підвищення професійного рівня і проходження необхідного навчання для отримання права на здачу іспитів і отримання ліцензії з надання послуг населенню.

За оцінками окремих фахівців, механізм подушного фінансування ПМСД на районному рівні може призвести до «вимивання» коштів на користь лікаря, який має ліцензію як приватний сімейний лікар і одночасно працює в лікарні чи поліклініці вузькопрофільним лікарем-діагностом. Тобто пацієнт може залишитись без фактичного права вибору іншого лікаря. При цьому може зберегтися монополізм у наданні послуг та тінізація оплати праці лікаря (відрахування до пенсійного фонду приватного сімейного лікаря, а також медсестри загальної практики здійснюється із суми 960 грн/міс.).

Монополізація у наданні послуг ПМСД може призвести до суттєвого скорочення на районному рівні лікарів-терапевтів, дільничних лікарів тощо. Це буде пов'язано із небажанням лікарів-

монополістів, які будуть контролювати фінансові потоки у ПМСД, розширювати конкурентне середовище. Слід враховувати досвід ряду східноєвропейських країн, де вже відбулися такі процеси.

У зв'язку з цим дуже актуальним є опрацювання чітких критеріїв підготовки, здачі іспитів та контролю за практичною діяльністю сімейного лікаря. Вимоги повинні бути достатньо високими, а винагорода за працю – гідною, щоб забезпечити належну привабливість інституції приватного сімейного лікаря.

Слід передбачити використання на вторинному рівні одного із прийнятих методів розрахунку за надання медичних послуг: прями тарифи з нозології (це множення вартості лікування конкретної хвороби на прогнозовану кількість хворих); метод клініко-діагностичних груп (врахування вартості по групам захворювань); розрахунок одного ліжко-дня з нозології (обрахунок вартості одного дня і множення його на кількість днів з цієї хвороби).

До першочергових заходів органів влади слід віднести наступні.

Для створення фундаментальних основ впровадження здорового способу життя та подовження його тривалості необхідно вжиття кожним громадянином, органами влади, неурядовими організаціями радикальних заходів.

На першому етапі слід розвернути соціально-економічну систему, в першу чергу охорони здоров'я, в науково обґрунтоване русло – щодо базового розвитку ПМСД. Передусім це стосується глибокої аналітичної оцінки реального стану справ у системі охорони здоров'я, симетричного руху фінансових потоків щодо першочергового задоволення потреб ПМСД.

Для розвитку ПМСД на засадах приватного сімейного лікаря необхідно передбачити прийнятний податок (хоча б 500 грн на місяць).

Фінансування до 23% витрат системи охорони здоров'я на ПМСД (нині 5%) дозволить стати їй доступною для 80% бідної частини населення України. ПМСД на засадах ЗП/СМ стане основним інформаційним джерелом для громадян на про здоровий спосіб життя, рушієм якісних профілактичних послуг для населення на базі необхідного рівня медичної освіти.

Для якісного переходу на зазначений рівень фінансування, який фактично перевищує нинішній офіційний удвічі, а реально у 4–5 разів, Кабінету Міністрів України необхідно провести демонополізацію галузі шляхом прийняття окремих постанов щодо:

- 1) створення за рахунок внутрішніх резервів відділів охорони здоров'я районних державних адміністрацій як головних розпорядників бюджетних коштів;

до 01.09.2011 р.

2) розроблення і затвердження методики подушних витрат на надання первинної медичної допомоги, а також обґрунтованих підходів до фінансування вторинної, третинної та екстреної допомоги, передбачивши окремою строчкою виділення коштів у кожній із них на паліативну допомогу та медичну реабілітацію;

до 15.09.2011 р.

3) розроблення відділами охорони здоров'я районних, міських, обласних державних адміністрацій за програмно-цільовим методом проектів бюджетів із чітким розподілом на зазначені види медичної допомоги для наступного затвердження на сесіях рад відповідних рівнів. При цьому передбачити пріоритетність розвитку ПМСД;

до 01.10.2011 р.

4) врегулювання механізмів створення конкурентного середовища при наданні ПМСД шляхом укладення прямих договорів не тільки між розпорядниками бюджетних коштів і поліклініками, але й розпорядниками і приватними сімейними лікарями;

до 01.09.2011 р.

5) створення рівних умов праці сімейних лікарів комунальної сфери та приватних сімейних лікарів, передбачивши зарахування стажу останнім та надання прав виписування листків тимчасової втрати працездатності, користування лікарськими наркотичними засобами. З цією метою зобов'язати МОЗ України внести зміни до п. 3.9 наказу №221 від 19.05.2003 р. щодо визначення переліку документів, які дозволять підприємницьку діяльність сімейного лікаря зараховувати до стажу роботи відповідної спеціальності. На наш погляд, до зазначеного переліку слід віднести: договір між розпорядником бюджетних коштів і сімейним лікарем; договір сімейного лікаря з найманими працівниками; договори сімейного лікаря з пацієнтами; документи на підтвердження категорії; ліцензію МОЗ України на право приватної практики; реєстрацію як суб'єкта підприємницької діяльності;

6) вирівнювання прибутку приватного сімейного лікаря та заробітної плати комунального сімейного лікаря. Для детінізації прибутку приватного сімейного лікаря необхідно передбачити збільшення фінансування його щомісячних послуг до 3500 грн. При цьому передбачити введення коефіцієнтів доплат за надання послуг дітям до 3-х років та особам після 65-ти років (можливо 1.3). Крім цього, для заохочення обслуговування сільських мешканців доцільно передбачити коефіцієнт для лікаря, який там працює, – 1.5; в районному центрі – 1.3; в місті – 1.2;

до 01.10.2011 р.

7) перепідготовка кадрів для обіймання посад сімейних лікарів із залученням практикуючих сімейних лікарів до навчального процесу;

8) розподіл фінансування первинної та вторинної медико-санітарної допомоги на амбулаторну та стаціонарну; передбачити оплату сімейного лікаря за надання послуг денного стаціонару та стаціонару вдома;

9) створення ефективних механізмів раціонального використання часу та фінансових ресурсів пацієнтів при зверненні до лікаря шляхом введення обов'язкової норми скерування на вторинний рівень надання допомоги за направленням сімейного лікаря. Для посилення контролю за діяльністю сімейних лікарів чітко регламентувати порядок складання дефектних актів.

До системної проблеми охорони здоров'я слід віднести її тінізацію, яка, за нашими оцінками, складає до 95%. Але впровадити ефективні заходи з її детінізації можливо після системних дій щодо демонополізації галузі.

Організаційно-управлінські та фінансово-економічні заходи щодо розвитку системи охорони здоров'я на 2013 р. можливо буде планувати на початку 2-го півріччя 2012 р. після виконання передбачених вище заходів з демонополізації надання послуг та пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря. За нашими оцінками, коштів, виділених на систему охорони здоров'я у 2011 р., достатньо для початку реальних реформ у випадку їх ефективного перерозподілу, виходячи з пріоритетності ПМСД.

Для вжиття заходів з детінізації системи охорони здоров'я у 2013 р. необхідно:

а) у 2012 р. провести реальний обрахунок об'єму медичної допомоги та медичних послуг, які вірогідно будуть надані пацієнтам у 2013 р., виходячи із соціального статусу, вікової структури та особливостей захворювань пацієнтів у кожному населеному пункті за методикою, яку попередньо необхідно буде затвердити постановою уряду;

б) здійснити обрахунок джерел покриття цих витрат;

в) відпрацювати пакет законодавчих та урядових рішень щодо впровадження реальних фінансових механізмів оплати очікуваних послуг, у тому числі через механізми страхової медицини, лікарських кас тощо.

10) залучення Кабінету Міністрів України, Міністерства економічного розвитку і торгівлі України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства регіонального розвитку та будівництва України, органів місцевого самоврядування, обласних та районних державних адміністрацій до розробки та затвердження ефективного організаційно-економічного механізму впровадження реформ, передусім у зазначених регіонах. Законом ці функції покладені на центральний орган виконавчої служби у сфері охорони здоров'я. На наш погляд, положення про центр ПМСД необхідно затверджу-

вати Кабінетом Міністрів України, а не Міністерством охорони здоров'я;

11) залучення ключових інституцій реформування охорони здоров'я – лікарів та пацієнтів, громадських лікарських об'єднань та об'єднань пацієнтів – до розробки спільно з урядом та місцевими органами влади зазначених механізмів;

12) розробка та впровадження організаційно-фінансових механізмів регулювання реформ в пілотних проектах виділених регіонів на базі пріоритетного фінансування приросту витрат на систему охорони здоров'я на ПМСД на засадах сімейного лікаря;

13) опрацювання критеріїв фінансування видів медичної допомоги. Виходячи із європейського досвіду та практики реформування ПМСД в Україні, за нашими попередніми оцінками, структура фінансування може визначатись наступним чином: первинна – 2012 р. – 23%, 2013 р. – 30%, 2014 р. – 35%; вторинна – 2012 р. – 45%, 2013 р. – 43%, 2014 р. – 40%; третинна – 2012 р. – 24%, 2013 р. – 18%, 2014 р. – 16%; екстрена допомога – 2012 р. – 8%, 2013 р. – 9%, 2014 р. – 10%;

14) розробка організаційно-юридичного механізму впровадження реформ на основі укладання прямих договорів між лікарями – надавачами послуг та пацієнтами, а після цього – між головним розпорядником бюджетних коштів та лікарями – надавачами цих послуг, як комунальними установами, так і лікарями – приватними підприємцями. Запропонований у законах підхід передбачає укладання договорів між головним розпорядником та закладами видів допомоги [1;4]. За нашими оцінками, враховуючи досвід м. Комсомольська, це і залишається основною причиною додаткових витрат у 2010 р. – до 40% на надання послуг в системі ПМСД;

15) розробки організаційного механізму оптимального маршруту пацієнта через сімейного лікаря для отримання, при потребі, доступної якісної медичної допомоги на вторинному чи третинному рівнях. Нині хаотичність в зверненнях пацієнтів до лікарів призводить до того, що до 75% із них не отримують належну і своєчасну медичну допомогу [5];

16) створення конкурентного і рівноправного середовища між комунальними сімейними лікарями поліклініки та приватними сімейними лікарями з надання послуг ПМСД населенню. Нині всі договори з розпорядниками бюджетних коштів укладаються з установами системи охорони здоров'я – з поліклініками та ін. При цьому 30% надбавка, яка діє для комунальних сімейних лікарів, не розповсюджується на приватних сімейних лікарів.

Враховуючи багаторічний досвід м. Комсомольська Полтавської області у реалізації стратегії

програмно-цільового підходу при фінансуванні системи охорони здоров'я, необхідно передбачити надання ПМСД на засадах сімейного лікаря статусу основи системи охорони здоров'я. Актуальним при цьому залишається питання економічного об'єкта вірогідного обсягу медичної допомоги і медичних послуг, які необхідно буде надати населенню у 2012 р., в першу чергу на первинному рівні.

Нині із близько 50 млрд бюджетних коштів на первинний рівень виділяється 10% (реально – 3–4%); вторинний рівень – 44% (реально – 48%); третинний рівень – 35% (реально – 40%); екстрена допомога – 8%; решта – стоматологія.

За рахунок пріоритетного фінансування ПМСД на засадах сімейного лікаря слід щорічно збільшувати обсяг медичних послуг на 12% щоб охопити 100% населення України протягом 5 років. Для цього необхідно підняти зарплату сімейного лікаря до 3 500 грн/місяць. Нині цієї послуги потребують 60% населення України. Довести до 80–85% обсяг медичних послуг на засадах сімейної медицини, які закінчуються на рівні амбулаторно-поліклінічної допомоги. Для цього потрібно наростити протягом 5 років об'єм цих послуг практично удвічі.

Фактично фінансування ПМСД в Україні у 7 разів менше в структурі бюджетів (відповідно 25% і 3–4%).

Система охорони здоров'я не здатна належним чином задовольнити потреби громадян. Вона нерідко несе реальну загрозу населенню у зв'язку з непотрібним лікуванням і медикаментизацією. Це тому, що вона, як система, є вузькоспеціалізованою на шкоду інтеграції з іншими лікарями і соціальними службами. Це є основним блокуючим фактором впровадження розвиненої моделі ПМСД та сімейного догляду.

Вдалим організаційним економічним механізмом розвитку ПМСД на районному рівні для мешканців сільської місцевості буде включення комунальних сімейних лікарів до центрів ПМСД, створених на базі районної поліклініки або районної лікарні. Фактично створенням зазначених центрів вводиться новий організаційно-правовий механізм надання ПМСД.

Зазначені центри, поруч із приватними сімейними лікарями, надавали б послуги сільському населенню, використовуючи приміщення ФАПів, лікарських амбулаторій та інших установ, перепрофілювавши їх у АЗЛП/СМ.

Районна державна адміністрація заключала б прямі договори на надання послуг з приватними сімейними лікарями та центрами ПМСД після укладення останніми договорів з пацієнтами. Приватні сімейні лікарі, за потреби, заключали б договори з центром ПМСД на оренду приміщень та медичного обладнання або на оренду приміщень у місцевих органів влади.

Фінансування послуг сімейних лікарів, за нашими оцінками, повинно передбачати подушну оплату (60%), гонорарну оплату (з питань щеплень, планування сім'ї – 15%) і стимулюючі надбавки (25%). При цьому слід поставити приватного сімейного лікаря у рівні умови із комунальним сімейним лікарем, передбачивши надання першому 30% надбавки до заробітної плати.

Можливим організаційно-правовим механізмом діяльності приватного сімейного лікаря є реєстрація його як комунального неприбуткового підприємства. Але згідно з діючим законодавством це передбачає перехід на фіксований податок – 25% від обороту, що спричинить зростання вартості його послуг і збільшить бюджетні витрати.

Сімейний лікар, крім професійних навичок та апаратури для діагностики, повинен мати повну інформацію про можливість надання послуги вузькопрофільними лікарями з діагностики з тих питань, де він потребує сприяння. Це може у 4–5 разів зменшити кількість відвідувань пацієнтами лікарів та у 2–3 рази їх фінансові витрати. Професійну придатність зазначених сімейних лікарів має визначати Асоціація сімейних лікарів України.

Важливим питанням є збереження високого професіоналізму лікарів-діагностів, які нині працюють в поліклініках чи районних лікарнях і надають медичну допомогу в рамках ПМСД.

Принциповим питанням залишається чіткий рух фінансів за надання ПМСД лікарям-діагностам, які фактично надають послуги ПМСД, але нині працюють в системі вторинної допомоги і, вірогідно, будуть включені в склад госпітальних округів.

У випадку направлення коштів через сімейного лікаря на вторинний і третинний рівні буде необхідне збільшення фінансування на понад 50%. Це стосується оплати праці одного сімейного лікаря, 2 медсестер та санітарки.

Для забезпечення належної престижності роботи приватного сімейного лікаря та комунального сімейного лікаря необхідно передбачити щомісячно заробітну плату лікаря у розмірі 3500 грн. З урахуванням нарахування на зарплату близько 50% – це 1750 грн. Відповідно, на 2 медсестри в місяць – 3600 грн (1800 грн на кожну). З урахуванням нарахування на зарплату – 1800 грн. Також слід передбачити щомісячно додаткові 500 грн на зарплату санітарці. Таким чином, сума виплат на одного сімейного лікаря, 2 медсестер та санітарку в місьць повинна скласти – 11000 грн. Нині ці витрати для бюджету складають 1920 грн.

На другому етапі слід передбачити введення коефіцієнтів – 1,3 для обслуговування дітей у віці до 7 років та пенсіонерів після 65 років. Та-

ких за досвідом м. Комсомольська на одній дільниці є 450 чоловік. Сума додаткових витрат складе 5580 грн (450 чол x 13 грн) (40 грн / 3).

Таким чином, загальна щомісячна сума витрат з бюджету на утримання інституції сімейного лікаря повинна збільшитись у понад тричі – із нинішніх 8000 грн до 28580 грн (12000 грн + 11000 грн + 5580 грн).

Враховуючи досвід м. Комсомольськ, отримання сімейним лікарем права на надання послуг екстреної допомоги на своїй дільниці зменшить витрати з бюджету на надання зазначеної допомоги у понад двічі.

Слід враховувати, що в окремих передових країнах світу (США, Японії) фактична пріоритетність в наданні первинної допомоги належить спеціалізованим лікарям. Вони досить ефективно надають необхідну допомогу пацієнту. Але цей процес відбувається на фоні досить високого рівня поінформованості громадян цих країн про здоровий спосіб життя та порядок дій при отриманні ПМСД.

Особливе значення має розробка Міністерством економічного розвитку і торгівлі України, Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством фінансів України методики обрахунку реальних витрат на надання первинної, вторинної, третинної та екстреної допомоги і бюджетної складової у цьому процесі.

Заходи органів влади. На рівні Верховної Ради України передбачити внесення змін до діючого законодавства:

1. Про порядок проведення тендерів на надання медичних послуг (нині практично 5 років тендер не проводився). Особливу увагу слід звернути на необхідність укладання прямих угод між розпорядником бюджетних коштів та надавачами медичних послуг прямих угод, без посередників (між підрозділами охорони здоров'я міст та районів і безпосередньо сімейними лікарями, без поліклінік).

2. До ст. 35 (35/2) «Основ законодавства України про охорону здоров'я» щодо обов'язкового звернення громадянина до сімейного лікаря перед його направленням до закладів охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу.

3. До ст. 35 (35/1) «Основ законодавства України про охорону здоров'я», передбачивши безпосередню участь сімейного лікаря у розрахунках з установами, що надають вторинну і третинну медичну допомогу пацієнту, який отримав відповідне направлення. Для цього слід передбачити щомісячне збільшення на 50% фінансування сімейного лікаря (до 12 тис. грн). Нині ця сума складає, по досвіду м. Комсомольська, 8 тис. грн на місяць на одного сімейного лікаря.

4. До ст. 35 (35/3) «Основ законодавства України про охорону здоров'я» щодо обов'яз-

кового звернення громадянина до сімейного лікаря перед його направленням до закладів охорони здоров'я, які надають третинну медичну допомогу.

5. До Закону України «Про ліцензування» щодо спрощення процедури отримання ліцензії сімейним лікарем (можливо через управління охорони здоров'я міст та районів).

6. До ст. 35 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» щодо можливості укладання договору сімейним лікарем із розпорядником бюджетних коштів і громадянином на 1 рік з правом пролонгації до 5 років.

7. До ст. 35 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» щодо права сімейного лікаря надавати екстрену медичну допомогу населенню на власній дільниці через відповідного диспетчера по екстреній медичній допомозі.

8. До Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [4]. Відсутній прописаний організаційно-економічний механізм функціонування закладів у сфері охорони здоров'я на території госпітального округу. Доцільною формою було б об'єднання лікарських закладів району (міста). При цьому відносини між ними оформлюються відповідними угодами.

9. До Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» – слід передбачити організаційно-економічний механізм фінансування витрат, або за конкретним випадком, враховуючи витрати за минулі роки та інфляцію, або фінансування високих зарплат лікарів.

10. До законів України «Про місцеве самоврядування в Україні» [2] та «Про місцеві державні адміністрації» [3] щодо врегулювання питання власності на заклади в системі охорони здоров'я. Наприклад, у ряді міст діють міські лікарні, які підпорядковані міськраді, та районні, які підпорядковані районним державним адміністраціям. Це дозволить оптимізувати залучення установ системи охорони здоров'я районів та міст у госпітальні округи. Передусім це стосується районів з невеликою кількістю населення.

На рівні Кабінету Міністрів України необхідно розробити і затвердити:

- концепцію розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря;
- стратегію розвитку ПМСД;
- державну програму розвитку ПМСД;
- методичні рекомендації до розробки регіональних програм розвитку ПМСД;
- проекти законів про ПМСД;
- постанови Уряду про пріоритетність розвитку ПМСД в системі охорони здоров'я.

На міжвідомчому рівні: розробити і затвердити МОЗ України, Міністерством соціальної політики України, Мінрегіонбудом спільні накази щодо створення умов пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря.

На рівні МОЗ України:

- розробити методику оцінки якості роботи сімейного лікаря та коефіцієнтів штрафних санкцій по дефектним актам;
- розгорнути професійну підготовку лікарів на базі успішно діючих амбулаторій загальної лікарської практики / сімейної медицини.

На рівні органів місцевої влади:

- управлінням охорони здоров'я, соціальної політики та фінансового забезпечення розробити регіональні програми пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря;

- на сесіях обласних, районних, міських народних депутатів розглянути та прийняти регіональні програми пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря;

- вдосконалити методику штрафних санкцій згідно дефектних актів щодо обслуговування населення сімейними лікарями, передбачивши 0,5% санкцій не від обороту коштів, а від зарплати сімейного лікаря;

- здійснити обрахунок реальних витрат на надання послуг ПМСД на засадах сімейного лікаря в кожному населеному пункті. Суттєвим є проведення розрахунку шляхів фінансового покриття витрат за рахунок як місцевого бюджету, так і громадян. В основу заходів слід покласти належне фінансове забезпечення діяльності сімейних лікарів із суттєвим заохоченням приватної форми надання послуг. Це має створити підґрунтя для покращення матеріально-технічної бази амбулаторій ЗЛП/СМ. Важливим є належне фінансування професійної підготовки та перепідготовки сімейних лікарів;

- провести:

1. Розгортання кабінетів ЗЛП/СМ на базі ФАПів (1000 чел. і більше), лікарських амбулаторій, дільничних і міських лікарень.

2. Об'єднання усіх лікарів ЗП/СМ комунальної сфери у центри ПМСД.

3. Чітко розподілити учасників ПМСД:

- а) власник фінансових ресурсів – районна рада;
- б) розпорядник фінансових ресурсів – райдержадміністрація;
- в) надавач послуг – сімейний лікар приватної або комунальної сфери;
- г) отримувач послуг – пацієнт.

4. Введення власником, розпорядником фінансових ресурсів та отримувачем послуг чіткої мети і критеріїв діяльності ПМСД на засадах сімейного лікаря (щорічно):

- зменшення смертності населення (%);

- зменшення смертності населення у працездатному віці (%);
- зменшення смертності дітей при народженні (%);
- зменшення госпіталізації (%);
- зменшення викликів швидкої допомоги (%).

З метою суттєвого покращення якості нормативно-правової бази щодо пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря доцільне залучення до її розробки практикуючих сімейних лікарів, представників неурядових організацій та пацієнтів.

Таким чином, економічне реформування ПМСД повинно максимально стимулювати передусім сімейного лікаря та лікаря-діагноста, який обслуговує пацієнта за направленням, в наданні високоякісних доступних послуг на базі достатньо конкурентного середовища серед лікарів, що надають як первинну медико-санітарну допомогу, так і діагностичні послуги.

Висновки

Обидва законодавчі документи «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» та «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» передбачають збереження «моделі Семашко», яка визначає фінансування установ тільки тепер в рамках кожного виду медичної допомоги. Попередня «модель Семашко» була не так чітко структурована за видами надання медичної допомоги.

Сутність реформування системи охорони здоров'я має визначатись в кардинальному відході від зазначеної «моделі Семашко». Виходячи з досвіду передових країн, в центр організаційно-економічних і організаційно-правових відносин повинні бути поставлені пацієнт, розпорядник бюджетних коштів як замовник послуг та надавач послуг – сімейний лікар, або центр ПМСД як юридичні особи. Це дозволить зламати дію-

чий монополізм на районному рівні в особі районної лікарні чи поліклініки в наданні послуг через власні установи та призведе до зменшення вартості цих послуг для бюджету району і громадян до 25–30%, а в окремих випадках – у кілька разів. Зазначене обґрунтування засноване на досвіді реформування ПМСД України, в першу чергу в м. Комсомольськ Полтавської області.

Високий поріг професійності сімейного лікаря є запорукою якісних і доступних послуг ПМСД.

Для розробки ефективного організаційно-економічного та організаційно-правового механізму розвитку ПМСД необхідно створити урядовий координаційний центр при Кабінеті Міністрів України для розробки і впровадження законодавчих та урядових змін.

Таким чином, висококваліфікований сімейний лікар, в першу чергу приватний та лікар-діагност, який надає послуги за направленням сімейного лікаря, є основою розбудови ефективної системи ПМСД. Цінність експерименту полягатиме у наданні можливості органам місцевого самоврядування, лікарям та громаді визначатись в оптимальних співвідношеннях пацієнта з центром ПМСД (діагностично-лікувальним центром ПМСД) чи приватним сімейним лікарем.

У зазначеного лікаря і пацієнта повинні бути завчасно налагоджені юридичні стосунки через укладання відповідної угоди. У такому випадку сімейний лікар, будучи реальним координатором руху бюджетних коштів для проведення діагностування і лікування пацієнта, вкрай зацікавлений у створенні конкурентного середовища серед лікарів-спеціалістів, які надають послуги з діагностики та лікування пацієнтів на вторинному і третинному рівнях.

Перспективи подальших досліджень.

Важливим є вивчення законодавчого досвіду реформування системи охорони здоров'я в країнах Центральної та Східної Європи та його творче застосування в реаліях України.

Список літератури

1. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України № 3611-17 від 07.07.2011 р. [Електронний ресурс] // ВВР. – 2011. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=3611-17>. – Назва з екрану.
2. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України № 280/97-ВР від 21.05.1997 р. (останні зміни: №3610-17 від 07.07.2011) [Електронний ресурс] // ВВР. – 1997. – № 2. – С. 170. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=280%2F97-%E2%F0>. – Назва з екрану.
3. Про місцеві державні адміністрації : Закон України № 586-14 від 09.04.1999 р. (останні зміни: № 3272-17 від 19.05.2011 р.) // ВВР. – 2011. – № 10. – С. 63. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=586-14>. – Назва з екрану.
4. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України № 3612-17 від 07.07.2011 р. [Електронний ресурс] // ВВР. – 2011. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=3612-17>. – Назва з екрану.
5. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. – К. : ВЕРСО-04, 2009. – 72 с.

ПУТИ ЭФФЕКТИВНОГО ПРОВЕДЕНИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ В ВИННИЦКОЙ, ДОНЕЦКОЙ, ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТЯХ И Г. КИЕВЕ

А. П. Корнийчук (Киев)

Проанализированы системные проблемы оказания первичной медико-санитарной помощи исходя из требований принятых законов Украины «О внесении изменений в Основы законодательства Украины о здравоохранении относительно усовершенствования оказания медицинской помощи» и «О порядке реформирования системы здравоохранения в Винницкой, Днепропетровской и Донецкой областях и городе Киеве». Обоснованы первоочередные и текущие мероприятия органов власти по внесению изменений в принятые законы, постановления правительства, приказы МЗ Украины по обеспечению приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: реформирование системы здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь, семейная медицина.

WAYS OF EFFECTIVE REALIZATION OF HEALTH CARE REFORM IN THE FIRST PLACE IN VINNITSA, DONETSK AND DNIPROPETROVSK REGIONS AND IN KYIV

А. П. Korniychuk (Kyiv)

In this article the systemic problems of primary health care based on the requirements of the adopted laws of Ukraine "On Amendments to the Basic Law of Ukraine on Health regarding the improvement of medical care" and "On the order of health care reform in Vinnytsia, Dnipropetrovsk and Donetsk regions and the city of Kiev" have been analyzed. The priorities and current measures of the authorities to amend the adopted laws, government regulations, and orders of the Ministry of Health to ensure the priority development of primary health care on principles of family medicine have been proved.

KEY WORDS: reforming of system of health care, the primary medical and sanitary aid, family medicine.

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

УДК 614.07.(091)(478)

Я. В. ГАНІТКЕВИЧ (Львів)

**ТРАГЕДІЯ ГРУПИ ЛЬВІВСЬКИХ ПРОФЕСОРІВ У 1941 РОЦІ
(ДО 70-Ї РІЧНИЦІ СТРАТИ ВЧЕНИХ)**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

В статті описується встановлення у 2011 р. пам'ятника страченим гітлерівцями львівським вченим, приведені дані про українського професора Адама Соловія, про усіх вчених-медиків. Описуються обставини загибелі вчених, фальшиве звинувачення радянським режимом українців з батальону «Нахтігаль» у вбивстві вчених. Приводяться дані про відзначення пам'яті вчених в Україні та в Польщі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: львівські професори-медики, гітлерівські окупаційні злочини.

Громадськість України і Польщі у липні ц.р. відзначила 70-і роковини варварського вбивства гітлерівськими окупантами групи львівських вчених – найбільше професорів Львівського медичного інституту, а також Львівської Політехніки та інших вищих шкіл. Вшановуючи пам'ятя

цих безневинно загиблих людей, котрих розглядали як еліту польської нації, українські й польські державні й громадські організації вирішили до 70-х роковин з дня розстрілу вчених встановити у Львові скорботний пам'ятник.

Координаційну функцію взяла на себе колегія Східної Європи імені Яна Новака-Єзьоранського, що була створена у 2001 році. За ініціати-

ви Вроцлавського університету разом з міською радою Львова проведено міжнародний конкурс на спорудження у Львові на Вулецьких пагорбах пам'ятника розстріляним там вченим. Конкурс організувала міська рада і виконавчий комітет Вроцлава. До складу журі з польської сторони увійшли колишній ректор Вроцлавської Політехніки професор Тадеуш Лютий і директор Оссолінеум професор Адольф Юзвенко, з української - ректор НУ "Львівська політехніка" професор Юрій Бобало, головою журі ввели професора Українського католицького університету (відкритого не так давно) Ярослава Грицака.

Два роки тому проведено міжнародний конкурс, у якому взяли участь 28 авторських колективів, з них 8 – з України. Переможцем конкурсу визнано краківського професора Александра Сліву за участю львівських архітекторів Олега Трофименка й Дмитра Сорокевича. Назва пам'ятника: «Львівським професорам, замордованим нацистами у 1941 році». Для реалізації ідеї встановлення пам'ятника створено польсько-український колектив.

В березні 2011 р. виконавчий комітет Львівської міської ради надав дозвіл Національному університету «Львівська політехніка» на спорудження пам'ятника коштом польської сторони, загальний бюджет проекту – 4 млн грн. Виконком погодив містобудівне обґрунтування і умови його спорудження, інфраструктуру для обслуговування пам'ятника і благоустрою парку «Студентський» на території Вулецьких пагорбів в районі вулиць Академічної, Сахарова, Відкритої та Лукаша-Карпинця. Зведення пам'ятника доручено польській фірмі «АВМ-Схід».

3 липня ц.р. у Львові урочисто відкрили збудований пам'ятник. На урочистих заходах були присутні близько 1000 осіб з української та польської сторін. Пам'ятник має вигляд прямокутної арки, що складається з десяти каменів, які символізують десять заповідей Божих, камінь під номером «V» («Не убий») порушений з конструкції – символізує те, що порушення хоча б однієї заповіді призводить до негативних наслідків (фото 1). За засадами християнської моралі пошановано пам'ять невинно убієнних вчених Львова. Відкриття пам'ятника має стати ще одним виявом примирення двох сусідніх народів, подібно до того, як у липні 2003 року президенти України і Польщі вшанували пам'ять жертв збройного протистояння українців і поляків на Волині.

Під час відкриття виступили міський голова Львова Андрій Садовий, голова львівської обласної ради Олег Панькевич, президент Вроцлава Рафал Дуткевіч, ректор НУ «Львівська політехніка» Юрій Бобало та інші. Відзначалося, що цей пам'ятник є добрим знаком дружби між українцями і поляками, що не має стати черговим засо-



Фото 1. Пам'ятник, відкритий у Львові 3 липня 2011 р.

бом розбрату між нашими народами. На жаль, є політичні сили і науковці, які підганяють факти з метою принизити українців, вони мають своє трактування історії, яке відмінне від об'єктивного українського, деякі драматичні події минулого використовували приводом для вельми цинічних фальсифікацій. Встановлення пам'ятника має донести до українського і польського суспільства правду про події Другої світової війни, зокрема, про трагічну загибель у Львові вчених та їхніх рідних від рук гітлерівських нацистів [8].

Проте із скупих повідомлень конкурсної комісії залишається неясним, як буде оформлений існуючий пам'ятний знак з хрестом (з якого обсіпається штукатурка). Оскільки могили вчених немає, то чи не варто обгородити і облаштувати місце, де були замордовані науковці та на 2 роки похоронені їхні тіла, де залишилася кров убитих осіб, прикрасити цю колишню могилу квітами та насадженнями? Чому у м. Львові не проводилось обговорення та оприлюднення усіх проектів пам'ятників, поданих на конкурс? Мабуть до конкурсної комісії варто залучити науковців з Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, в якому працювали більшість розстріляних професорів і які готували проект першого пам'ятника. Чому збережену медиками скульптурну групу страчених вчених залишено без уваги?

Історія загибелі вчених, збагачена різними припущеннями і інсинуаціями, була не дуже популярною у Львові. Тепер поглиблене вивчення цього питання багатьма авторами дозволило описати достовірно трагічні події, які відбулися на початку липня 1941 року. Львів почав нести втрати з першого дня війни. Вже 22 червня під час німецького бомбардування загинули письменники Олександр Гаврилюк і Степан Тудор. 30 червня Львів зайняли німецькі війська, дозволили львів'янам заглянути до в'язниць НКВД. Населення міста було глибоко шокова-

не виявленою масакрою у в'язницях – перед відступом енкаведисти без суду і слідства з дикою жорстокістю замордували тисячі людей - заступжених, тих що були під слідством, просто затриманих. В перші дні війни у Західній Україні було жорстоко закатовано близько 21 300 осіб (тоді як у період з кінця 1939 до 1941 року було знищено і вивезено близько 1 мільйона людей). За звітом начальників НКВД в перші дні липня у трьох львівських в'язницях розстріляно 2 464 осіб [13]. Жителі міста знаходили понівечені тіла своїх рідних, біля тюрем панував плач і розпач.

1 і 2 липня до міста прибули кілька спецгруп СС для ліквідації всіх, кого гітлерівці визнали небажаними або ворожими до третього рейху. 2 липня 1941 року заарештували професора нарисної геометрії і колишнього ректора Львівської політехніки Казімежа Бартля, експрем'єр-міністра Польщі. Вночі 3 липня група під командуванням бригаденфюрера СС Карла Еберггарта Шонггарта здійснила арешти та розстріли у ніч на 4 липня вчених львівських вищих шкіл та їхніх рідних або знайомих. Заарештовано львівських професорів, з медичного факультету університету (з 1940 року – Львівського медичного інституту), з Львівської політехніки та інших інститутів, а також заарештовано членів їх родин або випадково присутніх у помешканні на час арешту.

Заарештованих відвозили автами до будинку «Бурса Абрагамовича» в комплексі гуртожитків Львівської політехніки на нинішній вулиці Бой-Желенського. Після коротких допитів гестапівці відпустили арештованих слуг і одного професора Францішка (Франца) Гроєра (педіатра, дружина якого була англійкою, а він сам був німецького походження). Після перемоги над гітлерівцями він розповів про події тієї ночі, бруталне поводження нацистів, – професорів били, їхніх дружин перед розстрілом примусили відмивати приміщення від крові.

Перед світанком 22 львівських професорів, в тому числі 10 професорів-медиків, 2-х доцентів і двох лікарів, разом з рідними і близькими (всього 39 або 40 осіб) виводили з приміщення по чотири особи на поблизу схили Кадетської гори (нині – Вулецьких пагорбів) – біля теперішньої вулиці Сахарова, де були викопані дві великі ями, і над ними на світанку провели розстріли невинних жертв злочинної фашистської ідеології. Територію пагорбів зразу ж прибрали.

Наступного дня – 5 липня – гестапо арештувало в Кракові Степана Бандеру, згодом були арештовані члени проголошеного Я. Стецьком українського уряду. Для більшості львів'ян на той час доля арештованих вчених залишалася невідомою, тільки деякі родинні очевидці бачили з вікон будинків на нинішній вулиці Сахарова варварсь-

ку екзекуцію фашистів і пізніше, після звільнення від німців, описали свої свідчення. На запити рідних окупаційні органи не відповідали або декого називали засланим, декого – померлим.

Після звільнення у 1944 р. Львівщини від гітлерівської окупації в УРСР та в Польщі почали появлятися відомості про арешти і вбивство у липні 1941 р. німецькими фашистами 40 осіб, польських вчених, їх рідних і знайомих. Поступово було встановлено імена і посади розстріляних вчених, описано їхню наукову діяльність. В українських та польських ЗМІ та різних документах говориться про розстріляних польських професорів, але не згадується, що не усі були поляками.

Гітлерівцями арештовано професора **Адама Соловія**, про якого як українського лікаря ми згадували раніше [3;4;15]. Адам Соловій був професором акушерства і гінекології, директором Львівської акушерської школи, завідувачем акушерсько-гінекологічного відділу Львівського загального шпиталю; очолював лікарське товариство Львова (фото 2). Його вважали найкращим фахівцем акушер-гінекологом у Львові, у кінці 30-х на початку 40-х років ХХ ст. він був найстаршим професором-медиком (старійшиною серед медиків) Львова. Публікації часу Австро-Угорщини та Польщі [22;23] та низка нових публікацій в Польщі, в УРСР та в Україні [12; 18;22] називають Адама Соловія виключно польським професором, не вказують його національності та релігійної приналежності.



Фото 2. Професор Адам Соловій

Українське походження Адама Соловія стверджує запис в метричних книгах про його народження та віросповідання. Як показують архівні документи [16], він народився 26 травня 1859 року в сім'ї Івана Соловія, генерального адміністра-

тора маєтку графа Дідушицького в с. Поториця Сокальського повіту на Львівщині. Батько його Іван Соловій і дід Михайло Соловій були греко-католицького віросповідання, мати – Ванда з родини Ріґер – римокатолицького віросповідання. 20 червня 1959 року парох в Сокалі Іоан Ціпановський охрестив його як Адама Івана Соловія в греко-католицькому віросповіданні.

Можна припускати, що працедавець батька граф Дідушицький сприяв тому, що після закінчення гімназії здібний хлопець Адам Іван вступив до найближчого Ягелонського (Краківського) університету на медичний факультет. У 1884 році він отримав там диплом як спеціаліст всіх наук лікарських. Протягом 1884-1887 років спеціалізувався з акушерства та гінекології у європейської слави фахівців Віденського університету. Опісля 10 років (1887-1897) провадив приватну практику в Братиславі. Після того, як у Львові відновлено медичний факультет, А. Соловій повернувся в рідний край. Спочатку працював асистентом Львівської акушерської школи (1897-1901).

Працюючи в німецько-польському оточенні, Адам Соловій не забуває свого походження і рідної мови. В 1898 році в одному з перших Лікарських збірників Наукового товариства НТШ, в якому публікували перші науково-медичні праці українською мовою Є. Озаркевич, І. Горбачевський, С. Морачевська-Окуневська, О. Дакура, Щасний-Сельський та ін., він публікує українською мовою першу наукову працю з акушерства – про розриви матки [11]. Стаття під назвою «Причинок до перерваня родниці (Ruptura uteri)» «З клініки положничо-гінекологічної проф. А. Чижевича у Львові». На початку статті він пише: «Наука о предиспозиції, етіології і механізмі перерваня родниці має в собі ще тільки неясного, що здає ся мені, не буде від річи майже на кожний подібний случай звернути увагу». Далі він описує випадок жінки 36 літ, в якій при пологах настав розрив матки, сильні крововиливи, що привели до летального результату. Автор глибоко аналізує механізм розриву, порівнює з даними літератури, розглядає можливі чинники (фото 3).

У 1901 році почалася 30-річна діяльність А. Соловія у Львівському університеті на кафедрі акушерства і гінекології. Спочатку 42-річний лікар-науковець став доцентом кафедри. Про його високий авторитет свідчить факт, що незабаром (1902-1903) його обрали президентом (головою) Львівського лікарського товариства (дещо пізніше секретарем цього товариства обрали українця Мар'яна Панчишина). Вже тоді А. Соловій мав низку наукових праць з різних проблем акушерства і гінекології, опублікованих в німецьких, польських і українському медичних журналах. Кафедру організував і очолював

запрошений з Кракова професор Антон Марс. Чому вищеназвана праця А.Соловія вийшла не від нього, а від професора кафедри Адама Чижевича? Мабуть тому, що матеріал був зібраний під керівництвом професора А. Чижевича ще до прибуття до Львова професора А. Марса у 1898 році та відкриття відповідно університетської кафедри.

З клініки положничо-гінекологічної проф. А. Чижевича у Львові.

ПРИЧИННОК ДО ПЕРЕРВАНЯ РОДНИЦІ (RUPTURA UTERI).

(Специальное перерывное злоуду і шийки підчас пороуду при дукнованій професійній одомітійкостій родниці. Uterus gravidus ruptus incoelata).

ПОДАВ

Др. Адам Соловій.

Наука о предиспозиції, етіології і механізмі перерваня родниці, має в собі ще тільки неясного, що здає ся мені, не буде від річи майже на кожний подібний случай звернути увагу. Як легко однаков подібне перерваня родниці може деколи бути незауважане, вить має случай, котрий має я нагоду бачити сего року на тугейшій клініці.

А. К. 35 літ, замужна, з Рокитни в Галичині, родила 6 разів, майже все після подала в задній положенні, аголосиє ся 6. цвітня с. р. о 4 годні по зодуді на клініку, відбувши переднім дорогою воєво коло 20 кілометрів. Висійши з воєво іде недужа піхотою черз 7 сходів, відтан робить коло 40 кроків, заки дістала ся до салі породниці. Жешчина о ахудітані і нужденнім вигляді, сільно недокрощена, з блідо-жовтою краскою шєвєрє. Віддих короткай, сільно прискорення. Теплоота тіла правільна. Жєвєчки 120, малєкий. В середній ліній черєва сільний роздєл протєжє черєвних нєжєвєк, а черєв незвычайно тонку шєкуру вичувєє ся брємінна родниці, котра сїгєє

*Цяга зображення 7. III. II. II.

Фото 3. Стаття А.Соловія в «Лікарському збірнику», 1898 р.

У 1908 році Адам Соловій отримав звання професора вищеозначеної даної кафедри. Коли у квітні 1918 році помер проф. А. Марс, А. Соловій очолив кафедру. Почалося становлення Західно-Української Народної республіки (ЗУНР), українсько-польське збройне протистояння, що закінчилося не на користь українців. Деякий час університет не працював.

У 1921 році нове польське керівництво університету, ім'я якого замінено (замість імені цісаря Франца, який відновив Львівський університет у 1817 році, надано університетові ім'я польського короля Яна Казімежа), призначило керівником кафедри акушерства і гінекології Казімежа Бохеньського, уродженця Великопольщі, котрий тільки в 1920 році отримав звання доцента. А.Соловій, який уже 13 років мав звання професора, залишався на посаді професора кафедри [14]. Чи мало тут значення його українське походження, чи вік: йому тоді виповнилося 62 роки, але в університеті були професори-медики, які залишалися керівниками кафедр до 66-74 років!

Одночасно з працею на кафедрі професор А. Соловій мав лікарську практику в Львівському загальному шпиталі. Ще у 1910 році він став

провідним фахівцем – «примарієм» (завідувачем) акушерсько-гінекологічного відділу Загального шпиталю, тут він пропрацював «примарієм» та ординатором 20 років – до виходу на пенсію.

Ще один важливий напрямок діяльності А. Соловія – робота у Львівській акушерській школі, в якій він почав викладання ще у 1897 році. Школа мала назву «Цісарсько-королівська школа акушерства у Львові», створена 1875 року на базі акушерської школи Медичного колегіуму (заснованої 1784 року). У 1918 році, після розпаду Австро-Угорщини, її перейменовано на Державну акушерську школу у Львові. З 1919 по 1930 роки проф. А. Соловій очолював цю школу та викладав у ній акушерство. Нинішній Львівський державний медичний коледж імені А. Крупинського опублікував книжки, в яких коротко згадує про роботу А. Соловія [12], але не вказує його національності.

Мало відомим є той факт, що А. Соловій разом з іншими українськими лікарями проводив лікарський прийом у відділі акушерства і гінекології «Народної лічниці», яку заснував Є. Озаркевич. Свого часу його вважали одним з найкращих львівських акушерів-гінекологів, характеризували як лікаря широкого профілю, блискучого хірурга-гінеколога, талановитого науковця. Він першим у Польщі застосував шипці Келанда, опрацював і розширив покази до застосування кесарського розтину, досліджував клініку і лікування хронічних запальних процесів, фіброміом та раку матки, патологічну анатомію плаценти, запропонував модифікацію циркуля для вимірювання таза. Йому завдячували опануванням сотні лікарів акушер-гінекологів, близько 3 тисяч акушерок.

У 1930 році професор Адам Соловій, якому тоді виповнився 71 рік, вийшов на пенсію. На той час, отримавши атестат професора ще за Австро-Угорщини, він був у Львові єдиним **легітимним** професором-українцем серед медиків (М. Панчишин був «народним» професором Українського (таємного) університету, без державної атестації).

У 1941 році членом його сім'ї був 19-річний онук, Адам Месович, який того року закінчив середню школу. Коли до помешкання Адама Соловія увірвалися гестапівці, він був з донькою і онуком. Комісар поліції Курт Ставіцькі запитав доньку професора, чи є ще в неї діти. Вона відповіла, що є ще донька. Тоді заарештували разом з професором його онука Адама Месовича.

82-х річний Адам Соловій трагічно загинув разом з іншими професорами Львова, без суду страчений німецькими окупантами. Нехай пропонуване відзначення 70-річчя трагічної події буде виявом нашої шани до пам'яті невинно замордованого гітлерівцями нашого країни-

на, уродженця Сокальщини, який разом зі своїми вихованцями – лікарями і акушерками – допоміг прийти на світ багатьом тисячам львів'ян і громадян нашого краю.

Цієї ночі були арештовані і загинули від рук гестапівців медики Львівського університету: професор **Антоній Цешинські** (59 р.) – довголітній керівник кафедри стоматології (1913-1941), автор понад 380 наукових праць, опублікував перший у світі атлас та підручник із рентгеностоматології, близько 10 монографій, лауреат золотої медалі Міллера (1936), почесний член наукових стоматологічних товариств Відня, Праги, Кракова, Нью-Йорка, Вашингтона, Буенос-Айреса та ін., член-кор. АМН СРСР (1940); професор **Тадеуш Островські** (60 р.) – керівник кафедри і клініки хірургії (1932-1941), автор біля 50 наукових праць, виконав перші в тогочасній Польщі операції адреналектомії (1935), лобектомії, пневмоектомії (1936), проводив дослідження в галузі експериментальної хірургії, обирався деканом медичного факультету; професор **Роман Ренці** (74 р.) – керівник кафедри внутрішніх хвороб (1920-1939). Модернізував терапевтичну клініку, співзасновник будинку здоров'я в Микуличині для студентів, хворих на туберкульоз, розвивав курорт Моршин, заснував стипендії для студентів-медиків, член-кор. Краківської АН, почесний професор Львівського університету; професор **Ян Грек** (66 р.) – завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, автор 22 наукових праць з діагностики та лікування тифу, цирозу печінки, злоякісних анемій, септичних станів та ін., президент Львівського лікарського товариства (1926); професор **Владислав Добжанецкі** (44 р.) – керівник кафедри шпитальної хірургії (1939-1941) – засновник школи пластичної хірургії в Польщі, автор близько 50 наукових праць, працював у галузі судинної хірургії, кардіохірургії, запропонував власну модифікацію шкірного шва та ін.; професор **Генрик Гілярівіч** (51 р.) – професор кафедри хірургії, автор близько 100 наукових праць польською, французькою та німецькою мовами, монографії про першу допомогу в невідкладних станах, досліджував питання діагностики, виразкову хворобу, туберкульоз та ін.; професор **Вітольд Валеріан Новицькі** (63 р.) – завідувач кафедри патологічної анатомії (1919-1941), декан медичного факультету (1923/24, 1939), автор близько 90 наукових праць різними мовами, підручника у 3-х томах, низки монографій, співзасновник курорту Моршин, засновник Музею гігієни Львівського університету, президент Львівського лікарського товариства (1920-1921); професор **Станіслав Міхал Прогульські** (67 р.) – професор кафедри педіатрії (1938-1941) автор близько 50 праць, підручни-

ка з гігієни немовлят; (разом з ним розстріляли його сина інженера Анджея); професор **Влодзімеж Ян Серадзкі** (70 р.) - керівник кафедри судової медицини (1900-1941), декан медичного факультету (1908-1909, 1918-1920), обирався проректором і ректором університету, автор 40 наукових праць, монографії, досліджував експертизу випадкової дитячої смерті, питання психопатології в судовій медицині, кримінальної антропології, запропонував оригінальну методику визначення карбоксигемоглобіну в крові, був президентом Львівського лікарсько-товариства (1911).

Жертвами нацистів стали тієї ночі медики: **Єжи Гжендзельські** (40 р.) доцент офтальмологічної клініки; **Станіслав Мончевські** (49 р.) – доцент, ординатор акушерсько-гінекологічного відділу Загального шпиталю; доктор медицини **Єжи Новіцкі** (27 р.) – асистент кафедри гігієни, син професора Новіцкого. Випадково потрапив до рук гестапівців (зайшов в час арешту до помешкання проф. Я.Грека) і також був розстріляний **Тадеуш Бой-Желеньські** (66 р.) – лікар, публіцист, перекладач французької літератури, якому в 1939-1941 рр. дали очолювати кафедру французької літератури Львівського університету. Нацисти розстріляли також дружин професора Грека Марію, професора Островського – Ядвігу.

Діяльність цих вчених на медичному факультеті Львівського університету та Львівському медичному інституті, їхні наукові праці недавно вперше змістовно представлені в історії української медицини у виданні Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького [6], а також у двох монографічно-довідникових виданнях (2006, 2009).

В ту ніч були арештовані нацистами і страчені також 7 професорів Львівської Політехніки: **Влодзімеж Стоек, Каспер Вайгль, Казімеж Ветулані, Роман Віткевіч, Станіслав Пілат, Влодзімеж Круковські, Антоні Ломніські**, професор Академії ветеринарної медицини **Едвард Гамерські**, професор-правник **останніх довоєнних літ** Львівського університету **Roman Longchamps de Berier** з рідними. Пізніше 11 липня арештовано професорів Академії заграничної торгівлі **Станіслава Рузевіча** і **Генрика Коровіча** (єврейського походження), розстріляно їх наступного дня.

Видатних науковців і практиків, які протягом багатьох років становили наукову еліту Львова, більшість з них своїми працями збагатили світову науку, найбільша частина надавала львів'янам кваліфіковану медичну допомогу, готувала молодих лікарів, акушерок, становила медичну еліту Львова - протягом однієї ночі фашистські варвари без суду і слідства протягом кількох годин перетворили на гору трупів...

Пізніше за наказом Гімлера 26 липня 1941 р. стратили **Казімежа Бартля**, професора нарисної геометрії Політехніки, який кількаразово обирався прем'єр-міністром Польщі. Він та інші жертви тих днів були розстріляні та захоронені мабуть на Янівських пісках.

В період гітлерівської окупації доля арештованих вчених та їх рідних не була відомою, дехто вважав арештованих живими, засланими в концентраційні табори чи в'язниці. На запити рідних гестапо не давало чіткої відповіді.

Через два роки, коли до Львова наближались радянські війська, у ніч з 7 на 8 жовтня 1943 року гестапо вислало спеціальний загін молодих євреїв із гетто, якому допомогли знайти місце групового захоронення вчених на Вулицьких пагорбах, заставили розкопати його і провести ексгумацію останків розстріляних вчених і їх рідних. Після відходу гітлерівців з'явилися свідчення деяких учасників цього загону, що ними було виявлено документи і деякі речі страчених професорів. Останки розстріляних перевезли до Лисиницького лісу, де вже давно було створено концтабір для ліквідації полонених і євреїв, там їх спалили разом з іншими жертвами гітлерівців. Рештки костей перемололи на спеціальній машині, попіл розвіяли по лісі. Так окупанти намагалися затерти сліди своїх людських злочинів.

Отже могили вчених немає, їхній попіл розвіяно десь у Лисиницькому лісі.

Після закінчення німецької окупації Львова у 1944 році радянські органи, НКВС, деякі вчені почали займатися дослідженням вбивства гітлерівцями науковців Львова.

Глибоко досліджували трагедію львівських вчених, зібрали численні матеріали і свідчення львівські вчені академік Ярослав Ісаєвич і підполковник Кім Науменко [7]. Встановлено що у Львівському обласному партійному архіві знаходиться поданий після війни прокурору області т. Корнетову меморандум про знищення німецькими фашистами інтелігенції м. Львова 1941 р. Писалося: «Ночью под 1 июля 1941 года немецко-фашистские разбойники арестовалипрофессора Политехнического института Бартель Казимира - бывшего премьер-министра Польши и через несколько дней расстреляли его...В ночь под 3 июля 1941 года были арестованы профессора: Виткевич, Ломницкий, Пилат... целый ряд профессоров, проживавших ранее в городе Львове, в период немецкой оккупации были арестованы... Но на этом не закончили свою «деятельность» немецкие палачи, их главной задачей было уничтожение научного мира и поэтому они расстреливали профессоров, доцентов и других специалистов науки». Дальше приводиться слова свідка професора Грое-

ра «... всех профессоров, арестованных в ту же ночь, что и я, немцы расстреляли».

13 грудня 1944 р. Надзвичайною державною комісією СРСР було складено звіт для встановлення злочинів нацистів у період окупації Львова. До комісії входили перший секретар Львівського обкому партії І. Грушецький, голова облвиконкому М. Козирев, начальник управління НКВС генерал Є. Грушко та інші партійні особи. Вони однозначно відкинули участь українців батальйону «Нахтігаль» в арештах і страті професорів, як і в інших акціях проти євреїв та радянських осіб.

Після закінчення Другої світової війни учасники перемоги почали готувати засудження гітлерівців та їх учасників за виконані злочини. До Міжнародного військового трибуналу у Нюрнберзі подано згаданий документ Комісії СРСР. 15 лютого 1946 р. при аналізі цього звіту трибунал поклав вину у вбивстві в 1941 році групи вчених виключно на гітлерівських окупантів, припущення участі українців в арештах і страті польської еліти було однозначно відкинуто. Нині Акт (обсягом 44 сторінки) повинен зберігатися у Державному архіві Львівської області, разом із численними свідченнями мешканців міста, списками жертв нацистського терору та відомостями про організаторів і непосредних виконавців жорстоких акцій [7].

На Нюрнберзькому процесі 15 лютого 1946 р. і 30 серпня 1946 р. прокурор Руденко заявив: «Загони гестапівців ще до захоплення Львова мали складені за наказом німецького уряду списки найвидатніших представників інтелігенції, призначених до знищення. Одразу після захоплення Львова почалися масові арешти і розстріли». І далі: «Вбивства радянських громадян здійснювалися не випадковими бандитськими групами німецьких офіцерів і солдатів, а згідно із затвердженими планами німецькими військовими з'єднаннями, поліцією та СС» [10].

Ці перші твердження радянських органів правдиво висвітлювали вбивство гітлерівцями львівських вчених у 1941 р. Проте досить швидко вони були замінені органами КДБ і комуністичним режимом сфальшованою пропагандою, надуманим зухвалом і жорстоким звинуваченням українських патріотів, які намагалися вести підпільну боротьбу за розбудову української держави. Стали поширювати придумані відомості про ніби-то участь українських вояків батальйону «Нахтігаль». Радянська пропаганда в 50-х роках підмінила подані раніше відомості державних комісій про вбивство польських вчених гестапівцями і до 1989 року провадила сфабриковану дезінформацію, фальшиво та цинічно стала приписувати арешти і розстріли львівських вчених та інші вбивства українським військовикам з батальйону «Нахтігаль».

Розпочато пропаганду про участь українських вояків німецького батальйону «Нахтігаль» у фабрикації донесення на польських вчених, у їх арешті і убивстві, звинувачено у цих злочинах «українських буржуазних націоналістів». Висловлювалася також думка, що формальним приводом репресій вчених було звинувачення їх у співпраці з радянським режимом, - у 1940 році влада організувала поїздку 8 професорів до Москви, можливо вони там зустрічалися з керівництвом держави. Але яка могла бути співпраця професора А. Соловія, який не був поляком, ще в 1930 році вийшов на пенсію і відійшов від справ? Або професора Р. Ренцко-го, якого свого часу арештовувало НКВД і якому чудом вдалося уникнути смерті!

На правдиві дані про вбивство вчених енкаведистські органи не реагували, їхнє вимагання покарання та знищення українських «буржуазних націоналістів» популяризувалися широко як в СРСР і в УРСР, так і в підлеглий Польщі. Після закінчення Другої світової війни в багатьох місцевостях, наукових і навчальних закладах, польська компартійна влада прийняла від радянських органів твердження про участь українських націоналістів у знищенні польських вчених. Такі погляди почала розвивати частина польських істориків.

Деякі польські історики і політики також стали приписувати страту львівських вчених українським військовикам з батальйону «Нахтігаль». Хоча звіт Надзвичайної державної комісії із встановлення злочинів нацистів у період окупації Львова, розглянутий на засіданні Міжнародного військового трибуналу в Нюрнберзі 15 лютого 1946 року, однозначно відкинув участь українців в арештах і страті польської еліти.

Тогочасною радянською пропагандою були приховані раніше проведені арешти польської інтелігенції у Львові. Ще у 1939 році НКВС заарештувало 25 тисяч осіб польської інтелігенції (офіцерів, чиновників, поміщиків) і розстріляло їх у Катині. Не пізніше як 5 січня 1945 р. Львівським управлінням НКВС подавалася інформація Львівському обкому КП(б)У про настрій польської інтелігенції у зв'язку з арештами польських науковців [9]. В документі писалося: «В Политехническом институте об этом еще широко не знают. ...Среди большинства той части интеллигенции, которая об этом осведомлена, мрачное и подавленное настроение. Отдельные высказывания такие: Каменский...- мне очень трудно работать после того, что случилось с моими товарищами. Я сам не знаю, не буду ли я арестован»[9, с. 238].

Одночасно з арештами радянська влада стимулювала виїзд до польської держави польських вчених, які за Австро-Угорщини або

польської влади працювали у навчальних закладах Львова і залишилися в період німецької окупації та в період приходу радянської влади.

Радянські органи стали широко інспірувати ворожнечу між українцями і поляками, при цьому використовуючи історію польсько-українських конфліктів і боротьби, які мали місце головно у Волині. В 1954 році в СРСР вийшла перша обширна книга із зібраними памфлетами проти «буржуазних націоналістів», яку видали в Москві російський письменник Володимир Беляєв і Михайло Рудницький [1], професор Львівського університету, завідувач кафедри англійської філології, декан факультету іноземних мов. Він підписав ці брехливі видумані уявлення про вбивство львівських вчених, ніби-то проведене спільно гітлерівцями і українськими вояками з батальону «Нахтігаль». Згодом він заплатив за лояльність до комуністичного режиму немалу ціну, йому поставили на карб зрадливість, запламовану колаборацією з червоними окупантами [17]. З часом він проявив себе як вагомий літературний критик, літературознавець і письменник, перекладач.

Видумані фальшиві звинувачення українців В. Беляєв повторив пізніше в іншій книзі, у повісті «Свет во мраке» [2]. Він писав: «Расстрелы осуществляли оккупационные немецкие войска вместе с украинскими коллаборационистами. "Ваффен-СС" под командованием гауптштурмфюрера СС Крюгера, а также украинский батальон СС "Нахтигаль" под командованием оберлейтенанта Альбрехта Герцнера, оберлейтенанта связи Теодора Оберлендера и сотника Романа Шухевича. Кроме представителей польской интеллигенции, оккупанты расстреливали еврейское население Львова и советских активистов. По некоторым данным, списки польских учёных и преподавателей нацистам помогали составлять украинские студенты, бежавшие в Краков после вступления во Львов Красной армии в 1939».

Всупереч фактам, всупереч рішенням міжнародного трибуналу і польських судів, КГБ і радянська пропаганда до 1989 року провадили дезінформацію про цю трагедію, намагаючись перекласти вину на «українських націоналістів», звинувачувала їх в підготовці відповідних списків, в участі в арештах і розстрілах.

В УРСР львівський радянський історик медицини проф. І.Я. Шапіро писав: «Еще до начала войны гитлеровской Германии против Советского Союза и задолго до оккупации города Львова прислужники немецких фашистов – украинские буржуазные националисты из ОУН, окопавшись в Кракове, составили «черный список ОУН», в который внесли прогрессивных представителей интеллигенции города Львова, крупнейших ученых, в том числе и некоторых

профессоров Львовского медицинского института, имена которых были широко известны за пределами родного края (хіба могли б українці бажати знищити вченого-українця А. Соловія? – Прим.авт.). Накануне гитлеровского вторжения на советскую землю составленные украинскими фашистами из ОУН «черные списки» были переданы гестаповским отрядам, которые по указанию Гимmlера выполнили свою кровавую работу» [18].

В Польщі після закінчення Другої світової війни в багатьох місцевостях, наукових і навчальних закладах, польська компартійна влада прийняла від радянських органів твердження про участь українських націоналістів у знищенні польських вчених. Такі погляди почала розвивати частина польських істориків. Проте польська Головна комісія із розслідування злочинів гітлерівців у Польщі, яка тричі - у 1959, 1966, 1976 роках розглядала події у Львові, остаточно ствердила (ще в радянські часи!), що злочин скоїли нацисти; українці, вояки батальону «Нахтігаль» участі у знищенні польських вчених не брали. Хоча серед польського населення були поширені чутки, що вина за вбивство падає на українців, польська урядова комісія у 1976 році остаточно ствердила, що злочин скоїли нацисти, не знаходила вини українців у цих злочинах гестапівців.

За справою вбивства львівських вчених відкривали кілька разів кримінальні справи проти працівників гестапо. На жаль, мимо численних фактів, які торкаються деяких громадян Німеччини, для судового звинувачення цих осіб забракло достатніх доказів, так що останні справи в Ряшівському суді у 2003 та 2006 році закрито «в зв'язку з невиявленням виконавців злочину».

Один із свідків польського судового розгляду – професор Зигмунд Альберт, до 1945 р. працював патологоанатомом-доцентом у Львівському медичному інституті, опісля переїхав до Польщі і став професором Вроцлавського університету, багатьох із розстріляних добре знав особисто. Він перший надзвичайно ретельно вивчив архіви і численні свідчення членів родин професорів та інших, кому пощастило вижити, об'єктивно виклав трагічні події 1941 року, однозначно стверджував у двох книжках, що не існує будь-яких доказів причетності українців до цієї екзекуції [24;25]. З. Альберт, не знайшовши злочинів українців, зробив однозначний висновок: «Багато поляків помилково вважають, що вбивство професорів здійснили українці». Інший польський дослідник Гжегож Грицок також доказав виключну роль спецгрупи Е. Шонґарта у знищенні «для німецьких інтересів» польської інтелігенції, євреїв і комуністів [20]. Про подібні обставини страти вчених опублікували матеріали рідні про-

фесорів графиня Кароліна Лянцкоронська, доцент Гелена Круковська.

В різних публікаціях згадується, що страчено 20 – 22 – 23 – 25 – 39 професорів, або 40 професорів і їхніх рідних. За найбільш точними теперішніми даними 4 липня страчено 19 професорів, решту становили початкуючі або молоді вчені та рідні і знайомі вчених. Найбільшу групу становлять спеціалісти медицини – 10 професорів, 4 науковці, 4 члени родин.

Виявлені в Польщі джерела подають, що вже в 1939 році, після закінчення воєнних дій, німецькі окупанти приступили до реалізації погрому «Акція інтелігенція», яка тривала до 1943 року. В цій акції в різних регіонах Польщі, на Помор'ї, Мазовші, Сілезії, Великопольщі, в Лодзі, в Кракові замордовано понад 45 тисяч польських інтелігентів – професорів, вчених, наукових працівників. Виявлено документи, що наказ про знищення львівських професорів віддав шеф СД у Генеральному Губернаторстві, бригаденфюрер СС генерал Карл Ебергард Шонгарт. Арешти та розстріл інтелектуалів виконала очолювана ним «Айнзацкоманда для особливого застосування», підлеглі йому гестапівці Гайнц Гайм (шеф штабу), Ганс Крігер, Вальтер Кучман, Курт Ставіцкі, Фелікс Ландау та їхній голандський співпрацівник Пітер Ніколас Ментен. Цей же підрозділ за дорученням Гімлера арештував 6 листопада 1939 р. професорів у Кракові, більшість з яких потім загинули в концераційних таборих.

Багатьма свідченнями і документами встановлено, що гестапо ще задовго до вересня 1939 року підготувало списки польської інтелігенції в більших містах країни, щоб проводити її систематичне винищення. Це підтверджують, зокрема, такі факти – у Львові команда розшукувала професорів, які померли до 1939 року. Планувалося при появі наступних поколінь інтелігенції також її знищувати. Висловлювалося припущення, що причиною страти групи вчених була, можливо, їх співпраця з більшовиками.

Повністю доказано, що ані українські вояки батальйону «Нахтігаль», ані їхній командир Теодор Оберлендер, капітан Роман Шухевич участі в екзекуції не брали. Твердження польських прокомуністичних пропагандистських видань та польської реваншистсько-шовіністичної публіцистики про причетність українців (ОУН, батальйону «Нахтігаль», перекладачів) до вбивства польських професорів у Львові відкинуті також і провідними польськими вченими-істориками [20;21;23].

Українець Мирослав Кальба, який був у батальйоні «Нахтігаль», а згодом проживав у Канаді, опублікував польською мовою книжку з правдивим представленням діяльності батальйону,

що прагне повністю зняти звинувачення українців у вбивстві у Львові польських вчених [19].

Після війни львів'яни готувалися поставити пам'ятник львівським вченим – жертвам фашизму. Партийні органи планували назву пам'ятника у проектній документації того часу — «Вченим, розстріляним гітлерівцями та українськими буржуазними націоналістами!» Отже влада Львова мала користуватися надуманими КДБ і комуністичними пропагандистами звинуваченнями «українських націоналістів».

За ініціативою вчених Львівського медичного інституту підготовлено проекти пам'ятника, які, імовірно, створено скульпторами під керівництвом Емануїла Миська (свого часу директор Львівської академії мистецтв, Народний артист). На місці вбивства професорів на Вулицьких пагорбах було розпочато будівельні роботи, підготовлено групи розстрілюваних вчених. Проте хтось із дуже ревних партійних керівників звернув увагу на те, що Центральна постать монумента була зліплена за портретом професора Львівської політехніки Казімежа Бартля, який раніше очолював уряд Річ Посполитої Польської (був розстріляний 27 липня 1941 року). Колишній польський прем'єр-міністр видався радянській владі Львова таким же неблагоннадійним, як і німецькій. Вирішено: не ставити пам'ятник керівнику «буржуазної Польщі», а через нього і професорам – жертвам гітлерівців. Роботи за вказівкою партійних органів припинено, згодом встановлені частини пам'ятника розібрано і прибрано. Довгий час на місці страти професорів стояв високий хрест.

Працівники медичного інституту зберегли частину пам'ятника - скульптурну групу, яка представляє 11 постатей замордованих гітлерівцями вчених (фото 4). Ця пам'ятна скульптура чомусь залишилася без уваги як в УРСР і в Україні, так і в Польщі. Чому цей історичний, високо художній твір не взято до уваги при проведенні конкурсу? Чи не варто було до 70-річчя трагедії провести експозицію цієї скульптури, а не проігнорувати її та залишити в забутті?

У Польщі на Грюнвальдській площі Вроцлава ще у 1964 р. відкрито пам'ятник пошани польських науковців, які загинули в період гітлерівської окупації. Встановлено низку пам'ятних знаків на честь помордованих гітлерівцями вчених. У 25-річчя встановлено пам'ятні таблиці в костелі О.О.Францісканів у Кракові (1966), В будинку Польської академії наук у Вроцлаві в 40-у річницю трагедії учні і приятелі встановили пам'ятну таблицю «в честь 25 професорів вищих львівських шкіл, замордованих гітлерівцями». Подібні пам'ятні знаки до 40 і 50-ї річниць встановлено у Вроцлавському і Варшавському університетах, в університеті Марії Склодовської-



Фото 4. Скульптурна група, збережена у Львівському медичному університеті

Кюрі у Любліні. У Медичній академії у Вроцлаві зберігається урна з прахом страчених професорів (земля з кров'ю) з Вулецкого Пагорба у Львові, де їх замордовано. У 2002 р. в Польщі зареєстровано «Союз нащадків львівських професорів, замордованих гестапо в липні 1941 р.».

Однак на правдиві дані про вбивство вчених енкаведистські органи не реагували, їхнє вимагання покарання та знищення українських «буржуазних націоналістів» популяризувалися широко як в СРСР і в УРСР, так і в підлеглий Польщі. Після закінчення Другої світової війни в багатьох місцевостях, наукових і навчальних закладах, польська компартійна влада прийняла від радянських органів твердження про участь українських націоналістів у знищенні польських вчених. Такі погляди почала розвивати частина польських істориків (А. Щесняк, В. Шота).

КДБ і радянська пропаганда до 1989 року провадили дезінформацію про цю трагедію, намагаючись перекласти вину на українців, звинувачувала їх в підготовці відповідних списків. На жаль, пропаганда органами КДБ фальсифікації має зараз продовження в Польщі та в незалежній Україні. Не дивлячись на встановлення історичної правди, в Польщі та в Україні досі залишаються наслідки більшовицької дезінформації, антиукраїнську спрямованість продовжують підтримувати деякі польські історики і кола. Не дивлячись на широке встановлення історичної правди, у загибелі вчених звинувачують «українських націоналістів». На пам'ятній таблиці, встановленій у Кракові в Пантеоні Національної Слави в гарнізонному костелі св. Ядвіги, знаходиться таблиця, на якій написано: «...в честь професорів, замордованих...гітлерівцями при співучасті українських націоналістів!». Таблицю встановили вояки АК Львівського обшару, які

досі не можуть поставитися об'єктивно до української сторони... Союз нащадків страчених львівських професорів у 2005 р. звертався до Президента України з вимогою притягнути до відповідальності українських громадян вояків батальйону «Нахтігаль», яких вони продовжують вважати винними у цій трагедії! Представлені на деяких польських інтернет-сторінках матеріали висвітлюють дезінформаційну акцію КДБ і радянських служб про Оберлендера і українських вояків батальйону «Нахтігаль», говорять про «пам'ятники на честь професорів Університету Яна Казімежа у Львові, які були вбиті німецькими фашистами й українськими націоналістами у липні 1941 р.»! У новому виданні Польської тридцяти томної енциклопедії без будь-якого застереження стверджується, що польських професорів розстріляли вояки «Нахтігаль»!

Чому ж об'єктивні історичні факти про вбивство львівських вчених гестапівцями, підтвержені вченими, комісіями та судами, досі не сприймаються деякими групами польського суспільства?

В незалежній Україні у 2000 році Львівське Товариство Польської Культури та нащадки замордованих вчених поставили на місці страти і початкового поховання Меморіальний хрест з таблицями, в яких українською і польською мовами подані прізвища страчених осіб (фото 5). Тут названо ще трьох професорів, яких розстріляно десь пізніше. Пам'ятні таблиці встановлені в головному корпусі Національного університету «Львівська політехніка» та в кафедральному римо-католицькому соборі Львова.

В травні 2009 року польські ЗМІ розповсюдили інформацію і фотознімки про профанацію пам'ятника написом «смерть ляхам» і свастиками. Чи то була вихідка нерозумного львівського екстреміста, чи може чергова спеціальна провокація тих сил, які багато років намагалися протиставити українців і поляків і на цьому будували свою імперську політику?

За незалежної України віднайдено і опубліковано документи різних архівів, які привели конкретні об'єктивні відомості про розповсюдження фальшивого звинувачення «українських націоналістів», розпочато об'єктивне дослідження трагічних подій у 1941 році під час гітлерівської окупації та пізнішу їх пропаганду. Діяльністю української організації «Меморіал» виявлено і розсекречено низку документів, які розкривають технологію фальсифікації кагебістами даних історичних подій [5]. Віднайдено документи, в яких говориться: «С целью компрометации Оберлендера и украинских националистов, собранные УКГБ материалы широко использовались в местной и центральной прессе, кинохронике, а также на пресс-конференции в Москве. Кроме этого, были выявлены и соответственно



Фото 5. Пам'ятний хрест на місці страти вчених, поставлений у 1990 році

підготовлені свідетелі, виступавшие по данному делу на пресс-конференции в Москве и на суде в Берлине. С учетом достигнутых положительных результатов в проведении специальных мероприятий по Оберлендеру, прошу Вас наградить нагрудным знаком «Почетный сотрудник Госбезопасности...». «Из Москвы тов. Щербак №33988 от 13 ноября 1958 года вх. № 15107 копией во Львов сообщил, что установленных очевидцев злодеяний батальона «Нахтигаль» следует подготовить для допроса работниками прокуратуры, о чем будут даны указания прокуратурой СССР. При подготовке к допросам свидетелей следует использовать опубликованные в прессе статьи о преступлениях «Нахтигалья».

З метою тенденційної пропаганди утворюються спеціальні об'єднання, зокрема так звані «Український народний фронт антифашистських сил» (назва попередня), проголошений на суспільно-політичних слуханнях 28—29 жовтня

2005 р. у Києві. У них узяли участь активісти політичних партій лівого спрямування, ветеранських організацій, окремі народні депутати. Кожний з учасників отримав виданий у Києві 360-сторінковий збірник «Документи викривають». Про співробітництво українських націоналістів із спецслужбами Німеччини», в якому можна знайти твердження, що батальйони «Нахтігаль», «Роланд», УПА в роки Другої світової війни знищили сотні тисяч невинних людей. Одним з головних завдань «Фронт» ставить широкомасштабну пропагандистську роботу в Україні з метою не допустити «реабілітації ідеології ОУН-УПА» та «встановлення націонал-тоталітарного режиму (по типу прибалтійських)».

Київська російськомовна особлива газета «Бульвар» підтримуючи у краях советських традиціях дух боротьби з «українським буржуазним націоналізмом» 12 січня 2010 року опублікувала інтерв'ю з доктором історичних наук професором Анатолієм Чайковським, в якому «український вчений» звинувачує українських вояків батальйонів «Нахтігаль» і «Роланд» у тому, що вони «мирних львів'ян масово розстрілювали, вішали, закопували живцем, а перед убивством над багатьма знущались», що «сотні польських інтелектуалів і тисячі громадян єврейської національності оунівці знищили лише в перші дні окупації». От такі сфабриковані радянською пропагандою звинувачення продовжуються газетами і окремими «науковцями» в незалежній Україні! Чи не такі прояви політиків в Україні підтримують ставлення протиукраїнських груп в Польщі?

Історичні факти, встановлені вченими і різними комісіями та судами, до сьогодні не сприймаються деякими групами польського суспільства. Хотілось би, щоб встановлення у Львові пам'ятника вченим – жертвам гітлеризму остаточно припинило нав'язані фальшивою пропагандою необ'єктивні погляди на винуватців трагедії.

Нехай відзначення 70-річчя страти вчених буде виявом нашої шани до пам'яті невинно замордованих гітлерівцями львівських професорів польської, а також української і єврейської національності та їх рідних. На відкритті було сказано, що цей пам'ятник є добрим знаком дружби між українцями і поляками.

Список літератури

1. Беляев В., Рудницкий М. Под чужими знаменами. М. Молодая гвардия. 1954. 207 с.
2. Беляев Владимир. Граница в огне. М. 1967. 536 с. (повість «Свет во мраке»).
3. Ганіткевич Ярослав. Українські лікарі-вчені першої половини ХХ століття та їхні наукові школи», Львів, 2002, с. 315, 360;

4. Ганіткевич Ярослав. Історія української медицини в датах та іменах, Львів, 2004, с.44, 134, 234.
5. Документ ГДА СБУ фонд 1, опис 4 за 1964 рік, порядковий номер 3, том 5, аркуш 86 Розсекречено: 24/376 від 05.02.2008 р.
6. Зіменковський Б. М. Гжегоцький, О. Луцик. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1785 – 2009. Львів, 2009. – 452 с.
7. Ісаєвич Ярослав, Кім Науменко. Убивство польських професорів у Львові (липень 1941 р.): кому вигідні фальсифікації // День № 229, субота, 10 грудня 2005.
8. Козловський Борис. Біль Вулецьких пагорбів час не лікує... // Високий замок. 4 липня 2011. - № 116.
9. Культурне життя в Україні. Західні землі. Документи і матеріали. Том 1. 1939 – 1953. К. 1995.
10. Нюрнберзький процес: Сборник документов в 7 т./ Под ред. Р.А.Руденко. - М. Госюриздат. 1946. Т.4. – (С. 66, 67).
11. Соловій Адам. Причинок до перервання родниці (Ruptura uteri) // Лікарський збірник. Під ред. д-ра Є.Озаркевича. Львів, 1898. Т.1. Вип.2. С. 1-7.
12. Львівський державний медичний коледж. Вид.3. Львів, 1998. с.18,19.
13. Меморіальний музей жертв окупаційних режимів «Тюрма» на Лонцького. Львів, 2010.
14. Плющ Василь. Нариси з історії української медичної науки та освіти. Книга II (19 і 20-те століття). Мюнхен. УВАН. – 1983. – 372 с.
15. Пундій П. Українські лікарі, Біобібліографічний довідник. Кн.1, Львів, 1994, с. 257.
16. Документ ЦДІАЛ про народження А.Соловія: ф. 201, оп.4а, спр.4694.
17. Форостина Оксана. Наша і не наша «Вулецька справа» // Львівська газета. 21.04. 2005.
18. Шапиро И. Я. Очерки по истории Львовского медицинского института. Львів, 1959, с.92.
19. Kalba Mirosław. "Nachtigal". Ukrainski batalion 1941 r. (W imie czego?). Detroit-Lwow, 1965.
20. Нрыциук Grzegorz. Polacy we Lwowie. 1939 – 1944. Warszawa. 2000.
21. Seyda Bronisław. Dzieje medycyny w zarysie. Warszawa, 1973.- 608 s.
22. Słownik lekarzow polskich, Warszawa. 1936.
23. Zwodziak Włodzimierz. Historia wydziału lekarskiego uniwersytetu Lwowskiego. Archiwum historii medycyny. Warszawa, 1964-65.
24. Albert Zygmunt. Zamordowanie 25 profesorow wyzszych uczelni we Lwowie przez hitlerowcow w lipcu 1941 r. // Przegląd lekarski. 1964.
25. Albert Zygmunt. Kazn profesorow lwowskich – lipiec 1941. Studia oraz relacje i dokumenty zebrane i opracowane przez Zygmunta Alberta. Wrocław. 1989.

Автор дякує проректору ЛНМУ проф. О.Д.Луцику за цінні зауваження.

ТРАГЕДИЯ ГРУППЫ ЛЬВОВСКИХ ПРОФЕССОРОВ В 1941 ГОДУ (К 70-Й ГОДОВЩИНЕ КАЗНИ УЧЕНЫХ)

Я. В. Ганиткевич (Львов)

В статье описывается установка памятника казненным гитлеровцами львовским ученым, приведены данные об украинском профессоре Адаме Соловий, о всех ученых-медиках. Описываются обстоятельства гибели ученых, фальшивое обвинение советским режимом украинцев батальона «Нахтигаль» в убийстве ученых. Приводятся данные о чествовании памяти ученых в Украине и в Польше.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: львовские профессора медики, гитлеровские оккупационные преступления.

TRAGEDY OF LVIV PROFESSORS GROUP IN 1941 (TO THE 70TH ANNIVERSARY OF SCIENTISTS EXECUTION)

Ya .V. Hanitkevych (Lviv)

The article describes the monument for the Lviv scientists, executed by Hitler's Nazis. Presented data on Ukrainian Professor Adam Soloviy and other medical scientists, describes the circumstances of the murder of scientists and false accusations by the Soviet regime in the murder of Ukrainians in battalion "Nachtigal". This article presents the data on celebrating the memory of scientists in Ukraine and Poland.

KEY WORDS: Lviv medical professors, Hitler's occupation crimes.

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

УДК 614.21(09)(477)

В. С. КИЛІВНИК, П. В. ЦВЕНЬ (Немирів)

ДО ІСТОРІЇ СТВОРЕННЯ САНАТОРІЮ «АВАНГАРД»

ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»

Вивчені та узагальнені історичні передумови створення санаторію.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **санаторій, історія.**

Перша світова війна, що розпочалась 19.07 (01.08) 1914 р., важким тягарем лягла на плечі всього населення тодішньої Росії. Молот війни розкручувався з шаленою швидкістю, калічачи і тіла, і душі людей, залишаючи по собі колосальні руїни та людські жертви. Нескінченні залізничні потяги транспортували хворих та понівечених військових в тил на лікування в існуючі і щойно створені лазарети та шпиталі, часто - під егідою Червоного Хреста. Лише згодом Раднарком УРСР постановою від 20.06.1920р. встановив, що діяльність Українського Червоного Хреста підконтрольна Наркомздор'я. Головне Управління Червоного Хреста організувало санаторно-курортну справу і керувало нею в губерніях: Київській, Волинській, Подільській та Чернігівській. За погодженням з Наркомздор'я йому надавалося право організовувати та утримувати медико-санітарні заклади додатково до затверджених.

У Вінниці, в районі насінневого заводу, був розгорнутий лазарет на 1200 ліжок. В газеті «Подолія», № 93 від 10.09.1914 р. повідомляється, що в Немирові княгиня М. Г. Щербатова (дочка графа Строганова Г. С., внучка графа Потоцького Б.С. та правнучка Софії та Станіслава Потоцьких – Прим.авт.) підготувала лазарет на 50 ліжок (згодом він розширився до 250), якому судилося прожити довге, сповнене випробувань та самовідданого служіння справі відновлення здоров'я людей, життя. Широко проводились благодійні акції на користь комітетів Червоного Хреста, кошти від яких спрямовувались на лікування воїнів. В газеті «Подолія» за №96 від 17.09.1914р. повідомляється про благодійний концерт в м. Немирові, чистий збір від якого склав 471р.71коп. Там же відбулась безпрограшна лотерея з кінематографічними картинками на користь сімейств нижчих чинів, призваних до війська. Чистий збір від цієї акції склав 512р.52 коп.

Війна в якійсь мірі зрівняла людей всіх соціальних прошарків. Відновленням здоров'я поранених та хворих предметно опікувались члени царської родини, сім'ї колишнього прем'єра Росії П. А. Столипіна, княгині М. Г. Щерба-

тової, монахині жіночих монастирів... високе почуття громадянського обов'язку та милосердя сприяли ефективному лікуванню та сестринському догляду за пораненими та хворими в лазареті в маєтку княгині М. Г. Щербатової (на базі якого було в травні 1921 року створено санаторій, що в майбутньому дістав назву «Авангард»). Окрім штатної обслуги для цієї мети були задіяні члени обох сімей.

Епістолярний спадок княгині М. Г. Щербатової та її доньки, княжної Олександри, свідчать про величезну силу духу, щедрість, співпереживання, небайдужість до чужого болю. Допомагали солдатам та їхнім сім'ям, хворим та пораненим, забираючи їх із санітарних вагонів на залізничних станціях. Княгиня сприяла вирішенню різноманітних прохань окремих солдат Діючої армії: одні просили допомогти тютюном, папером, сірниками, теплими шкарпетками, рукавицями, башликом, чоботами, тощо; інші дякували за отримані посилки з подарунками, вітали Щербатових зі святами, дякували за чуйне відношення та ефективно лікування в лазареті: «...спасибо и спасибо Вам Сиятельство, что я у Вас был доволен лечением, Вы меня так доглядали, как моя милая мать...» (мова оригіналу - з листа Кіпріяна Зайця від 04.02.1917 р., Діюча Армія). Були листи-прохання про переведення хворих та поранених в лазарет з лікувальних закладів м. Києва та інших міст; листи-подяки від військових командирів Діючої Армії за надіслані подарунки воїнам; листи-подяки за направлення на санаторне лікування в Крим, за турботу княгині про дітей воїнів, призваних з Немирова та сусідніх сіл: «...спасибо Вам Сиятельство, что нас не забываете и за наших детей так заботитесь, как маминка..» (з листа).

Про якість надання медичних послуг в лазареті свідчать численні листи: «... 1916-го года. М. Октября, 4-го дня письмо от Григория Кравца, что лежал в вашем госпитале. Уведомляю я вам ваше сиятельство, что я слава Богу жив и здоров. Немного полегчало и поправился на четыре фунта. Каждую субботу взвешивают. Ну все скучно за вашим госпиталем. Я у вас лежал на 4-х подушках пуховых. А тут на одной сенной по-

душке лежу. Я лежу и про ваш госпиталь думаю... Спасибо Вам, ваше сиятельство, что вы меня отправили в Крым. Может даст Бог, выздоровею. И спасибо Вам, что вы мне дали денег 10 руб. Я как выздоровею, то я отслужу вам этих 10 руб. И еще прошу, Ваше Сиятельство, если не выслали этих карточек, что вы снимали, на мою родину, то прошу выслать. Больше таких новостей нет. И еще поклон Его В. Б. Билинскому и еще поклон г-ну Фершалу, и еще пок. сестре Выдемской, и еще пок. сестре Кормышаевой, и еще пок. хозяйке Ивановой, и еще пок. сестре Новицкой. Лучшего госпиталя нет...». «Их Сиятельству от Павла Ги-ренко - д. Супруновки, лечившегося в уважаемом Вашем комитетном лазарете Красного Креста. Ваше Сиятельство: приношу сердечную благодарность, за Ваш дорогой подарок, который я получил на Новый год от уполномоченного.

При получении, с полковой музыкой и криком «ура», я был тронут до слез и вспомнил о Вашей заботе к нам в тяжелые, переживаемые нами минуты. И всем товарищам я напомнил Ваш дорогой труд и заботу, и все приносят Вам глубокую благодарность за Ваши усердные труды. Пожелаю всего хорошего, Ваше Сиятельство, и осмеливаюсь просить ответа на мое письмо. Пока, слава Богу, хорошо стоим, всего достаточно и войска много. Против 1914 года все удовлетворительно».

Вищезгаданий лазарет був не єдиним в Немирові і функціонував до дня трагічної загибелі княгині. З її допомогою восени 1918 року було створено 56-й Немирівський резервний полк (петлюрівський), який стояв в Немирові до початку 1919 р. В 1918 р. і земля, і палац були конфісковані новою владою, але населення, яке любило та поважало княгиню із наданої їм землі виділило 40 десятин, де вирощували хліб та овочі, для харчування її сім'ї. У княгині навіть з'явилась «Охоронна грамота», підписана самим Х. Раковським, яка мала б захищати життя княгині та її сім'ї.

В палаці військові мали змогу переглядати вистави драмгуртка, що діяв при місцевій «Просвіті». 20 березня 1919р. владу в Немирові захоплює підпільний ревком на чолі з О. Є. Коваленко. Згодом в місто прибув 5-й радянський кавалерійський полк на чолі з Палієм. Селянське повстання на Немирівщині, яке розпочалося 8.05.1919р., змусило більшовиків на деякий час залишити Немирів. Завдяки зусиллям вінницького батальйону та проскурівського загону місто знову було зайняте червоноармійцями. Більше десяти разів місто переходило з рук в руки та лазарет безперервно виконував свою функцію незалежно від зміни влади у місті.

«Глубокочтимая княгиня, молитвенно приветствую Вас и Ваших родных с Новым годом и

сердечно желаю доброго здоровья и душевного мира. Вся наша жизнь есть комом ожиданий и надежд: все думают люди о дальних и лучших грядущих годах, мечтая... Что принесет нам 20-й год XX-го столетия ни один смертный не знает, все сокрыто в воли Всевышнего...». Цей лист від священника села Чукова (до речі, двоюрідного брата Степана Руданського) отця Олександра був останнім, якого пошта принесла в палац княгині на Новий, 1920 рік. Це було 14 січня за новим календарним стилем, а через 7 днів княгині, її дітей та подруги не стало. Днем раніше загинув син княгині Володимир (Діма). Формально «червоного терору» в 1920 році в країні вже не існувало. Свідченням цього є документ, датований 17.01.1920р., який органи влади були зобов'язані телеграфом негайно розіслати на місця, щоб уникнути зайвих репресій. В подільських газетах цей документ оприлюднено 21.01.1920р. (за сумною іронією долі – в день розстрілу сімейства!)

В день розстрілу княгині та її доньки Немирівським волревкомом було видано наказ, в якому населення закликалось до мирних занять. Організована озброєна охорона пограбованого палацу та всього майна, створено комісію для обліку того, що залишилося, в т.ч. понівеченого, яка приступила до роботи 1 березня 1920 р.

В палаці, окрім існуючого лазарету, було відкрито народний театр, в якому відбулась вистава 10.03.1920 р., агрономічне училище, жіноча гімназія, початкове училище.

На звернення військового коменданта Немирова у волревком від 31.03.1920 р. з проханням про виділення меблів для комендатури, йому було рекомендовано звернутися в комісію по обліку майна кн. Щербатової. Комісія повідомила, що: 1) коменданту Орловському виділено 5 ліжок (замість 25, прим, авт.); 2) наявні інші ліжка належать лазарету; 3) видано дві дюжини стільців коменданту; 4) м'які дивани всі обірвані, а цілі вже призначені для Немирівського народного музею та затверджені Губвідділом освіти.

Ще 14.03.1920 р. Подільський ревком видав розпорядження Немирівському волревкому: «Негайно передати в розпорядження Губнаробразу (підвідділ охорони старовини) всі ікони і образи, взяті в маєтку кн. Щербатової, які проявляють з себе старовину і архітектурну вартість. Наказ цей обов'язковий до виконання».

В доповідній завідувача Брацлавського повітового землевідділу на нараді з питань землеустрою 21-22.05.1920р. відмічалась потреба заснування сільськогосподарських шкіл в колишніх маєтках... Наприклад, у маєтку кн. Щербатової. Там є дуже гарні помешкання, котрі залишились пустими, позаяк сім'я Щербатових забита Бо-

гунським полком. Майно цього маєтку взято зараз на облік...»

«У.С.С.Р Подільський Губернський Земельний відділ 9 липня 1920 р. № 52/2436 м. Вінниця

До Немирівського райревкому. З огляду на постанову Брацлавського ревкому від 14 липня 1920 р. Подгубземвідділ пропонує Немирівському райревкому передати Педагогічній Раді Немирівської школи з колишнього маєтку кн. Щербатової парк, дворець зо всім рухомим майном в ньому, себто: бібліотекою, книжними шкафами, картинами, обстановкою, інвентарем як хатнім, так і сільськогосподарським, сад, город, двірцеві будинки службового значення, оранжерею і польову землю біля 25 десятин.»

1 лютого 1921 року Подгубземвідділом передано маєток Щербатової у розпорядження Подгубсанкуркомісії, яка просить Подгубкомдербуд відрядити інженера для зняття планів і складання кошторису на ремонт головного палацу та флігелів Немирівського маєтку.

«Инструктора Крашенинникова

Заявление

Для окончания работы по перевозке в Винницу художественных ценностей Немировского Дворца необходимо ассигновать дополнительно 50 тыс. руб., каковых прошу выдать для передачи комиссии, находящейся в Немирове.

11.02.1921 г.»

15.03.1921 «Подольский губернский комитет государственных сооружений просит Завгубкомгоссор 2 млн. руб. согласно копии акта на ремонт». Вже 30.03.1921 р. було виділено кредит на 500 тис. руб. на терміновий ремонт палацу.

13 травня 1921 р. В.І. Ленін підписав декрет «Про будинки відпочинку», які «організуються з метою надання робітникам та службовцям відновити свої сили та енергію на протязі отримуваної ними щорічної відпустки за найбільш сприятливих та здорових умов». Після видання цього декрету губернські відділи профспілок повсюдно пристелили до організації будинків відпочинку, широко використовуючи з цією метою колишні маєтки та особняки капіталістів і поміщиків.

Як показали подальші події, княгиня М. Г. Щербатова ще в 1914 р. визначила долю свого палацу, який приречений був залишитись лікувально-оздоровчим закладом.

Першим завідувачем Немирівським санаторієм був Абрам Мойсейович Черкаський (1921-1925 р.р.). Наступником його був Слуцький (із 1926 р.), якого направила Губпрофрада.

Працювала аптека. Було поліклінічне відділення з окремою аптекою.

Спочатку дітей було більше сотні, обслуговуючого персоналу - 31-47 чоловік (в залежності від завантаження оздоровниці).

У 1922 дітей було 249, а персоналу - 31. Хто потребував подальшого лікування - відвозили на лікування у Одесу, Київ. На ялинку дітям давали цукерки. Їжа була дуже скромна. Крупів майже не було. Користувались лише картоплею, мукою та овочами. Варили повидло і це було корисною добавкою до їжі. Співробітникам давали невеличкі пайки, бо грошей платили мало: ординатору - 80 крб., медсестрі - 15-18 крб.

На початку роботи санаторій утримував підсобне господарство: баранів, коней, свиней. Це певною мірою допомагало вирішувати продовольчі проблеми оздоровниці. На 5-му році її функціонування влада знайшла можливість надати санаторно-курортне лікування і селянам.

«Засідання Немирівського райвиконкому 21 квітня 1925 р. Слухали: Інформаційний доклад про стан Немирівського санаторію (т. Черкаський).

Заслухавши інформаційний доклад про стан санаторію райвиконком рахує необхідним поставити питання перед страховою нарадою про відведення в санаторії кілька місць для селян, як дорослих так і дітей.»

Нашадки ще мають належним чином оцінити вклад М.Г.Щербатової в облаштування дендропарку та міста Немирова, розвитку його інфраструктури, створення ряду виробництв, які в модернізованих варіантах успішно функціонують до цього часу: санаторій «Авангард», спиртовий завод, горілчана кампанія "Nemiroff".

Жителі міста за добрі справи в ім'я людей посмертно обрали її почесною громадянкою м.Немирова. За життя княгиня отримала заслужену подяку від Особливого комітету її Імператорської Величності Великої Княгині Єлизавети Федорівни: «Ея Сиятельству Княгине Марии Григорьевне Щербатовой. По приказанию Ея Императорского Высочества Великой Княгини Елисаветы Федоровны Исполнительная комиссия Особого комитета имеет честь сообщить, Ея Высочество, высоко ценя горячее содействие, оказанное Ею в руководимом Ею деле заботы о больных и раненых устройством лазарета для них, выражает искреннюю благодарность Вашему Сиятельству и просит передать Ея признательность всем содействовавшим Вам пожертвованиями и трудом в святом деле ухода за воинами, встретившими всюду у жертвователей самую сердечную заботу о себе».

Список літератури

1. Барнасюк О. С. Історія міста Немирова від найдавніших часів до сьогодення / Барнасюк О.С. – Вінниця, 2006.– 132 с.
2. Валько І. В. Немирів / Валько І. В., Мостовий М.Н. – К. : "Здоров'я", 1971. – 18 с.
3. Дець В. С. Немирівщина від сивої давнини до кінця ХХ століття. / Дець В. С.– Немирів, 1999. – 212 с.
4. Дець В. С. Немирів / Дець В. С. – Одеса: "Маяк", 1978. – 52 с.
5. Лист-подяка княгині М. Г. Щербатової від Особливого комітету її Імператорської Високості Великої Княгині Єлисавети Федорівни за «15160 / Приватна колекція»
6. Лобко О. А. Поміщицькі маєтки Правобережжя в умовах соціально-економічної трансформації 1831-1917 років (за матеріалами володінь графів Потоцьких) / Лобко О. А. // Автореф. дис. канд. істор. н. – К., 2008. – 20 с.
7. Малаков Д. В. По Брацлавщині / Малаков Д. В. – М. : Искусство, 1982. – 174 с.
8. Малаков Д. В. Минуле Немирова / Малаков Д. В. – К., 1998. – 112 с.
9. Малаков Д. В. Минувшина Немирова / Малаков Д. В. – К. : Майстерня книги, 2008. – 104 с.
10. Мостовий М. Н. Приїздить в Немирів / Мостовий М. Н., Нович М. З. – Одеса: Маяк, 1965. – 32с.
11. Матеріали державного архіву Вінницької області (ДАВО) за 1914-1926 роки
12. Назаренко І. О. Місто Немирів / Назаренко І. О. – Немирів, 2004. – 136с.
13. Памятники градостроительства и архитектуры Украинской ССР. – К., 1985. – Т2. – С. 24-25
14. Петльований П. Біля витоків вічності / Петльований П., Сенченко Н. – К. : ТОВ Видавництво Аратта, 2009. – 344 с.
15. Шенк Г. О. Немирів крізь віки / Шенк Г. О. - Вінниця: Континент-ПРИМ, 2001. - 160 с.
16. Aftanazy R. Materialy do dziejow residencji / Aftanazy R.– W., Т. Ха. – 1991. – s.191-195
16. Aftanazy R / Materialy do dziejow residencji / Aftanazy R. – W., Т. Хb. – 1991. – s.126-127

К ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ САНАТОРИЯ «АВАНГАРД»

В. С. Киливник, П. В. Цвень (Немирів)

Изучены и обобщены исторические предпосылки создания санатория

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **санаторий, история.**

TO THE HISTORY OF THE SANATORIUM "AVANGARD"

V. S. Kylivnik, P. V. Tsven (Nemirov)

The prerequisites of the creation of the sanatorium "Avangard" have been studied and generalized

KEY WORDS: **sanatorium, history.**

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



Передчасно пішла з життя Галина Василівна Бесполудіна, доктор медичних наук, професор, доктор філософії в галузі права, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ДЗ «Луганський державний медичний університет». Талановитий Педагог, Вчений, Організатор, прекрасна, чесна і порядна Людина, безмежно закохана у свою професію, яка все своє свідоме життя присвятила самовідданому та безкорисному служінню людям.

Народилася Галина Василівна у невеличкому аулі Азик-Суат на Ставропіллі у багатодітній сім'ї колгоспника. Підлітком підробляла у канікулярний час на птахофермі, де за трудові досягнення отримала першу високу нагороду – медаль «За трудові здобутки».

Після закінчення середньої школи із срібною медаллю перед Галиною Василівною відкривалася перспектива цільового направлення на навчання у Московський державний університет, але Галина Василівна, відхиливши цю пропозицію, твердо вирішила присвятити своє життя медицині. Милосердя, благодійність, високі моральні цінності, притаманні лікарській професії, неначе магнітом притягували до себе юну випускницю. Галина Василівна вступає до медичного інституту у м. Ворошиловграді, який з відзна-

кою закінчує у 1968 році. Це дало можливість комісії з розподілу випускників-спеціалістів рекомендувати її в якості асистента на кафедру соціальної гігієни та організації охорони здоров'я.

У 1975 р. Галина Василівна успішно захищає кандидатську дисертацію за темою: «Диспансерное наблюдение за детьми, страдающими хронической пневмонией и перспективы его улучшения (по материалам специального исследования)». У 1978 р. обирається за конкурсом на посаду завідувача кафедри. У 1992 р. захистила докторську дисертацію за темою «Комплексное социально-гигиеническое исследование образа жизни и распространенности бронхолегочных заболеваний среди населения промышленного региона». У 1992 р. їй присвоєно вчене звання професора.

Результатом багаторічної невтомної праці професора Г. В. Бесполудіної на ниві науки і педагогічної діяльності стали понад 580 опублікованих у різних виданнях наукових статей, 4 монографії, видані у співавторстві, численні методичні рекомендації та інформаційні листки з актуальних проблем збереження та відтворення здоров'я населення, соціального захисту вразливих верств населення, профілактики найбільш поширених захворювань серед економічно активного населення інтенсивно-промислового регіону, удосконалення системи організації медичного обслуговування на різних етапах надання медичної допомоги.

«Відмінниця по життю» – нерідко жартувала про себе Галина Василівна. Її життєве кредо: «Завжди на передньому краї, завжди в повну силу, завжди з повною відповідальністю!». За трудові досягнення у 1984 р. рішенням ректорату Г. В. Бесполудіна удостоєна почесного звання «Майстер – золоті руки», нагороджена орденом «Знак пошани», медаллю «Ветеран труда».

Член-кореспондент Московського відділення Петербурзької академії мистецтв та наук, член правління Всеукраїнського Товариства Червоного Хреста, член правління ВУЛТУ, голова обласної громадської організації «Луганське лікарське товариство», голова громадської організації «Асоціація організаторів охорони здоров'я Луганської області», голова обласного осередку Всеукраїнської асоціації головних лікарів, Г. В. Бесполудіна постійно була у вирі виробничих і суспільних подій. Завжди доброзичлива, привітна, енергійна, готова у будь-яку хвилину прийти на допомогу. Оптиміст, життєлюб, романтик за характером і прагматичний та розсудливий організатор – саме такою залишиться у нашій пам'яті світлий образ Галини Василівни.

З глибоким сумом та співчуттям до рідних, друзів, знайомих та колег по роботі,

Редакційна колегія журналу

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

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

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

Правила подання матеріалу для опублікування:

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

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

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

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

- таблиць;

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

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

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

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

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

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

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Нумери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X,XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.
- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.
- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті.
- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.
- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 21 грн 90 коп. З приводу придбання звертатися за тел. : (0352) 52-80-09.

Редакційна Рада

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

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

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

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

ПОСТАНОВЛЯЄ:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

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

Розцінки на розміщення реклами:

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

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

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

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

З надією на плідну співпрацю

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

Г. О. Слабкий

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

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

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

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

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

Г. О. Слабкий

Адреса редакції

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

Адреса видавництва

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

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

Підп. до друку 26.09.2011. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 12,56. Обл.-вид. арк. 11,95. Наклад 600. Зам. №245