

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

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

1

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

SHEI “Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky
of MPH of Ukraine”

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ–Тернопіль
“Укрмедкнига”
2012

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*), О.Ю. Майоров (*Харків*), В.О. Волошин (*Київ*),
М.В. Голубчиков (*Київ*), В.В. Єлагін (*Київ*), О.В. Любінець (*Львів*),
Н.О. Сайдакова (*Київ*), В.Й. Шатило (*Житомир*), С.А. Куков'якін (*Росія*)

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; від 14.04.10 №1-05/3)

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол №3 від 15.03.2012)*

Передплатний індекс – 22867

Підготовка медичних кадрів

Слабкий В.Г., Шпак Г.В., Кризина Н.П., Лисенко П.М. Розрахунок потреби в лікарях загальної практики – сімейних лікарях до 2020 року.

5

Зюков О.Л. Обґрунтування пропозицій щодо збереження трудового потенціалу медичних сестер на підставі оцінки якості їхнього життя.

9

Беденюк А.Д. До питання впровадження європейської системи трансферу кредитів в контексті Болонської системи.

15

Голяченко А. О. Шляхи впровадження медичної реабілітації в систему підготовки медичних кадрів.

18

Здоров'я і суспільство

Платонов В. М. Збереження і зміцнення здоров'я здорових людей – пріоритетний напрям сучасної охорони здоров'я.

21

Булатова М. М. Європейський досвід: уроки та орієнтири.

28

Клименюк В.П., Галаченко О.О., Очередько О.М., Андрієвський І.Ю. Аналіз інвалідизації внаслідок серцево-судинних хвороб за АРС-конструкцією на основі стріп-спліт-плот-дизайну.

35

Слабкий Г.О., Дудник С.В. Медико-соціальна характеристика смертності чоловіків працездатного віку Луганської області.

45

Голяченко Г.Б., Бойко О.В. Основні епідеміологічні чинники хронічних дерматозів у дітей і підлітків.

51

П'ятночка І.Т., Корнага С.І., Довбуш Ю.В., Мадич С.В., Грінченко Л.А., Тхорик Н.В., Білик С.О., Ботюк Я.В. Поствакцинні БЦЖ-ускладнення у дітей.

54

Організація медичної допомоги

Децик О.З., Яворський А.М., Яворський М.І. Аналіз причин незадоволеності пацієнтів рівнем надання стаціонарної хірургічної допомоги.

58

Романюк Л.М., Литвинова О.Н., Федчишин Н.Є. Навчально-практичні центри первинної медико-санітарної допомоги – якісно нова модель первинної ланки системи охорони здоров'я.

63

Medical personnel training

Slabkyi V.G., Shpak G.V., Kryzyna N.P., Lysenko P.M. Requirement calculation of general practitioners/family doctors until 2020.

Zyukov O.L. Grounding of proposals on conservation of nurses labour potential based on evaluation of their life quality.

Bedenyuk A.D. To the question of introducing of the European system of credits' transfer in the Bologna system context.

Holyachenko A. O. Ways of implementation of medical rehabilitation in training system of medical staff.

Health and society

Platonov V.M. Saving and strengthening of healthy people health – the main area of modern health care.

Bulatova M.M. European experience: lessons and directions.

Klymenyuk V.P., Halachenko O.O., Ocheredko O.M., Andriyevsky I.Yu. Analysis disability due to cardiovascular diseases of APC-construction based on strip-split-plot-design.

Slabkyi G.O., Dudnyk S.V. Medical and social characteristics of mortality among the working age men of Luhansk region.

Holyachenko G.B., Boyko O.V. Main epidemiological factors of chronic dermatoses in children and adolescents.

Pyatnochka I.T., Kornaga S.I., Dovbush Yu.V., Madych S.V., Grinchenko L.A., Thoryk N.V., Bilyk S.O., Botyuk Ya.V. Post-vaccination of BCG complication in children.

Organization of medical care

Detsyk O.Z., Jaworskiy A.M., Jaworskiy M.I. Analysis of reasons of patients' dissatisfaction by inpatient surgical care.

Romanyuk L.M., Lytvynova O.N., Fedchyshyn N.Ye. The training-practical centers of primary medical-sanitary aid – qualitatively new model of primary level of health care system.

Дячук Д.Д. Методичний супровід залучення лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та пацієнтів до впровадження локального протоколу медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію.

68

Мишенін А.Б., Варивончик Д.В. Медико-соціально ефективність медичної реабілітації хворих на первинну відкритокутову глаукому.

72

Збітнева С.І. Задоволеність сільського населення офтальмологічною допомогою.

79

Якимець В.М., Іващенко С.М., Лобода Т.В. Перспективи застосування муніципальних систем охорони здоров'я в умовах України.

82

Любчак В.В. Ефективність кадрового донорства в забезпеченні інфекційної безпеки донорської крові, її компонентів і препаратів.

86

Заранський М.В., Семенів В.О. Деякі питання медичної статистики.

90

Економіка охорони здоров'я

Литвинова О.Н., Романюк Л.М., Коломийчук В.С. Економічні питання охорони здоров'я України.

95

Самоходський В.М. Визначення об'єму та вартості працезатрат амбулаторних лікарів і варіанти стимулювання їхньої праці.

98

Марків І. М. Фармакоеконімічний аналіз вартості надання медичної допомоги хворим на хронічне обструктивне захворювання легень в умовах терапевтичного відділення багатопрофільного стаціонару.

104

Сімейна медицина

Бурдим Ю.В. Готовність та можливості надання медичної допомоги пацієнтам з приводу хірургічних хвороб лікарями загальної практики – сімейними лікарями.

108

Крисько М.О. Щодо готовності сімейних лікарів до надання медичних послуг ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД.

112

Історія медицини

Шульгай А.Г., Панчишин Н.Я., Смірнова В.Л. Наукова робота кафедри соціальної медицини Тернопільського медичного університету імені І.Я. Горбачевського.

116

Теренда Н.О. М.Д. Стражеско – видатний український кардіолог, дослідник, педагог.

119

Dyachuk D.D. Methodical support of physician's, nurse's and patient's participation in the implementation of local clinical pathway for hypertension management.

Mishenin A.B., Varyvonchik D.V. Medical and social efficiency of medical rehabilitation system for patients with primary open-angle glaucoma.

Zbitnyeva S.I. Satisfaction of rural population the ophthalmologic care.

Yakymets V.M., Ivashchenko S.M., Loboda T.V. Prospects of municipal health systems in the Ukraine.

Lyubchak V.V. Efficiency of the personnel donor service in providing donation infectious safety of blood, its components and preparations.

Zaransky M.V., Semeniv V.O. Some problems of medical statistics.

Health care economy

Lytynova O.N., Romanyuk L.M., Kolomyichuk V.S. Economic issues of health care of Ukraine.

Samohodskyi V.M. Determination of volume and cost of labour expenditures of outpatient doctors and variants of their labour stimulation.

Markiv I.M. Pharmacoeconomic analysis of the cost of providing medical care to patients with chronic obstructive pulmonary disease in the therapeutic department of multidisciplinary hospital.

Family medicine

Burdym Yu.V. Readiness and possibilities of medical care rendering to patients with surgical diseases by general practitioners / family doctors.

Krysko M.O. Readiness of family doctors for granting of medical services to HIV-infected and AIDS patients.

History of medicine

Shulgay A.G., Panchyshyn N.Ya., Smirnova V.L. Scientific study of social medicine department of Ternopil medical university by I.Ya. Horbachevsky.

Terenda N.O. M.D. Strazhesko – the outstanding Ukrainian cardiologist, researcher and teacher.

В. Г. СЛАБКІЙ, Г. В. ШПАК, Н. П. КРИЗИНА, П. М. ЛИСЕНКО (Київ)

РОЗРАХУНОК ПОТРЕБИ В ЛІКАРЯХ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИХ ЛІКАРЯХ ДО 2020 РОКУ

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”

Наведені дані щодо прогнозного розрахунку потреби системи охорони здоров'я України в посадах лікарів загальної практики – сімейних лікарів та необхідної кількості їх підготовки на період до 2020 року – періоду повного переходу системи охорони здоров'я на надання медичної допомоги за принципом загальної лікарської практики-сімейної медицини.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лікарі загальної практики – сімейні лікарі, потреба, розрахунки.

Законом України “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги” встановлений повний перехід системи охорони здоров'я України на надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на принцип загальної лікарської практики-сімейної медицини до 2020 р. [2]. МОЗ України розроблено низку нормативно-правових актів щодо пріоритетного впровадження ПМСД [3–8] та визначення компетенцій лікаря загальної практики-сімейного лікаря (ЛЗП/СЛ) [1]. В цих умовах набуває актуальності розрахунок потреби системи охорони здоров'я в ЛЗП/СЛ та здійснення державного замовлення на їх підготовку.

Мета роботи: обґрунтувати потребу в ЛЗП/СЛ на період до 2020 року – терміну повного переходу системи охорони здоров'я України на обслуговування населення за принципом загальної лікарської практики-сімейної медицини.

Матеріали і методи: бібліосемантичний, статистичний – дані забезпеченості лікарями, які надають ПМСД; прогнозний – прогноз чисельності населення України на період до 2020 року.

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі дослідження за даними Національного інституту демографії нами вивчено прогноз чисельності населення України на період до 2020 року (табл. 1).

Таблиця 1. Прогноз чисельності населення України на період 2011–2020 рр. (тис. осіб)

Показник	Рік									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Чисельність населення України, усього	45778,5	45579,2	45300,7	44914,8	44528,9	44142,9	43757,0	43371,1	42985,2	42599,2
у тому числі										
міське населення	31441,6	31348,0	31199,4	30976,3	30732,5	30528,1	30303,0	30077,2	29850,7	29623,5
сільське населення	14336,9	14231,3	14101,3	13938,5	13776,3	13614,8	13454,0	13293,9	13134,5	12975,7

Як видно з наведених в табл. 1 даних, на 2020 рік в Україні прогнозується чисельність населення в кількості 42599,2 тис. осіб, у тому числі 29623,5 тис. міського та 12975,7 тис. сільського населення. Відповідно до чинних нормативних актів чисельність населення є основним критерієм в розрахунку потреби в посадах ЛЗП/СЛ. Далі на базі прогнозних даних чисельності населення нами обрахована прогнозна потреба в чисельності посад ЛЗП/СЛ (табл. 2).

Як видно з табл. 2, за розрахунковими даними в 2020 році потреба в посадах ЛЗП/СЛ становитиме 30562 посад, у тому числі для міського населення – 19749 та сільського – 10813 посад.

Далі нами вивчалася потреба в посадах ЛЗП/СЛ, які відповідно до чинної нормативно-правової бази мають займати посади завідувачів сімейних амбулаторій та керівників Центрів первинної медико-санітарної допомоги. За прогнозними розрахунковими даними їх кількість має становити 4589 посад.

Таким чином, загальна потреба в посадах ЛЗП/СЛ в 2020 р. становитиме 35151 особа. При цьому, враховуючи впровадження економічних механізмів мотивації сімейних лікарів до ефективної праці, кількість населення, яке вони обслуговуватимуть, може бути збільшена максимально до 2 тис. осіб, що в перерахунку буде потребувати 32862 фізичні особи ЛЗП/СЛ.

Таблиця 2. Прогноз потреби в посадах лікарів загальної практики-сімейних лікарів на період до 2020 року (осіб)

Показник	Рік									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Усього	32908	32758	32551	32266	31969	31698	31414	31130	30846	30562
у тому числі										
для міського населення	20961	20899	20800	20651	20488	20352	20202	20051	19900	19749
для сільського населення	11947	11859	11751	11615	11480	11346	11212	11078	10945	10813

Далі нами вивчалася фактична забезпеченість лікарями, які надають ПМСД, в регіональному аспекті. До даної категорії лікарів на

даному етапі належать крім ЛЗП/СЛ лікарі дільничні-терапевти та лікарі дільничні-педіатри (табл. 3).

Таблиця 3. Фактичні дані про лікарів, що надають первинну медико-санітарну допомогу (станом на 31.12.2011 р.), кількість осіб

Адміністративно-територіальна одиниця	Лікарі загальної практики – сімейні лікарі	Терапевти дільничні	Педіатри дільничні
АР Крим	374	308	236
Вінницька	407	212	125
Волинська	164	100	132
Дніпропетровська	252	734	462
Донецька	420	975	572
Житомирська	488	47	141
Закарпатська	560	75	73
Запорізька	189	375	242
Івано-Франківська	191	294	214
Київська	182	306	197
Кіровоградська	137	147	107
Луганська	198	524	313
Львівська	613	434	325
Миколаївська	159	143	119
Одеська	269	458	316
Полтавська	526	59	153
Рівненська	135	179	133
Сумська	230	149	98
Тернопільська	451	83	150
Харківська	716	518	274
Херсонська	135	151	105
Хмельницька	275	224	187
Черкаська	275	90	146
Чернівецька	283	142	68
Чернігівська	234	138	119
м. Київ	203	777	511
м. Севастополь	74	62	49
Україна	8 140	7 704	5 567

Із даних табл. 3 видно, що в системі охорони здоров'я України працює 8140 сертифікованих ЛЗП/СЛ, 7704 лікарі дільничні-терапевти та 5567 лікарів дільничних-педіатрів. Дві останні категорії лікарів підлягають перепідготовці на курсах спеціалізації.

Нами також встановлена питома вага лікарів, що надають ПМСД та досягли пенсійного віку

(рис. 1, 2). Отримані в ході дослідження та наведені на рисунках дані вказують на те, що 36,9% лікарів первинної ланки, що надають медичну допомогу сільському населенню, та 45,5%, що надають медичну допомогу міському населенню, досягли пенсійного віку, причому 20,2% та 27,8% відповідно знаходяться на пенсії понад п'ять років.

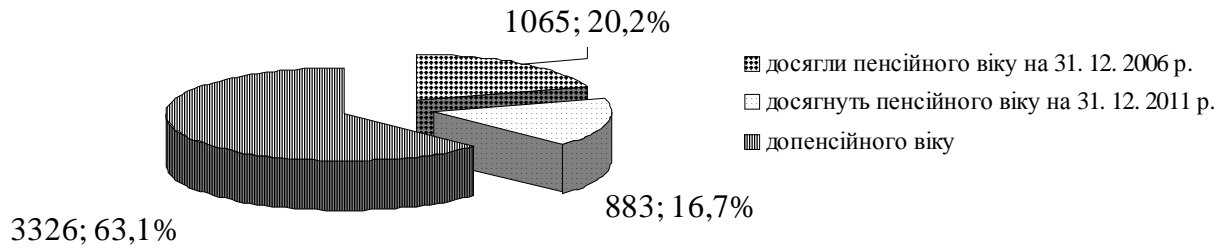


Рис. 1. Вікова структура лікарів первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості

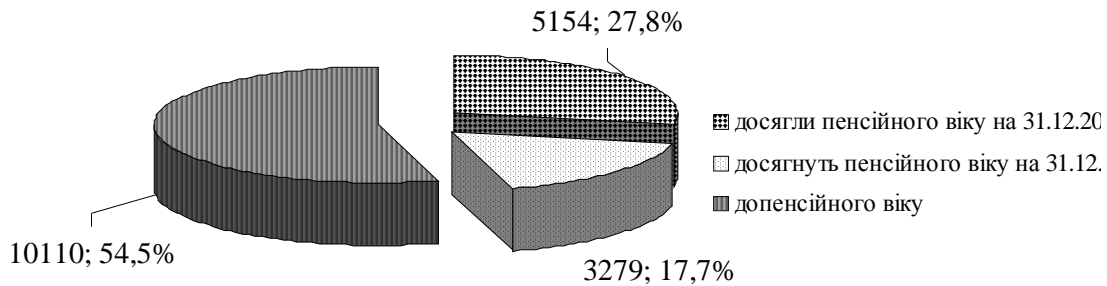


Рис. 2. Вікова структура лікарів первинної медико-санітарної допомоги в містах

Нами також встановлено, що щорічне вибуття у зв'язку з виходом на пенсію, смертністю, міграцією ЛЗП/СЛ у системі охорони здоров'я країни становить до 1100 осіб.

Важливим для проведення розрахунків прогнозу потреби в ЛЗП/СЛ є статистичні дані, згідно з якими щорічно приступають до роботи в

якості ЛЗП/СЛ близько 1500 випускників вищих медичних навчальних закладів, які закінчили навчання в інтернаті.

На підставі отриманих в ході дослідження даних було проведено розрахунки потреби у підготовці ЛЗП/СЛ (табл. 4).

Таблиця 4. Розрахунки потреби у підготовці лікарів загальної практики –сімейних лікарів (абс.)

№	Адміністративно-територіальна одиниця	Потреба у ЛЗП/СЛ,			Наявність ЛЗП/СЛ			Потреба у підготовці лікарів ЗП-СЛ, як різниця між даними р.2 з р.3			Потреба у підготовці лікарів ЗП-СЛ щорічно в умовах наявного населення		
		ВС	МП	СМ	ВС	МП	СМ	ВС	МП	СМ	ВС	МП	СМ
А	1	2			3			4			5		
1.	АР Крим	1430	822	608	356	82	274	1074	741	334	179	123	56
<i>Область</i>													
2.	Вінницька	1230	543	687	527	41	486	703	502	200	117	84	33
3.	Волинська	775	359	417	227	102	125	548	256	292	91	43	49
4.	Дніпропетровська	2311	1853	458	278	94	184	2033	1759	274	339	293	46
5.	Донецька	3017	2668	349	407	259	148	2610	2409	200	435	402	33
6.	Житомирська	940	494	447	483	267	216	457	227	231	76	38	38
7.	Закарпатська	963	310	654	579	126	453	384	184	200	64	31	33
8.	Запорізька	1267	922	345	214	74	140	1053	848	206	176	141	34
9.	Івано-Франківська	1050	398	652	274	26	248	776	372	404	129	62	67
10.	Київська	1256	704	552	256	15	241	1000	689	311	167	115	52
11.	Кіровоградська	735	416	319	108	28	80	627	388	239	105	65	40
12.	Луганська	1573	1320	253	186	111	75	1387	1209	178	231	202	30
13.	Львівська	1862	1031	831	714	430	284	1148	601	547	191	100	91
14.	Миколаївська	851	533	318	212	56	156	639	477	162	107	80	27
15.	Одеська	1724	1063	662	291	101	190	1433	962	471	239	160	79
16.	Полтавська	1085	605	480	515	226	289	570	379	191	95	63	32
17.	Рівненська	869	368	501	191	11	180	678	357	321	113	60	54
18.	Сумська	835	521	314	229	138	91	606	383	223	101	64	37
19.	Тернопільська	823	316	507	441	70	371	382	247	135	64	41	23
20.	Харківська	1924	1468	457	700	140	560	1224	1328	-103	204	221	-17
21.	Херсонська	795	443	352	156	65	91	639	378	261	106	63	43

Продовження табл. 4

A	1	2			3			4			5		
		BC	МП	СМ	BC	МП	СМ	BC	МП	СМ	BC	МП	СМ
22.	Хмельницька	982	485	497	272	72	200	710	414	297	118	69	49
23.	Черкаська	949	480	469	329	186	143	620	293	326	103	49	54
24.	Чернівецька	690	255	436	276	49	227	414	205	209	69	34	35
25.	Чернігівська	797	459	338	198	88	110	599	372	228	100	62	38
<i>Місто</i>													
26.	Київ	1869	1869	0	130	130	0	1739	1739	0	290	290	0
27.	Севастополь	258	238	20	72	72	0	186	166	20	31	28	3
	УКРАЇНА	32862	20942	11920	8621	3044	5577	24241	17898	6343	4040	2983	1057

Таким чином, виходячи з наведених в табл. 4 даних, щорічна первинна підготовка та перепідготовка ЛЗП/СЛ має складати 4040 спеціалістів.

Висновки

Проведені прогнози розрахунки потреби до 2020 року в ЛЗП/СЛ визначають їх кількість в

розмірі 32862 спеціалісти, що потребує щорічної їх підготовки та перепідготовки в кількості 4040 спеціалістів.

Перспективи подальших досліджень сформульовані на розробку системи післядипломної безперервної професійної підготовки ЛЗП/СЛ.

Список літератури

1. Науково обґрунтовані підходи до розробки кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики-сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу : [метод. реком.] / Матюха Л. Ф., Гойда Н. Г., Слабкий В. Г., Олійник М. В. – К., 2009. – 23 с.
2. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 7 липня 2011 р. № 3611-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
3. Про внесення зміни до Переліку закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України №301 від 20.05.2011 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України від 7 липня 2011 року № 3612-VI "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" : наказ МОЗ України №646 від 05.10.2011 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : наказ МОЗ України № 556 від 01.09.2011 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги : наказ МОЗ України № 557 від 01.09.2011 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги : наказ МОЗ України №384 від 29.06.2011 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
8. Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів первинної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : наказ МОЗ України №555 від 01.09.2011 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.

РАСЧЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ – СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ДО 2020 ГОДА

В. Г. Слабкий, Г. В. Шпак, Н. П. Кризина, П. М. Лисенко (Київ)

Приведены данные относительно прогнозного расчета необходимости системы здравоохранения Украины в должностях врачей общей практики – семейных врачей и необходимого количества их подготовки на период до 2020 года – период полного перехода системы здравоохранения на оказание медицинской помощи на принципах общей врачебной практики – семейной медицины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **врачи общей практики – семейные врачи, необходимость, расчет.**

REQUIREMENT CALCULATION OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY DOCTORS UNTIL 2020

V. G. Slabkyi, G. V. Shpak, N. P. Kryzyna, P. M. Lysenko (Kyiv)

The data of predictive calculation of the Ukrainian health care system needs of positions of general practitioners / family doctors and the required number of their preparation for the period until 2020 – the period of complete transition of the health care system to provide medical assistance on the basis of general practice / family medicine.

KEY WORDS: **general practitioner/family doctors, requirement, calculations.**

Рецензент: к.мед.н., доц. Л.Ф. Матюха

О. Л. ЗЮКОВ (Дніпропетровськ)

ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОПОЗИЦІЙ ЩОДО ЗБЕРЕЖЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР НА ПІДСТАВІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЇХНЬОГО ЖИТТЯ

Дніпропетровська державна медична академія

У статті описані результати дослідження якості життя (ЯЖ) медичних сестер, проведеного з використанням методики ВООЗ ЯЖ-8. Опитано 1676 медичних сестер 39 лікувально-профілактичних закладів. Визначено, що оцінка ЯЖ медсестер є середньою і становить 26,1 бала. Серед основних чинників, що впливають на ЯЖ медичних сестер, є вік, сімейний стан, стан здоров'я, наявність інвалідності, рівень доходу, характер праці, порядок отримання медичної допомоги. Запропоновано впровадити на рівні лікувальних закладів заходи з оптимізації якості трудового життя медичних сестер.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медична сестра, якість життя, опитування, якість трудового життя.

Одним з професійних обов'язків медичних сестер, що набули актуальності на сьогоднішньому етапі розвитку охорони здоров'я, є забезпечення високого рівня якості життя (ЯЖ) пацієнтів. Тільки медичні працівники, що самі мають достатній рівень якості життя, здатні забезпечити його високий рівень у пацієнтів, якими вони опікуються.

Існує безліч визначень якості життя. Спеціальна дослідницька група Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує визначати ЯЖ як комплекс індивідуального сприйняття людьми їхнього місця в житті у контексті культури та системи цінностей, до яких вони належать, або у зв'язку з їхніми цілями, сподіваннями й очікуваннями, стандартами та нормами, проблемами і труднощами. Це комплексне поняття, що формується під впливом фізичного здоров'я людини, її психічного стану, ступеня незалежності, суспільних взаємовідносин та особливостей навколишнього середовища [14–16].

У медицині вивчення ЯЖ використовується для різних цілей: для оцінки ефективності охорони здоров'я; для порівняння стану здоров'я населення в різних країнах; для аналізу та порівняння ЯЖ при різних патологіях; при розробці різних медичних і соціальних програм для різних груп населення; при випробовуванні нових лікарських засобів, медичних технологій і методів лікування; для комплексної оцінки лікування і профілактики захворювань; для вирішення завдань фармакоекономіки; для оцінки ступеня тяжкості хворого і прогнозу захворювання; для оцінки здоров'я та благополуччя на популяційному, груповому та індивідуальному рівнях [2;3;5]. Виходячи з цього, доцільно використовувати оцінку ЯЖ медичних сестер для аналізу

та оптимізації якості трудового життя середнього медичного персоналу.

Основний інструмент визначення рівня ЯЖ – стандартизовані запитальники. Загалом зареєстровано понад 1000 загальних та спеціальних запитальників. Як не існує єдиних критеріїв ЯЖ, так немає і стандартних норм ЯЖ. Кожний запитальник має свої критерії та шкали оцінки, які різняться також за демографічними, регіональними та іншими ознаками [3].

Методика оцінки якості життя ВООЗ (ВООЗ - ЯЖ-100, WHOQOL-100) була розроблена найпізніше і вимірює якість життя, пов'язану зі здоров'ям. ВООЗ ЯЖ-100 дозволяє отримувати як загальну оцінку ЯЖ, так і оцінки, що відбивають ступінь задоволеності в різних сферах. Оцінці підлягають 6 великих сфер якості життя (фізична, психологічна сфера, рівень незалежності, соціальне, навколишнє середовище і духовність), а також вираховується пряма оцінка загальної ЯЖ та здоров'я.

Враховуючи те, що ВООЗ ЯЖ сьогодні є одним із найпоширеніших методів оцінки громадського здоров'я, його модифікації використовують у багатьох країнах для оцінки ЯЖ різних груп населення, зокрема окремих професійних груп, в т.ч. працівників охорони здоров'я [1;4;6;7;9–12]. Отже, запитальники ВООЗ ЯЖ можна використовувати для оцінки стану здоров'я медичних сестер та визначати трудові і організаційні чинники, що впливають на ЯЖ середнього медичного персоналу.

Ефективність та якість медичної допомоги залежать від діяльності персоналу медичних закладів, його знань, навичок та мотивації. Актуальність вивчення ЯЖ середнього медичного персоналу обумовлена тим, що охорона здоров'я – найважливіший фактор формування здоров'я населення, а медичні сестри повинні брати

у цьому процесі активну участь. У свою чергу середній медичний персонал – це одна із соціальних груп населення, що пізнає на собі всі реальні проблеми сучасного суспільного життя, але покликана певною мірою нівелювати ці проблеми в ході догляду та піклування про пацієнтів.

Водночас досі недостатньо вивченим залишається соціальний статус середнього медичного персоналу, його якість життя, мотиваційні фактори професійної діяльності. Оцінці якості життя, здоров'я окремих професійних груп населення, в т.ч. працівників охорони здоров'я [1;4;6;7;9–12], присвячено ряд досліджень, однак відчувається недостатність подібних досліджень в Україні, брак адекватної інформації та моніторингу даних про ЯЖ медичних сестер. Вищенаведене і стало передумовою для проведення даного дослідження.

Мета дослідження – наукове обґрунтування пропозицій для збереження трудового потенціалу медичних сестер на основі вивчення якості їхнього життя.

Основні завдання дослідження передбачали: оцінку ЯЖ медичних сестер різних лікувально-профілактичних закладів великих промислових міст; аналіз факторів, що впливають на ЯЖ середнього медичного персоналу; встановлення причинно-наслідкових зв'язків між показниками ЯЖ і факторами організації праці медичних сестер; обґрунтування напрямків розвитку управлінських заходів щодо збереження трудового потенціалу та поліпшення якості трудового життя медсестер.

Матеріали і методи. Вивчення ЯЖ медичних сестер проводилося за методикою

ВООЗ ЯЖ-8 (WHOQOL-8) – найбільш скороченого варіанту ВООЗ ЯЖ-100, яка дозволяє за допомогою невеликої кількості питань (що доречно, враховуючи велику зайнятість середнього медичного персоналу) отримати велику кількість якісної інформації. ВООЗ ЯЖ-8 налічує вісім основних питань стосовно ЯЖ та оцінки різних сфер ЯЖ [8;13]. До запитальника додавався спеціально розроблений для виконання поставлених завдань протокол дослідження.

У дослідженні взяли участь 1676 медичних сестер із 39 лікувально-профілактичних закладів різного рівня великих міст України (м. Дніпропетровськ, Кривий Ріг, Херсон).

Обробка матеріалів дослідження здійснювалася за допомогою редактора електронних таблиць Excel-2010 з використанням математико-статистичних методів, для більш тонкого аналізу використовувався статистичний пакет Statistica-6.0 for Windows. Порівняння групових значень та оцінка достовірності відмінностей проводилися за критеріями Стюдента і χ^2 . Для оцінки взаємозв'язку між ознаками розраховувались коефіцієнти кореляції (r).

Результати дослідження та їх обговорення. При оцінці ЯЖ медичними сестрами найчастіше преважують середні оцінки. Розподіл відповідей респондентів у балах на основні запитання стосовно ЯЖ наведено у табл. 1. До запитань анкети надавалися відповіді зі шкалою, що дозволяла респонденту дати оцінку будь-якому стану, здатності чи поведінці. Більш позитивна оцінка асоціюється з поліпшенням ЯЖ і виражається у більш високому балі при відповіді.

Таблиця 1. Розподіл відповідей медсестер на питання запитальника ВООЗ ЯЖ-8 у балах (у % до загальної кількості опитаних)

Питання	Бал					Середній бал
	1	2	3	4	5	
Як Ви оцінюєте якість свого життя	1,7	8,6	49,9	37,2	2,6	3,3
Наскільки Ви задоволені станом власного здоров'я	3,6	18,4	51,6	22,97	3,5	3,04
Чи достатньо у Вас сил для повсякденного життя	1,4	5,3	35,3	44,9	13,2	3,6
Наскільки Ви задоволені своїми можливостями справлятися з повсякденними справами	2,6	10,08	42	38,3	7,04	3,4
Наскільки Ви задоволені собою	2,4	6,5	42,7	38,5	9,8	3,5
Наскільки Ви задоволені своїми взаєминами з іншими людьми	1,4	1,2	28,2	57,7	11,5	3,8
Чи достатньо у Вас грошей для задоволення своїх потреб	17,96	42,5	29,1	8,8	1,6	2,3
Наскільки Ви задоволені своїми житловими умовами	9,6	15	34,2	31,7	9,4	3,2

Оцінка ЯЖ за сферами життєдіяльності (рис. 1, 2), показала, що найбільш позитивно медсестри оцінюють соціальні взаємозв'язки (30,2 бала), тобто у більшості опитаних немає проблем у сфері особистих стосунків. Меншою мірою медичний персонал задоволений психо-

логічною сферою життя – 27,5 бала (81,2% оцінили цю сферу як середню або погану) та фізичною сферою – 28 балів (59,6% оцінили цю сферу як середню або погану), що вказує на зниження життєвої активності та енергійності у медичних сестер через відповідальну роботу і високе пси-

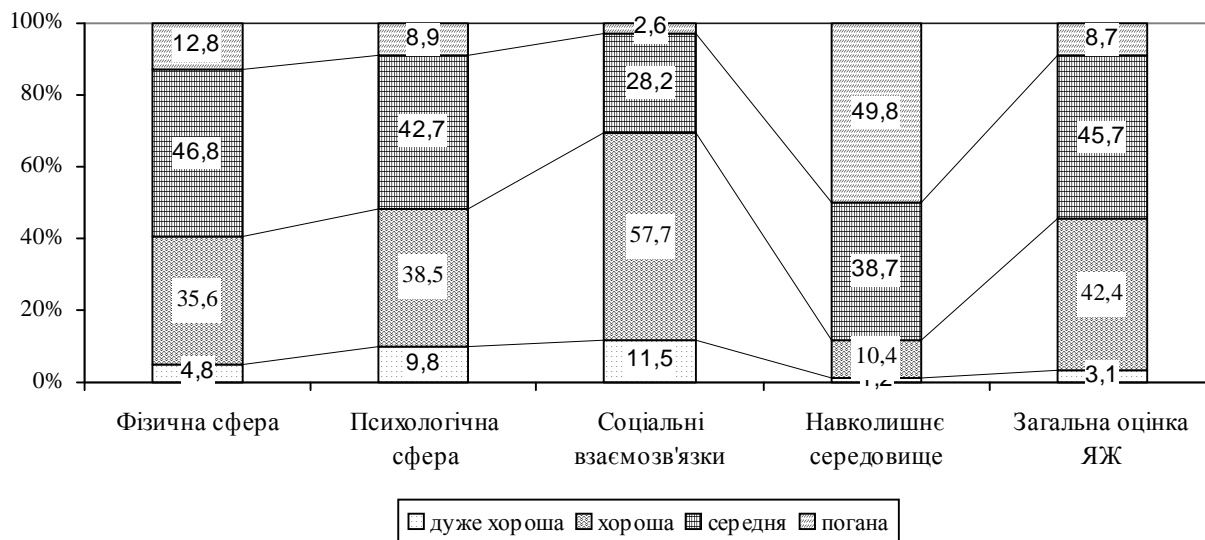


Рис. 1. Профіль оцінки якості життя медичних сестер, комплексної та за різними сферами (у % до числа опитаних)

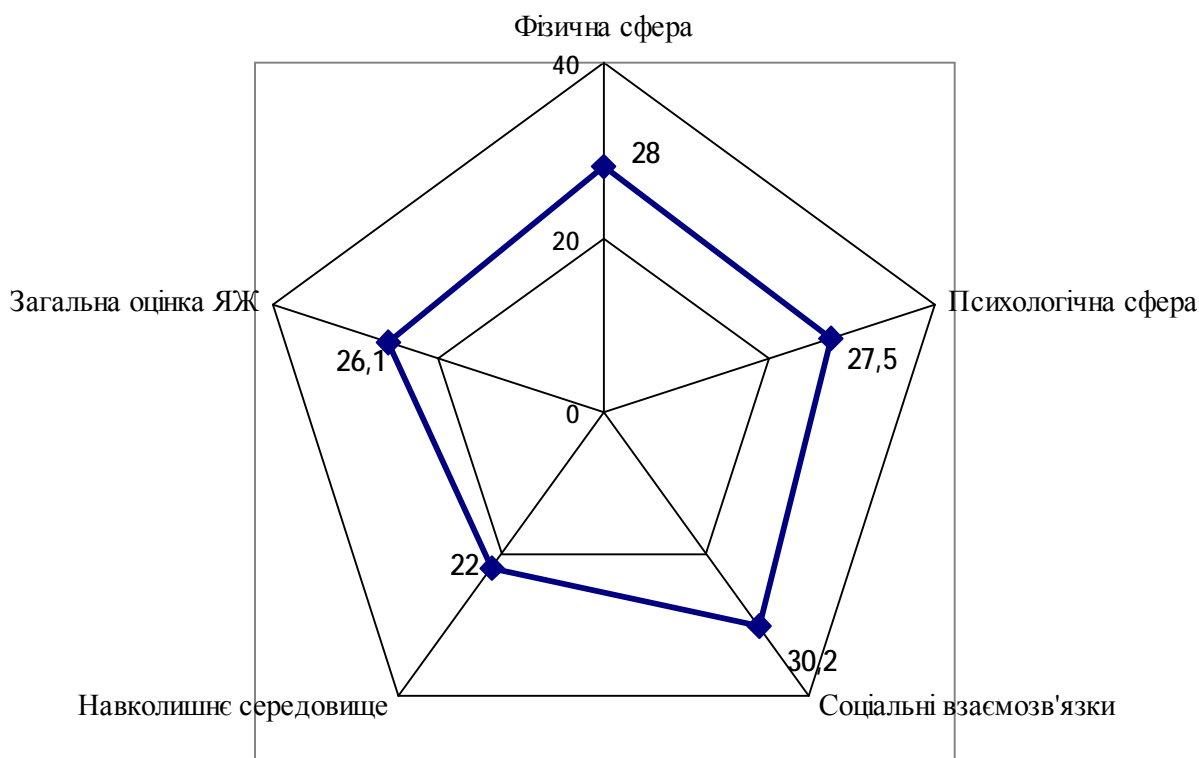


Рис. 2. Інтегральний показник якості життя у медсестер (бальна оцінка за сферами)

хоемоційне навантаження. Найбільш негативну оцінку (22 бали) у медсестер отримало навколишнє середовище: майже половина респондентів негативно оцінила цю сферу, 38,7% – як середню і лише 11,6% дали позитивну оцінку. Цей факт повинен насторожувати менеджерів сестринської справи, тому що до цієї сфери належать позиції, пов'язані з роботою: фізична безпека і захищеність, медична та соціальна допомога, можливості для отримання нової інформації та навичок тощо.

Оцінки розподілу загального рівня ЯЖ розподіляються приблизно навпіл вкрай негативною (3,1%) та вкрай позитивною (8,7%) оцінкою,

45,7% оцінюють ЯЖ як середню, 42,4% – як хорошу. Загальна оцінка ЯЖ медсестер становить 26,1 бала, що на 34,8% нижче максимально можливого рівня (40 балів). Ці результати збігаються з даними російських дослідників [4].

Кореляційний аналіз показав, що ЯЖ медичних сестер найбільшою мірою формується за рахунок фізичної сфери (коефіцієнт кореляції $r=0,79$, $p<0,05$), на другому ранговому місці – навколишнє середовище ($r=0,69$), на третьому – психологічна сфера ($r=0,66$) і на останньому місці за впливом знаходяться соціальні зв'язки ($r=0,5$). Таким чином, незважаючи на високу

оцінку соціальної сфери медсестрами, ці аспекти життя не мають дуже великого впливу на загальну оцінку ЯЖ. А негативна оцінка сфери навколишнього середовища має більш потужний вплив і формує невисокий рівень ЯЖ середнього медичного персоналу.

На загальний рівень ЯЖ медичних сестер впливають різні фактори. За даними нашого дослідження, це такі чинники, як вік, сімейний стан, характер праці, стан здоров'я, характер отримання медичної допомоги, рівень доходу. Коефіцієнт множинної кореляції, що показує

ступінь загального впливу вищезгаданих факторів на ЯЖ, становить $R=0,6$ та свідчить про наявність середньої сили зв'язку; коефіцієнт детермінації становить $R^2=0,4$ ($p<0,02$), що вказує на те, що загальний рівень ЯЖ медсестер на 40% обумовлений вищезгаданими чинниками.

Більшою мірою на ЯЖ впливає стан здоров'я: чим кращий стан здоров'я, тим більша ЯЖ (прямий кореляційний зв'язок середньої сили, парний коефіцієнт кореляції $r=0,54$, $p<0,05$). Оцінки ЯЖ в групах з різним станом здоров'я коливаються від 21,5 бала до 33,2 бала (табл. 2).

Таблиця 2. Якість життя медичних сестер з різним станом здоров'я

Стан здоров'я	Оцінка ЯЖ	Показники наочності у порівнянні із середнім рівнем, %
Дуже погане	21,5	82,4
В основному погане	21,9	83,9
Не погане і не хороше	24,7	94,6
В основному хороше	28,2	108
Дуже хороше	33,2	127,2
Всі групи	26,1	100

У медичних сестер з дуже хорошим здоров'ям оцінка ЯЖ на 27,2% вища від середнього рівня. Респонденти, що оцінюють стан свого здоров'я як "дуже погане", мають рівень ЯЖ на 17,6% нижчий за середній рівень.

Бальна оцінка ЯЖ відрізняється між групами хворих та здорових медсестер (рис. 3) у фізичній, психологічній сферах і загалом ($\chi^2=13,2$; $p=0,98$).

В інвалідів оцінка ЯЖ найнижча і складає 24 бали (26,8 бала у здорових та 25,6 бала у хворих). Суттєві розбіжності між рівнем ЯЖ у інвалідів порівняно із хворими та здоровими спостерігаються за усіма сферами ($\chi^2=21,5$; $p=0,75$). Найсуттєвіші розбіжності спостерігаються у фізичній сфері, що обумовлено тими обмеженнями життєдіяльності, які притаманні інвалідам.

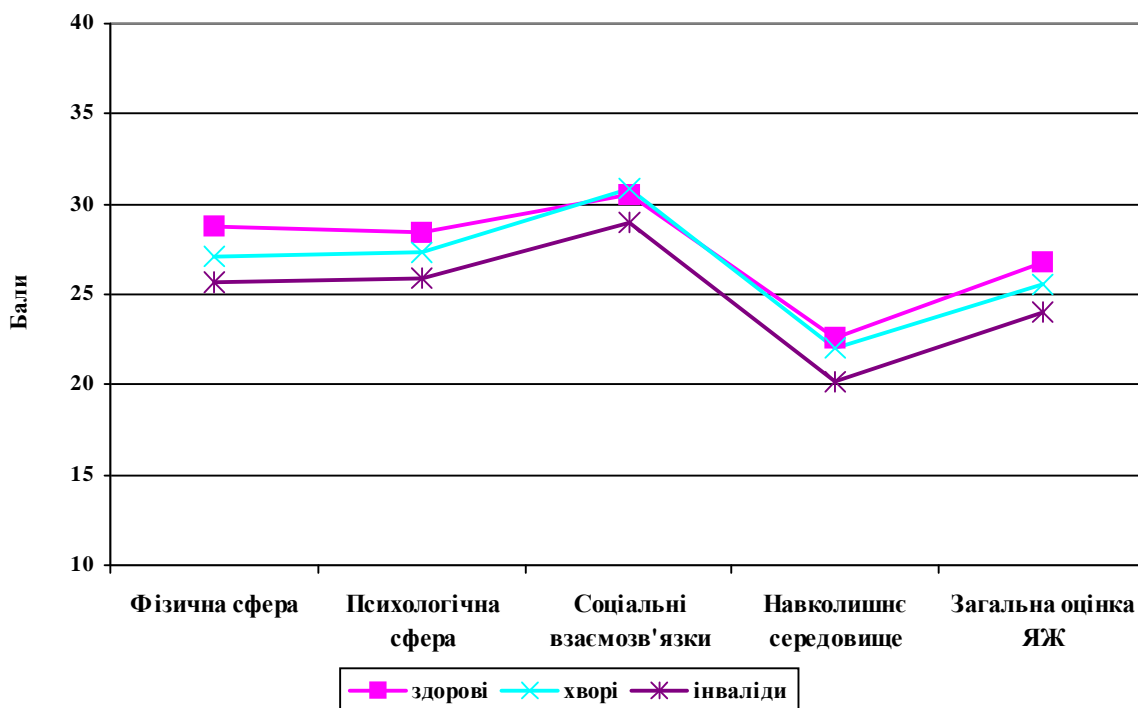


Рис. 3. Профілі якості життя у медсестер серед здорових, хворих та інвалідів (у балах за сферами)

Таблиця 3. Якість життя медичних сестер з різним посадами, у балах

Посада	Оцінка ЯЖ
Рентгенлаборанти	27
Акушерки	26,4
Маніпуляційні медсестри	26,2
Сімейні медсестри	25,8
Фельдшери-лаборанти	25,8
Старші та головні медсестри	25,7
Операційні медсестри	25,4
Дільничні медсестри	25,1
Палатні медсестри	25,1

На ЯЖ впливає також сімейний стан (прямий слабкий зв'язок, $r=0,18$; $p<0,05$), тобто якщо жінка має пару, у неї спостерігається вища ЯЖ (26,1 бала) порівняно із самотніми, розлученими або вдовами (24,5 бала).

На ЯЖ впливає також рівень доходу на 1 члена сім'ї – чим він вищий, тим більшу ЯЖ мають медсестри (прямий кореляційний зв'язок середньої сили, $r=0,4$; $p<0,05$). Незаможні оцінюють ЯЖ у 24,5 бала, найбагатші – у 27 балів.

Зворотний кореляційний зв'язок має ЯЖ та такі фактори, як тривалість хвороби (чим довше медсестра хворіє, тим нижча її ЯЖ), число звернень у лікувальні заклади та кількість витрачених на лікування коштів (чим частіше людина звертається до ЛПЗ і чим більше коштів витрачає на лікування, тим гірша у неї ЯЖ).

ЯЖ медичних сестер залежить від багатьох виробничих умов: від рівня заробітної плати, яка дозволяє підтримувати певний рівень життя і здоров'я; графіку роботи; важкості та напруженості виконуваної роботи; якості навколишнього середовища (шкідливі виробничі фактори, вимушена поза), яка сприятливо або згубно впливає на стан здоров'я; становища у колективі; задоволеності трудовою діяльністю тощо.

У медичних сестер, що мають переважно фізичне навантаження на роботі, ЯЖ нижча (25,5 бала), ніж у тих, хто менше фізично навантажений (26,3 бала). У медсестер з високим ступенем емоційного навантаження ЯЖ нижча за середню і становить 23,9 бала.

Оцінка ЯЖ медсестрами має незначні відмінності залежно від посади і коливається від 25,1 бала до 27 балів (табл. 3).

Вищий за середній рівень ЯЖ мають рентгенлаборанти, акушерки та маніпуляційні медсестри, нижча за середній рівень ЯЖ сімейних медсестер, фельдшерів-лаборантів, старших та головних медичних сестер (25,7 бала, що на 35,8% нижче за максимально можливий рівень), операційних медсестер. Найнижчі показники ЯЖ

спостерігаються у медсестер, що знаходяться на "передовій" медичного обслуговування, – у палатних та дільничних. У середнього медичного персоналу, що несе на собі основний тягар роботи із догляду та опіки за пацієнтами. Як на амбулаторно-поліклінічному, так і на стаціонарному рівнях спостерігається однаково низький інтегральний показник ЯЖ – 25,1 бала.

Оптимізація факторів, пов'язаних із безпосереднім виконанням професійних обов'язків медичних сестер, лежить у площині діяльності старших та головних медичних сестер, які здатні за допомогою організаційних змін підвищити якість професійного життя своїх підлеглих. Це необхідно для вирішення підвищення якості медичного обслуговування, для поліпшення ефективності кадрової політики та підвищення результативності охорони здоров'я.

Висновки

1. Спостерігається невисока інтегральна оцінка ЯЖ медсестер – 26,1 бала, що на 34,8% нижче максимально можливого рівня.

2. Найменше середній медичний персонал задоволений сферою навколишнього середовища (22 бали) та психологічною сферою життя (27,5 бала), що вказує на його велике соціально-психологічне навантаження, як на роботі, так і в побуті.

3. Основними чинниками, що впливають на ЯЖ медичних сестер, є вік, сімейний стан, стан здоров'я, наявність інвалідності, рівень доходу, характер праці, порядок отримання медичної допомоги.

4. На рівні лікувальних закладів необхідно запровадити комплекс заходів для оздоровлення умов життєдіяльності медичного персоналу, підвищення якості трудового життя та запровадити моніторинг показників здоров'я у працівників, включно з оцінкою ЯЖ, та факторів ризику, що їх визначають, для розробки плану профілактичних, лікувально-оздоровчих та організаційних заходів. Це становить **перспективи подальших досліджень**.

Список літератури

1. Гурылёва М. Э. Оценка качества жизни медицинских работников с помощью опросника ВОЗ КЖ-100 / М. Э. Гурылёва, Л. В. Хузиева, М. Л. Добровольская // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – № 5. – С. 76–78.
2. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд. – М. : ЗАО “ОЛМА Медиа Групп”, 2007. – 320 с.
3. Огнев В. А. Медико-соціальні підходи до оцінки якості життя як показника громадського здоров'я / В. А. Огнев, Н. О. Галічева // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 3–4 (7–8). – С. 50–55.
4. Уразманов А. Р. Медико-социальное исследование качества жизни и этико-правовых проблем деятельности работников аптек негосударственной формы собственности : автореф. дис. на соиск. учёной степени канд. мед. наук : спец. 14.00.33 “Общественное здоровье и здравоохранение” / А. Р. Уразманов. – Рязань, 2009. – 23 с.
5. Якість життя в медичних дослідженнях (огляд літератури) / Лехан В. М., Іпатов А. В., Гук А. П. [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 95–99.
6. Cimete G. Quality of life and job satisfaction of nurses / G. Cimete, N. S. Gencalp, G. Keskin // J. Nurs Care Qual. – 2003. – Vol. 18, № 2. – P. 151–158.
7. Ergun F. S. Quality of life of oncology nurses / F. S. Ergun, N. T. Oran, C. M. Bender // Cancer Nurs. – 2005. – Vol. 28, № 3. – P. 193–199.
8. EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья. – М. : Права человека, 2005. – 193 с.
9. Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan / Chiu M. C., Wang M. J., Lu C. W. [et al.] // Nursing Outlook. – 2007. – Vol. 55, № 6. – P. 318–326.
10. Job satisfaction and quality of life among hospital nurses in the Yunlin-Chiayi area / Yu Y. J., Hung S. W., Wu Y. K. [et al.] // Hu Li Za Zhi. – 2008. – Vol. 55, № 2. – P. 29–38.
11. Karagozoglu S. Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses / S. Karagozoglu, N. Bingol // Nurs Outlook. – 2008. – Vol. 56, № 6. – P. 298–307.
12. Santos R. M. A. Quality of life of nurses in the operating room / Raquel Murano Alfaia dos Santos, Ruth Beresin // Einstein. – 2009. – Vol. 7, № 2. – P. 152–158.
13. Schmidt S. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study / Silke Schmidt, Holger Muhlan, Mick Power // European Journal of Public Health. – 2006. – Vol. 16, № 4. – P. 420–428.
14. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization / The WHOQOL Group // Social Science and Medicine. – 1995. – Vol. 41, № 10. – P. 1403–1409.
15. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties / The WHOQOL Group // Social Science and Medicine. – 1998. – Vol. 46, № 12. – P. 1560–1585.
16. WHOQOL Group: Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment / The WHOQOL Group // Psychol. Med. – 1998. – Vol. 28, № 3. – P. 551–558.

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО СОХРАНЕНИЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ИХ ЖИЗНИ

О. Л. Зюков (Днепропетровск)

В статье описаны результаты исследования качества жизни (КЖ) медицинских сестер, проведенного использованием методики ВОЗ КЖ-8. Опрошено 1676 медицинских сестер из 39 лечебно-профилактических учреждений. Определено, что оценка качества жизни медсестер является средней и составляет 26,1 балла. Среди основных факторов, влияющих на КЖ медицинских сестер, является возраст, семейное положение, состояние здоровья, инвалидность, уровень дохода, характер труда, порядок получения медицинской помощи. Предложено внедрить на уровне лечебных учреждений мероприятия по оптимизации качества трудовой жизни медицинских сестер.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: медсестры, качество жизни, опрос, качество трудовой жизни.

GROUNDING OF PROPOSALS ON CONSERVATION OF NURSES LABOUR POTENTIAL BASED ON EVALUATION OF THEIR LIFE QUALITY

O. L. Zyukov (Dnipropetrovsk)

This article describes the results studying of quality of life (QOL) of nurses, conducting and using methods of the WHOQOL-8. A total of 1,676 nurses were surveyed from 39 medical institutions. Determined that the evaluation of quality of life for nurses is average and amounts to 26.1 points. Among the main factors affecting the QOL of nurses are age, marital status, health status, disability, income level, the nature of work, how to obtain medical care. Proposed level of medical institutions to implement measures to optimize the quality of work life of nurses.

KEY WORDS: nurses, quality of life, survey, quality of work life.

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

УДК 378.1

А. Д. БЕДЕНЮК (Тернопіль)

ДО ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ СИСТЕМИ ТРАНСФЕРУ КРЕДИТІВ У КОНТЕКСТІ БОЛОНСЬКОЇ СИСТЕМИ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

В роботі проаналізовано європейський досвід використання системи трансферу кредитів ECTS. Проведено оцінку її можливостей, переваг, доцільності застосування у вищій освіті в Україні. Впровадження системи ECTS дає можливість зробити прозорими освітні системи, гарантує студентам визнання навчання за кордоном та дипломів на міжнародному ринку праці.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **Болонська система, система трансферу кредитів.**

Процес створення єдиної Європи, продиктований економічною доцільністю і збільшеною мобільністю населення, нерозривно пов'язаний з розвитком співробітництва європейських країн у галузі вищої освіти [5]. У сучасному суспільстві постійно зростає роль знань, необхідних для зміцнення інтелектуального, культурного, соціального і науково-технічного потенціалу. Ефективність і якість отримання та поширення знань визначаються рівнем розвитку і близькості національних освітніх систем, у тому числі у вищій освіті, в якій панують тенденції до впровадження та вдосконалення кредитно-модульної доктрини [4].

Мета дослідження – вивчення міжнародного, зокрема європейського, досвіду трансферу кредитів у вищій освіті.

Матеріали і методи. У дослідженні використано такі методи: бібліографічний, історичний, структурно-логічного аналізу. Об'єкти дослідження – система вищої освіти, предмет дослідження – оцінка системи трансферу кредитів.

Результати дослідження та їх обговорення. Освітні моделі кредитних систем, що існують на сьогодні, можна поділити на кілька типів [2]:

- кредитні системи змішаного типу, орієнтовані на накопичення кредитів з одночасною можливістю трансферу, наприклад CATS (Credit Accumulation and Transfer System - кредитна система університетів Великої Британії);

- кредитні системи, орієнтовані на накопичення кредитів, наприклад USCS (United States Credit System - система кредитів, використовувана в університетах США);

- кредитні системи, орієнтовані, головним чином, на трансфер кредитів для забезпечення академічної мобільності, наприклад UCTS (UMAP Credit Transfer Scheme – система трансферу кредитів університетів азіатсько-тихоокеанського регіону), ECTS (European Credit Transfer System).

Європейська система трансферу залікових одиниць – ECTS – була введена в 1989 р. у межах програми ERASMUS/SOCRATES і є єдиною системою залікових одиниць/кредитів, яка успішно пройшла випробування в європейських університетах [1]. Спочатку ECTS була системою перезарахування кредитів, вона стосувалася студентів, які навчаються частково у вузах інших країн, і пов'язувалася в основному з визнанням курсів і термінів навчання за кордоном при їх поверненні додому. При цьому визнання кредитів мало бути гарантованим. У межах одного вузу ці гарантії повинні були бути автоматичними. Між різними вузами автоматичне гарантування визнання кредитів забезпечене для студентів, які навчаються в межах програми мобільності.

На даний час ECTS стає загальноєвропейською системою накопичення переведених залікових одиниць та їх перезарахування [6]. Накопичення кредитів означає, що студент отримає потрібний ступінь (бакалавр, магістр) тільки в тому випадку, якщо він набрав певну кількість кредитів. Кожний кредит являє собою результат навчання і включає в себе набір компетенцій (компетентнісний підхід). Тому необхідно, щоб компетенції та кваліфікації, які вже освоєні студентом раніше, бралися до уваги, коли вони вбудовані в нову програму навчання.

Більшість вузів європейських країн прийняли ECTS на законодавчому рівні як систему переведу кредитів і їх накопичення [4].

Основні цілі впровадження системи ECTS [3]:

1. Перехід на сучасну схему організації навчального процесу з використанням системи перевідних і накопичувальних кредитів.

2. Задоволення основних вимог Болонського процесу, яке неможливе без впровадження системи кредитів.

3. Забезпечення випускників додатком до диплома загальноєвропейського зразка.

На даний час система ECTS охопила більш ніж 80 країн і введена більш ніж у тисячах за-

кладів вищої освіти. [6]. Більш того, країни, що беруть участь у Болонському процесі, визначили ECTS як один з наріжних каменів європейського простору вищої освіти. При цьому велика кількість країн вже прийняла ECTS законодавчо як накопичувальну систему для їх власних національних систем вищої освіти. Ряд країн перебуває у процесі переходу до такої системи. У деяких країнах ECTS стали вважати необхідною вимогою при проведенні акредитації.

Система ECTS має своїм завданням зробити програми навчання доступними для порівняння [7]. Система може використовуватися для всіх типів програм, безвідносно від способу їх реалізації, і призначена як для мобільних, так і немобільних студентів. Вона може застосовуватися для накопичення інформації про обсяги виконаної студентської роботи, як у межах вищого навчального закладу, так і для переведення кредитів між вузами. ECTS-кредит являє собою чисельне значення, яке відповідає одиницям дисципліни для характеристики навантаження студента, необхідної для її завершення. Система ECTS базується на визначенні робочого навантаження студента, або трудомісткості, необхідної для досягнення цілей програми навчання.

Європейська система взаємного визнання залікових одиниць ECTS була розроблена Європейською комісією в 1997 р. ECTS повинна була забезпечити спосіб вимірювання та порівняння результатів навчання при переході від одного ВНЗ до іншого. Вона повинна була допомогти співпраці вузів у полегшенні доступу до зарубіжних навчальних планів та забезпеченні академічного визнання. Ця система може бути використана в межах одного вузу (при переході від одного факультету до іншого), між вузами однієї країни та між вузами різних країн. Поширення ECTS дало можливість різним країнам оцінювати навчальні програми своїх вузів за загальною шкалою, що в кінцевому підсумку допомагає зблизити національні освітні системи.

З огляду на те, що більшість країн внесли зміни до законодавчих актів вищої освіти після Болонської декларації, система ECTS або ECTS-сумісні системи часто ставали центральним елементом національної реформи [2;4]. Австрія, Франція, Німеччина, Італія, Угорщина, Словаччина та інші країни пов'язали введення двох рівнів у систему освіти з одночасним обов'язковим запровадженням системи ECTS. Інші країни, це стосується до Північної Європи, мають традиційну національну систему кредитів, яка значною мірою є ECTS-сумісною, в деяких з цих країн такі дві системи співіснують і в даний час. У Данії і Норвегії вирішили замінити свої національні системи системою ECTS. Навіть у тих країнах, де не існує ніяких зобов'язань щодо використання кредитів, наприклад у Болгарії, Чеській

Республіці, Польщі чи Словенії, більшість ВНЗ тепер використовує ECTS для переведення кредитів. Майже дві третини європейських міністерств освіти заявили, що їх вузи використовують ECTS як систему переведення кредитів. Приблизно в 15% країн різні системи переведення здаються прийнятними, в інших країнах взагалі не використовують ніяких систем. Дані цифри підтверджуються результатами опитувань ректорів європейських вузів: дві третини вузів використовують ECTS у формі переведення кредиту. Серед технічних вузів ця цифра ще вища – 83%. Понад 20% вузів використовують інші системи і не планують переходити на систему переведення кредиту.

Використання ECTS для переведення кредитів дуже поширене в Греції і Швеції (80%), Фінляндії та Польщі (81,5%), Австрії та Бельгії (84%), Румунії (87%), Норвегії (90%), Ірландії і Данії (93%). Інші системи прийняті у Великій Британії (45,5%) і Туреччині (58%). У деяких країнах відносна більшість не використовує ні ECTS, ні інші системи, наприклад у Португалії (34%), Болгарії (38%) та Угорщині (44%). У країнах Південно-Східної Європи приблизно 75% вузів ще не ввели ECTS як систему переведення кредитів.

Ідея використовувати ECTS як систему накопичення для всіх студентів, не тільки для тих, хто збирається здобувати освіту за кордоном (мобільних студентів), міститься в Болонській декларації з посиланням на використання кредитів у контексті освіти впродовж усього життя і була підтверджена згідно з Празьким комюніке. Основний принцип полягає в доповненні навчального навантаження з урахуванням специфіки рівня, змісту програми і, нарешті, контролю за результатами навчання в межах даного рівня. Це в жодному сенсі не відступає від первісної ідеї щодо ECTS як системи переведення кредитів.

Одне з основних завдань Болонського процесу полягає в забезпеченні порівнянності і прозорості національних систем освіти. Велику роль у цьому процесі відіграє оцінка досягнутих результатів навчання. Однак національні критерії оцінки не завжди збігаються із загальноєвропейськими. У вузах СНД використовують у повсякденній практиці різні способи оцінювання результатів навчання. Це можуть бути чотирибальна система оцінки: «відмінно» (5), «добре» (4), «задовільно» (3), «незадовільно» (2), десятибальна система або ж стобальна. Розширення шкали оцінок забезпечує велику гнучкість, ефективність і справедливість оцінювання та порівняння знань студентів, стимулює їх до навчання, дозволяє виробляти дієві заходи щодо вдосконалення навчального процесу та підвищення якості підготовки. Додатково до існуючої в національному контексті традиційної оцінки в межах Європейської системи перевідних залікових одиниць – ECTS – існує поняття бально-

рейтингової градації, яка передбачає не абсолютне, а відносне виставляння оцінок. Рейтинг студента встановлюється згідно з досягнутими ним результатами навчання або в рамках модуля, або освітньої програми, або показників успішності всього університету. Рівень тих чи інших результатів визначає положення студента в рейтинговій шкалі й документується виставленням йому оцінки відповідно до діючих у кожній країні правил. Таким чином, статистичні дані про успішність є передумовою для бально-рейтингової системи оцінювання.

Той факт, що майже три чверті європейських ВНЗ уже використовують системи накопичення кредитів, видається неймовірним, проте ці результати ясно показують переважну згоду із системою ECTS як одним з основних інструментів для створення єдиного європейського освітнього простору (ЄОП).

Таким чином, для гармонізації оцінювання та повноцінного залучення України в ЄОП доцільним та необхідним вбачається перехід на шкалу оцінювання ECTS.

Висновки

1. Впровадження системи ECTS дає можливість зробити прозорими освітні системи різних країн.

2. ECTS гарантує студентам визнання навчання за кордоном, з її допомогою студент отримує доступ до повноцінного навчання в іншому ВНЗ.

3. Розробка системи переведення кредитів забезпечить визнання дипломів на міжнародному ринку праці.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому моніторингу освітніх моделей кредитних систем.

Список літератури

1. *Зернов В. А.* О направлениях развития ECTS и перспективах ее внедрения / В. А. Зернов, Т. О. Баскина // Проблемы введения системы зачетных единиц в высшем профессиональном образовании: материалы к Всероссийскому совещанию, 23 апреля 2003 г. / Под ред. В. Н. Чистохвалова. – М. : Изд-во РУДН, 2005. – 100 с.
2. *Обзор зарубежных кредит-систем* (по материалам научных исследований, выполненных МГУ им. М. В. Ломоносова в рамках проекта ФПРО 2005 года и национального проекта 2006 года). Джерело : <http://inpro.msu.ru/PDF/kredit-in.pdf>
3. *Принципы системы ECTS в едином европейском образовательном пространстве.* Джерело : <http://elibrary.ru/item.asp?id=12223702>
4. *Реформирование высшего образования в Казахстане и Болонский процесс* : информационные материалы для практических действий. – Алматы, 2009 – 120 с.
5. *Формирование европейского пространства высшего образования* : Коммюнике Конференции Министров высшего образования, Берлин, 19 сентября 2005 г. Джерело : <http://russia.edu.ru/information/legal/law/inter/berlin/>
6. *Чучалин А. И.* Система оценки содержания и качества освоения образовательных программ в области техники и технологий / А. И. Чучалин, О. В. Боев, О. А. Севостьянова // Проблемы введения системы зачетных единиц в высшем профессиональном образовании : материалы к Всероссийскому совещанию, 23 апреля 2003 г. / под ред. В. Н. Чистохвалова. – М. : Изд-во РУДН, 2005. – 100 с.
7. *ECTS Users' Guide / European Commission.* Brussels, 6 February 2009. – 60 pp. Джерело : http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/ects/guide_en.pdf

К ВОПРОСУ ВНЕДРЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ СИСТЕМЫ ТРАНСФЕРА КРЕДИТОВ В КОНТЕКСТЕ БОЛОНСКОЙ СИСТЕМЫ

А. Д. Беденюк (Тернополь)

В работе проанализирован европейский опыт использования системы трансфера кредитов ECTS. Проведена оценка ее возможностей, преимуществ, целесообразности применения в высшем образовании в Украине. Внедрение системы ECTS позволяет сделать прозрачными образовательные системы, гарантирует студентам признание обучения за рубежом и дипломов на международном рынке труда.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Болонская система, система трансфера кредитов.

TO THE QUESTION OF INTRODUCING OF THE EUROPEAN SYSTEM OF CREDITS' TRANSFER IN THE BOLOGNA SYSTEM CONTEXT

А. Д. Беденюк (Тернопіль)

This work analyzes European experience of transfer of credits ECTS. The assessment of its capabilities, advantages, appropriate application in higher education in Ukraine is performed. The introduction of ECTS provides opportunity to make educational systems transparent, guarantees students recognition of education abroad, recognition of their diplomas at the international labor market.

KEY WORDS: the Bologna system, system of credits' transfer.

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

УДК 616.71-018.3-007.248+616.72-002-036.8

А. О. ГОЛЯЧЕНКО (Тернопіль)

ШЛЯХИ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СИСТЕМУ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

Реабілітація хворого є важливою ланкою кожної клінічної дисципліни. Вона займає велике місце в діяльності кожного лікаря, а сама проблема реабілітації є актуальною соціально-медичною проблемою. Реабілітація є складовою первинної медико-санітарної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: реабілітація, первинна медико-санітарна допомога.

Проблеми медичної допомоги в Україні є надзвичайно гострими і болючими. Необхідність її реформування очевидна. Це стосується у великій мірі і системи підготовки кадрів у вищих навчальних закладах [4].

Реабілітація непрацездатних в останні десятиліття займає одне із центральних місць в системі світових медико-соціальних проблем. Цьому сприяє пріоритетність політики, що її проводить ВООЗ стосовно попередження інвалідності та реабілітації. Цей підхід полягає в прийнятті концепції первинної медико-санітарної допомоги, як основи будь-якої національної системи охорони здоров'я і її складової реабілітації [5]. Тому і перед українською охороною здоров'я постало ряд проблем: як здійснювати реабілітацію в умовах місцевої служби, особливо в межах первинної медико-санітарної допомоги, як включити розділ реабілітації в діяльність національної системи медичного обслуговування та як підготувати для роботи в ній відповідних фахівців [4].

Захворювання перешкоджає інваліду виконувати свої обов'язки, хворий не в змозі стабільно виконувати звичну йому соціальну роль. Реабілітація включає в себе заходи, спрямовані на зменшення впливу інвалідизуючих факторів та умов, які призводять до фізичних та інших дефектів, та забезпечує інвалідам можливість досягти соціальної інтеграції. Знаряддям для досягнення цієї мети є первинна медико-санітарна допомога.

Мета роботи: пошук шляхів максимального наближення можливості проведення медичної реабілітації до хворих та інвалідів.

Матеріали і методи. Первинна медико-санітарна допомога включає заходи, скрізь доступні окремим людям та сім'ям на основі практично прийнятих, науково обґрунтованих та соціально прийнятних методів і технологій, при витратах в межах матеріальних можливостей

країни. Первинна медико-санітарна допомога спрямована на вирішення основних медико-санітарних проблем в суспільстві та забезпечує відповідно служби оздоровлення, профілактики, лікування та реабілітації. Основною діючою особою первинної допомоги є лікар загальної практики.

Проведення реабілітації із використанням первинної медико-санітарної допомоги вимагає створення служби реабілітації на комунальному рівні з метою повного охоплення нею населення. Це вимагає реорганізації існуючої структури та порядку роботи і підготовки кадрів для національної служби охорони здоров'я, щоб впровадити дані підходи і стратегії.

Результати дослідження та їх обговорення. Вдосконалення та розвиток методів реабілітації призвело до розширення понять інвалідності та реабілітації. Розширення понять збільшило потребу в службах реабілітації. Тому слід проаналізувати як покращити служби реабілітації, щоб вони відповідали потребам найбільшої частини інвалідів.

Питання про те, як найкраще організувати служби реабілітації, дискутується протягом тривалого часу. Деякі країни стали здійснювати програми, що передбачають створення спеціалізованих відділів реабілітації у всіх районних та обласних лікарнях (спеціалізований підхід). Інші країни зробили наголос на покращення підготовки студентів-медиків за рахунок інтегрованого навчання методів реабілітації в поєднанні із профілактичними та лікувальними аспектами інвалідності. Такий підхід має за мету спонукати всіх лікарів здійснювати реабілітацію в якості невід'ємної частини їх повсякденної роботи (неспеціалізований підхід). З метою покращення підготовки студентів та проведення наукових досліджень з цієї проблеми в університетах ряду країн створені кафедри медичної реабілітації.

Слід зазначити, що як спеціалізований, так і неспеціалізований підходи довели свою цінність. Тому при реорганізації медичної допо-

моги та підготовки кадрів у вищих навчальних закладах України, слід раціонально використати обидва підходи. В першу чергу при підготовці лікарів загальної практики.

Окремий досвід з цього питання набутий і в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського у якому ще з 1999 р. функціонує курс медичної реабілітації. Лікувальними базами курсу є санаторій „Медобори”, відділ ранньої медико-соціальної реабілітації хворих обласної психоневрологічної лікарні та фізіотерапевтичний відділ Тернопільської університетської лікарні. На кафедрі підготовку з медичної реабілітації проходять студенти 6-го курсу (основи реабілітації) та лікарі-інтерни і курсанти із всіх спеціальностей (медична реабілітація окремих груп захворювань). В найближчому майбутньому основна увага при навчанні студентів буде зосереджена на викладанні медичної реабілітації в обсязі, необхідному для підготовки сімейних лікарів. Цьому є свої пояснення.

Підготовка кадрів в багатьох розвинутих країнах в останні десятиліття характеризувалась високою спеціалізацією кадрів, які займаються реабілітацією, що призвело до включення в систему підготовки питань, які не стосувалися безпосередньо реабілітації, та зробило реабілітацію надто складною: до лікування одного хворого іноді залучалося декілька спеціалістів. Це призвело до невиправдано високих витрат, плутанини та конфліктів, а також до юридичних суперечок між співробітниками. Тому Комітет експертів ВООЗ із запобігання інвалідності та реабілітації рекомендує проводити пошуки шляхів спрощення існуючих кадрових структур та організації підготовки персоналу [3,6]. При такому підході потреба в спеціалістах не скоро-

чується, проте необхідно перебудувати навчальні програми, щоб підвищити ефективність та якість підготовки персоналу, який займатиметься реабілітацією. При цьому слід включити вивчення окремих, менш складних, методів, які використовуються на даний час спеціалістами, в курс підготовки, насамперед, сімейних лікарів. Програма з вивчення реабілітації повинна містити лише ті методи, ефективність яких з метою реабілітації доведена на засадах доказової медицини [2,8]. Тенденція і в майбутньому буде полягати в спрощенні програм та скороченні спеціалізації.

Комітет ВООЗ також рекомендує включити розділи, що безпосередньо стосуються реабілітаційних заходів, в програми підготовки всіх працівників охорони здоров'я [7]. Потреба в реабілітації настільки велика, що її неможливо задовольнити лише за рахунок використання спеціалістів. Тому слід вводити основні положення реабілітації в програми підготовки не лише лікарів, але й медичних сестер, працівників служб соціальної допомоги, вчителів тощо.

Висновки

1. Приблизно 10% населення світу страждає від різних видів інвалідності.

2. Реабілітація включає в себе всі заходи, спрямовані на зменшення впливу інвалідизуючих факторів та сприяє соціальній інтеграції інвалідів.

3. Профілактику інвалідності та реабілітацію необхідно проводити в якості складової первинної медико-санітарної допомоги.

Перспективи подальших досліджень полягають в удосконаленні методики і програми медичної реабілітації, що використовується в підготовці медичних кадрів.

Список літератури

1. Вальчук Э. А. // *Здравоохранение Беларуси*. – 1995. – №7. – С. 38-40.
2. *Немедикаментозні методи лікування та реабілітації* / За ред. В. П. Лисенюка. – К., 1999. – 49 с.
3. *Предупреждение инвалидности и реабилитация: Докл. Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации*. Сер. техн. докл. 668. – Женева: ВОЗ, 1983. – 42 с.
4. Семенов Б. Н., Нестеров Н. И., Аносов И. А. и др. // *Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры*. – 1998. -№3. – С. 44-47.
5. Чоговадзе А. В., Алферова Т. С, Поляев Б. А. и др. // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 1998. – №5. – С. 30-35.
6. *Functional assessment in rehabilitation medicine* / Ed. C. V. Granger, G. E. Gresham. – Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1984. -P.14-15.
7. *Duncan, W. B. Stason et al.* – Rockville, MD: J.S. Department of Health and Human Services, 1995. –248 p.
8. *Post-stroke rehabilitation: Clinical practice guideline, №16* / G. E. Gresham, P. W. Jette A. // *Physical Therapy*. – 1994. – Vol.74, №5. – P. 380-386.

ПУТИ ВНЕДРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМУ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

А. А. Голяченко (Тернополь)

Реабилитация больного является важным звеном каждой клинической дисциплины. Она занимает большое место в деятельности каждого врача, а сама проблема реабилитации является актуальной социально-медицинской проблемой. Реабилитация – составная часть первичной медико-санитарной помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **реабилитация, первичная медико-санитарная помощь.**

WAYS OF IMPLEMENTATION OF MEDICAL REHABILITATION IN TRAINING SYSTEM OF MEDICAL STAFF

A. A. Holyachenko (Ternopil)

Rehabilitation of the patient is the important part of each clinical discipline. It takes the big place in activity of each doctor, and the problem of rehabilitation is an actual social - medical problem. Rehabilitation is a component of the primary medico-sanitary help.

KEY WORDS: **rehabilitation, primary medico-sanitary help.**

Рецензент: доц. В. Б. Коваль

ЗБЕРЕЖЕННЯ І ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ – ПРІОРИТЕТНИЙ НАПРЯМОК СУЧАСНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Національний університет фізичного виховання і спорту України

В статті наводяться показники здоров'я населення України, що стали одними з найнижчих у світі. Це відбулось починаючи з середини 70-х років минулого століття. Наводиться широка програма соціальних і медичних заходів, яка, при їх належному впровадженні, здатна утвердити в країні здоровий спосіб життя і повернення до найвищих показників здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: здорове населення, середньоочікувана тривалість життя, програма здорового способу життя.

Фраза, винесена в заголовок цієї статті, здавалося б, відноситься до розряду хрестоматійних істин. Однак якщо розглядати згадане твердження не “взагалі”, а стосовно до конкретної, вельми гострої і за цілим рядом позицій критичної ситуації, що склалася практично в усьому, що стосується стану здоров'я населення України, то ми стикаємося з багатогранною і комплексною проблемою, зумовленою різноманітними (економічними, соціальними, політичними, організаційними) причинами. Одні з них носять глобальний характер, інші ж – специфічні і породжені саме станом справ в охороні здоров'я нашої країни, в її економіці та соціальній сфері. На превеликий жаль, в Україні протягом вже багатьох років у фокусі уваги державних структур знаходиться та медицина, яка займається в основному лікуванням хворих. Тоді як в набагато ширшій і нітрохи не менш важливій сфері, покликаній розвивати різні напрями зміцнення здоров'я здорових людей, займатися недопущенням захворювань, продовженням загальної тривалості життя наших співгромадян, збільшенням тривалості того її періоду, в якому забезпечується активна творча, виробнича та інша корисна діяльність людини, – цим, по суті, майже ніхто в Україні не займається.

Одним з головних факторів, що породили таку плачевну ситуацію, є те, що – так уже склалося в нашій країні (на відміну від багатьох економічно і соціально високорозвинених держав) – весь комплекс питань, який так чи інакше має відношення до захисту здоров'я людей, фактично знаходиться під опікою єдиного відомства – Міністерства охорони здоров'я України. У МОЗ же, в силу його відомчої специфіки, серед пріоритетів – на першому, другому, третьому і наступних місцях – усілякі аспекти лікування хворих людей, боротьби з епідеміями тощо. Контингент

здорових людей і непрості проблеми забезпечення їх здорового способу життя та усунення факторів ризику виникнення захворювань для МОЗ перебувають на периферії уваги відомства, часто взагалі ним ігноруються, бо до них просто руки не доходять, або, в кращому випадку, профілактика всього лише декларується.

Мета роботи. Розробити програму соціальних і медичних заходів, спрямованих на утвердження здорового способу життя і досягнення найвищих показників здоров'я людей.

Результати дослідження та їх обговорення. Збереження здоров'я населення – проблема аж ніяк не відомча (МОЗ), оскільки вона має загальнодержавне значення – і повинна стати такою за своєю суттю. Але поки все ще не стала ...

Коли ми говоримо про здоров'я населення України, то ця проблема розглядається крізь призму декількох її принципових складових. Серед них – тривалість життя, ризик передчасної смерті, кількість хворих людей, якість життя, здатність громадян до повноцінної трудової, навчальної, військової, творчої та іншої діяльності.

Сьогодні, коли керівництво нашої держави, її законодавча і виконавча влада неодноразово заявляють (нехай і по-різному) про євроінтеграційні наміри, про прагнення України в перспективі увійти в число передових високорозвинених і рівноправних членів європейського та світового співтовариства, ми не можемо не усвідомлювати, що реальність практичної реалізації всіх цих намірів і планів величезною мірою залежить від інтелектуального і фізичного потенціалу населення країни, його життєздатності, від співвідношення між кількістю здорових людей і кількістю тих, хто за віком або станом здоров'я потребують турботи з боку держави і вже (або ще) не здатні до тієї чи іншої активної суспільно корисної діяльності.

Україна займає дуже прикрі позиції за показниками середньої тривалості життя, яка становить 67,5 року (у чоловіків – 61,7, у жінок – 73,4). Далеко попереду Японія – близько 82 років (78 у чоловіків і 85 у жінок), Швеція – 79 (у чоловіків – 78, у жінок – 83) і ще багато десятків держав Європи, Австралії та Океанії, Північної та Південної Америки, Азії та ряд країн Африки [2].

У структурі причин дитячої смертності основними є фактори, пов'язані зі станом здоров'я матерів-породіль: адже дуже багато українських дівчат, які вступають у репродуктивний віковий період, уже мають різні хронічні захворювання, які ускладнюють перебіг вагітності та пологів.

Неухильно зростає смертність серед населення працездатного віку.

Як не сумно, Україна відстає від дуже багатьох країн не тільки за середньою тривалістю життя, а й за таким показником, як тривалість здорового життя. Так, у чоловіків в нашій країні вона становить, в середньому, 55 років. В Японії цей же показник – 72 роки, в Австралії – 71, Канаді, Німеччині та Нідерландах – 70, Великобританії – 69, в США і на Кубі – 67 років і т.д. Вище, ніж в Україні, тривалість здорового життя навіть в таких досить бідних латиноамериканських державах, як, наприклад, Парагвай і Сальвадор (у парагвайських чоловіків здорове життя триває в середньому 60 років, а у сальвадорців – 57).

В Україні сформувалася нетипова, особливо в порівнянні з багатьма розвиненими країнами, структура смертності: приблизно третину від усіх померлих становлять люди допенсійного віку. Причому у чоловіків в такому віці ймовірність смерті становить 384 на 1000, а у жінок – 142 на 1000 [1]. Як вважають демографи, в нашій країні понад 40% юнаків, яким зараз 16-18 років, не мають шансів дожити до 60-річного віку. Для порівняння зазначимо, що в Швеції ймовірність смерті у віковому діапазоні від 15 до 60 років становить 79 на 1000 у чоловіків і 50 на 1000 у жінок; в Австралії – відповідно 89 і 51, в Японії – 86 і 45, Нідерландах – 93 і 66 тощо. Навіть у згадуваних Парагваї (171 і 119) і Сальвадорі (248 і 138) ці показники кращі, ніж в Україні.

Тривалість періоду трудової і творчої активності людей в Україні становить, в середньому, близько 30 років (у віковому діапазоні від 20-25 до 50-55), причому у дуже багатьох вже після 40 років виникають відчутні проблеми зі здоров'ям. Після 50 років ці проблеми нерідко стають такими, що кардинально заважають трудовій діяльності та повноцінному життю. У цьому Україна неабияк програє багатьом країнам (і не тільки економічно розвиненим, але й біднішим), де період трудової і творчої активності більшості людей триває набагато довше, його тривалість складає 45-50 років (від 25 до 70 і старше), і

багато людей зберігають високий життєвий тонус і здатність плідно працювати до 75-80 років, а часом і в більш поважному віці.

В Україні найбільшої шкоди здоров'ю населення завдають серцево-судинні, онкологічні, ендокринні, інфекційні, спадкові захворювання і хвороби нервової системи. Причому серцево-судинні захворювання стають причиною більш ніж 60% випадків смерті наших співгромадян, тоді як всі інші хвороби становлять менше 40%.

Від ожиріння в нашій країні страждає кожен восьмий чоловік і кожна шоста жінка, а надлишкову масу тіла має, мало не половина дорослого населення України.

Відзначається збільшення загальної поширеності куріння. Це відбулося, насамперед, за рахунок збільшення кількості курців серед чоловіків віком 30-59 років, підлітків та юнаків 14-17 років і жінок у віці 18-55 років і старше.

Тільки за три останні роки майже на 35% зросло середньорічне споживання алкоголю в розрахунку на душу населення, причому при збільшенні споживання всіх видів алкогольних напоїв найшвидшими темпами зросло споживання пива (на 45,5%) і лікєро-горілчанних виробів (34,7%).

Ці та інші чинники, так чи інакше пов'язані зі способом життя людей, негативно впливають на їхнє здоров'я [1].

Ніякого парадоксу при зіставленні збільшення обсягів фінансування охорони здоров'я України з погіршенням показників його діяльності немає. Основна причина того, що зростаючі витрати на фінансове забезпечення вітчизняної охорони здоров'я не призводять до загального поліпшення стану здоров'я населення, полягає в тому, що в нашій медичній галузі, зазвичай, фінансується тільки її лікувальна складова – боротьба з уже наявними хворобами, тоді як профілактика, по суті, майже відсутня. Немає в цій системі і реальної діяльності, спрямованої на зниження впливу згадуваних негативних чинників – куріння, зловживання алкоголем, нерационального та неповноцінного харчування, надлишкової маси тіла, недостатньої рухової активності, соціальної нестійкості, психологічних стресів тощо.

Якщо взяти до уваги, що до всього цього додаються ще епідемії інфекційних хвороб, які почастишали, поширення СНІДу, широке використання низькоякісних або взагалі непридатних до вживання ліків, різке збільшення в структурі харчування продуктів, що мають в своїй основі хімічні і генні технології, і багато іншого, то зрозуміло, що з такою лавиною проблем, що набирає все більшу і більшу швидкість, не здатна впоратися ніяка медицина, навіть набагато благополучніша в економічному відношенні, ніж українська.

Таким чином, неважко зробити висновок, що через орієнтацію охорони здоров'я в Україні переважно на лікувальну медицину переважна більшість фінансових коштів, матеріально-технічних та кадрових ресурсів витрачається на те, що, як переконливо показано світовою наукою, становить лише 10% загального спектра факторів, які впливають на здоров'я людей і на тривалість їхнього життя.

Як показують узагальнені дані численних досліджень, проведених в різних країнах, розподіл впливу на передчасну смертність різних факторів, що характеризують спосіб життя населення, та деякі інші причини нині виглядають в середньому так: режим харчування – 25%, куріння – 25%, рухова активність – 22%, непомірне споживання алкогольних напоїв – 10%, інфекційні захворювання – 7%, токсичні фактори, необґрунтоване та надмірне вживання лікарських засобів – 6%, венеричні захворювання – 2,5%, дорожній травматизм – 1,5%, вогнепальна зброя – 1%.

У 1950-1960-і роки в СРСР була досить широко розгорнута науково-практична діяльність, в якій переважали дослідження, головною метою яких було отримання фундаментальних знань у галузі вивчення процесів старіння, визначення чинників продовження активного здорового життя, а вже від цих фундаментальних наукових основ – до тих чи інших їхніх практичних наслідків в цих сферах. Ініціаторами цих актуальних і глибоких досліджень багато в чому стали українські вчені. В основу методології, розробленої та використаної ними, було покладено вивчення причин передчасного старіння, пошук шляхів продовження життя і віддалення старості. Передчасна старість і неминуче супутнє їй ослаблення життєвих функцій людського організму була подана як хвороба, зумовлена спадковими причинами, дією несприятливих зовнішніх факторів і – основне – нераціональним способом життя (надмірним і незбалансованим харчуванням, відсутністю рухової активності або її недостатнім рівнем, курінням, стресами і невмінням регулювати психічний стан).

У 1958 р. в Києві було створено Інститут геронтології Академії медичних наук СРСР – всесоюзний науково-практичний центр в цій сфері, який з часом набув заслуженої популярності не тільки в нашій країні, а й за її межами. У 1963 р. в Києві відбувся семінар Всесвітньої організації охорони здоров'я, де розглядалися питання причинно-наслідкових відносин між старінням і старістю, фактори ризику передчасного старіння.

Діяльність Інституту геронтології в середині 1960-х років була органічно доповнена організацією в Києві Науково-дослідного інституту медичних проблем фізичної культури.

Ще одним науково-практичним центром в галузі розробки різних аспектів геронтології,

проблем старіння та продовження життя людини став Інститут біології при Харківському університеті.

Можна також згадати і про науково обґрунтовану популяризацію здорового способу життя, сформовану і запропоновану видатним українським вченим-академіком Миколою Амосовим та іншими видатними фахівцями.

Вражаючи результати діяльності наших вчених були продемонстровані на IX Міжнародному конгресі геронтологів, що відбувся в Києві в 1972 р. і зібрав близько 3000 учасників з 45 країн. За підсумками цього конгресу, українська школа продовження життя, профілактики захворювань та попередження передчасної старості була визнана однією з найбільш авторитетних у світі.

На жаль, в наступні десятиліття ХХ ст. багато з цих досягнень були нерозумно втрачені. В середині 1980-х років непродумано був закритий Науково-дослідний інститут медичних проблем фізичної культури в Києві.

Незважаючи на всі фінансово-економічні та інші проблеми, колективу Інституту геронтології, як і їхнім колегам з Інституту біології при Харківському університеті, все ж вдалося зберегти значну частину свого наукового потенціалу, а тому хотілося б сподіватися, що у цих центрів є перспективи для відродження і подальшого розвитку.

Що стосується політики нашої держави в галузі фізичного виховання, оздоровчої фізкультури і масового спорту в Україні, то тут, на жаль, не сталося відчутних змін, а в основу практики в цих сферах покладено поспіхом прийняті на початку 1990-х років державні тести для оцінки фізичної підготовленості населення, що по суті, є погіршеним варіантом горезвісного комплексу ГПО.

Якщо ж говорити про охорону здоров'я в Україні, то тут практично не звернуто увагу на рухову активність населення як найважливіший фактор забезпечення здорового способу життя та профілактики захворювань. Хоча світова наука і практика останніх десятиліть більш ніж переконливо свідчить про те, що в цій сфері, з точки зору охорони та зміцнення здоров'я здорового населення та профілактики багатьох хвороб, в першу чергу серцево-судинних, лежать великі можливості порівняно з тими, якими володіє традиційна лікувальна медицина.

Про те, як ставиться нині МОЗ до рухової активності населення і здорового способу життя, красномовно свідчить хоча б те, що в "Щорічній доповіді про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію" за 2005 р. є розділ "Умови та шляхи формування здорового способу життя". Однак, на наш погляд, в розгляді цієї комплексної проблеми в доповіді преважують багато прописних істин, а висновки і рекомендації носять, в основному, декларатив-

ний характер, ніяк не підкріплені ні організаційно, ні кадровими і матеріально-технічними ресурсами і не містять таких конкретних пропозицій, реалізація яких була б здатна кардинально змінити на краще ситуацію в цій сфері [2].

Зовсім інакше розвивалися події в цих сферах в економічно розвинених державах Заходу (і в низці інших країн). Там в кінці 1950-х – на початку 1960-х років була розгорнута широкомасштабна науково-практична діяльність, спрямована на охорону здоров'я населення і підвищення фізичної життєздатності людей. Ця діяльність ґрунтувалася на виявленні факторів ризику виникнення основних захворювань, причин підвищення показників смертності, зниження дієздатності людей, скорочення тривалості життя тощо. У численних дослідженнях, в ході яких всебічно вивчалися спосіб життя і захворюваність сотень тисяч людей, була продемонстрована пряма залежність ймовірності виникнення серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, онкологічних захворювань, остеопорозу, артрити, хвороб органів дихання і травлення і низки інших захворювань від таких основних характеристик здорового способу життя, як раціональне харчування та профілактика ожиріння, відмова від куріння, вдумливе ставлення до споживання алкогольних напоїв (щодо їх якості та кількості), обсяг і режим рухової активності, що забезпечують достатній рівень функціональних можливостей різних систем організму (кровообігу, дихання, крові), м'язової, кісткової і сполучної тканин. Було переконливо показано, що відносно профілактики згаданих захворювань усі можливості медицини в п'ять-шість разів поступаються за ефективністю факторам здорового способу життя, а сумарно негативний вплив несприятливої спадковості і екології - в два рази. Більше того, здоровий спосіб життя різко знижує ризик захворюваності, спричиненої дією несприятливих спадкових та екологічних факторів.

З урахуванням усіх згаданих небезпек для здоров'я населення, і держава, і суспільство, і вчені-медики, і біологи спільно з фахівцями різних суміжних сфер стали шукати шляхи і засоби, спрямовані на усунення або хоча б на відчутне пом'якшення чинників ризику виникнення перелічених вище серйозних захворювань. Іншими словами, для цих підходів і програм в країнах Заходу була характерна прикладна спрямованість, орієнтована на рішення практичних задач охорони здоров'я, а вже від цього – до узагальнень з виявленням фундаментальних наукових закономірностей. Поступово в розвинених державах Заходу та деяких інших країнах були сформовані науково обґрунтовані ефективні напрями фітнес-індустрії, націленої на забезпечення високого рівня життєздатності людей, формування їх фізичного і духовного

благополуччя і такого способу життя, який забезпечує життя без хвороб.

Наприклад, ще тридцять років тому Фінляндія мала найвищий в Європі показник смертності від серцево-судинних захворювань серед людей допенсійного віку. Проте потім уряд цієї країни розпочав активно втілювати в життя державну політику, спрямовану на широке використання населенням різних форм і засобів рухової активності та всіляке культивування інших складових здорового способу життя. Наслідком цього стали відчутні позитивні зрушення, і зараз 70% населення Фінляндії має необхідний рівень рухової активності (не менше 4 год на тиждень), а смертність від серцево-судинних захворювань знизилася на 75%.

Така модель оздоровлення населення, апробована в Фінляндії, настільки ж успішно реалізована і в Нідерландах і ряді інших країн.

Приблизно в ті ж 1960-і роки, коли в Києві було відкрито Науково-дослідний інститут медичних проблем фізичної культури, в США почав діяти Інститут Купера, який займається різними науковими і практичними аспектами проблем здоров'я людини і досить швидко став всевітньо відомим комплексом для фундаментальних і прикладних досліджень у цій галузі, для безмедикаментозного лікування та пропаганди здорового способу життя, підготовки кадрів для роботи у згаданій сфері. Тільки у двох названих аналогічних за профілем інститутах – НДІ медичних проблем фізичної культури в Києві та Інституті Купера в США - виявилися різні долі: один з цих центрів (київський), як уже говорилося, був невинувато закритий, а інший (американський) процвітає. Здоровому способу життя приділяється належна увага не тільки в економічно високорозвинених і соціально благополучних країнах (таких, як Японія, скандинавські та інші західноєвропейські держави, США, Канада), але і в набагато бідніших країнах. Наприклад, на Кубі при всіх фінансово-економічних труднощах, пережитих цією країною протягом багатьох років, ефективно діє не тільки лікувальна медицина, а й загальнодержавна система, спрямована на зміцнення здоров'я населення та його довголіття, – за рахунок раціонального використання різних чинників здорового способу життя в поєднанні з руховою активністю. Одним із наслідків такої державної політики в цій сфері є те, що середня тривалість життя на Кубі за останні 40 років зросла приблизно на 20 років і нині становить 76 років – як і в США.

Практична реалізація подібної державної політики в Україні неможлива без наявності достатньої кількості висококваліфікованих фахівців медицини здоров'я (або лікувально-оздоровчої медицини, як цю сферу охорони здоров'я прийнято називати в ряді європейських країн).

Ці фахівці повинні володіти широкими і глибокими знаннями з усього комплексу біологічних, медичних, соціальних, психологічних та інших проблем здорового способу життя, профілактики захворювань, усунення чинників ризику, діагностики і реабілітації. Ці фахівці також повинні вміти сформувавши для кожної конкретної людини оптимальну модель здорового способу життя (з урахуванням індивідуальних особливостей, в тому числі генетичних), підібрати оптимальний режим рухової активності, порекомендувати збалансоване харчування, розробити програми подолання негативного впливу психоемоційних стресів, розвитку депресії тощо.

Потрібно не тільки налагодити ефективну систему підготовки таких фахівців, але і знайти для них належне місце в системах освіти і охорони здоров'я, в найрізноманітніших сферах життя суспільства. Для реалізації запропонованого не потрібно особливих витрат та ресурсів, а знадобиться лише впровадити таких фахівців у вже існуючі структури установ та організацій. Ну і, звичайно, потрібно, щоб уряд та керівники відповідних міністерств і відомств усвідомили високу значимість цієї комплексної проблеми та необхідність її невідкладного рішення.

Спеціаліст медицини здоров'я повинен вміти доступно пояснити людині, яка звернулася до нього, що якщо, наприклад, вміст холестерину в сироватці крові суттєво перевищує норму, то ймовірність виникнення важких серцево-судинних захворювань зростає в 4-7 разів, а також назвати необхідні для запобігання таких небажаних явищ шляхи і засоби немедикаментозної нормалізації ситуації за допомогою використання різних чинників здорового способу життя (оптимального збалансованого харчування, достатньої рухової активності тощо). Адже медикаментозний шлях вирішення таких проблем прийнятний при гострих станах. При хронічних станах, в ході яких людина поступово переходить в зону ризику і зниження своїх функціональних резервів, медикаментозний шлях є небезпечним, бо лікарські засоби пригнічують природний імунітет і послаблюють захисні функції організму, який звикає до медикаментів і вже не може без них обходитися. Якби жителі України ознайомилися з перевиданою в 2004 р. в Києві цікавою і повчальною книгою французького фахівця з молекулярної біології і гомеопатії, доктора медичних наук Луї Броуер "Фармацевтична і продовольча мафія", то вони, напевно, різко змінили б свою думку про роль багатьох лікарських препаратів та їх реальної (а не рекламної) ефективності та істотно скоротили б використання медикаментів, віддаючи перевагу іншим способам збереження та зміцнення свого здоров'я.

Інтегральним показником потенціалу систем дихання, крові і кровообігу є так зване максимальне споживання кисню. Такий простий і зрозумілий показник, що широко використовується в діагностичній практиці, наочно відображає можливості аеробної системи енергозабезпечення організму (а це - система зовнішнього дихання, стан серця і судин, доступ кисню до тканин, якість крові та ін.). Іншими словами, цей показник є досить достовірним "маркером", що відображає потенціал і резервні можливості функціональної системи, від стану якої залежить весь спектр проблем, що відносяться до серцево-судинної патології. Якщо цей показник у чоловіків становить 38-42 мл/кг маси тіла, то все в порядку, якщо ж 32-35, то здоров'я в зоні ризику. А якщо показник становить 25-26 і нижче, то людина знаходиться на останній межі ризику, і ймовірність передчасної смерті від серцево-судинних захворювань (інсульту, інфаркту та ін.) зростає у багато разів. Але, на жаль, в більшості медичних установ Україна цей досить простий і точний показник при діагностиці взагалі не використовується.

Далеко не всі знають, як багато значить для здоров'я розумне споживання алкогольних напоїв. Якщо людина віддає перевагу не великим дозам міцних напоїв, а сухому вину (особливо червоному), 2-4 л на тиждень, то ймовірність ризику розвитку серцево-судинних захворювань знижується в 2-2,5 рази. Якщо ж червоне вино гармонійно поєднується зі спеціальною дієтою, яка містить багато овочів і фруктів, оливкову олію, "легке" м'ясо (птиці або риби) і до того ж характерною відсутністю тваринних жирів, то ймовірність виникнення серцево-судинних захворювань знижується в 4-5 разів.

Якщо вам в своєму раціоні харчування споживання жирів (особливо тваринного походження, що характерно для української кухні) вдається істотно скоротити, то різко знизиться ризик розвитку атеросклерозу та виникнення ряду онкологічних захворювань.

Цікаво зазначити, що індивідуальні особливості людей при розвитку ожиріння впливають на ймовірність виникнення серцево-судинних захворювань і діабету. Зокрема, якщо людина схильна до появи жирових відкладень в ділянці живота, то у неї ризик виникнення серцево-судинних захворювань і діабету в два рази вище, ніж у людей, схильних до відкладення жиру в ділянці тазу і стегон.

Далеко не всі знають, що ризик розвитку серйозної серцево-судинної патології у чоловіків молодого і середнього віку в кілька разів вище, ніж у жінок. Щодо розвитку остеопорозу – картина зворотня: жінки, починаючи з 35-40-річчю

го віку, щорічно втрачають до 1-1,5% кісткової маси, а у чоловіків цей процес відбувається в 2-3 рази повільніше. До речі, ніякими лікарськими засобами та дієтами уповільнити цей процес не вдається, якщо одночасно не застосовуються різні фізичні навантаження силового характеру.

Особи, що відрізняються поведінковими реакціями типу А (схильні до агресивної і ворожої поведінки, гострої конкуренції, конфліктів, з вибуховим характером і загостреною реакцією), мають явно більш виражену схильність до серцево-судинних захворювань порівняно з особами з поведінковою реакцією типу Б (безтурботні, спокійні, неагресивні, врівноважені).

Прикладів, подібних згаданим вище, можна приводити десятки і сотні. Всі вони становлять особливу сукупність міждисциплінарних знань, що відносяться до проблем харчування, рухової активності, психології управління своїм станом, визначення корисних і шкідливих звичок, нормалізації сну, чіткого співвідношення роботи та відпочинку, усунення стрес-факторів і т.д. Тому підготовка таких фахівців, які компетентно розбираються в усьому багатогранному спектрі факторів, що забезпечують здоров'я та здоровий спосіб життя, не менш (а може бути і більше) важлива, ніж підготовка лікарів "вузьких" медичних спеціальностей.

Особливою темою, яка дещо виходить за рамки цієї статті, є проблема фізичної реабілітації людей, що перенесли серйозні захворювання і мають відхилення у стані здоров'я, які не дозволяють жити повноцінним життям і підвищують ризик передчасної смерті. У розвинених країнах з ефективно функціонуючою системою охорони здоров'я діяльність з фізичної реабілітації таких людей отримала поширення. І вона, безсумнівно, повинна знайти свій розвиток і в Україні.

Фахівців такого профілю з початку 1990-х років готують і в деяких вузах нашої країни. Здійснюється в цьому напрямі і підготовка науково-педагогічних кадрів: успішно захищено велику кількість кандидатських і кілька докторських дисертацій. Однак, на жаль, досі статус фахівців з фізичної реабілітації не знайшов свого офіційного втілення і не отримав відповідного місця в переліку спеціальностей системи охорони здоров'я України, внаслідок чого таким фахівцям доводиться працювати, згідно штатного розпису медсестрами, масажистами або ще ким-небудь. Зрозуміло, це не сприяє престижу дуже важливої професії фахівця з фізичної реабілітації і суттєво заважає повноцінному функціонуванню такого актуального напрямку у вітчизняній охороні здоров'я.

Більшість всіх подій в Україні, на відміну від глобальної кризи 1990-х років, носить позитив-

ний характер: сталася низка позитивних зрушень в сферах економіки, науки, техніки, освіти, ведеться інтенсивне будівництво, формується і розвивається інфраструктура міст, зміцнюється державне управління, досягнуто відчутних успіхів на міжнародній арені українськими спортсменами, представниками нашої культури і мистецтва,

В газетах, журналах, на телебаченні і радіо інформація носить в основному негативний характер, що призводить до стресів, у яких і без того постійно перебуває більшість населення України. Саме стреси є однією з основних причин розвитку депресії та передчасної смерті, серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних та інших важких хвороб. Тому зміщення акценту в діяльності вітчизняних ЗМІ в позитивний, оптимістичний бік має стати не тільки фактором поліпшення соціальної ситуації в суспільстві, а й одним з важливих напрямків профілактики захворювань серед населення України та дієвим засобом популяризації здорового способу життя.

Всебічний аналіз та узагальнення розглянутих нами численних факторів свідчать про абсолютну очевидність того, що завдання забезпечення належного здоров'я здорових людей в Україні мають бути віднесені до числа першочергових пріоритетів державної політики, до вельми актуальних, вузлових сфер національних інтересів нашої країни.

З урахуванням викладеного, давно назріло і вимагає продуманого, але невідкладного вирішення питання про необхідність оперативної розробки, затвердження і подальшої реалізації національної програми, мета якої – збереження і зміцнення здоров'я наших здорових і відносно здорових співгромадян.

Особливо хотілося б підкреслити, що, на відміну від тих, які приймалися раніше різних програм в галузі охорони здоров'я, у згаданій вище національній програмі МОЗ не повинен бути ні основним розробником, ні головним виконавцем, а лише одним з багатьох задіяних в ній міністерств і відомств.

Така особливість запропонованої національної програми, яка за своїм змістом і колом її учасників повинна носити загальнодержавний характер, як і все сказане в цій статті про МОЗ та його нинішнє ставлення до профілактичних напрямків вітчизняної охорони здоров'я, не означає ні приниження ролі цього міністерства, яке в складних економічних умовах вирішило чимало важливих завдань, ні якого-небудь зневажливого ставлення до традиційної (лікувальної) медицини, ні закликів до перерозподілу фінансових ресурсів.

Висновки

Наша країна мала до початку 70-х років минулого сторіччя одні з найвищих у світі показники здоров'я, передусім середньоочікуваної тривалості життя. Надалі відбулись катастрофічні зміни, які відкинули нас до рівня найбідніших країн світу. Тільки широка комплексна програма соціально-економічних перетворень, в якій візьмуть участь усі

міністерства і відомства, а також саме населення, яка буде проводитись на державному рівні із широким залученням громадських організацій, здатна повернути цей процес у зворотньому напрямі.

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні практичних реальних кроків по утвердженню здорового способу життя в Україні.

Список літератури

1. *Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки: [монографія] / за ред. В.М. Пономаренка. – К., 2006. – 204 с.*
2. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні 2005 р. Київ, МОЗ, 2006. – 276 с.*

СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ — ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. Н. Платонов (Київ)

В статье приводятся показатели здоровья населения Украины, которые стали одними из самых низких в мире. Это произошло начиная с середины 70-х годов прошлого века. Приводится обширная программа социальных и медицинских мероприятий, которые, при их надлежащей реализации, способны утвердить в стране здоровый образ жизни и возвращение к высоким показателям здоровья.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **здоровое население, среднеожидаемая продолжительность жизни, программа здорового образа жизни.**

SAVING AND STRENGTHENING OF HEALTHY PEOPLE HEALTH – THE MAIN AREA OF MODERN HEALTHCARE

V. N. Platonov (Kyiv)

In this article the indicators of public health of Ukraine are given, which became one of the lowest in the world. This happened since the mid 70-ies. We present a broad program of social and medical measures which in their proper implementation, able to establish in the country a healthy lifestyle and return to the highest indicators of health.

KEY WORDS: **a healthy population, the average duration of the expected life of a healthy lifestyle program.**

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

УДК 614.2(4)

М. М. БУЛАТОВА (Київ)

ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД: УРОКИ ТА ОРІЄНТИРИ

Національний університет фізичного виховання і спорту України

В статті наводиться аналіз програми, прийнятої Європейським бюро ВООЗ в 2006 р. під назвою «Курс на оздоровлення», в якій заходи, спрямовані на утвердження здорового способу життя, вкладаються в 6 принципів, і на цьому тлі порівнюється стан справ в Україні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: програма ВООЗ, фізичний фітнес, показники здоров'я.

Ми скорочуємо своє життя своєю нестриманістю, своєю безладністю, своїм потворним ставленням до власного організму
Іван Павлов

В українському суспільстві, як і в парламенті нашої країни, і в структурах її виконавчої влади, далеко не однозначним є ставлення до прагнення України в близькому або більш віддаленому майбутньому вступити в Європейський Союз. У євроінтеграції України є і гарячі прихильники, і не менш завзяті противники, і байдужі до такої перспективи. Хоча, напевно, жити так, як живуть нині в економічно розвинених і соціально благополучних країнах Західної Європи, що входять в ЄС, хотіли б в Україні всі. Які ж у нас на це шанси?

Мета: розкрити причини, чому людиність передових країн Європи живе на 10-15 років довше, ніж українці.

Матеріали і методи. Проаналізовано програму Європейського регіонального бюро ВООЗ, прийняту в 2006 році, під назвою «Курс на оздоровлення».

Результати дослідження та їх обговорення. Позиція Євросоюзу стосовно України чітка і зрозуміла — шукати шляхи для внутрішнього розвитку нашої країни та її співпраці зі своїми найближчими сусідами – при доброзичливому ставленні з боку ЄС, але без реальної допомоги з його боку.

Така позиція ЄС є зрозумілою і обґрунтованою. Адже право опинитися в ЄС може бути отримане Україною не на основі гасел і декларацій, а внаслідок конкретних справ, які переконливо засвідчили б, що наша країна за всіма основними параметрами політичного, економічного, соціального та суспільного життя відповідає хоча б нижній межі стандартів, характерних для країн – членів ЄС. Іншими словами, ми повинні будемо довести, що Україна, в разі її приєднання до ЄС, стане там рівноправним і адекватним партнером, а не важким тягарем, і не буде перекладати всі свої проблеми на плечі ЄС.

Однією з дуже важливих проблем, без вирішення яких Україна не може і думати про своє реальне рівноправне місце серед країн, що входять в ЄС, це проблема здоров'я і фізичного потенціалу населення країни, особливо тієї його частини, яка відноситься до працездатної і знаходиться у віковому діапазоні 15-60 років. На жаль, реальна ситуація у нас в Україні зараз в цій сфері набагато гірша, ніж в переважній більшості європейських держав [1;2].

Всі країни, які віднесені до Європейського регіону ВООЗ, Всесвітня організація охорони здоров'я ділить на три групи. Вони позначаються так: Євр.-А – країни з дуже низькою передчасною смертністю, як серед дорослих, так і серед дітей (зараз до цієї групи входять 27 держав); Євр.-В – країни з низькою передчасною смертністю, як серед дорослих, так і серед дітей (таких держав нині 16); Євр.-С – країни з низькою смертністю серед дітей і високою передчасною смертністю серед дорослих (до цієї групи віднесені 10 держав). В даний час до цієї градації запропоновано додати ще дві групи: Євр.-Д – країни з високою смертністю серед дітей і дорослих; Євр.-Е – країни з високою дитячою смертністю і дуже високою передчасною смертністю серед дорослого населення. Як не прикро, але Україна нині повинна бути віднесена саме до останньої з перелічених груп, причому в ній наша країна займає одну з найгірших позицій.

Дослідження, проведені європейськими відділеннями ВООЗ та іншими організаціями, свідчать про те, що до хронічних неінфекційних захворювань найбільше схильна саме працездатна частина населення України. У нашій країні від цих хвороб втрачає працездатність і передчасно вмирає в середньому в 4 рази більше людей цієї вікової групи (15-60 років), ніж в країнах, що входять в ЄС. Сьогодні середня тривалість життя в Україні на 11,7 року, а середня тривалість

здорового життя – на 12,4 року менше, ніж в економічно розвинених і соціально благополучних європейських державах. За цими показниками Україна поступається не тільки тим державам Європи, які віднесені до найбільш сприятливої групи Євр.-А, а й країнам груп Євр.-В і Євр.-С, в тому числі Польщі, Словаччини, Угорщини, Боснії і Герцеговині, Білорусі, Туреччини, Вірменії, Албанії, Молдови.

У значної частини населення України до 50-55 років різко знижується життєздатність і життєстійкість, на людей такого віку навалюється тягар хвороб, причому це відбувається у нас на 15-20 років раніше, ніж в європейських державах, віднесених до групи Євр.-А, де чимало людей зберігають високий життєвий тонус і здатність плідно працювати до 75-80-річного віку.

Україна має одні з найгірших в Європейському регіоні показники за впливом серцево-судинних захворювань на здоров'я населення; на цю групу хвороб в нашій країні припадає близько 60% передчасних смертей у віковому діапазоні 15-60 років (тобто тоді, коли людям має бути забезпечене повноцінне здорове життя з мінімумом ризиків). При цьому смертність від серцево-судинних захворювань в нашій країні в середньому на 11% вища, ніж в тих державах, які віднесені до груп Євр.-В і Євр.-С, і в 3,5 рази вища, ніж в країнах групи Євр.-А.

Смертність від хвороб органів дихання все ще залишається в Україні майже вдвічі вищою, ніж в державах групи Євр.-А. Набагато вищі у нас, ніж у більшості європейських країн, і показники смертності через отруєння, вбивства, самогубства, дорожньо-транспортні пригоди, нещасні випадки і т. п.

Варто, мабуть, згадати і про те, що навіть у Сполучених Штатах Америки, де сьогодні ситуація з основними показниками стану здоров'я населення приблизно така ж, як в благополучних європейських країнах, віднесених ВООЗ до групи Євр.-А, тягар витрат на боротьбу з такими хронічними неінфекційними захворюваннями, як серцево-судинні та хвороби опорно-рухового апарату, виявляється занадто важким навіть для державного бюджету США.

Враховуючи інтеграційні процеси, які протягом двох десятиріч відбуваються в Європі і пов'язані зі зміцненням ЄС як консолідованої спільноти, з прийняттям в нього нових членів і формуванням єдиної політики ЄС у різних сферах, в тому числі і в охороні здоров'я, цілком природно, що саме Європейське регіональне бюро ВООЗ і країни цього регіону, що входять в ЄС, взяли на себе обмін передовим досвідом та доведення його до інших країн.

Європейське регіональне бюро ВООЗ прийняло загальну стратегію боротьби з неінфекцій-

ними захворюваннями і дев'ять конкретних програм з реалізації цієї стратегії, пов'язаних зі створенням умов для здорового способу життя, спрямованих на розвиток міст, транспорту, поліпшення стану навколишнього середовища, продуктів харчування, боротьбу з курінням, популяризацію масового спорту і рухової активності серед дітей, підлітків, людей похилого віку, інвалідів, малозабезпечених громадян і т. д.

Європейська стратегія профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями була прийнята 11 вересня 2006 року на 56-й сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ. У цьому комплексному документі ("Курс на оздоровлення") підкреслюється, що дії, спрямовані на реалізацію наміченої стратегії, повинні ґрунтуватися на наступних шести основних принципах:

- профілактика на всіх етапах життя - це ефективний підхід, і пов'язані з ним витрати слід розглядати як інвестицію в здоров'я і розвиток;
- створення суспільством довкілля, сприятливого для здоров'я людей, що також полегшує вибір здорового способу життя;

- відповідність діяльності служб громадської здоровоохорони і служб медичної допомоги поставленим перед ними завданням, прийняття адекватних заходів, як для боротьби з уже існуючими хворобами, так і для розширення можливостей для зміцнення здоров'я;

- надання людям можливостей, що дозволяють їм зміцнювати здоров'я, ефективно взаємодіяти з медичними службами та активно брати участь у прийнятті рішень щодо лікування і контролю своєї хвороби;

- загальна доступність можливостей для зміцнення здоров'я, профілактики хвороб та отримання медичної допомоги – це найважливіша умова забезпечення справедливості стосовно здоров'я;

- відповідальність уряду на всіх рівнях за вироблення державної політики, що враховує інтереси охорони здоров'я населення, і за прийняття належних заходів у всіх відповідних секторах.

У матеріалах Європейського регіонального бюро ВООЗ наголошується, що рівень фізичної активності людей знаходиться під впливом штучного і природного середовища проживання, соціального оточення, а також низки індивідуальних факторів, таких як: стать, вік, фізичні можливості, наявність вільного часу та мотивації. Те, як люди будують міста, планують міське середовище і якою мірою забезпечують близькість до природних ландшафтів, може служити або стимулом, або перешкодою для реалізації фізично активного способу життя. Є й бар'єри іншого роду, які обумовлені тим соціальним середовищем, в якому люди живуть, навчаються, працюють, відпочивають.

Європейське регіональне бюро ВООЗ також констатує, що стимулювання фізичної активності є одним з ключових компонентів будь-якої стратегії, націленої на розв'язання проблем, що породжуються малорухомим способом життя людей і ожирінням серед дітей і дорослих. Підкреслюється, що фізично активний спосіб життя сприяє поліпшенню індивідуального фізичного та психічного здоров'я, сприяє зміцненню соціальної згуртованості всього співтовариства та підвищення його добробуту [3].

Слід враховувати і те, що можливості для фізичної активності аж ніяк не обмежені спортом і організованими формами активного відпочинку, а існують всюди, де люди живуть і працюють, в навчальних закладах та медичних установах, поряд з будинком і т. д. Наприклад, у програмі Європейського бюро ВООЗ "Здоров'я міста і міське управління" увагу зосереджено на тому, яким чином місцеві органи державного управління, здійснюючи міське планування в інтересах здоров'я населення, можуть сприяти розширенню і поліпшенню можливостей людей в реалізації фізично активного способу життя. Можна згадати й такі концептуальні документи ВООЗ і її Європейського відділення, як "Рух за здоров'я", "Фізична активність і здоров'я в Європі", "Здоров'я дітей та навколишнє середовище", "Глобальна стратегія ВООЗ в галузі раціону і режиму харчування, фізичної активності та здоров'я", "Дії громадської здоровоохорони з метою поліпшення здоров'я дітей та всього населення", "Сприяння фізично активному способу життя в міських умовах. Роль місцевих органів влади" і ряд інших.

Як бачимо, політика ВООЗ та країн, які активно займаються вирішенням проблеми зміцнення здоров'я людей, підвищенням якості та тривалості їх життя, розкриває негативні наслідки найнебезпечнішої помилки, вкоріненої в нашій країні, згідно з якою все те, що пов'язане зі здоров'ям людей, формуванням відповідної політики та практики, дано на відкуп одному відомству і не є сферою інтересів усього суспільства. Що ж до Міністерства охорони здоров'я України, то, як свідчить практика минулого десятиліття, воно виявилось не в змозі не тільки вирішити проблему, але навіть привернути до неї увагу суспільства і керівництва країни.

Зрозуміло, що Європейська стратегія профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями і сформовані на основі цієї стратегії програми – відображення результатів багаторічних фундаментальних і прикладних наукових досліджень, розпочатих ще в 60-70-их роках ХХ століття і спрямованих на зміцнення здоров'я населення, запобігання захворюванням, збільшення тривалості життя здорової частини,

а також підсумок узагальнення передового європейського та світового досвіду.

Саме в 60-і роки минулого століття з'явився і став широко розповсюдженим термін *фізичний фітнес*, під яким розуміється стан фізичного благополуччя людини, що дозволяє їй енергійно, без втоми виконувати завдання в повсякденному житті і забезпечує мінімізацію факторів ризику для здоров'я, пов'язаних з недостатньою фізичною активністю. Таке трактування терміну *фізичний фітнес* багато в чому визначило шляхи розвитку теорії та методики використання рухової активності в системі фізичного виховання людей і зумовило тісний взаємозв'язок завдань, засобів і методів рухової діяльності з факторами профілактики тих чи інших захворювань (серцево-судинних, онкологічних, діабету, остеопорозу, депресії та ін.) з урахуванням вікових, статевих та інших індивідуальних особливостей конкретної людини, стану її здоров'я і можливостей різних функціональних систем організму.

У структурі фізичного фітнесу були виділені різні фактори, які є найбільш значущими для профілактики хронічних неінфекційних захворювань та забезпечення високої фізичної життєздатності людей. Серед цих чинників такі, як: можливість серцево-судинної системи і витривалість до роботи аеробного характеру, маса тіла, співвідношення м'язової, кісткової і жирової тканин; щільність кісткової тканини, силові можливості, гнучкість, здатність до розслаблення і релаксації.

Відповідно до цього почала формуватися (перш за все в економічно розвинутих та соціально благополучних країнах) система знань і практичної діяльності, орієнтована на досягнення високого рівня фізичного фітнесу, а засобом досягнення цього стала науково обґрунтована рухова активність. У всій спеціальній літературі по фізичному вихованню і руховій активності така ситуація зумовила систематизацію наукових знань, їх розширення, поглиблення і прикладне використання, в тому числі в галузі теорії та методики розвитку різних фізичних якостей і можливостей функціональних систем людського організму, визначення нормативів фізичної підготовки, розробки ефективних і достовірних систем тестування. Не менш важливим наслідком такого підходу виявилось те, що рухова активність була подана у вигляді хоч і основного, але все ж далеко не єдиного, а одного з декількох компонентів здорового способу життя, в числі яких відмова від куріння, розумний підхід до вживання алкогольних напоїв, раціональне харчування і відсутність надмірної маси тіла, широке використання сприятливих природних факторів тощо.

Всім цим було зумовлено принципову відмінність розвитку характерної, в основному, для економічно розвинених і соціально благо-

получних країн, системи рухової активності населення, орієнтованої на досягнення високого рівня фітнесу, від десятиліттями вкорінюваної у нас системи фізичного виховання, орієнтованої на різнобічний фізичний розвиток і фізичну підготовленість до трудової, військової та інших видів діяльності, на здачу нормативів комплексу "Готовий до праці й оборони" (ГПО). Реалізація такої державної політики виявилася виключно в сферах військового (допризовна підготовка) і спортивного (змагальний спорт) відомств – у відриві від завдань охорони здоров'я, профілактики захворювань, формування здорового способу життя та ін

Після відновлення Україною в 1991 році незалежності політика держави в цих сферах практично не змінилася. Варто зазначити, що в деяких документах, що визначають стратегію розвитку галузі "Фізичне виховання і спорт" в Україні, які були прийняті в період 1998-2006 років, визначена роль рухової активності населення та масового спорту як важливої складової здорового способу життя, зміцнює здоров'я населення країни. Однак ці документи не були підкріплені реальною практичною діяльністю, що вимагає узгодженої комплексної роботи різних структур державного і приватного секторів, які діють в сферах освіти, виховання, охорони здоров'я, використання трудових ресурсів, транспорту, фізичного виховання та спорту, міського планування, екології, і в силу цього носять суто декларативний характер. Не розвивається належним чином і система підготовки спеціалістів сфери фізичного виховання та масового спорту. Навчальні плани і програми переважної більшості вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, що готують в нашій країні фахівців такого профілю, як і раніше, спираються на стереотипи, визначені теорією і практикою фізичного виховання СРСР, і на прийняті в Україну в 1996 році державні тести і нормативи з фізичної підготовленості (по суті своїй є погіршеним варіантом комплексу ГПО), які були визначені як програмно-нормативні основи вітчизняної системи фізичного виховання і практично узаконили застосування в ній віджилих цільових установок, форм і методів роботи. Державною програмою "Фізичне виховання - здоров'я нації" була передбачена кардинальна переробка програмно-нормативних основ фізичного виховання і згаданих державних тестів. Однак це питання не вирішене й донині.

Не хотілося би думати, що у відповідних державних структурах України не знайомі з програмами Європейського бюро ВООЗ, які регулярно розсилаються цією міжнародною організацією по всіх країнах регіону в якості рекомендацій

до дії. Але доводиться констатувати, що в нашій державі ці програми так і не стали інструментом для конкретної діяльності.

У різних європейських країнах, їх провінціях, областях і містах реалізуються різноманітні програми, спрямовані на сприяння здоровому способу життя населення, включаючи підвищення його рухової активності, створення необхідної для цього матеріально-технічної бази, проведення широких пропагандистських та інших заходів. Згадаємо тут лише деякі напрямки таких численних програм.

- Планування міст і розвиток їх транспортної системи припускає першочергове створення в них умов для пішоходів, для громадян, що пересуваються на велосипедах, і для людей з порушеннями рухових функцій. Далі йде мережа міського громадського транспорту, комерційного та промислового. Заключне місце в цьому переліку пріоритетності займає особистий транспорт (приклад – місто Йорк у Великобританії).

- Вулиці для життя: мова йде про широке використання вуличного простору для пішоходів і створення умов (клумби, дерева, зони паркування і т. д.), при яких автомобілі на таких вулицях можуть пересуватися лише зі швидкістю пішоходів (Німеччина, Нідерланди, деякі країни Північної Європи).

- Створення в містах спеціальних умов, сприятливих для пішоходів: сполученість вуличної мережі, дорожня безпека, безпека щодо злочинності, розміщення різних життєво важливих нежитлових об'єктів (магазинів, закладів побутового обслуговування, кінотеатрів і т. д.), змішане використання територій тощо.

- Планування мікрозон, призначених для найпростіших форм рухової активності населення (з доріжками для бігу та ходьби, тренажерами).

- Спеціальні програми рухової активності для малозабезпечених громадян (з використанням найпростіших спортивних споруд, фінансуванням епізодичного проходження людьми зі згаданої категорії курсів в сучасних оздоровчо-спортивних комплексах).

- Створення спеціальних умов для виховання собак (так як встановлено, що їх власники приділяють ходьбі вдвічі більше часу порівняно з людьми, які не мають собак).

- Створення особливих умов для певних груп людей – дітей, літніх людей, інвалідів. Наприклад, в деяких містах Норвегії реалізується проект "Дитяча стежка", відповідно до якого дітям надана можливість самим позначити на карті міста важливі для них місця, які вони звикли відвідувати. З урахуванням цього плануються наскрізні проходи, ігрові зони, майданчики для занять спортом. У Римі та деяких інших містах

Італії реалізується програма “Пішохідний шкільний автобус”.

- Створення спеціальних парково-оздоровчих зон. Приміром, в одному з найбільших міст Італії – Мілані – створюється “зелений пояс”, що з'єднує ряд парків і відкритих просторів, де здійснюється інтенсивне озеленення і створюються умови для активного відпочинку та масового спорту.

- Створення спеціальних оздоровчих таборів для дітей, які страждають ожирінням (наприклад, у Чеській Республіці). В таких оздоровчих таборах передбачено особливий режим харчування і використання різних форм рухової активності.

- Комплексні програми підвищення рухової активності жителів міст. Приміром, у столиці Данії Копенгагені реалізується програма “Місто в русі”, в якій виділено три напрямки – інформаційно-освітній, створення умов, стимулювання дій.

- У провінції Лімбург, розташованій на південному сході Нідерландів, реалізується програма “Пульс Лімбурга”, спрямована на профілактику серцево-судинних захворювань. В основу програми покладено істотне збільшення рухової активності населення, зниження споживання жирів і відмова від паління. Тільки за п'ять років реалізації цієї програми в Лімбурзі було проведено близько тисячі різних акцій, половина з яких була пов'язана зі збільшенням рухової активності (масові заходи, створення клубів любителів ходьби, велосипедного спорту, плавання тощо).

- В Нордланді (Норвегія) з 2004 року реалізується програма, що охоплює 210 шкіл і націлена на щоденну (не менш ніж 60-хвилинну) фізичну активність школярів. Кожна з шкіл, які беруть участь в цій програмі, сформуvala власні плани з урахуванням наявних ресурсів і інших можливостей.

- У місті Квасіце (Чеська Республіка) щорічно проводиться місячник “Пішки до школи”. Цей місячник включає також щосуботні піші прогулянки та екскурсії школярів по різних історичних містах. При цьому одночасно вирішуються оздоровчі, освітні та виховні завдання.

- У низці європейських країн (наприклад, у Швеції) владою і суспільством досить успішно реалізується цілеспрямована політика, орієнтована на обмеження торгівлі алкогольними напоями та тютюновими виробами (шляхом істотного підвищення цін на ці товари, звуження сфер їх продажу, створення такого громадського мікроклімату, в якому куріння і споживання алкогольних напоїв стають неprestижними).

- У Великобританії, на ділі реалізуючи турботу про повноцінне харчування підростаючого поко-

ління, держава забезпечує всім дітям в школах цієї країни щодня по 400 грамів овочів і фруктів.

- У Фінляндії ефективна робота, спрямована на усунення факторів ризику виникнення серцево-судинних захворювань, дозволила протягом 20 років знизити на 80% передчасну смертність від ішемічної хвороби серця. Аналогічна програма, реалізована протягом 15 років в Ірландії, привела до зниження смертності більш ніж на 48%. При цьому і в Фінляндії, і в Ірландії, як і в низці інших країн, вирішенню згаданих проблем багато в чому сприяло широке використання різних форм рухової активності та популяризація серед населення здорового способу життя.

- Подібні проблеми довелося вирішувати і у Великобританії. Там, як свідчить офіційна статистика, економічні втрати, викликані фізичною інертністю населення і відсутністю хворих людей на робочих місцях, становили 1,9 млн фунтів стерлінгів на рік. Збільшення рівня рухової активності британців всього лише на 10% допомогло суттєво знизити захворюваність і зменшити смертність приблизно на 6000 осіб на рік.

Аналогічним чином посилення уваги до використання різних засобів рухової активності населення дало можливість істотно поліпшити в Великобританії ситуацію з остеопорозом і пов'язаними з цим захворюванням травмами – зокрема, з особливо частими у літніх людей переломами стегнових кісток. За рахунок підвищення рухової активності цього контингенту населення країни вдалося помітно знизити захворюваність остеопорозом і зменшити кількість згаданих травм. Це принесло, крім оздоровчого та соціального ефекту, ще й істотну фінансову економію: адже лікування людей з такими хворобами і викликаними у них травмами обходилося бюджету британської національної служби охорони здоров'я, в середньому, по 1,7 млрд фунтів стерлінгів на рік.

Подібні програми успішно реалізуються не тільки в країнах Європи, а й в інших регіонах планети. Наприклад, у столиці Колумбії Боготі (населення 8 млн осіб) у центральній частині цього міста виділена велика (площею 900 гектарів) паркова зона з відповідною інфраструктурою, призначена для масового спорту та відпочинку з використанням різних форм і засобів рухової активності. В одному з найбільших міст Бразилії – Ріо-де-Жанейро – виділена зона (площею 200 гектарів), що простягнулася по всій багатокілометровій пляжній смузі океанського узбережжя і призначена для рухової активності та масового спорту. Для аналогічних цілей на Кубі створена мережа найпростіших спортивних споруд та зон масового активного відпочинку.

У порівняно невеликому (населення близько 700 тис. осіб) місті Дебрецені в Угорщині за останні 10 років створена більш широка і краще оснащена мережа спортивних споруд, ніж все, що існує в цій сфері у нас в набагато більшому місті Києві.

У той час як у багатьох державах Європи та інших континентів розроблені і успішно виконуються комплексні програми, націлені на підвищення рухової активності населення та реалізацію інших факторів оздоровчо-профілактичної діяльності, яка за короткий час приводить до вражаючих позитивних результатів і в неї залучено безліч міст, у нас в Україні і, зокрема, в її столиці Києві життєві реалії в цьому відношенні мають спрямованість, прямо протилежну передовому світовому досвіду.

Повітря у Києві отруюється вихлопними газами сотень тисяч автомобілів, що посилюється непродуманою і погано організованою інфраструктурою, яка постійно породжує транспортні затори. З вуличних тротуарів витісняються пішоходи, а їх місце (особливо в центральній частині міста) займають автомашини, які стоять на тротуарах.

У Києві відбувається неухильне скорочення зон масового відпочинку, парків та скверів з інтенсивним, зведенням на їх місці житлових і офісних комплексів, торгових центрів і розважальних закладів. Наприклад, у прибережній зоні в урочищі Наталка, поблизу Дніпра, біля затоки, до якої виходять квартали одного з найбільших в нашій столиці житлового масиву Оболонь, замість спочатку запланованих парку та стадіону виростили численні корпуси висотних житлових будинків.

Аналогічні процеси антиекологічної спрямованості відбуваються і в оточуючій Київ лісопарковій зоні, зокрема, в Пущі-Водиці, Кончі-Заспі та деяких інших популярних місцях, які здавна були зеленими зонами оздоровлення та відпочинку жителів столиці України.

Не припиняється в Києві і прагнення "освоїти" таким чином різноманітні здавна улюблені місця масового відпочинку киян – на Трухановому острові, Чорторії, на ділянці дніпровських схилів уздовж набережної від Поштової площі до моста імені Є. О. Патона, на Жуковому острові і в

ряді інших місць. Раз за разом робляться спроби "проштовхнути" проекти забудови цих територій, які є "зеленими легенями" нашої столиці.

В результаті такої практики, Київ, який ще 15 - 20 років тому був одним із самих зелених і чистих міст світу, в останні роки все більше і більше стає небезпечним для життя киян і для міської природи.

Настільки ж небезпечна широка реклама в Україні алкогольних напоїв та тютюнових виробів, що активно ведеться з бігбордів, в пресі і по телебаченню, а також непомірна реклама всіляких лікарських препаратів, неконтрольоване застосування яких може призвести до багатьох прикросців для здоров'я і життя людей. Все це несумісне з вирішенням завдань з формування здорового способу життя населення.

Хоча в останні роки в Україні з'явилися й нині функціонують чимало всіляких фітнес-клубів і фітнес-центрів, які набувають все більшої популярності, проте не секрет, що все це стало наслідком аж ніяк не державної політики, а приватних ініціатив заповзятливих людей.

Висновки

Різні аспекти великої комплексної проблеми, розглянуті в цій статті, переконують в тому, що, на жаль, сьогодні в Україні, при всіх заявлених на самих різних рівнях владних структур нашої держави деклараціях про наміри щодо турботи про здоров'я населення країни, реально робиться дуже мало, бо відсутня єдина державна політика в цій важливій сфері і немає комплексної програми, спрямованої на вирішення оздоровчо-профілактичних завдань у масштабах країни. Формувати таку політику і програму на загальнодержавному рівні потрібно негайно, оскільки зволікання призведе до подальшого поглиблення і без того гострої і важкої ситуації. Для оптимального вирішення цих завдань в Україні безсумнівно стане в нагоді багатий і різноманітний позитивний досвід, накопичений в розвинутих країнах Європейського Союзу та інших державах.

Перспективи подальших досліджень полягають в подальшому моніторингу рівня здоров'я жителів України, який би відповідав вимогам Євросоюзу.

Список літератури

1. *Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки: [монографія] / за ред. В.М. Пономаренка. – К., 2006. – 204 с.*
2. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2005 р. – К. : МОЗ, 2006. – 276 с.*
3. *Health systems topics [Електронний документ]. – URL : <http://www.who.int/healthsystems/topics/en/index.html>. – Title from screen.*

ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ: УРОКИ И ОРИЕНТИРЫ

М. М. Булатова (Киев)

В статье приводится анализ программы, принятой Европейским бюро ВОЗ в 2006 г. под названием «Курс на оздоровление», в которой меры, направленные на утверждение здорового образа жизни, вкладываются в 6 принципов, и на этом фоне сравнивается состояние дел в Украине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: программа ВОЗ, физический фитнес, показатели здоровья.

EUROPEAN EXPERIENCE: LESSONS AND DIRECTIONS

M. M. Bulatova (Kyiv)

The article presents an analysis of the program adopted by the European office of WHO in 2006 called "The course of recovery," which measures aimed at establishing a healthy lifestyle and fit into six principles, and against this background compared to the situation in Ukraine.

KEY WORDS: WHO program, physical fitness, health indicators.

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

УДК 616.12-036.86.001.57

В. П. КЛИМЕНЮК, О. О. ГАЛАЧЕНКО, О. М. ОЧЕРЕДЬКО, І. Ю. АНДРІЄВСЬКИЙ
(Вінниця)

АНАЛІЗ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ВНАСЛІДОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗА APC-КОНСТРУКЦІЄЮ НА ОСНОВІ СТРІП-СПЛІТ-ПЛОТ-ДИЗАЙНУ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вивчалися процеси інвалідизації внаслідок серцево-судинних захворювань населення Житомирської області суцільним методом протягом 1999–2008 рр. на основі дизайну стріп-спліт-плот з урахуванням APC-конструкції (розглядає популяційні процеси в ході зміни і досягання когорт в часі). Аналіз даних проведено на основі ієрархічної нелінійної мікст-моделі. Результати свідчать про збільшення ризику інвалідизації поряд зі зменшенням доступності експертизи та можливості отримати групу інвалідності.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **інвалідизація, APC-конструкція, стріп-спліт-плот-дизайн.**

Світовий досвід розвитку визнає вирішальну роль людського потенціалу. Це може бути проблема трудових резервів країн Африки [18], проблеми демографічного потенціалу країн Європи [11,15], кваліфікованих кадрів в країнах Азії [16,20]. Ситуація в Україні характеризується віковою деформацією працюючих, що веде до великих фрикційних витрат суспільства. Індикаторним явищем є інвалідизація населення. Основний інвалідизуючий ризик серед старшого населення властивий серцево-судинним захворюванням (ССЗ). Класично вивчення ситуації щодо інвалідизації населення допомагає знайти важелі запобігання ризику та відновлення працездатності. Проте популяційні дослідження інвалідизації затруднені внаслідок змішувального впливу APC-факторів (вік, період, когорта). Це перше в Європі і країнах СНД популяційне аналітичне дослідження ризиків інвалідизації, проведене за APC-конструкцією на основі стріп-спліт-плот-дизайну.

Матеріал і методи дослідження. У дослідження було включено всю популяцію Житомирської області, розглянуто всі випадки інвалідизації внаслідок ССЗ в даній популяції протягом 1999–2008 років. Дослідження побудовано на історичних когортах, фактично враховуються експозиції від 1940 р. до 2008 р., матеріал унікальний і буде аналізуватись ще багато років.

Основу дизайну складає APC-конструкція, яка відтворює рух когорт за роками і віком (табл. 1). Опорною одиницею дослідження є когорта за народженням. Дослідження охопило 11 когорт за часом народження до 1940 року, яка охоплювала осіб, які дожили до 1999 року (перша когорта), і послідовно за п'ятирічними періодами народження («1941-45», «1946-50», ...) до наймолодшої когорти, представники якої на-

родилися після 1985 року. Когорта є важливою експериментальною одиницею спостереження, оскільки ототожнює унікальну комбінацію історико-соціальних подій, кумуляцію послідовних експозицій, які зазнали протягом життя представники когорти.

Іншим важливим APC-фактором є час, в якому розгортається життя представників когорти. На відміну від звичної ролі часу як повторюваного фактора дизайну, він має особливу роль в APC-аналізі і відповідному дизайні. Оскільки представники когорт знаходяться в різному віці у кожному з років, час набуває властивостей блокового фактора, втрачаючи значення «повторюваності». В термінах формуляції статистичної моделі час набуває рис рандомізованого фактора і, відповідно, оцінюється як рандомізований ефект. Час, як фактор, що утворює блочну структуру дизайну, є важливою експериментальною одиницею спостереження. Вік, як третій фактор APC-конструкції, визначений дизайном як коваріата, притаманна мешканцю як мікро-одиниці спостереження. Його ефект оцінюється як коваріативний на другому рівні ієрархічної моделі, яка будується за дизайном дослідження. Відповідно вік не бере участі у визначенні експериментальних одиниць дослідження.

Район утворює популяційну одиницю спостереження і, поряд з когортою та роком дослідження, є складовою першого ступеня моделі. Використання популяційної одиниці уможлиблює використання популяційних характеристик, важливими є інвалідизація визначених груп населення, соціально-економічні та медико-демографічні характеристики комуні. Проте внаслідок нерандомізованого географічного розміщення районів між їх популяційними характеристиками вірогідно існує зв'язок.

Описані одиниці спостереження організовані в дизайні спостереження таким чином, що

визначають ряд експериментальних одиниць спостережень, на основі яких тестуються гіпотези, задані завданнями дослідження. Так, крос-класифікація районів з роками спостереження обумовлює стріп-плот (strip-plot) елемент дизайну A*B (на рис. 1 позначено косо заштрихованим прямокутником).

Хоул-плот (whole-plot) експериментальна одиниця дизайну утворена гніздуванням когорти в стріп-плоті C(A*B); дужки виразу показують, що градації фактора C (когорти 1 ... 11) розміщені в елементах перехресної класифікації факторів A і B (на рис. 1 позначено горизонтально заштрихованим прямокутником).

Таблиця 1. Особливості APC-конструкції.
Рух когорт за роками і віком (на прикладі першої і останньої когорти)

Вік	Рік дослідження									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
60+	1	1	1	1	.				.	.
56-60	1	1								
51-55	1									
46-50										
41-45										
36-40										
31-35										
26-30										
21-25									11	11
18-20	.	.					11	11	11	11



Типологічні фактори представників когорти (стать, місце проживання мешканців), в свою чергу, розміщені (утворюють гнізда) в хоул-плот-

тах, утворюючи експериментальну одиницю дизайну спліт-плот (split-plot) F(C(A*B)), на рис. 1 позначено прямокутниками з вкрапленнями.

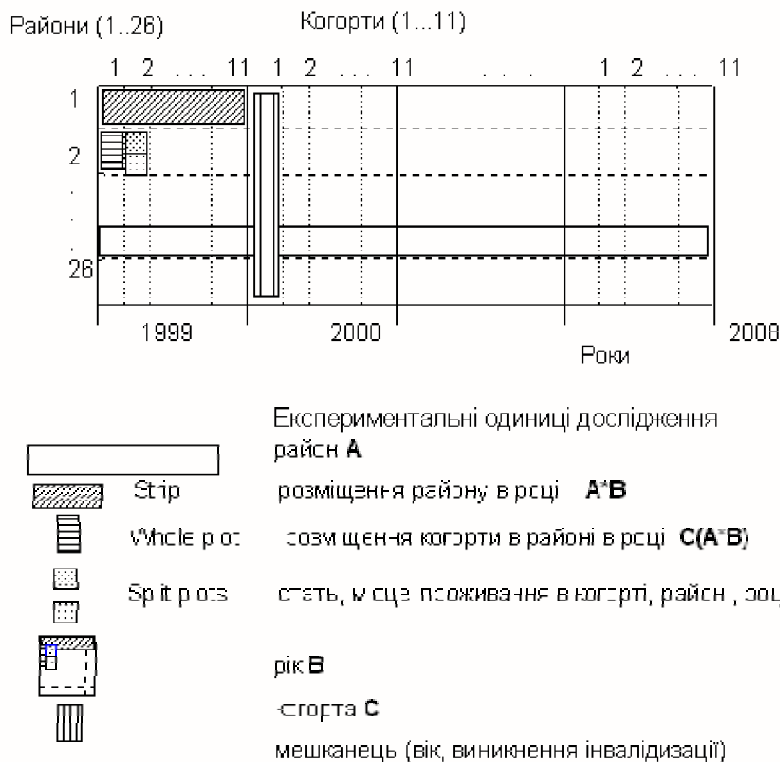


Рис. 1. Стріп-спліт-плот лонгітудинальний дизайн дослідження

Таким чином, дизайном виділено 7 експериментальних одиниць спостережень, основні риси і розміщення яких винесені в назву.

Аналіз даних. Основною проблемою аналізу даних, організація яких включає APC-факто-

ри, є проблема ідентифікації [12;21], суть якої зводиться до сингулярності матриці даних X і відповідно неповного рангу (X'X) внаслідок абсолютного лінійного зв'язку між віком, періодом та когортою: Період-Вік=Когорта. Це означає, що

існує безліч рішень моделі (так чи інакше рішення ґрунтуються на інвертації матриці $X^T X$). Тобто неможливо оцінити (ізолювати) окремо ефект віку, періоду та когорти.

Ми вирішили цю проблему на основі стріп-спліт-плот-дизайну з розшаруванням вказаних ефектів за різними окремими експериментальними одиницями спостереження – від індивідуума, на рівні якого реєстрували вік, до розміщень когорти і періоду по різних одиницях спостережень, аж до макроодиниці спостереження району.

Інша проблема полягала в тому, що окремі експериментальні одиниці спостереження пов'язані з рандомізованими ефектами [17;19]. Так, кожна з 7 задіяних одиниць спостережень становить вибірку (випадкову реалізацію) із популяції (великої множини) можливих, тобто є реалізацією випадкової величини з нормальним розподілом $\sim N(0, \sigma^2)$. Оцінки параметрів цих розподілів утворюють матрицю рандомізованих ефектів ZGZ [17;19], присутність якої різко ускладнює оцінку параметрів моделі. Ще однією особливістю обраного дизайну є ієрархічний характер моделі (див. дизайн) з багатьма гніздовими ефектами, які утворюють складну ієрархічну підпорядкованість ефектів (рівні моделі). Причому ряд рівнів рандомізованих змінних згруповані (гніздяться) у рівні фіксованих ефектів. Наявність фіксованих ефектів поряд з рандомізованими призводить до ієрархічної мікст-моделі із складною внутрішньою структурою. Ускладненням є також нелінійний (логіт) характер зв'язку між ризиком інвалідизації (π) і лінійним предиктором (LP): $p = 1/(1 + \exp(-LP))$

Ми обрали метод оцінки рандомізованих ефектів RPL (метод псевдо-правдоподібності залишків) як найбільш ефективний за заданої ситуації [17;19]. Практично оцінка параметрів відбувається за вкладеними подвійними серіями ітерацій. Перший етап полягає в пошуку оцінок

параметрів θ коваріаційної матриці ефектів. Ми обрали як метод оцінки REML (максимальної правдоподібності залишків), який найменш скошено оцінює параметри θ внаслідок виключення з оцінок фіксованих ефектів шляхом попередньої трансформації даних в залишки. Використаний оптимізуючий алгоритм Ньютона–Рафсона з розрахунком Гессіана (матриці похідних логарифмічної функції правдоподібності другого порядку). Діагональні елементи цієї матриці є найбільш ефективними оцінками помилок θ . Процес оптимізації утворює внутрішні ітерації. На другому етапі оцінюються фіксовані ефекти шляхом GLS (генералізованого методу найменших квадратів). Цей крок реалізований в процедурі через SWEEP оператор як найбільш ефективний. Третій етап полягає в трансформації вихідних (проміжних) даних, процес, що утворює зовнішні ітерації. RPL оцінює, який враховує ієрархію рівнів рандомізованих та фіксованих ефектів, нелінійний характер моделі та складну структуру залишків, реалізовано в новій експериментальній процедурі GLIMMIX (реліз 2008) статистичної аналітичної системи SAS 9.1 Level 1M3 XP Home platform, S/N 882876, Site #12300001 licensed to Ocheredko Oleksandr.

Результати дослідження та їх обговорення. Опис когорт за обсягом та частотою нових випадків інвалідності

Оскільки APC-аналіз ґрунтується на великих масивах даних і вимагає значного наповнення елементів перехресної класифікації когорт з роками дослідження, який обсяг наповнення вважати достатнім, залежить від популяційних явищ, що вивчаються. Якщо традиційно інвалідизація населення вивчається на популяційній основі порядку 1000–10000 осіб, то кількості одиниць дослідження у розрізі комбінацій когорта*рік практично на порядок перевищують достатні (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл розміру когорт народження в розрізі років дослідження*

Когорта	Рік										Всього	
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
-1940	400000	384000	317000	317000								1418000
1941	71422	78418	61580	60356	373000	304000	294000	308000	280000			1830776
1946	91464	92175	82294	84398	85637	66114	72768	75512	123420	152580		926362
1951	98822	99236	91768	92091	94274	85651	86041	86019	77085	78791		889778
1956	98951	95759	99698	99974	98434	92967	95177	94988	85909	87844		949701
1961	90980	92262	94107	91655	88479	95571	92043	89876	95002	93628		923603
1966	101000	100000	91425	91131	90661	87250	87572	87191	87351	84896		908477
1971	99644	99350	95693	94689	91842	91007	90765	90621	87615	87556		928782
1976	379000	372000	92123	92555	91432	90477	89089	87698	89346	88296		1472016
1981			352000	346000	329000	414000	95771	99338	87952	89942		1814003
1986+							310000	294000	394000	384000		1382000
Всього	1431283	1413200	1377688	1369849	1342759	1327037	1313226	1313243	1407680	1147533		13444578

Примітка: * $\Sigma = 13444578$.

Маргінальні кількості одиниць дослідження (стрічка і стовпчик "Всього") свідчать про рівномірний характер розподілу кількості одиниць спостереження рокам та дещо більші потужності початкових та молодших когорт.

Важливим для валідазації APC-конструкції є вивчення розподілу кількості нових випадків інвалідності внаслідок ССЗ в розрізі когорт народження і років. Такий розподіл наведений в таблиці 3.

Таблиця 3. Розподіл кількості нових випадків інвалідності внаслідок ССЗ в розрізі когорт народження і років*

Когорта	Рік									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
-1940	469	384	211	118						
1941	225	247	104	67	260	262	206	151	178	
1946	181	230	204	187	151	127	126	93	141	
1951	68	130	212	177	177	206	199	167	94	64
1956	36	41	134	113	134	161	162	185	160	134
1961	23	17	45	43	64	90	103	125	171	164
1966	14	12	18	22	27	29	37	68	112	117
1971	6	4	9	9	14	8	19	28	77	77
1976	2	2	5	5	7	6	11	7	35	39
1981		.	7	8	13	6	5	2	6	16
1986+		.					3	3	3	17

Примітка: * $\Sigma=8836$.

Як у цілому по захворюванням серцево-судинної системи, так і за окремими групами захворювань, простежується гарна наповнюваність частот перехресної класифікації когорт народження і років. Розподіл частот нових випадків інвалідності повторює розподіл популяційного наповнення і пропорційний до рівнів інвалідації населення України.

Дослідження розподілів хвороб серцево-судинної системи за APC-конструкцією

APC-конструкція утворена рухом когорти одночасно по віковим та часовим градаціям. Дослідження розподілів важливе з двох причин. По-перше, аналізуючи одномірні розподіли, ми можемо будувати одномірні гіпотези і в подальшому компонувати їх в багатомірні. Оскільки формуляція моделі ґрунтується на дизайні даних та гіпотезах, які підлягають вивченню, дані підрозділу допоможуть нам в ідентифікації ієрархічної рандомізованої моделі. По-друге, таке вивчення дає нам змогу змістовніше інтерпретувати результати багатомірного статистичного аналізу, так як саме властивості одномірних розподілів компонент моделі дозволяють пролити світло на логічний зміст отриманих багатомірних оцінників і відповідних статистичних тестів.

Найбільшою проблемою вивчення одномірних розподілів є їх спотворення іншими пов'язаними одномірними розподілами, що особливо характерно для APC-конструкції. Для вирішення цієї проблеми ми відсіювали складові сумісного розподілу факторів, причому не лише APC-конструкції, але й всіх інших потенцій-

них змішувачів, а саме контролювали стать, місце проживання, фактори індивідуальної специфіки районів, а також експериментальні одиниці спостереження, пов'язані із змішувальними ефектами, зокрема ієрархічної послідовності ефектів стріп-плоту, хоул-плоту, спліт-плоту. Фактично вивчаються маргінальні одномірні розподіли. Для кожного з розподілів ми проводили аналіз достовірності відхилень окремих рівнів інвалідації від середнього. Специфіка тестування полягала як в чисельності одночасних порівнянь, що потребує поправку, так і на кореляцію результатів окремих тестів внаслідок спільного середнього рівня, з яким ведеться зіставлення, що теж потребує корекції. Найпотужнішим за таких обставин є тест Нельсона-Сю (Nelson-Hsu). Тест передбачає, що рівень відрізняється від середнього, якщо значення тесту перевищує критичний рівень [11]:

$|t_{i0}| \geq d(a; k, n, r_1, \mathbf{K}, r_{k-1})$, де μ_0 – це середній рівень інвалідації, а $d(a; k, n, r_1, \mathbf{K}, r_{k-1})$ є критичним рівнем (α) множинних порівнянь з однаковим базисом, де k показників порівнюються з середнім μ_0 , з кількістю ступенів свободи v і корельованістю зіставлень з коефіцієнтами кореляції c_1, \dots, c_k , $c_i = n_i / (n_0 + n_i)$; n_i – популяційна основа i -го рівня. Кореляції виникають внаслідок спільного базису порівнянь μ_0 . Фактично $d(a; k, n, r_1, \mathbf{K}, r_{k-1})$ розраховується на основі стимуляційних методик з використанням квантильного рівняння:

$$q^t(a, n, R) = \{q \in P(\max(|t_1|, \mathbf{K}, |t_n|) > q) = a\}$$

Багатомірні вектори t отримуються як випадкові вибірки розподілу з параметрами v (кількість ступенів свободи) і ρ_1, \dots, ρ_k (елементи матриці кореляцій R). $q^i(a, n, R)$ оцінюється за вибіровим значенням \hat{q} з α центилем отриманих рівнів $\max(|t_1|, \mathbf{K}, |t_n|)$. У такий спосіб генерується достатня кількість для забезпечення знаходження істинного значення

$P(\max(|t_1|, \mathbf{K}, |t_n|) > q)$ у межах заданого радіусу, заданого γ від α з достовірністю $100(1-\epsilon)$. Як правило, γ приймається $0,005$ і $\epsilon=0,01$, тобто забезпечується площа хвоста розподілу \hat{q} у ме-

жах $0,005^* \alpha$ з вірогідністю 99%. Саме $P(\max(|t_1|, \mathbf{K}, |t_n|) > q)$ використовується для побудови довірчих інтервалів відмінностей окремих рівнів від μ_0 .

Розподіл інвалідизації внаслідок ССЗ за роками спостереження

АРС-конструкція утворена рухом когорти одночасно за віковими та часовими градаціями. Про важливість аналізу розподілів динамічних популяційних явищ у рамках АРС-конструкції свідчить рис. 2, на якому зображена динаміка інвалідизації внаслідок ССЗ протягом періоду спостереження.

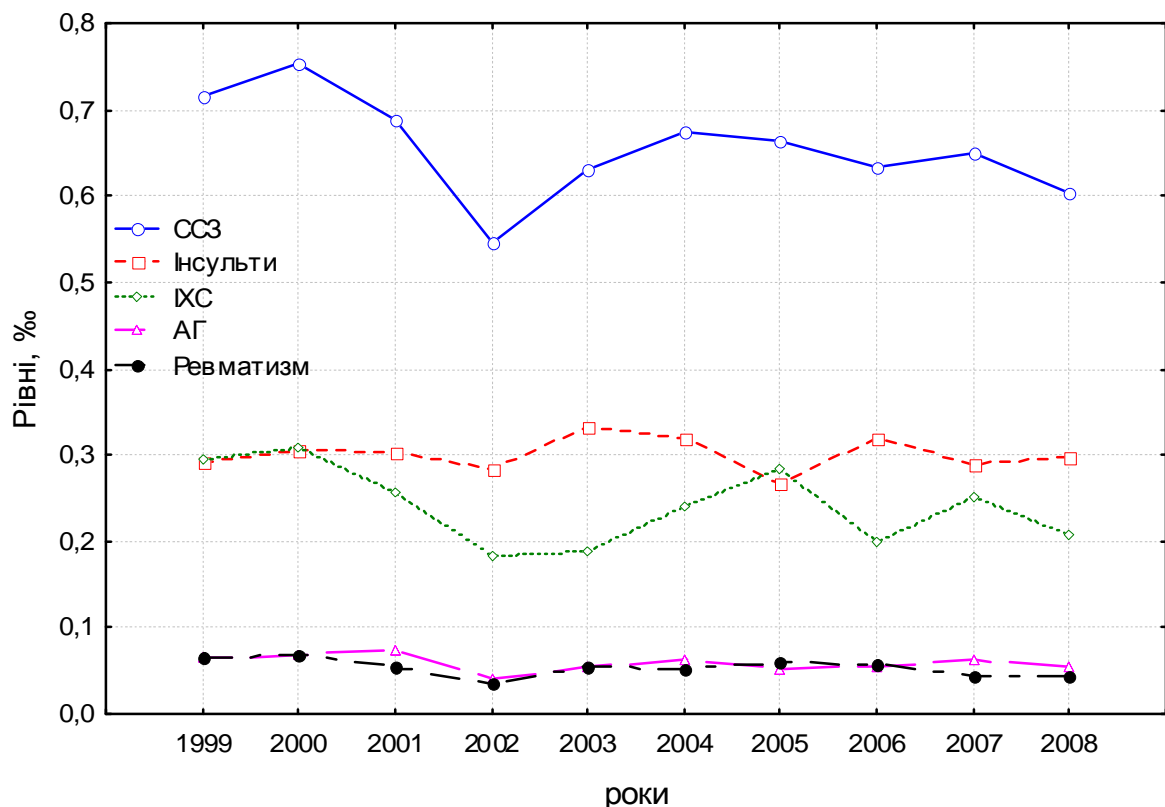


Рис. 2. Динаміка рівнів інвалідизації внаслідок ССЗ

Як видно з динаміки кривих, простежується практично стаціонарний розподіл рівнів. Проте робити висновки про стаціонарний характер процесу недоречно, оскільки паралельно у часі відбувається постаріння когорт та заміна їх молодшими. Саме аналітична декомпозиція за АРС-конструкцією уможливує вивчення динаміки інвалідизації, очищеної від нашарувань зміни та постаріння когорт. Крім того, дизайн дослідження з незалежними експериментальними одиницями спостереження дозволяє також виокремити динамічні зміни соціальної структури та розвитку районів, місця проживання та статі. Саме тому вдається виокремити суто часовий тренд змін інвалідизації населення.

Слід зауважити, що 95% довірчі межі зіставлень отримані за методом симуляцій Нельсона-Сю. Для покращення властивостей багатомір-

ного t -розподілу з параметрами v і R , на основі якого здійснювались реплікації, використана логіт-трансформація рівнів інвалідизації π , тобто $\log[\pi/(1-\pi)]$. При графічному зображенні розподілів рівнів за АРС-факторами і суттєвістю відхилень рівнів інвалідизації (π) від середнього (0,657‰) використана логіт-шкала як основна і поряд наведені оригінальні значення рівнів інвалідизації π .

На рис. 3 зображено динаміку рівнів інвалідизації (π) внаслідок ССЗ протягом років дослідження (1999–2008) і суттєвості відхилень рівнів від середнього (0,657‰). На противагу до рис. 2 привертає увагу різке зменшення рівнів інвалідизації протягом 1999–2008 років. Це зменшення є суттєвим ($F=7,2$; $p<0,0001$). Суттєві відмінності досягаються на кінцевих відрізках часу, що свідчить про особливо швид-

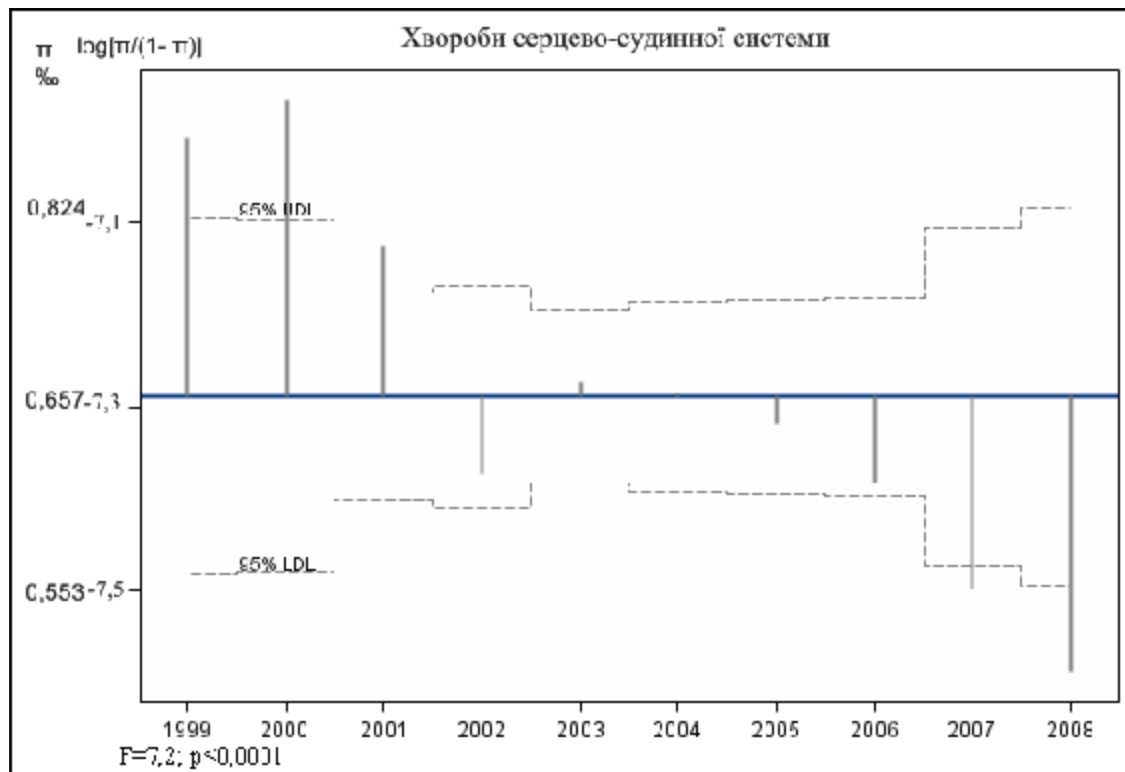


Рис. 3. Відхилення рівнів інвалідності (π) від середнього (0,657%) за роками спостереження (1999–2008 рр.)

ку динаміку зменшення рівнів протягом 1999–2002 і від 2005 до 2008 року. Аналогічні закономірності підтримуються і за найбільш інвалідизуючими групами захворювань (інсульт, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія). Так, динаміка рівнів інвалідизації (π) внаслідок інсультів протягом років дослідження (1999–2008) демонструє суттєве ($F=3,62$; $p=0,0002$) зменшення рівнів від 0,378‰ в 1999 р. до 0,219‰ в 2008 р. із середнім рівнем 0,30‰, особливо виразно зменшення відбулось від 2005 р. до 2008 р. Аналогічне достовірне ($F=10,3$; $p<0,0001$) зменшення рівнів інвалідизації (π) простежується для ішемічної хвороби серця від 0,410‰ в 1999 р. до 0,178‰ в 2008 р., середній рівень 0,243‰, із суттєвим зменшенням рівнів протягом 1999–2002 рр. і, особливо, від 2005 р. до 2008 р. Модель динаміки рівнів інвалідизації (π) внаслідок артеріальної гіпертензії достовірно ($F=2,05$; $p=0,0306$) повторює закономірності попередніх: рівні спадають від 0,117‰ в 1999 р. до 0,028‰ в 2008 р., особливо високий темп зменшення рівнів спостерігається протягом 2005–2008 рр.

Таке драматичне падіння ніяк не можна пояснити успіхами профілактичної та лікувальної медицини, оскільки її якість і доступність відчутно не зросли, натомість спостерігалось падіння кількості лікувально-профілактичних закладів,

зокрема стаціонарної мережі. Насправді кількість ССЗ протягом 1999–2008 років суттєво зросла – від 1950 тис. до 2478 тис. [22]. Проте відсоток витрат на охорону здоров'я у загальній структурі витрат домогосподарства за вказаний період зменшувався від 3,3% до 2,7%. Протягом останніх десятиліть ресурсний потенціал системи охорони здоров'я зазнав суттєвих змін. Динаміка розвитку закладів охорони здоров'я мала тенденцію до постійного скорочення лікарняних закладів поряд із збільшенням амбулаторно-поліклінічних. Адже за попереднє десятиріччя кількість лікарняних закладів загалом по країні зменшилась на 25,6%. Лідерами за темпами скорочення були Сумська, Чернігівська та Житомирська області – 48,8%, 54,3% та 57,4% відповідно [5]. З іншого боку, навіть якби і відбулися значні успіхи в покращанні медичного обслуговування контингентів ризику щодо інвалідизації внаслідок ССЗ, для виражених змін таких наслідків, як інвалідність, вимагається більший проміжок часу. Крім того, падіння показника майже вдвічі не можна пояснити суто складовими медичного обслуговування. Адже цей показник формується під впливом правових регулювань експертизи стійкої непрацездатності, соціальної політики пільг і пенсій з приводу інвалідності.

Розподіл інвалідизації внаслідок ССЗ за віковими групами населення

На рис. 4 зображено розподіл рівнів інвалідизації внаслідок ССЗ в розрізі вікових груп населення і суттєвості відхилень рівнів інвалідизації (π) від середнього (0,657‰). Простежується вікова виразна динаміка росту рівнів інвалідизації від 0,12‰ в молодших вікових групах до максимальних рівнів у віковій групі 51–55 років, а саме 2,11‰, з наступним поступовим зниженням у старшому віці. Видно, що

практично всі повікові рівні інвалідизації виходять за межі 95% інтервалу довіри, тобто суттєво відрізняються від середнього, що свідчить про достовірну динаміку змін з року в рік. У цілому динамічні зміни достовірні, тестова статистика Фішера становить 231, що відповідає рівню $p < 0,0001$. Тотожний повіковий розподіл рівнів інвалідизації внаслідок окремих груп ССЗ.

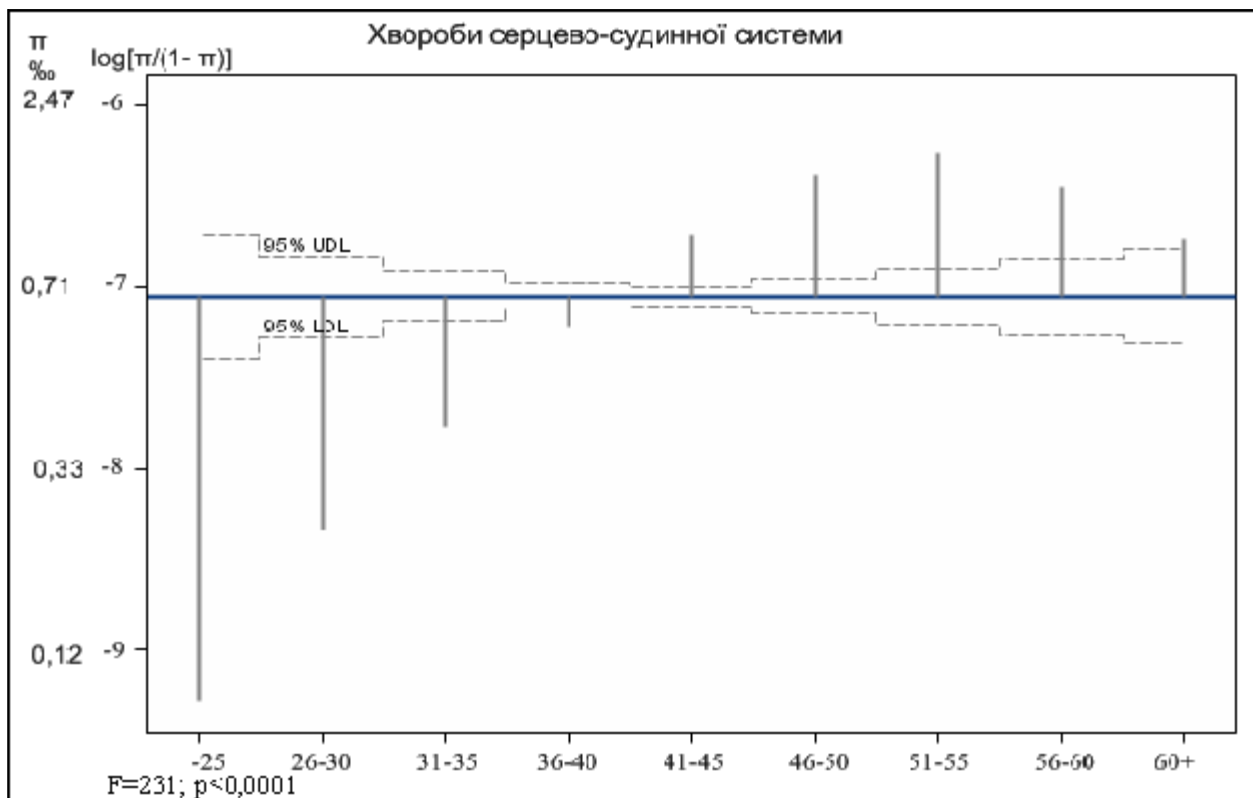


Рис. 4. Відхилення рівнів інвалідності (π) від середнього (0,657‰) за віковими групами

Простежується виразна вікова динаміка росту рівнів інвалідизації внаслідок інсультів від менш ніж 0,045‰ в молодших вікових групах до максимальних рівнів понад 0,80‰ у віковій групі 51–55 років з наступним поступовим зниженням у старшому віці. Всі повікові рівні інвалідизації виходять за межі 95% інтервалу довіри з загальною оцінкою достовірності $F=113$; $p < 0,0001$. Аналогічно до інсультів виражена динаміка росту рівнів інвалідизації внаслідок ішемічної хвороби серця від мінімальних в молодших вікових групах до максимальних рівнів до 0,90‰ у віковій групі 51–55 років з наступним поступовим зниженням у старшому віці. Всі повікові рівні інвалідизації виходять за межі 95% інтервалу довіри з загальною оцінкою достовірності нерівномірності розподілу за віком $F=83,8$; $p < 0,0001$. Аналогічно до попередніх груп ССЗ наявна вікова динаміка росту рівнів інвалідизації внаслідок артеріальної гіпертензії від прак-

тично нульових значень в молодших вікових групах до максимальних рівнів до 0,30‰ у віковій групі 46–50 років з наступним поступовим зниженням у старшому віці. Знову всі вікові рівні інвалідизації виходять за межі 95% інтервалу довіри із загальною оцінкою достовірності нерівномірності розподілу за віком $F=34,6$; $p < 0,0001$.

Чим можна пояснити таку регулярність у віковому розподілі рівнів інвалідизації? Ми проаналізували такі фактори, як рівень освіти, профілактична активність населення, зайнятість, наявність супутніх захворювань, рівень доходів, фізіологічні механізми старіння організму. Останні не викликають сумніву. Судинна система зазнає склеротичного ущільнення інтими, атрофії м'язового шару, зменшення еластичності уже з 40 років. Капілярна мережа зазнає явищ фіброзу і гіалінового переродження, зменшується капілярний резерв з переважанням спастичної фор-

ми капілярних петель, потовщення капілярних мембран та зменшення піноцитозу. З 40 років наростає ендотеліальна дисфункція, підвищуючи тромбогенний потенціал крові. Після 45 років порушуються умовні і безумовні рефлексні на ССС та стан центра гемодинаміки, порушується регуляція коронарного та мозкового кровообігу. Ризик інвалідації також наростає за рахунок акумулювання обмежень життєдіяльності внаслідок супутньої патології та зменшення адаптивних механізмів організму в цілому [4]. Проте чим можна пояснити наявність пікових значень інвалідації у віковій групі 51–55 років, причому з регулярністю щодо окремих груп ССЗ? Відповідь можна шукати лише в соціальному аспекті експертизи стійкої втрати працездатності.

З метою дослідження питань, пов'язаних із доступністю для населення послуг охорони здоров'я та лікарських препаратів, а також отримання інформації щодо самооцінки стану здоров'я членів домогосподарств, наявності хронічних захворювань або інших проблем зі здоров'ям, Головним управлінням статистики у жовтні 2009 р. проведено щорічне вибіркове опитування членів домогосподарств, які взяли участь в обстеженні умов їхнього життя. Використовуючи ці дані та інші джерела [2;9;14], ми проаналізували вікові розподіли мешканців за рівнем освіти, профілактичної активності населення, зайнятості, наявності супутніх захворювань. Виявилось, що жодний з розподілів не відповідав розподілу рівнів інвалідації внаслідок ССЗ за віком, проте повіковий розподіл рівня прибутку тотожно співпадав. Прибутки громадян зростали поступово з віком з максимумом, що припадав на віковий період 51–55 років з наступним зниженням у старшому віці. Чи є логічні підстави такому зв'язку, чи можливі інші пояснення, зокрема наявність змішувального впливу соціально-економічних факторів, які одночасно обумовлюють схожі вікові розподіли рівнів прибутку та інвалідації? Таким потенційним змішувальним фактором може бути соціальне становище. Ми не знайшли офіційних даних щодо вікового розподілу осіб з привілейованим соціальним становищем, тому і не в змозі на пряму спростувати встановлені закономірності. Використання методу інструментальних змінних (кількість підлеглих, кількість підвищень, відношення заробітної платні до інших легальних винагород) в даному разі не спрацьовує, тому що усі вони випадають з поля зору дослідників і офіційних статистичних даних. Проте є безпосередні підстави вважати наявність прямого зв'язку між розміром прибутку громадян та інвалідацією, що підтверджує соціально-опосередкованість явища. По-перше, розмір прибутку пов'язаний із соціальною зрілістю громадян, про що також

свідчить досягнення максимального прибутку у віці розквіту досвіду та творчого потенціалу. А це відомі фактори профілактичної активності населення, розуміння своїх соціальних прав, юридичної грамотності і соціальної активності громадян. По-друге, важливим тригерним фактором є швидкий вихід на пенсію, що змушує громадян шукати можливі шляхи забезпечення старості. По-третє, можливості для "успішного" висновку експертної комісії вищі, зокрема через більший вплив вищеозначених громадян на рішення комісії.

Розподіл інвалідації внаслідок ССЗ у розрізі когорт

На рис. 5 зображено розподіл рівнів інвалідації внаслідок ССЗ в розрізі когорт народження і суттєвості відхилень рівнів інвалідації (π) від середнього (0,657%). Простежується виразна динаміка росту рівнів інвалідації від 0,45‰ у когорті народжених до 1941 р. аж до 1,87‰ у когорті народжених після 1985 р. Слід підкреслити, що вплив розбіжностей когорт за віковою структурою та представництва (наповнення) когорт за роками дослідження нівельовано використанням APC-конструкції. Показники інвалідації когорт стандартизовано також за статтю та місцем проживання.

Саме тому спостережені відмінності приписуються лише часу народження, відповідно базових характеристик когорт при народженні (наприклад, стану здоров'я немовлят), а також унікальній комбінації подій і умов життя когорт. Результати з достовірністю $p < 0,0001$ ($F = 18,9$) свідчать про те, що рівні інвалідації, властиві когортам, невпинно збільшувались по мірі "помолодшання" когорт за часом народження. Про погіршення демографічної ситуації наступних поколінь, прискорення темпів інвалідації та збільшення соціально детермінованої патології в наступних поколіннях йдеться в ряді історико-медичних досліджень [1;6;7;10]. Проте методологія цих досліджень не дозволяє відділити ефект когорт від їх руху у часовій і віковій перспективі. Тому більшу довіру викликає ряд праць, які вивчають історичні аспекти поширеності серцево-судинних розладів у дітей та підлітків. Стверджується істотно змінена в останні десятиліття структура серцево-судинної патології у дітей та підлітків. Відзначено збільшення випадків порушень серцевого ритму, артеріальної гіпертензії, нейроциркуляторної дистонії, народжених вад серця, кардіоміопатії, метаболічних порушень у міокарді, ревматоїдного артрити, захворювань сполучної тканини тощо [3]. Існують переконливі свідчення того, що стан здоров'я призовників з кожним роком погіршується [8]. Результати нашого популяційного дослідження повністю підтримують факт зростання ризику

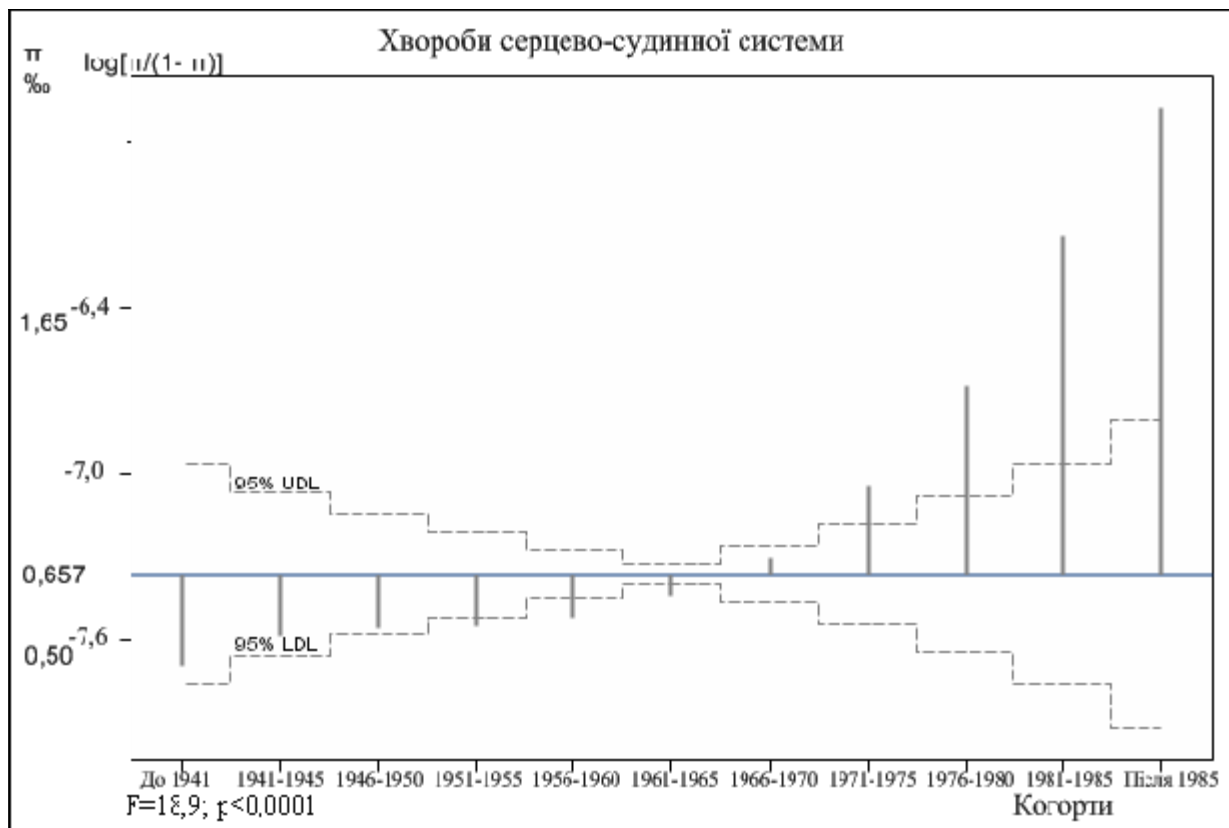


Рис. 5. Відхилення рівнів інвалідності (π) від середнього (0,657‰) за когортами часу народження

інвалідизації внаслідок ССЗ в наступних поколіннях. Аналогічна закономірність зміни ризику інвалідизації за когортами виявлена і для окремих захворювань ССЗ – інсультів ($F=3,4$; $p=0,0002$), ішемічної хвороби серця ($F=8,1$; $p<0,0001$), АГ ($F=2,7$; $p=0,0028$), ревматизму ($F=2,2$; $p=0,016$).

Висновки

1. Проблема інвалідизації населення України є мало вивченою. На заваді стоїть складна багаторівнева організація даних, яка потребує відповідного дизайну та аналізу.

2. Стаціонарна динаміка інвалідизації є складною композицією ефекту когорт, періодів і зміни вікової структури когорт в часі. Розподіл ризиків інвалідизації за кожним з ефектів далекий від стаціонарного.

3. Спостерігається виражене падіння інвалідизації внаслідок ССЗ протягом 1999–2008

років, яке ніяк не можна пояснити успіхами профілактичної та лікувальної медицини.

4. Простежується виразна динаміка росту рівнів інвалідизації від 0,45‰ у когорті народжених до 1941 р. аж до 1,87‰ у когорті народжених після 1985 р., найбільш вірогідно внаслідок падіння рівня здоров'я наступних поколінь.

5. Доведено наявність пікових значень інвалідизації у віковій групі 51–55 років, причому з регулярністю щодо окремих груп ССЗ. Відповідь можна шукати лише в соціальному аспекті експертизи стійкої втрати працездатності.

6. У цілому дані свідчать про збільшення ризиків інвалідизації і одночасне зменшення доступності експертизи та можливості отримати групу.

7. Чи це політика держави (зменшення пільг, доступності експертизи), чи матеріальна мотивація осіб, причетних до експертизи, чи зміни соціуму і ринку праці залишається нерозкритим.

Список літератури

1. Д'яченко Т. В. Стан вивчення проблеми підготовки фахівців-реабілітологів в освітньому просторі України / Т. В. Д'яченко. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/PPMB/texts/2007-10/07dtvesu.pdf.
2. Доходи та заощадження в перехідній економіці України / В. Бандер, В. Буняк, З. Ватаманюк [та ін.]; за ред. С. Панчишина та М. Савлука. – Л. : ЛНУ імені Івана Франка, 2003. – 406 с.
3. Казак С. С. Сучасні аспекти дитячої та підліткової кардіології / С. С. Казак // Укр. мед. часопис. – 2003. – Т. IX–X, №5 (37). – С. 41–44.
4. Коркушко О. В. Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы при старении / О. В. Коркушко / ГУ "Институт геронтологии АМН Украины" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/565/44027>

5. Носуліч Т. М. Формування ринку медичних послуг на регіональному рівні (організаційно-економічний аспект) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. М. Носуліч Т. М. – К., 2008. – 21 с.
6. Паламарчук М. М. Економічна і соціальна географія України з основами теорії : [посібн. для викладачів економічних і географічних факультетів вузів, наукових працівників, аспірантів] / М. М. Паламарчук, О. М. Паламарчук. – К. : Знання, 1998. – 416 с.
7. Пересадин Н. А. Реабілітологія / Н. А. Пересадин, Т. В. Дьяченко. – Луганск : Знання, 2004. – 480 с.
8. Стан здоров'я призовників з кожним роком погіршується. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_id=73324559.
9. Статистичний щорічник Вінниччини за 2010 рік. Держкомстат України / за заг. ред. С. Ігнатова. – Вінниця : Головне управління статистики у Вінницькій області, 2011. – 619 с.
10. Ціборовський О. М. Демографічні зміни та динаміка стану здоров'я населення в незалежній Україні (історико-медичне дослідження) / О. М. Ціборовський [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.uiph.kiev.ua/uploads/docs/ndr_tsiborovsky_2009.doc.
11. Atsuhiko Yamada. The evolving retirement income package: trends in adequacy and equality in nine OECD countries / Atsuhiko Yamada, 2002.
12. Fu W. J. Ridge Estimator in Singular Design with Application to Age-Period-Cohort Analysis of Disease Rates / W. J. Fu // Communications in Statistics – Theory and Method. – 2000. – Vol. 29. – P. 263–278.
13. Hsu J. C. Multiple Comparisons. Theory and Methods / J. C. Hsu. – London : Chapman & Hall, 1996. – 211 p.
14. <http://gus.if.ua/Jun2010/14Jun-u.htm>.
15. Labour market policies and the public employment. Service (Prague Conference) (2001).
16. Labour migration and the recent financial crisis in Asia: (OECD Conference Proceedings), 2000.
17. SAS® for Mixed Models / Littell Ramon C., George A. Milliken, Walter W. Stroup [et al.]. – second edition. – Cary, NC : SAS Institute Inc., 2006. – 834 p.
18. Sonia Bhalotra. Child Labour in Africa. OECD social, employment and migration working papers / Sonia Bhalotra. – DELSA/ELSA/WD/SEM, 2003. – P. 4–79.
19. The GLIMMIX Procedure, June 2006. SAS Press. Cary, NC: SAS Institute Inc. – 258 p.
20. Transforming disability into ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People, 2003.
21. Yang Yang Age-period-cohort analysis of repeated cross-section surveys: fixed or random effects? / Yang Yang, Kenneth C. Land. // Sociological Methods and Research. – 2006. – Vol. 35. – P. 77–121.
22. Державна служба статистики України. Урядовий портал. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>

АНАЛИЗ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО APC-КОНСТРУКЦИИ НА ОСНОВЕ СТРИП-СПЛИТ-ПЛОТ-ДИЗАЙНА

В. П. Клименюк, А. А. Галаченко, А. Н. Очеретько, И. Ю. Андриевский (Винница)

Изучены процессы инвалидизации вследствие сердечно-сосудистых заболеваний населения Житомирской области сплошным методом на протяжении 1999–2008 гг. на основе дизайна стрип-сплит-плот с учетом APC-конструкции (рассматривает популяционные процессы в ходе смены и созревания когорт во времени). Анализ данных произведен на основе иерархической нелинейной микст-модели. Результаты свидетельствуют об увеличении риска инвалидизации наряду с уменьшением доступности экспертизы и возможности получить группу инвалидности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инвалидизация, APC-конструкция, стрип-сплит-плот-дизайн.

ANALYSIS DISABILITY DUE TO CARDIOVASCULAR DISEASES OF APC- CONSTRUCTION BASED ON STRIP-SPLIT-PLOT DESIGN

V.P. Klymenyuk, O.O. Halachenko, O.M. Ocheredko, I.Yu. Andriyevsky (Vinnitsa)

The risks of disability acquisition due to cardiovascular diseases have been investigated in Zhitomirskia oblast population over 1999–2008 by strip-split-plot design and APC construction. Latter unveils population processes while cohorts grow in time and age being gradually replaced with younger. Data analysis exploited hierarchical nonlinear mixed model. Results bare witness to increase in risk of acquiring disability while accessibility of expertise and opportunity of disability recognition by expert commission are increasingly hampered.

KEY WORDS: disability, APC-construction strip-split-plot-design.

УДК 616-058:314.42-055.1(477.61)

Г.О. СЛАБКІЙ, С.В. ДУДНИК (Київ, Луганськ)

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТІ ЧОЛОВІКІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"
ДЗ "Луганський державний медичний університет"

Проаналізовано випадки смерті чоловіків працездатного віку Луганської області. Наведена медико-соціальна характеристика передчасної смертності чоловіків. Надані рекомендації щодо зниження смертності чоловіків у працездатному віці в регіоні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: передчасна смертність, чоловіки працездатного віку, причини смерті.

Протягом останніх років демографічний характер демографічної ситуації, що склалася в Україні, характеризується зростанням смертності населення, особливо працездатного віку; смертністю чоловіків; диспропорціями в тривалості життя чоловіків і жінок; зменшенням очікуваної тривалості життя. Саме передчасна смертність чоловіків є найбільш значним фактором, що впливає на скорочення середньої тривалості життя населення України і призводить до втрати людського потенціалу, дефіциту трудових ресурсів, перешкоджає створенню стійкої фінансової і ресурсної бази держави [5;6]. За показником середньої очікуваної тривалості життя наша держава посідає передостаннє місце в Європі, а українські чоловіки живуть на 12–13 років менше чоловіків у провідних європейських країнах [2;3;8]. Порівняльний аналіз показників смертності в країнах ЄС та Україні вказує на те, що найбільш небезпечним віком у чоловіків щодо ризику передчасної смерті є вік 15–59 років, проте в нашій державі смертність в даному віці в 3,5 рази перевищує європейські показники [7]. Смертність завжди була найбільш чутливим індикатором соціально-економічних умов життя і стану охорони здоров'я в країні, тому виникає гостра необхідність у максимально комплексній оцінці передчасної смертності чоловіків для прийняття рішень, насамперед на регіональному рівні, щодо попередження смертності та охорони здоров'я чоловіків працездатного віку.

Мета роботи – провести аналіз смертності чоловіків працездатного віку Луганської області та вивчити загальні аспекти медико-соціальної характеристики передчасної смертності чоловіків.

Матеріали і методи. Проаналізовано статистичні дані за період 2001–2010 рр.; дані власного дослідження зібрані на підставі облікової

статистичної документації за 2008 р. (форми №071-1/о "Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі", №151/о "Журнал обліку померлих на рівні лікувального закладу", №025-2/о "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів", №025-6/о, №025-7/о "Талон амбулаторного пацієнта") 7582 випадків смерті чоловіків працездатного віку – мешканців Луганської області. Статистичне оброблення результатів проведено із використанням статистичних модулів Statistica 6.0 for Windows, методів біостатистики, епідеміології.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними Державного комітету статистики України, рівень смертності в Луганському регіоні перевищує середній показник по Україні (по області 16,4 померлих на 1000 населення (‰) за період січень-листопад 2011 р., в Україні – 14,6) [1]. Поряд з вищесказаним протягом тривалого часу однією з провідних демографічних проблем області залишається проблема передчасної смертності чоловіків, що створює соціально-економічну загрозу розвитку регіону і держави в цілому.

Проведений аналіз статистичної документації в період 2001–2010 рр. свідчить про те, що найбільш репрезентативним за останні 5 років для дослідження медико-соціального аспекту смертності в регіоні є 2008 рік., протягом якого в Луганській області спостерігався найбільший рівень смертності чоловіків працездатного віку: 8 530 випадків смерті, загальний коефіцієнт смертності чоловіків 16–59 років становив 3,65 померлих на 1000 населення, приватний показник смертності чоловіків 16–59 років – 7,98 померлих на 1000 чоловічого населення. Це найімовірніше пов'язано з виникненням стресових ситуацій в суспільстві у зв'язку з економічними подіями 2008 року: падіння ВВП, обвал

цілого ряду стратегічних галузей, глибоке падіння гривні, світова фінансова криза, наслідками якої стало банкрутство компаній, масові скорочення штатів, заморожування заробітної плати

в бюджетних сферах, рекордне зростання цін >20%, заморожування вкладів від населення, неплатоспроможність населення за валютними кредитами (табл. 1).

Таблиця 1. Коефіцієнти смертності чоловіків працездатного віку (16-59 років) Луганської області за період 2001–2010 рр. (на 1000 осіб)

Рік	Абсолютне число випадків смерті в працездатному віці	Загальний коефіцієнт	Приватний коефіцієнт	КСНПВ*, чоловіки
2001	8336	3,26	6,79	10,7
2002	7988	3,17	6,90	10,7
2003	7978	3,21	6,99	10,7
2004	8805	3,60	7,83	11,7
2005	8884	3,67	8,02	11,8
2006	8130	3,40	7,43	10,8
2007	8378	3,54	7,75	11,2
2008	8530	3,65	7,98	11,5
2009	7140	3,10	6,75	9,8
2010	6466	2,82	6,17	9,0

Примітка: * КСНПВ – коефіцієнт смертності населення в працездатному віці.

У загальній структурі причин смертності чоловіків працездатного віку Луганської області провідне (I) місце займають хвороби системи кровообігу (29,6±0,6%, 95% ДІ), друге (II) – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (25,6±1,0%, 95% ДІ), третє (III) рейтингове місце належить хворобам органів травлення (15,3±0,8%, 95% ДІ), четверте (IV) – новоутворенням (10,2±0,7%, 95% ДІ), п'яте (V) – інфекційним і паразитарним хворобам (7,3±0,6%, 95% ДІ). Загалом середній вік передчасно померлих чоловіків склав 46,92±0,23 року (Std. Dev.: 9,878; 95% ДІ: 46,70-47,14). Встановлено значущу різницю середнього віку смерті залежно від причини смерті ($F=85,735$; $p<0,0005$): найменший середній вік смерті у чоловіків спостерігається від інфекційних і паразитарних захворювань (43,15±0,82; Std. Dev.: 9,670; 95% ДІ: 42,35-43,96), потім від травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (43,40±0,5; Std. Dev.: 11,103; 95% ДІ: 42,90-43,89), III місце займає середній вік смерті від хвороб нервової системи (44,89±1,35; Std. Dev.: 9,877; 95% ДІ: 43,55-46,22), IV – неточно визначені та невідомі причини смерті (46,41±1,32; Std. Dev.: 9,728; 95% ДІ: 45,11-47,72), V – хвороби органів травлення (46,84±0,54; Std. Dev.: 9,121; 95% ДІ: 46,31-47,37).

Аналіз повікової структури причин смертності виявив ряд загальних особливостей. Так, у чоловіків у віці 18–39 років I рейтингове місце займають травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників. У віці 40–49 років смертність за цим класом хвороб зсувається на II місце, поступаючись першістю хворобам

органів кровообігу. У віці 18–29 та 40–59 років III рейтингове місце належить хворобам органів травлення; інфекційні та паразитарні хвороби займають IV місце у віці 18–49 років; V місце у віці 18–49 років належить новоутворенням (табл. 2). Спостерігається достовірний зв'язок між віком і причиною смерті (χ^2 Пірсона – 670,110; кількість ступенів свободи – 24; $p<0,0005$: коефіцієнт спряженості – 0,285).

Соціальна зайнятість чоловіків розподілилася наступним чином: 78,3% померлих чоловіків не працювали, 21,7% – працювали. Середній вік смерті серед непрацюючих чоловіків склав 47,22±0,28 року (Std. Dev.: 9,773; 95% ДІ: 46,94-47,50), серед працюючих – 46,50±0,57 (Std. Dev.: 10,219; 95% ДІ: 45,94-47,06). Структура причин випадків смерті працюючих і непрацюючих чоловіків наступна: I місце займають хвороби кровообігу (33,4% серед працюючих чоловіків, 29,0% – серед непрацюючих), II місце – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (26,7% та 24,0% відповідно), III місце у працюючих чоловіків посідають новоутворення (19,1%) та у непрацюючих – хвороби органів травлення (17,2%), виявлено статистичний зв'язок між соціальною зайнятістю і причиною смерті чоловіків (χ^2 Пірсона – 206,611; кількість ступенів свободи – 8; $p<0,0005$).

Вивчення випадків смерті залежно від місця проживання чоловіків вказує на переважання кількості випадків смерті серед чоловіків, які проживали в місті (69,7%), над випадками смерті серед чоловіків, що мешкали в селищах міського типу (сmt) і селах Луганської області (відповідно 16,4% та 13,9%). Середній вік померлих

Таблиця 2. Повікова структура смертності чоловіків працездатного віку Луганської області за причинами смерті у 2008 р. (P±m%)

Причина смерті	Вікова група			
	18–29 р.	30–39 р.	40–49 р.	50–59 р.
Інфекційні та паразитарні хвороби	9,66±2,39	13,65±2,18	8,92±1,21	4,37±0,67
Новоутворення	5,41±1,83	5,32±1,43	8,15±1,17	13,54±1,12
Хвороби нервової системи	3,11±1,41	4,12±1,26	3,11±0,74	2,24±0,49
Хвороби системи кровообігу	11,79±2,61	16,45±2,35	27,38±1,9	37,26±1,58
Хвороби органів дихання	4,10±1,61	5,02±1,39	5,63±0,98	5,28±0,73
Хвороби органів травлення	11,63±2,6	17,86±2,43	16,08±1,56	14,71±1,16
Неточно позначені та невідомі причини смерті	3,11±1,41	3,21±1,12	2,75±0,7	2,78±0,54
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	49,92±4,05	33,61±3,0	27,2±1,89	18,58±1,27
Інші	1,31±0,92	0,81±0,57	0,82±0,39	1,28±0,37

чоловіків у місті склав 47,04±0,3 року (Std. Dev.: 9,8; 95% ДІ: 46,77-47,31), у смт – 46,58±0,6 (Std. Dev.: 10,18; 95% ДІ: 46,00-47,15), у селах – 46,95±0,6 (Std. Dev.: 10,00; 95% ДІ: 46,33-47,56). У загальній структурі смертності за причинами смерті по містах, селах і смт Луганської області рейтингові місця розподілилися однаково: I місце належить хворобам системи кровообігу, II займають травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, III – хвороби органів травлення, IV – новоутворення, V – інфекційні захворювання у містах та смт і хвороби органів дихання в селах. В ході дисперсійного аналізу значущих відмінностей між середнім віком смерті і місцем проживання, а також достовірного зв'язку між причинами смерті в загальній структурі смертності і місцем проживання не встановлено. У повіковій структурі за причинами смерті і місцем проживання є деякі особливості: у віці 18–29 років в смт і селах області III місце займають новоутворення (7,34±1,5% та 7,23±1,62% відповідно), у містах в даній віковій групі їм належить V місце (4,64±0,59%); у віці 30–39 років в смт III місце, а в селах – II місце займають хвороби системи кровообігу (відповідно 14,91±2,05% і 21,65±2,58%), а в містах в даній віковій групі їм належить IV місце (15,9±0,2%); у віковій групі 40–49 років I місце в смт і селах займають травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (26,9±2,55% і 30,75±2,88%), а в містах вони займають II місце (26,4±1,23%); у віці 50–59 років на V місце в смт і селах виходять хвороби органів дихання (6,34±1,41% і 7,19±1,62%), а в містах їм належить у цій віковій групі VI місце (4,67±0,59%).

Оцінка якості надання медичної допомоги передчасно померлим чоловікам показала, що у 54,6% випадків смерті вона надавалась відповідно до стандарту, в 44,5% випадків медична допомога не надавалась, в інших випадках

смерті медична допомога не відповідає стандарту. У 72,8% випадків смерті від травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників, в 92,6% смертей від неточно позначених та невідомих причин смерті, в 43,1% випадків смерті від хвороб органів кровообігу, в 36,8% смертей від хвороб органів дихання, в 30,5% смертей від захворювань нервової системи і в 19,1% випадків смерті від інфекційних захворювань медична допомога не надавалась взагалі. Виявляється статистичний зв'язок між причиною смерті і якістю надання допомоги (χ^2 Пірсона – 1474,036; кількість ступенів свободи – 16; $p < 0,0005$; коефіцієнт спряженості – 0,409; V Крамера – 0,317; коефіцієнт Фі – 0,448).

Аналіз структури смертності за тривалістю хвороби, що призвела до смерті, показав, що в більшості (37,8%) випадків реєструється раптова смерть, у 35,8% випадків хвороба тривала роки, в 13,4% – місяці та в 13,1% випадків – дні. У загальній структурі причин раптової смерті I місце належить травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх чинників (50,5%), II місце – хворобам серцево-судинної системи (31,2%), III – хворобам органів травлення (6,0%); в структурі причин смерті від хвороби тривалістю дні I місце займають хвороби системи кровообігу (32,7%), II – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (22,7%), III – хвороби органів дихання (19,8%); в структурі причин смерті від хвороби тривалістю місяці I місце належить новоутворенням (39,7%), II – хворобам органів травлення (20,9%), III – хворобам системи кровообігу (16,6%); в структурі причин смерті від хвороби тривалістю роки I місце займають хвороби системи кровообігу (32,6%), II – хвороби органів травлення (24,3%), III – інфекційні та паразитарні хвороби (13,4%).

Таким чином, залежно від тривалості хвороби структура причин смерті чоловіків різна

(χ^2 Пірсона – 3550,558; кількість ступенів свободи – 58; $p < 0,0005$; коефіцієнт спряженості – 0,575). Якщо причину смерті використовувати для прогнозу тривалості хвороби, редукція помилки складе 18,3%, знання тривалості хвороби на 12,8% зменшить помилку прогнозу щодо причини смерті. За результатами дисперсійного аналізу ($F=102,102$; $p < 0,0005$) спостерігаються статистично значущі відмінності в середньому віці померлих від раптової смерті ($44,69 \pm 0,41$; Std. Dev.: 10,586; 95% ДІ: 44,29-45,09) та внаслідок хвороби з різною тривалістю: дні ($46,41 \pm 0,64$), місяці ($48,66 \pm 0,57$), роки ($49,08 \pm 0,35$).

В ході дослідження встановлено, що чоловіки, які перебували на диспансерному обліку, жили в середньому довше, ніж чоловіки, що не знаходились під диспансерним наглядом ($F=307,097$; $p < 0,0005$). Середній вік смерті чоловіків, що перебували на диспансерному обліку, склав $49,55 \pm 0,33$ року (Std. Dev.: 8,73; 95% ДІ: 49,73-49,87), чоловіків, що не знаходились під диспансерним наглядом, – $45,45 \pm 0,31$ (Std. Dev.: 10,151; 95% ДІ: 45,14-45,75). Взагалі у 56,6% випадків смерті чоловіки не перебували на диспансерному обліку і в 36,7% знаходились на диспансерному спостереженні. Серед померлих від хвороб нервової системи не перебували на диспансерному обліку 69,7% чоловіків, від хвороб системи кровообігу – 57,4%, від хвороб органів дихання – 70,1%, від хвороб органів травлення – 64,1%, від неточно позначених та невідомих причин смерті – 80,5%, від травм, отруєнь та деяких інших наслідків зовнішніх чинників – 85,2%.

Структура причин смертності чоловіків, які перебували на диспансерному обліку, виглядає наступним чином: I місце займають хвороби органів кровообігу (32,3%), II – новоутворення (22,5%), III – хвороби органів травлення (14,2%); серед чоловіків, що не перебували на диспансерному спостереженні, I місце належить травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх чинників (34,9%), II – захворюванням системи кровообігу (28,2%), III – хворобам органів травлення (16,3%). Спостерігається достовірний зв'язок між причиною смерті та перебуванням на диспансерному обліку (χ^2 Пірсона – 1274,907; кількість ступенів свободи – 8; $p < 0,0005$; коефіцієнт спряженості – 0,391). Відомості про перебування на диспансерному обліку на 14,2% зменшує помилку прогнозу причини смерті.

Серед передчасно померлих чоловіків 84,3% не мали інвалідності, 15,7% чоловіків мали інвалідність. У структурі причин смерті чоловіків з інвалідністю I місце займають хвороби системи кровообігу (31,5%), як і в чоловіків без інвалідності, II місце належить новоутворенням (25,2%), III місце – інфекційним та паразитарним захво-

рюванням (10,6%). У випадках смерті чоловіків без інвалідності II місце належить травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх чинників (28,0%), III рейтингове місце – хворобам органів травлення (16,3%). Спостерігається достовірний зв'язок між наявністю або відсутністю інвалідності і причиною смерті (χ^2 Пірсона – 710,405; кількість ступенів свободи – 24; $p < 0,0005$; коефіцієнт спряженості – 0,297). Статистично значущо чоловіки без інвалідності в середньому помирали раніше, ніж чоловіки з інвалідністю (дисперсії значуще відрізняються, $F=55,895$; $p < 0,0005$). Середній вік смерті чоловіків працездатного віку без інвалідності становить $46,60 \pm 0,25$ (Std. Dev.: 10,003; 95% ДІ: 46,35-46,85), з інвалідністю III групи – $49,38 \pm 0,96$ (Std. Dev.: 7,900; 95% ДІ: 48,43-50,32), з інвалідністю II групи – $48,98 \pm 0,71$ (Std. Dev.: 8,939; 95% ДІ: 48,28-49,68), I групи – $48,49 \pm 1,26$ (Std. Dev.: 9,999; 95% ДІ: 47,25-49,72).

У 67,7% випадків смерті чоловіків швидка допомога не викликала. В структурі причин смерті передчасно померлих чоловіків, що викликали і не викликали швидку допомогу, а також в середньому віці чоловіків, що звернулися і не звернулися до послуг швидкої медичної допомоги, немає відмінностей (визначається рівність дисперсій).

Аналіз смертності чоловіків з урахуванням характеру захворювання, в результаті якого виникла смерть, показав, що в 47,7% випадків смерть спостерігалася від хронічних захворювань, у 30,6% реєструвалася раптова смерть, в 21,7% випадків до смерті призводило захворювання в гострій формі. У загальній структурі смертності від хронічних захворювань I місце займають хвороби органів кровообігу (28,2%), II місце – хвороби органів травлення (23,7%), і III місце належить новоутворенням (18,6%). У випадках гострих захворювань, що призвели до смерті, I місце також займають хвороби органів кровообігу (37,9%), II місце – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (25,5%), III місце – хвороби органів дихання (13,6%). У загальній структурі раптової смерті I місце належить травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх чинників (54,7%), II місце займають хвороби системи кровообігу (27,1%), на III місці хвороби органів травлення (5,6%). Спостерігається достовірний зв'язок між характером захворювання і причиною смерті (χ^2 Пірсона – 2811,764; кількість ступенів свободи – 16; $p < 0,0005$; коефіцієнт спряженості – 0,528). Якщо причину смерті використовувати для прогнозу характеру захворювання, редукція помилки складе 18,9%, якщо характер захворювання використовувати для прогнозу причини смерті, редукція помилки складе 10,9%. Середній вік

померлих від хронічних захворювань склав $49,01 \pm 0,39$ (Std. Dev.: 8,739; 95% ДІ: 48,72–49,30), від гострих захворювань – $46,54 \pm 0,5$ (Std. Dev.: 9,832; 95% ДІ: 46,05–47,02), з причини раптової смерті – $44,12 \pm 0,46$ (Std. Dev.: 10,833; 95% ДІ: 43,567–44,57), відмічається значуща відмінність дисперсій ($F=176,210$; $p<0,0005$). У віковій групі 18–29 років у структурі причин смерті за характером захворювань переважають випадки раптової смерті (53,4%), потім хронічні захворювання (24,8%), III місце займає гострий характер захворювань (21,8%). У віці 30–59 років I місце належить хронічним захворюванням, II – випадкам раптової смерті, III – гострим захворюванням. Зі збільшенням віку питома вага випадків раптової смерті знижується (30–39 років – 36,6%; 40–49 років – 33,9%; 50–59 років – 23,4%), а питома вага хронічних захворювань – збільшується (30–39 років – 40,3%; 40–49 років – 42,9%; 50–59 – 56,2% (χ^2 Пірсона – 326,871; кількість ступенів свободи – 6; $p<0,0005$; коефіцієнт спряженості 0,207).

Найбільша питома вага передчасних смертей чоловіків відзначалась взимку (29,6%), навесні і влітку спостерігалась однакова кількість випадків смерті (по 23,9%), і восени – 22,6%. Питома вага випадків смерті в кожній з вікових груп у повіковій структурі смертності залежно від сезону смерті досить стабільна, але достовірно зв'язку не виявлено. Сезонна структура смерті залежно від причин смерті взимку виглядає наступним чином: I місце займають травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, II – хвороби системи кровообігу, III – хвороби органів травлення. Навесні, влітку і восени структура виглядає наступним чином: I місце належить хворобам системи кровообігу, II – травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх чинників, III – хворобам системи травлення. Визначається зв'язок між сезоном смерті і причиною смерті (χ^2 Пірсона – 62,117; кількість ступенів свободи – 24; $p<0,0005$). Середній вік смерті взимку склав $47,03 \pm 0,41$ року (Std. Dev.: 9,805; 95% ДІ: 46,62–47,44), навесні – $46,59 \pm 0,47$ (Std. Dev.: 10,013; 95% ДІ: 46,13–47,05), влітку – $46,51 \pm 0,47$ (Std. Dev.: 10,101; 95% ДІ: 46,04–46,97), восени – $47,55 \pm 0,46$ (Std. Dev.: 9,558; 95% ДІ: 47,10–48,00), спостерігається нерівність дисперсій по Фішеру ($F=4,168$; $p<0,0005$).

Висновки

За результатами дослідження, в Луганській області у загальній структурі смертності найпоширенішими причинами передчасної смертності

чоловіків є хвороби органів кровообігу, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників і хвороби органів травлення. Особливо привертають увагу зовнішні причини у віці 18–39 років, інфекційні хвороби та хвороби органів травлення у віковій групі 30–49 років, а також новоутворення та хвороби органів кровообігу у віці 50–59 років. Смертність не є ізольованим явищем і пов'язана як з медичними, так і соціальними чинниками ризику, – із соціальною зайнятістю; доступністю, якістю і своєчасністю медичної допомоги; якістю профілактичних медичних оглядів та диспансерного спостереження; місцем проживання; загальним станом здоров'я і віком; тривалістю і характером захворювань; сезоном смерті. З урахуванням вікових особливостей смертності чоловіків працездатного віку за причинами смерті та медико-соціального аспекту смертності необхідно виділити групи ризику і проводити якісні цільові профілактичні заходи, оскільки пліном більшості захворювань можна керувати (зокрема хворобами системи кровообігу, онкологічними захворюваннями, хворобами органів травлення). Зовнішні причини смерті та інфекційні захворювання в цілому можна попередити заходами активної профілактики та розвитком самозберігаючої поведінки. Політика охорони здоров'я має бути зорієнтована на забезпечення доступності та підвищення якості медичної допомоги населенню, оптимізації роботи служб, відповідальних за надання невідкладної допомоги. У свою чергу державна політика повинна бути спрямована на підвищення рівня соціальної захищеності населення; на створення державою мотивації до ведення населенням здорового способу життя та забезпечення всім верствам населення рівного доступу до умов, що визначають здоровий спосіб життя; на організацію робочих місць та активне залучення до роботи працездатного населення; на розробку та впровадження державної стратегії профілактики (первинна профілактика на основі коригування способу життя) та контролю за хронічними захворюваннями.

Перспективи подальших досліджень. Дослідження динаміки смертності в сукупності з вивченням повікових причин передчасної смертності чоловіків та її медико-соціального аспекту сприятиме створенню моделі прогнозування смертності в Луганському регіоні, що дозволить на підставі отриманих прогнозних показників удосконалити заходи та розробити програми щодо профілактики надсмертності чоловіків у регіоні.

Список літератури

1. Державний комітет статистики України. Демографічна ситуація в Україні у січні-листопаді 2011 року. – К., 2012. – Експрес-випуск № 3. – 18 с. [Електронна версія]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрану.

2. Донцова А. Ю. Проблеми зменшення середньої тривалості життя в Україні / А. Ю. Донцова, А. О. Левченко [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.kntu.kr.ua/doc/zb_10_2/stat_10_2/57.doc. – Назва з екрану.
3. Клупт М. Демографія регіонів Землі / М. Клупт. – СПб., 2008. – 247 с.
4. Пирожков С. Демографічний фактор у глобальній стратегії розвитку України / С. Пирожков // Демографія та соціальна політика. – 2004. – № 1-2. – С. 5–20.
5. Рингач Н. О. Надсмертність чоловіків: нагальна проблема українського соціуму / Н. О. Рингач // Журн. укр. лікарської еліти. – 2009. – № 1(07). – С. 75–78.
6. Рингач Н. Жити вместе, умирати порознь, или проблема сверхсмертности мужчин в Украине / Н. Рингач // Демоскоп Weekly. – 2009. – 31 дек. – № 403-404. [Электронная версия бюллетеня «Население и общество»]. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2009/0403/analit02.php>. – Название с экрана.
7. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи // Здоров'я людини та демографія : звіт. – К. : ВЕРСО-04, 2009. – 72 с.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТІ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Г. А. Слабкий (Київ), С. В. Дудник (Луганськ)

Проаналізовані випадки смерті чоловіків трудоспосібного віку Луганської області. Приведена медико-соціальна характеристика преждевременної смертності чоловіків. Предоставлені рекомендації по зниженню смертності чоловіків в трудоспосібному віку в регіоні.

КЛЮЧЕВІ СЛОВА: **преждевременная смертность, мужчины трудоспособного возраста, причины смерти.**

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF MORTALITY AMONG THE WORKING AGE MEN OF LUHANSK REGION

G. O. Slabkyi (Kyiv), S. V. Dudnyk (Luhansk)

The cases of death among the working age men of Luhansk region have been analyzed. Medical and social characteristics of premature mortality among men has been learned. Recommendations as for decreasing of mortality level among the working age men of region have been suggested.

KEY WORDS: **premature mortality, working age men, reasons of death.**

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

УДК 616.5-036.22-053.2

Г. Б. ГОЛЯЧЕНКО, О. В. БОЙКО (Тернопіль)

ОСНОВНІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"
Борщівська центральна комунальна районна лікарня Тернопільської області

Вивчено роль наступних соціальних чинників в розповсюдженості хронічних дерматозів у дітей: джерело доходів, матеріальний і сімейний стан, житлові умови, стан сну, психоемоційні чинники та особистісні якості хворих. Найважливіше значення мали стан сну та джерело доходів сімей.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічні дерматози, соціальні чинники.

Згідно офіційних статистичних даних, хвороби шкіри і підшкірної клітковини входять в першу п'ятірку причин загальної захворюваності населення.

В свою чергу, суттєве місце в структурі захворюваності дітей і підлітків шкірними хворобами посідають хронічні дерматози. Для вивчення нами були взяті основні, найбільш поширені нозологічні одиниці – атопічний дерматит, псоріаз та кропив'янка.

Розповсюдженість атопічного дерматиту серед дітей складає 5-20 % [2;3;4].

Останніми роками особливо стрімко підвищується захворюваність на атопічний дерматит у дітей [1;5;7].

На закупівлю протиалергійних препаратів світ щорічно витрачає 12 млрд. доларів, а захворюваність зростає. Пусковим фактором алергійних захворювань є генетична схильність до 1gE – відповіді, при чому передаються у спадок не хвороба, а сукупність генних факторів, що сприяє її формуванню. Однак для реалізації 1gE імунної відповіді необхідні несприятливі зовнішні і внутрішні фактори або так звані "фактори ризику".

Це – патологія вагітності, захворювання, перенесені під час вагітності і, перш за все, вірусні інфекції, недотримання дієти, куріння та інші шкідливі звички у матері. У дитини, що народилась, факторами ризику можуть бути штучне вигодовування, неправильний режим харчування, порушення з боку шлунково-кишкового тракту, дисбактеріоз, гельмінти і паразити в кишківнику, часті респіраторні захворювання, наявність вогнищ бактеріальної інфекції тощо [6;8]. Однак за цими безпосередніми факторами ризику стоять більш загальні, соціальні причини – матеріальний стан батьків, їх освіченість, спосіб життя, що відображається їх поведінкою. Вивчення соціальних причин росту захворюваності хро-

нічними дерматозами в літературі, по суті, не проводиться.

Мета дослідження вивчити соціальні чинники поширеності хронічних дерматозів у дітей і підлітків.

Матеріал і методи: досліджено захворюваність хронічними дерматозами у дітей та підлітків (86 осіб) та порівняно з трьома контрольними групами (по 86 осіб серед здорових, практично здорових і хронічно хворих).

Результати дослідження та їх обговорення. Вивчені епідеміологічні чинники були розставлені згідно рангів за величиною рівня значущості (табл. 1). Як видно із табл. 1, на перших двох місцях йшли стан сну та джерело доходів. За ними перебували освіта, матеріальний стан і особистісні якості. Житлові умови, психоемоційний стан і сімейний стан обіймали останні місця.

Із вивчених соціальних чинників переважне значення мали стан сну та джерело доходів.

Як видно із табл. 2, стан сну у хворих хронічними дерматозами суттєво відрізнявся порівняно зі здоровими та практично здоровими людьми і суттєво не різнився порівняно з хронічно хворими.

Так, порівняно зі здоровими та практично здоровими особами, він був в 2,0 рази нижче ($p < 0,001$), а порівняно з хворими людьми на 38,5 % вищим ($p > 0,05$).

Що стосується конкретних хвороб, то тут маємо таку картину. Серед хворих на атопічний дерматит число осіб з достатнім сном було в 1,9 разу меншим порівняно зі здоровими людьми і практично здоровими ($p < 0,001$) і майже не відрізнялося з хворими. У хворих на псоріаз число пацієнтів з достатнім сном було в 2,5 разу меншим порівняно з групою здорових та практично здорових осіб ($p < 0,001$) і на 27,5 % менше порівняно з хронічно хворими ($p > 0,05$).

У хворих кропив'янкою число осіб з достатнім сном було в 1,7 разу нижчим порівняно із здоровими та практично здоровими людьми ($p < 0,001$).

Таблиця 1. Співвідношення рівнів значимості при порівнянні епідеміологічних чинників захворювань на хронічні дерматози і контрольних груп

Епідеміологічний чинник	t _{1,2}	t _{1,3}	t _{1,4}	Середнє співвідношення
Джерело доходів	4,99	4,24	4,43	4,55
Житлові умови	1,10	0,32	2,35	1,26
Сімейний стан	0,01	0,46	0,91	0,46
Освіта	4,32	3,99	2,42	3,58
Матеріальний стан	2,83	2,09	4,04	2,99
Особистісні якості	4,88	2,18	0,25	2,44
Психоемоційний стан	3,28	1,0	0,33	1,53
Стан сну	9,0	8,68	1,22	6,30

Таблиця 2. Стан сну у хворих хронічними дерматозами порівняно з контрольними групами (% , t, p)

Сон	%	Контрольні групи, %			Рівень значимості					
		Здорові	Практично здорові	Хронічно хворі	t _{1,2}	t _{1,3}	t _{1,4}	p ₁₂	p ₁₃	p ₁₄
Достатній	51,4±5,3	100,0±1,1	100,0±1,8	37,1±10,5	9,0	8,68	1,22	<0,001	<0,001	>0,05
Недостатній	48,6±5,3	0±1,1	0±1,8	62,9±10,5	9,0	8,68	1,22	<0,001	<0,001	>0,05

Таблиця 3. Розподіл хворих хронічними дерматозами і контрольних груп за джерелом доходів (% , t, p)

Джерело доходів	%	Контрольні групи, %			Рівень значимості					
		Здорові	Практично здорові	Хронічно хворі	t ₁₂	t ₁₃	t ₁₄	p ₁₂	p ₁₃	p ₁₄
Робота на підприємстві, організації, установі	55,8±5,4	58,0±5,3	42,5±9,0	38,6±10,6	0,29	1,28	1,46	>0,05	>0,05	>0,05
Індивідуальна, підприємницька діяльність	38,3±5,2	70,2±4,9	78,9±7,4	85,9±7,6	4,49	4,51	5,17	<0,001	<0,001	<0,001
Утримання за рахунок держави, інших джерел	11,6±3,5	59,3±5,3	67,0±8,6	74,3±9,5	7,57	6,02	6,21	<0,001	<0,001	<0,001
Інше, в т. ч. заробітчанство за кордоном	53,5±5,3	7,5±2,8	12,3±6,0	11,0±6,8	7,62	5,13	4,89	<0,001	<0,001	<0,001

Особливості джерел доходів у хворих конкретними дерматозами порівняно з контрольними групами такі. Найбільші розбіжності спостерігаємо у хворих atopічним дерматитом. У них основним джерелом доходів є заробітчанство (71,1±6,8 %), що переважало це джерело порівняно зі здоровими в 9,5 разу практично здоровими – в 5,8 і хронічно хворими – в 6,5 разу (різниця усереднено достовірна, p<0,001). Натомість індивідуальна і підприємницька діяльність складала 35,6±7,1 %, що було менше порівняно зі здоровими в 2,0, практично здоровими – в 2,2 і хронічно хворими – в 2,4 рази (скрізь p<0,001); утриманство складало 8,9±4,2 % і було відповідно нижчим в 6,7; 7,5 і 8,3 рази (скрізь p<0,001).

У хворих псоріазом розбіжності дещо зменшуються порівняно із контрольними групами. У них частка індивідуальної та підприємницької

діяльності складала 45,5±10,6 %, що було нижче порівняно зі здоровими в 1,5 (p<0,05), практично здоровими – в 1,7 (p<0,01) і хронічно хворими – в 1,9 разу (p<0,001). Дещо меншими були розбіжності і стосовно заробітчанства, частка якого в дослідній групі переважала порівняно з частками в контрольних групах відповідно в 5,4; 3,3 і 3,7 рази (скрізь p<0,01). Що стосується утриманства, то тут розбіжності були найбільшими і складала в дослідній групі меншу частку порівняно із контрольними відповідно в 4,4; 4,9 і 5,5 раз (скрізь p<0,001).

У хворих кропив'яною розбіжності були ще меншими. Тут, як і в контрольних групах, на першому місці була індивідуальна і підприємницька діяльність (36,8±11,0%), хоча вона залишалась меншою порівняно із контрольними групами відповідно в 1,9; 2,1 і 2,3 разу (p<0,01 і 0,001).

Стосовно частки роботи на підприємствах, організаціях і установах і заробітчанства суттєвих розбіжностей не відмічено, а найбільшими розбіжностями були стосовно утриманства. Його частка в дослідній групі була нижчою порівняно із контрольними групами відповідно в 3,8; 4,2 і 4,7 разу (скрізь $p < 0,001$). Слід відмітити, що у хворих кропив'яркою джерел доходів було найменше (1,1 в середньому на 1 хворого).

Висновки

1. Серед вивчених основних епідеміологічних чинників захворюваності хронічними дерматозами дітей і підлітків перші два місця зайняли стан сну та джерело доходів сімей (співвідношення рівнів значимості – 6,30 і 4,55), за ними йшов освітній рівень сімей (3,58), далі матеріальний стан сімей (2,99) і особистісні якості (2,44). Значення психоемоційного стану, житлових умов і сімейного стану було менш помітним (відповідно 1,53; 1,26 і 0,46).

2. Переважну більшість хворих на хронічні дерматози склали особи із недостатнім сном

(майже 50 %). Доходи від роботи на підприємствах, організаціях і установах не виявили впливу на поширеність хронічних дерматозів у дітей і підлітків. Натомість переважну частку сімей (більше 50%) із хворими на хронічні дерматози склали сім'ї, де основним джерелом доходів було заробітчанство за кордоном, а в контрольних групах з тою ж перевагою – індивідуальна і підприємницька діяльність та утримання за рахунок держави та інших джерел. Переважну частку хворих на дерматози склали особи із сімей з середньою освітою, задовільним матеріальним станом, на відміну від контрольних груп, де переважала неповна середня освіта і незадовільний матеріальний стан, що пов'язано зі значно меншим відсотком осіб які працювали за кордоном.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленні та розширенні соціальних чинників захворюваності хронічними дерматозами у дітей та підлітків.

Список літератури

1. *Атопический дерматит* / А. Н. Львов, О. Л. Иванов, Н. А. Солнцева [и др.] – М. : Миклош, 2005. – 95с.
2. *Ищейкин К. Е., Степаненко В. И., Кайдашев И. П.* Атопический дерматит чи синдром атопической экземы/ дерматиту: pro та contra. Погляди на механізм розвитку алергії та атопії // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2007. – № 4(27). – С. 1 – 17.
3. *Калюжная Л. Д.* Атопический дерматит. Современные вопросы диагностики и лечения / Л. Д. Калюжная // Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія. – 2006. – № 1. – С. 19–22.
4. *Клименко В. А.* Атопический дерматит у практиці сімейного лікаря: питання термінології, етіології, патогенезу, діагностики (частина 2) // Сімейна медицина. – 2006. – № 1. – С. 37 – 41.
5. *Проценко Т. В., Проценко О. А.* Особенности наружной терапии при осложненных формах аллергических заболеваний кожи // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2009. – № 3. – С. 32 – 36.
6. *Феденко Е.С.* Факторы риска развития атопического дерматита // Лечащий врач. – 2002. - № 4. – С. 20–23.
7. *Bardana E. J.* Immunoglobulin E – (Ig-E) and non-Ig-E reactions in the patogenesis of atopic eczema/ dermatitis syndrome (AEDS)// Jr. Allergy. Aug 2004; 59: 78: 25 – 29.
8. *Brenninkmeijer E. E. A.* Diagnostic criteria for atopic dermatitis: a systemic review / E. E. A. Brenninkmeijer, M. E. Schram, M. M. G. Leeflang // Br. J. Dermatol. – 2008. – Vol. 158, № 4. – P. 754–765.

ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Г. Б. Голяченко, О. В. Бойко (Тернополь)

Изучено роль следующих социальных факторов в распространенности хронических дерматозов у детей: источник доходов, материальное и семейное положение, жилищные условия, состояние сна, психологические факторы и личностные качества больных. Наиболее важное значение имели состояние сна и источник доходов семей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронические дерматозы, социальные факторы.

MAIN EPIDEMIOLOGICAL FACTORS OF CHRONIC DERMATOSES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

G. B. Holiachenko, O. V. Boyko (Ternopil)

The role of the next social factors in the prevalence of chronic dermatoses in children: a source of income, financial and marital status, living conditions, state of sleep, psychological and emotional factors and personal characteristics of patients was studied The most important importance were sleep state and source of income families.

KEY WORDS: chronic dermatosis, social factors.

Рецензент: к. мед. наук, доц. О. Хара

УДК: 616.24-002.5-085.371-06]-053.2

*І. Т. П'ЯТНОЧКА, С. І. КОРНАГА, Ю. В. ДОВБУШ, С. В. МАДИЧ, Л. А. ГРІНЧЕНКО,
Н. В. ТХОРИК, С. О. БІЛИК, Я. В. БОТЮК (Тернопіль)*

ПОСТВАКЦИННІ БЦЖ-УСКЛАДНЕННЯ У ДІТЕЙ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"
Тернопільський обласний комунальний протитуберкульозний диспансер

В статті приведені дані про частоту і характер поствакцинних БЦЖ-ускладень у дітей за останні 6 років в області та методи лікування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вакцинація, вакцина БЦЖ, ускладнення, поствакцинні регіонарні лімфаденіти.

Туберкульоз як захворювання відомий із стародавніх часів. Це хвороба інфекційна, збудником є мікобактерія туберкульозу (МБТ) з роду *Micobacterium*, родини *Micobacteriaceae*, порядку *Actinomycetales*. У виникненні, розвитку і поширеності туберкульозу чітко простежуються всі три ланки епідеміологічного процесу: джерело захворювання, шляхи передачі й сприйнятливість організму. І при всьому цьому складному механізмі розвитку захворювання профілактичний принцип охорони здоров'я повинен бути пріоритетним. Профілактика туберкульозу складається з комплексу різних заходів. Розрізняють соціальну, санітарну, специфічну (щеплення та ревакцинація) і хіміопротективну. Метою протитуберкульозної вакцинації є створення прищеплюваного імунітету на основі природної резистентності людини до туберкульозної інфекції, що виникає в процесі філогенезу [1].

Специфічна профілактика туберкульозу – це вакцинація і ревакцинація вакциною БЦЖ, що являє собою живі мікобактерії вакцинного штаму БЦЖ-1, ліофільно висушені у 1,5% розчині натрію глутамінату. Останніми роками в Україні перейшли на використання данської вакцини БЦЖ (BCG SSI). Ця вакцина більш очищена і вважається найменш реактогенною серед відомих вакцин БЦЖ з високою імуногенністю.

Інтенсивність поствакцинної алергії та імунітету залежить від кількості життєздатних бактерій у препаратах, що містить оптимальне число бактерій БЦЖ, забезпечує досить виражену напруженість і тривалість прищеплюваного імунітету, в більшості дітей, при наявності помірно виражених місцевих реакцій. Вакцина БЦЖ має достатньо високу профілактичну активність, яка становить 70-85 %, і дитина практично захищена від поширених та ускладнених форм туберкульозу. Правильно проведена імунізація зменшує захворюваність на туберкульоз у 6-10 разів [2;8], до того ж, хоч і частково, на період у 15-20 років [3].

Однак щеплення не дає повного захисту від туберкульозу, оскільки 12-20% ревакцинованих і неревакцинованих хворіють на туберкульоз [4]. Крім цього, застосування вакцини БЦЖ може призвести до різних ускладнень. Частота ускладнень після вакцинації та ревакцинації коливається в межах 0,02-4,0%.

За даними наукової літератури, ускладнення частіше виникають у дітей на перших місяцях життя. В структурі ускладнень регіонарні лімфаденіти (бецежити) займають приблизно 98%, холодні абсцеси, виразки та інші – 2% [5]. Частіше ускладнення спостерігаються серед хлопчиків, а також мешканців міста, порівняно з дівчатками та мешканцями села [6].

Однією з основних причин ускладнень можна вважати порушення техніки внутрішньошкірного введення вакцини; з інших причин – біологічні властивості штаму БЦЖ, висока алергічна настроєність організму, його імунодефіцитний стан тощо [7;8].

Поствакцинні регіонарні лімфаденіти, як одне з найчастіших місцевих ускладнень вакцинації, з'являються переважно на 2-6 місяці життя дитини [9]. Клінічно поствакцинні лімфаденіти перебігають, переважно, безсимптомно, збільшуються лімфатичні вузли, в діаметрі до 1,5 см і більше, переважно пахвові, рідше шийні, над- і підключичні, а іноді й торакальні. Проте деколи поствакцинні лімфаденіти можуть супроводжуватись загальною інтоксикацією, розм'якшенням з наступним утворенням нориць, через які виділяється гній без запаху, після чого вони загоюються. Якщо спонтанне загоєння не відбувається, потрібно проводити лікування, протягом 3-6 міс, 3-4 препаратами першого ряду (ізоніазид, рифампіцин, стрептоміцин, етамбутол, піразинамід) з одночасною місцевою терапією (пов'язка з гідрокортизоновою маззю та примочка рифампіцином 0,45 г у 100 мл 20% розчину димексиду; при появі флуктуації, відсмоктують шприцом

казеозні маси з наступним введенням 5% розчину салюзиду (канаміцину чи стрептоміцину) у відповідній до маси дитини дозі. За відсутності позитивної динаміки, а також наявності симптомів інтоксикації, проводять видалення ураженого лімфатичного вузла разом з капсулою на фоні специфічної хіміотерапії [2].

Результати дослідження та їх обговорення. За 2006-2011 роки в Тернопільській області

вакциновано 67238 дітей, зокрема в перші 3 роки – 33478, в наступні - 33760. В перші роки щеплення проводилося вакциною БЦЖ (інколи і БЦЖ-М), в наступні 3 роки – данською вакциною БЦЖ (BCG SSI). Поствакцині ускладнення за останні 6 років спостерігалися у 158 (0,23 %) дітей. Частота і характер ускладнень за 2006-2011 роки наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Частота і характер поствакцині ускладнень

Ускладнення	Роки						Разом
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Лімфаденіт	2	12	10	19	33	45	121
Лімфаденіт з норицею				1	1	1	3
Інфільтрат і лімфаденіт				1	1	2	4
Холодний абсцес	1	1	2	5	4	15	28
Виразка		2	1				3
Разом	3	15	13	26	39	62	158
% від вакцинованих	0,03	0,13	0,12	0,22	0,37	0,55	0,23

Як видно з таблиці 1, кількість ускладнень з кожним наступним роком зростає, передусім за рахунок регіонарних лімфаденітів і холодних абсцесів. При чому в перші три роки ускладнень було вірогідно менше, ніж в наступні, відповідно 31 (0,09 %) і 127 (0,38 %), $p < 0,05$.

Причину підшкірних холодних абсцесів, їх почастішання, слід пояснити порушенням техніки проведення вакцинації медичним персоналом, зокрема введенням вакцини під шкіру. Переважно холодні абсцеси виникали через 1-6 міс. після вакцинації. З метою їх лікування на місце ураження накладали пов'язки з гідрокортизоновою маззю. За наявності флуктуації казеозні маси аспірували з наступним введенням 5% розчину салюзиду (канаміцину чи стрептоміцину) у відповідній до маси дитини дозі. При неефективному 2-3-місячному консервативному лікуванні абсцес разом з капсулою вилущували хірургічним шляхом.

Значне почастішання у прищеплених регіонарних лімфаденітів за останні 3 роки, можливо, пов'язано з властивостями данської вакцини. Оскільки реакція на введення живих вакцинних мікобактерій може проявлятися незначно вираженим патологічним станом, що сприяє появі ускладнень, зокрема при пониженому імунному статусі дитини. До речі, слід відмітити, що ускладнення на введення вакцини БЦЖ-М спостерігались у 3-4 рази рідше, ніж на вакцину БЦЖ. Оскільки для щадної імунізації недоношених дітей із масою тіла більше 2000 г, а також дітей, яких не прищепили у пологовому будинку через медичні протипоказання, засто-

совували вакцину БЦЖ-М (зі зменшеним вмістом антигену), тобто половину дози вакцини БЦЖ.

Консервативне лікування поствакцині ускладнень виявилось ефективним лише у 59 (37,34%) із 158 дітей.

Серед 127 дітей з поствакцині регіонарними лімфаденітами найчастішою локалізацією були: ліва аксиллярна ділянка (73,2%), рідше надключична (13,4 %), підключична (4,7%), правобічна аксиллярна ділянка (1,6%), двобічна (2,4%) та інші (4,7%). Розміри лімфаденітів коливались від 1,5 см до 5 см. Прооперовано 99 дітей з поствакцині лімфаденітами, оскільки консервативне лікування виявилось неефективним. Вік прооперованих дітей коливався від 1 міс до 2 років. Хлопчиків було 59 (59,6 %), дівчаток – 40 (40,4 %); мешканців села 48 (48,5 %), міста – 51 (51,5 %). Отже за статтю переважали хлопчики, що, можливо, було зумовлено дещо слабшою імунною системою.

Хірургічне лікування полягало у видаленні уражених лімфатичних вузлів з капсулою з наступним продовженням антимікобактеріальної терапії.

В таблиці 2 приведені дані про частоту у відсотках оперативних втручань до загальної кількості вакцинованих дітей за роками спостереження.

Як видно з таблиці 2, частота хірургічних втручань з приводу поствакцині регіонарних лімфаденітів щорічно зростала. Зокрема, з 0,05% в перші 3 роки до 0,24 % в наступні ($p < 0,05$). Отже, за останні 3 роки не лише почастішали поствакцині регіонарні лімфаденіти, а і, вірогідно, зросла абсолютна кількість оперативних втручань з приводу ускладнень, що свідчить про важкість ускладнення та низьку ефективність

Таблиця 2. Частота оперативних втручань з приводу регіонарних лімфаденітів

Абсолютне число	Роки						Разом
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
	1	8	9	18	25	38	99
%	0,01	0,07	0,08	0,15	0,23	0,34	0,15

консервативного лікування. Післяопераційний період протікав гладко, рани загоювались первинним натягом. Лише у 5,15% прооперованих дітей спостерігалися рецидиви, що було зумовлено неповним видаленням патологічно змінної тканини. Після операції призначали 3-місячну антимікобактеріальну терапію, переважно ізоніазидом, рідше в поєднанні з етамбутолом чи піразинамідом на фоні загальноукріплюючих та вітамінних препаратів (вітамін В₆) з подальшим диспансерним спостереженням.

З метою з'ясування можливих причин виникнення поствакцинних регіонарних лімфаденітів, з 52 матерями, діти яких були прооперовані, проведено анкетне опитування. В результаті з'ясувалось, що у старших дітей в сім'ях цих матерів поствакцинних ускладнень не було. Порушення техніки проведення вакцинації відмітили 6 (11,5%) матерів, 8 (15,4%) схилились до думки, що вакцина була неякісна. Однак, найбільш тривожним було те, що більшість (52%) опитаних матерів категорично відмовилися б в подальшому від вакцинації чи ревакцинації. Все це особливо насторожує і вимагає проводити ретельний відбір дітей до вакцинації, строго дотримуватися техніки проведення щеплень. До того ж необхідно проводити своєчасну переконливу аргументацію серед населення і, в першу чергу, серед батьків

про доцільність і високу ефективність вакцинації та ревакцинації проти туберкульозу у дітей.

Висновки

1. На підставі проведеного дослідження констатуємо значну частоту (0,23%) поствакцинних ускладнень, що може бути зумовлено неповноцінним відбором дітей до вакцинації, порушенням техніки її проведення, імунобіологічними особливостями дитячого організму і, як на нашу думку, «кількісними та якісними» властивостями данського штаму вакцини БЦЖ (BCG SSI).

2. З переходом на данський штам вакцини значно (0,55%) почастишали ускладнення, передусім регіонарні лімфаденіти. Однак не слід нехтувати високою профілактичною спроможністю вакцинації, при правильній техніці її проведення і якісній вакцині, профілактичне значення незаперечно високе. Щеплення необхідно обов'язково продовжувати проводити і одночасно проводити настирливу пропаганду серед населення (батьків дітей) про доцільність і необхідність вакцинації та ревакцинації.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на поглиблене вивчення причин поствакцинних ускладнень, можливого переходу на щеплення в більш пізні терміни, через 4-6 міс після народження дитини.

Список літератури

1. *Фтизіатрія*. Підручник / За редакцією проф. В.П. Мельника. – К.: Вид-во "Софія-А", 2008. – 296 с.
2. *Костроміна В.П., Стрижак В.О.* БЦЖ-вакцинація у дітей та її можливі ускладнення // *Здоров'я України*. – 2008. – № 4/1. – С. 54-55.
3. *Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Турченко Л.В., Лірник С.В.* Туберкульоз: організація діагностики, лікування, профілактики та контролю за смертністю [Виробниче видання] – К.: Здоров'я, 2010. – 448с.
4. *Фещенко Ю.І.* Санітарно-освітня робота з туберкульозу: посібник / Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник, М.В. Береговий. – К.: Медицина, 2008. – 192с.
5. *Awad R.* BCG vaccine and post-DCG complication among infants in Gaza Strip, 1999. *East Mediterr Health* 1. – 2001. – № 7 (1-2). – Р. 211-220.
6. *Бондарчук О.Б., Гандзійчук Т.В.* Поствакцинні БЦЖ-ускладнення серед дітей Вінницької області в динаміці (1997–1998 та 2003–2004 рр.) // *Імунологія та алергологія*. – № 3. – 2005. – С. 69.
7. *Аксенова В.А.* Современные подходы к вакцинации против туберкулёза // *Вакцинация*. – 2002. – № 1. – С. 19.
8. *Фещенко Ю.І., Мельник В.М.* Фтизіоепідеміологія. – К.: Здоров'я. – 624 с.
9. *П'ятночка І.Т., Гришук Л.А., Довбуш Ю.В., Корнага Н.В., Корнага Т.В.* Бецежит – одне з найчастіших ускладнень вакцинації БЦЖ // *Вісник наукових досліджень*. – 2010. – № 4. – С.82-84.

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ БЦЖ-ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

І. Т. Пятночка, С. І. Корнага, Ю. В. Довбуш, С. В. Мадич, Л. А. Гринченко, Н. В. Тхорык, С. О. Билык, Я. В. Ботюк
(Тернополь)

В статье представлены данные о частоте и характере поствакцинальных БЦЖ-осложнений у детей за последние 6 лет в области и методы лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вакцинация, вакцинация БЦЖ, осложнения, поствакцинальные регионарные лимфадениты.

POST-VACCINATION OF BCG COMPLICATION IN CHILDREN

I. T. Pyatnochka, S. I. Kornaga, Yu. V. Dovbush, S. V. Madych, L. A. Grinchenko, N. V. Thoryk, S. O. Bilyk, Ya. V. Botyuk
(Ternopil)

The paper presents data on the frequency and nature of post-BCG complications in children for the last 6 years in the region and treatment methods.

KEY WORDS: vaccination, BCG vaccination, complications, vaccination regional lymphadenitis.

Рецензент: проф. М. Г. Савула

О. З. ДЕЦИК, А. М. ЯВОРСЬКИЙ, М. І. ЯВОРСЬКИЙ (Івано-Франківськ)

АНАЛІЗ ПРИЧИН НЕЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ РІВНЕМ НАДАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Стаття присвячена аналізу претензій населення до системи охорони здоров'я та їх внеску у незадоволеність стаціонарною хірургічною допомогою. Проведено соціологічне опитування за спеціальною програмою 530 пацієнтів, які завершували лікування у хірургічних відділеннях стаціонарних закладів Івано-Франківської області всіх рівнів. Встановлено, що основними причинами невдоволеності населення стаціонарною хірургічною допомогою є недостатнє фінансування системи охорони здоров'я (OR=2,37), відсталість медичних технологій (2,02), неналежне забезпечення обладнанням (1,94), територіальна віддаленість закладів (1,80) та нечуйне ставлення медичного персоналу до пацієнтів (1,80), що свідчить про загалом низьку доступність (фінансову, функціональну, територіальну та культурну) якісної медичної допомоги для населення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: задоволеність населення медичною допомогою, стаціонарна хірургічна допомога.

Забезпечення належного рівня здоров'я населення є пріоритетним завданням будь-якої держави, її системи охорони здоров'я, на чому наголошується в стратегічних документах міжнародного, європейського та національного рівнів [6]. Цілі та завдання, що стоять перед системою охорони здоров'я, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я, забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою відповідно до рівня технологічного розвитку, реальних потреб і згідно з дотриманням принципів рівності та справедливості [7].

Проте реалізація стратегічних цілей системи охорони здоров'я стикається з цілим рядом проблем. Нові загрози і виклики громадського здоров'я (високі темпи постаріння населення, накопичення тягаря хронічних захворювань, значне поширення шкідливих звичок і загалом нездорового способу життя) призводять до зростання потреби у обсягах медичного обслуговування, а відповідно до збільшення витрат і ресурсів системи охорони здоров'я, потребують змін та удосконалення підходів до організації надання медичної допомоги. З іншого боку – розвиток нових медичних технологій, зростання стандартів життя, рівня освіти населення в питаннях здоров'я також сприяють і збільшенню вартості медичної допомоги, і підвищенню очікувань громадян щодо її якості [5;7].

Для українського суспільства настав час усвідомити, що раціональне реформування галузі охорони здоров'я сприятиме зняттю соціальної напруги, відродженню довіри населення до вітчизняної медицини та створенню економічно вигідної моделі медичного обслуговування населення [8].

Одним з найпотужніших механізмів реформування та поліпшення ефективності використання ресурсів є підвищення якості медичної допомоги [4;9]. Центральну роль у концепції підвищення якості відіграє адекватне вимірювання параметрів ефективності діяльності системи. Це передусім стосується найбільш ресурсопоглинаючого виду медичної допомоги – стаціонарної, зокрема хірургічної. В колі головних методів визначення ефективності роботи лікарень, поряд з регулярними інспекціями як передумовою ліцензування, незалежними зовнішніми оцінками за існуючими стандартами (ISO, акредитації тощо) та аналізом статистичних показників, одну із провідних ролей ВООЗ відводить опитуванню споживачів [3]. Це дозволяє звернути увагу на оцінку тих аспектів медичної допомоги, що становлять найбільшу цінність для пацієнтів і населення загалом, а отже відповідає самій філософії поняття якості [3;8].

Мета дослідження: вивчити основні причини незадоволеності пацієнтів рівнем надання стаціонарної хірургічної допомоги.

Матеріали і методи. У дослідженні використані результати медико-соціального дослідження, що проводилось на базі хірургічних стаціонарних відділень для дорослих 6 міських і районних, 15 центральних районних та обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області. Опитано 530 пацієнтів, які завершували в них лікування на момент проведення дослідження. За рівнем задоволеності наданою медичною допомогою респондентів було розділено на дві групи. Основну групу склали пацієнти, не задоволені наданими послугами (158 осіб), контрольну – задоволені (372 особи). За основними демографічними параметрами: розподілом за віком,

статтю та місцем проживання, тобто чинниками, що могли суттєво вплинути на доступ та задоволеність якістю медичної допомоги, групи порівняння (задоволені і не задоволені наданою допомогою) між собою не відрізнялися ($p > 0,05$).

Респондентам пропонувалось оцінити за п'ятибальною шкалою проблеми, які викликають найбільші претензії до сучасної системи охорони здоров'я (від нуля – не важливо, до п'яти – дуже важливо). Якщо відповіді були у межах 0–2 балів, проблема вважалась неважливою, 3–4 бали – важливою і при 5 балах – дуже суттєвою. Вивчали такі параметри доступності медичної допомоги, як: висока вартість медикаментів та медичних послуг, недостатнє фінансування медичних закладів та забезпеченість обладнанням, відсталість медичних технологій, умови перебування в стаціонарі, територіальна віддаленість стаціонарної допомоги, низький професіоналізм медиків, неналежне ставлення медичного персоналу.

Оскільки за результатами дослідження отримані переважно категорійні (якісні) дані, для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 обстежених і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію χ^2 [2]. Для вивчення впливу окремих чинників на задоволеність медичною допомогою використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI). Якщо 95% CI містив одиницю, то вплив досліджуваного чинника розцінювали як несуттєвий [1].

Результати дослідження та їх обговорення. Більшість пацієнтів хірургічних відділень (65,85%) – це мешканці сіл, що в цілому відповідає особливостям Івано-Франківської області, у структурі населення якої сільське населення переважає над міським.

Серед осіб, що попали у дослідження, частка жінок переважала над чоловіками (61,70% проти 38,30%), як серед міських, так і серед сільських мешканців. У віковій структурі респондентів окремі вікові групи (до 30, 30–39, 40–49, 50–59 і 60 років та старші) були представлені рівномірно.

Частка незадоволених у всіх зазначених категоріях респондентів (за віком, статтю та місцем проживання) становила приблизно третину опитаних (29,81±1,99%).

Встановлено, що пацієнтів медичних закладів, незалежно від статті та місця проживання, найбільше турбує висока вартість медикаментів (рис. 1). Абсолютна більшість (79,5±1,8%) респондентів визнали це дуже важливою і ще 13,7±1,5% – важливою проблемою, яка знижує доступність медичної допомоги.

Логічно, з віком число таких респондентів зростає із 71,6±4,8% та 15,9±3,9% у молодому віці до 86,21±3,70% і 10,3±3,3% у віці понад 60 років, очевидно внаслідок зменшення фінансових можливостей і більш частих захворювань у похилому віці ($p < 0,05$).

Не встановлено різниці у загальній оцінці цього чинника в основних групах порівняння, а відповідно, й суттєвого впливу цього чинника (рис. 2) на задоволеність медичною допомогою (OR=1,08; 95% CI: 0,50–2,30; $p > 0,05$). Очевидно проблема настільки системна для цілої сфери охорони здоров'я, що однаково турбує все населення і не має окремого значення для формування незадоволеності окремими видами медичної допомоги. Слід думати, всі настільки звикли, що ліки оплачуються із “кишені споживачів”, що не пов'язують цей чинник із погіршенням якості медичного обслуговування.

Спорідненою до попередньої проблеми є висока вартість медичних послуг. Як видно на рис. 1, понад половина респондентів (52,6±2,2%) вважають її дуже суттєвою і ще третина (30,8±2,1%) – важливою проблемою. При цьому спостерігалась очевидна залежність відповідей від рівня доходів. Зокрема в цілому більш вагомо оцінювали цей чинник жінки, які, як відомо, переважно менше матеріально забезпечені, ніж чоловіки ($p < 0,05$). Зростала вага нарікань на вказану проблему і з віком ($p < 0,01$), із найвищим акцентом у віці 40–49 років (59,7±4,6%), що очевидно корелює із найбільшими сімейними затратами в цей період.

У цілому вагомими були й оцінки високої вартості медичних послуг як важливої сучасної проблеми серед незадоволених медичною допомогою порівняно із задоволеними ($p < 0,001$). З рис. 2 видно, що висока вартість медичних послуг, які теоретично (за Конституцією України) мали б бути безкоштовними, але де-факто доводиться оплачувати значну їх частку [10], вже суттєво збільшує шанси незадоволеності медичною допомогою (OR=1,78; 95% CI: 1,01–3,11; $p < 0,001$).

Логічно, що висока вартість медикаментів та медичних послуг впливає із загалом недостатнього фінансування сфери охорони здоров'я. Можливо тому більшість опитаних (61,3±2,2%) оцінили її як дуже вагому і ще третина (27,0±2,0%) – як вагому (рис. 1). Особливо вона турбує пацієнтів, невдоволених медичним обслуговуванням, тотальна більшість яких (93,6±2,0% проти 86,0±1,8% контрольної групи) визнає недостатність фінансування важливим та дуже важливим чинником сучасних проблем охорони здоров'я, а відповідно робить його головним чинником (рис. 2) невдоволеності стаціонарною допомогою (OR=2,37; 95% CI: 1,17–4,81; $p < 0,01$).

Обмеженість фінансових ресурсів супроводжується недостатністю обладнання медичних

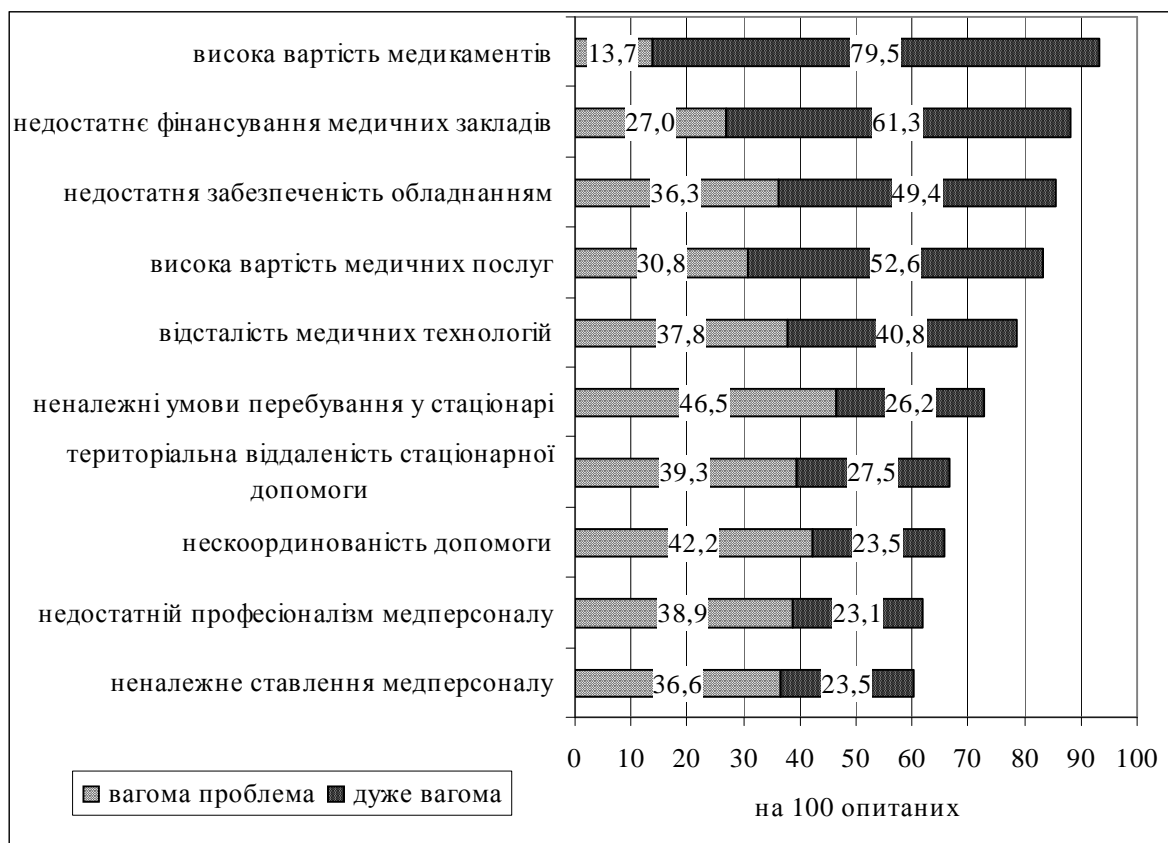


Рис. 1. Оцінка пацієнтами хірургічних відділень стаціонарів проблем сфери охорони здоров'я

закладів. Тому не дивно, що половина опитаних (49,4±2,2%), незалежно від статі, визнавали це дуже важливою проблемою, а третина (36,3±2,1%) – важливою (рис. 1).

Зростала вагомість вказаних претензій з віком ($p < 0,05$), коли зростає потреба у медичній допомозі. Так, якщо у молодому віці 38,6±5,2% опитаних визнавали це дуже важливим, то у похилому таких було вже більше половини – 54,2±5,5%. Слід зазначити, що міські мешканці в цілому дещо гірше, ніж сільські, оцінювали забезпеченість медичних закладів обладнанням ($p < 0,05$), що в черговий раз підкреслює залежність суб'єктивних оцінок від сучасних стандартів життя та вимог, які, як відомо, у міського населення вищі.

При достатньо високій оцінці вагомості внеску згаданого чинника у суму проблем вітчизняної системи охорони здоров'я суттєво зростають (рис. 2) і шанси незадоволення медичною допомогою ($OR=1,94$; 95% CI: 1,05–3,61; $p < 0,05$).

Значними були також претензії респондентів до відсталості медичних технологій (рис. 1). Практично 40% (40,8±2,2%) з них, незалежно від віку та місця проживання, визнавали це дуже важливою і ще третина (37,8±2,2%) – важливою проблемою. Причому жінки, які, як відомо, уважніше ставляться до власного здоров'я, дещо більше уваги приділяли цьому чиннику –

44,4±2,8% з них вважали його дуже важливим порівняно із 34,9±3,5% чоловіків ($p < 0,05$).

Суттєвим цей чинник виявився і стосовно формування рівня задоволеності медичною допомогою загалом. Шанси суттєвих претензій до відсталості медичних технологій у медичних закладах (рис. 2) серед пацієнтів, не задоволених наданою допомогою, значно вищі – $OR=2,02$; 95% CI: 1,20–3,41 ($p < 0,01$).

Вивчення ставлення пацієнтів до умов перебування у стаціонарах показало, що тільки четверта частина опитаних (26,2±2,0%), незалежно від місця проживання і віку, вважають цю проблему дуже суттєвою, хоча для майже половини респондентів (46,5±2,2%) вона є важливою (рис. 1). Логічно, що більші скарги щодо умов перебування в стаціонарах висловлювали молоді жінки ($p < 0,05$).

Не менш логічно, що рівень комфорту у лікарнях є чинником, що формує загальний рівень задоволеності (рис. 2) медичним обслуговуванням ($OR=1,66$; 95% CI: 1,05–2,62; $p < 0,05$).

Безумовно, що питання обладнання медичних закладів, умов перебування в них, обсяг послуг залежать від рівня надання допомоги. З погляду менеджерів та економістів недостатність цих чинників, розпорошеність ресурсів між закладами стаціонарного типу є аргументами на користь структурної реорганізації цього сектора

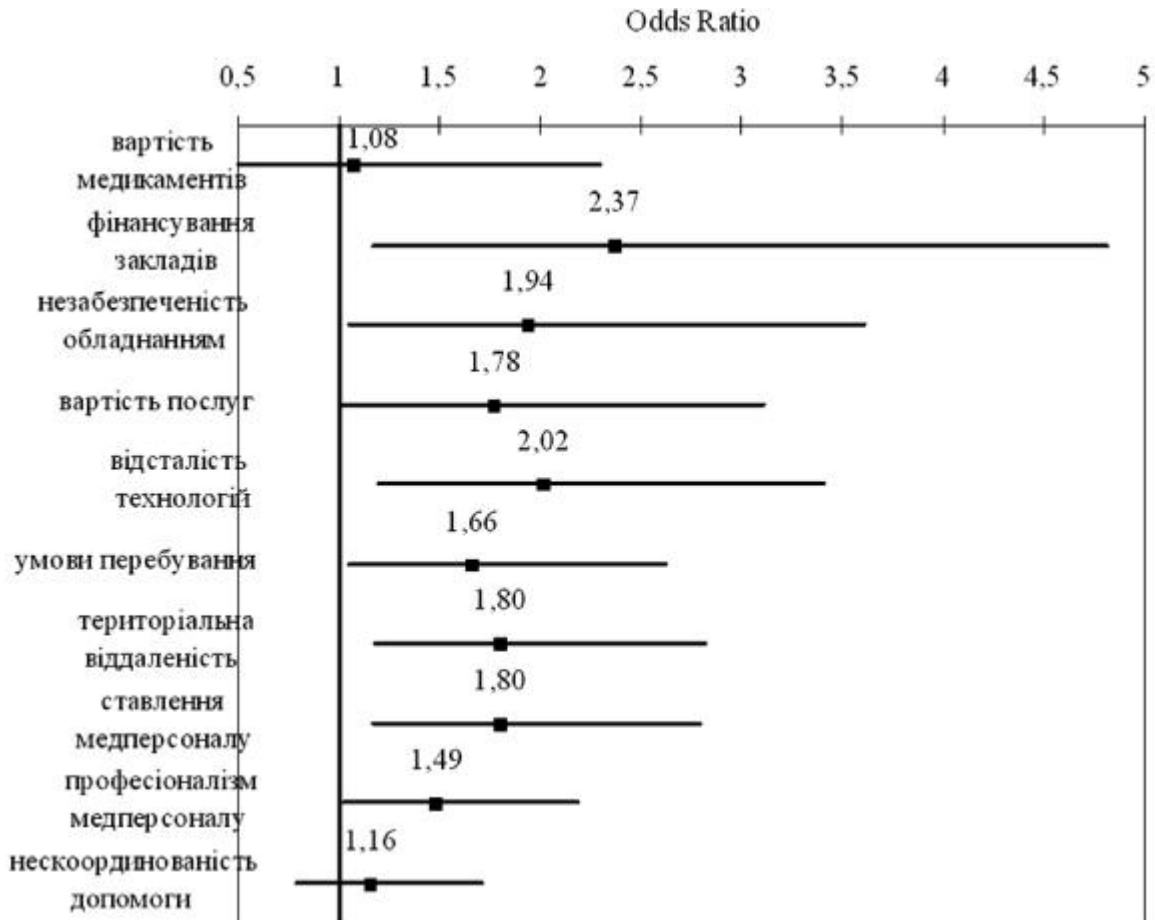


Рис. 2. Чинники формування незадоволеності пацієнтів стаціонарною хірургічною допомогою (відношення шансів OR з 95% довірчим інтервалом)

медичної допомоги, в першу чергу хірургічної та перинатальної [4]. Проте результати нашого дослідження показують, що територіальна віддаленість необхідної хірургічної стаціонарної допомоги є важливим чинником формування невдоволеності населення системою охорони здоров'я загалом. Так, майже 40% опитаних ($39,3 \pm 2,2\%$) оцінили цю проблему як важливу і ще майже третина ($27,5 \pm 2,0\%$) – як дуже важливу (рис. 1), що сумарно у 2–3 рази збільшує шанси (рис. 2) невдоволеності медичним обслуговуванням ($OR=1,83$; $95\% CI: 1,18-2,82$; $p<0,01$). Причому проблема турбує однаково чоловіків і жінок всіх вікових груп ($p>0,05$) і, що найважливіше, не залежить від місця проживання ($p>0,05$). Очевидно, загроза закриття та перепрофілювання малопотужних лікарень однаково хвилює мешканців сіл і міст, а отже вимагає відповідної попередньої інформаційної підготовки населення щодо їх змісту та перспектив.

Загальновідомий низький рівень довіри до лікарів, очевидно, відбився на переконаннях пацієнтів стосовно внеску медичного персоналу у загальні проблеми системи охорони здоров'я. Незалежно від статі та місця проживання, майже 40% опитаних ($38,9 \pm 2,2\%$) непокоїть і ще

чверть ($23,1 \pm 1,9\%$) – дуже непокоїть низький, на їхню думку, професіоналізм медиків (рис. 1). Причому із зростанням досвіду звертання за медичною допомогою зростає і частота тих, кого дуже турбує недостатня фаховість лікарів та інших медичних працівників, – з $18,2 \pm 4,1\%$ у молодому віці до $28,1 \pm 5,0\%$ у віці 60 і старші ($p<0,05$). Практично такі ж частки респондентів, вже незалежно від віку, статі та місця проживання, турбує ($36,6 \pm 2,2\%$) і дуже непокоїть ($23,5 \pm 1,9\%$) неналежне ставлення медичного персоналу до пацієнтів (рис. 1).

Хоча на фоні інших скарг (рис. 1) претензії до медичного персоналу поширені серед населення меншою мірою, проте їх внесок у загальний рівень невдоволеності медичним обслуговуванням суттєвий (рис. 2) – $OR=1,49$; $95\% CI: 1,02-2,19$; $p<0,01$ при невдоволеності фаховим рівнем і $OR=1,80$; $95\% CI: 1,17-2,79$; $p<0,001$ при незадовільному ставленні до пацієнтів.

Висновки

Важливими чинниками, що викликають невдоволеність населення рівнем надання стаціонарної хірургічної допомоги, є недостатнє фінансування системи охорони здоров'я ($OR=2,37$), відсталість медичних технологій ($2,02$), неналеж-

не забезпечення обладнанням (1,94), територіальна віддаленість закладів (1,80) та нечуйне ставлення медичного персоналу до пацієнтів (1,80), що свідчить про загалом низьку доступність (фінансову, функціональну, територіальну та культурну) якісної медичної допомоги для населення. Вирішення проблеми вимагає

організованих зусиль суспільства, загальнодержавного та міжсекторального підходу.

Перспективи подальших досліджень.

Отримані нами результати дослідження будуть використані при розробці удосконаленої системи контролю якості хірургічної стаціонарної допомоги.

Список літератури

1. *Бабич П. Н.* Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Укр. мед. часопис. – 2005. – № 2 (46). – С. 113–119.
2. *Децик О.* З Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісн. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5–8.
3. *Как проводить оценку и мониторинг эффективности работы стационаров?* // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Фактические данные в поддержку принятия решений. – Евробюро ВОЗ, 2003. – 22 с.
4. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
5. *Мишанич Г. І.* Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я / Г. І. Мишанич, Н. В. Нетяженко // Внутрішня медицина. – 2007. – № 6 (6) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://internal.mif-ua.com/archive/issue-3064/article-3618/>. – Назва з екрану.
6. *Москаленко В. Ф.* Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы : [монографія] / В. Ф. Москаленко. – К. : ВД "Авіцена", 2011. – 256 с.
7. *Москаленко В. Ф.* Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : [монографія] / В. Ф. Москаленко. – К. : Книга плюс, 2008. – 320 с.
8. *Нові технології навчання менеджменту в медицині: [навч. посібн.] / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, Н. Г. Гойди, О. П. Мінцера, М. Мітчела.* – К. : Книга плюс, 2009. – 416 с.
9. *Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения* // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – 2008. – 86 с.
10. *Слабкий Г. О.* Сучасні підходи до фінансування систем охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Загледа. – К., 2011. – 345 с.

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ УРОВНЕМ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

О. З. Децик, А. М. Яворский, М. И. Яворский (Ивано-Франковск)

Статья посвящена анализу претензий населения к системе здравоохранения и их влиянию на неудовлетворенность стационарной хирургической помощью. Проведен социологический опрос по специальной программе 530 пациентов, завершающих лечение в хирургических отделениях стационарных учреждений Ивано-Франковской области всех уровней. Установлено, что основными причинами неудовлетворенности населения стационарной хирургической помощью являются: недостаточность финансирования системы здравоохранения (OR=2,37), отсталость медицинских технологий (2,02), плохое обеспечение оборудованием (1,94), территориальная отдаленность учреждений (1,80) и неотзывчивое отношение медицинского персонала к пациентам (1,80). Это указывает на общую низкую доступность (финансовую, функциональную, территориальную и культурную) качественной медицинской помощи населению.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **удовлетворенность медицинской помощью, стационарная хирургическая помощь.**

ANALYSIS OF REASONS OF PATIENTS' DISSATISFACTION BY INPATIENT SURGICAL CARE

O. Z. Detsyk, A. M. Jaworskiy, M. I. Jaworskiy (Ivano-Frankivsk)

This article is devoted to studying the analysis of claims of population to the health care system and their contribution in dissatisfaction by inpatient surgical care. The study involved 530 patients completing treatment in the surgical departments of Ivano-Frankivsk region inpatient facilities. It is set that important causes of dissatisfaction by inpatient surgical care are the insufficient financing of the health care system (Or=2,37), backwardness of medical technologies (2,02), improper supplying an equipment (1,94), territorial remoteness of facilities (1,80) and unresponsive relation of medical personnel to the patients (1,80). It testifies to low access (financial, functional, territorial and cultural) of population to high-quality medical care.

KEY WORDS: **satisfaction of medical care, inpatient care.**

УДК 614.3/7

Л. М. РОМАНЮК, О. Н. ЛИТВИНОВА, Н. Є. ФЕДЧИШИН (Тернопіль)

НАВЧАЛЬНО-ПРАКТИЧНІ ЦЕНТРИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ – ЯКІСНО НОВА МОДЕЛЬ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

В статті наведена характеристика навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги, створених медичним університетом в сільських населених пунктах Тернопільської області. Проведено аналіз перших результатів їх діяльності.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: навчально-практичні центри, первинний рівень, реформування медичної допомоги.

Здоров'я людини великою мірою залежить від якісно організованої системи надання медичної допомоги на первинному рівні, найбільш наближеному та доступному для кожного мешканця.

Первинна медико-санітарна допомога є фундаментом усієї системи медичної допомоги, вона найбільше впливає на формування громадського здоров'я в цілому, несе відповідальність за його втрати, визначає раціональне та ефективне використання ресурсів охорони здоров'я і задоволення населення станом медичного забезпечення.

Надання сільським мешканцям доступної медичної допомоги було і залишається важливою соціально-медичною проблемою в умовах реформування галузі. Здоров'я сільських мешканців значно гірше порівняно з міськими. Це зумовлено, насамперед, гіршими соціально-економічними умовами життя, більшою питомою часткою осіб похилого віку та значно нижчою доступністю медичної допомоги.

Тернопільським державним медичним університетом імені І.Я. Горбачевського сумісно з Головним управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації створена міжвідомча комісія з реформування, структуризації медичної галузі та вироблення стратегії розвитку охорони здоров'я. Комісією розроблена “Концепція реформування охорони здоров'я Тернопільської області”, створений чіткий план реформування медичної галузі, стратегічно визначено мету та шляхи її реалізації [3].

Пошук шляхів оптимізації надання медичної допомоги сільським мешканцям наштовхнув на ідею створення навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги (НПЦ ПМСД) у сільських населених пунктах. З цією метою розроблені “Положення про навчально-практичний центр первинної медико-санітарної допомоги” та регіональна навчально-інновацій-

на програма “Навчально-практичний центр первинної медико-санітарної допомоги”.

Мета роботи: вивчити діяльність створених навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги та їх вплив на здоров'я населення і організацію медичної допомоги на селі.

Матеріали і методи. В якості матеріалів використано офіційні статистичні дані Тернопільського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики та статистична інформація сільських рад населених пунктів, де проводилось дослідження. Оцінка результатів діяльності навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги (НПЦ ПМСД) проводилась на основі звітів чергових бригад та зведених річних звітів діяльності даних центрів за 2009-2011 роки.

Результати дослідження та їх обговорення. В рамках виконання основних завдань концепції реформування охорони здоров'я Тернопільської області, відповідно до ст. 13, 14 “Основ законодавства України про охорону здоров'я” та ст. 30, 63 Закону України “Про вищу освіту”, Тернопільським державним медичним університетом імені І.Я. Горбачевського організовані НПЦ ПМСД у 5-ох селах Тернопільської області.

Метою створення даних центрів є проходження практики студентами старших курсів та лікарями-інтернами, надання первинної медичної допомоги населенню та профорієнтація випускників для роботи в сільській місцевості.

Основні завдання навчально-практичних центрів:

- відпрацювання алгоритмів надання медичної допомоги (першої та невідкладної лікарської, ургентної та планової стоматологічної), лікарської допомоги вдома;

- формування у студентів та лікарів-інтернів знань і вмінь проведення диспансеризації населення та профілактичних оглядів;

- участь студентів та лікарів-інтернів у протиепідемічних заходах і проведенні санітарно-освітньої роботи серед населення.

В структурі кожного НПЦ ПМСД передбачено кабінет лікаря загальної практики, стоматологічний кабінет, допоміжні кабінети, аптечний пункт та житловий блок зі всіма побутовими зручностями.

Навчально-практичні центри ПМСД оснащені типовим обладнанням (табл. 1). Табельне оснащення здійснювалось відповідно до наказу МОЗ України №308 від 22.05.2006 р. "Про затвердження табеля оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій".

У новостворених НПЦ ПМСД згідно регіональної навчально-інноваційної програми ТДМУ впроваджена телемедична система ЕКГ-моніторингу на основі GSM-зв'язку з Тернопільською

університетською лікарнею. Завдяки сучасним технологіям цифрової обробки сигналів електрокардіограф ЮКАРД-100 поєднує компактність і розширені функціональні можливості. Це дозволяє успішно застосовувати дані апарати з можливістю дистанційної передачі електрокардіограми в університетську лікарню та отримання консультативного висновку по мережі Інтернет.

Встановлена сучасна стоматологічна установка «Сатва» з необхідним стоматологічним обладнанням терапевтичного і хірургічного профілю дає можливість студентам стоматологічного факультету та лікарям-інтернам надавати кваліфіковану допомогу та відпрацьовувати необхідні практичні навички згідно вимог кваліфікаційної характеристики фахівця із спеціальності "стоматологія".

Таблиця 1. Матеріально-технічне оснащення навчально-практичних центрів ПМСД

№ з/п	Обладнання	с. Зарубинці	с. Гнилиці	с. Говилів	с. Увисла	с. Кокошинці
1	Електрокардіограф Юкард-100	+	+	+	+	+
2	Стоматологічна установка "Сатва"	+	+	+	+	+
3	Персональний комп'ютер з програмою "Реєстратура"	+	+	+	+	+
4	Набір інструментарію для надання невідкладної допомоги	+	+	+	+	+
5	Сумка сімейного лікаря з набором медикаментів та медичних інструментів	+	+	+	+	+
6	Небулайзер "Омрон"	+	+	+	+	+
7	Кварцевий опромінювач	+	+	+	+	+
8	Набір хірургічного інструментарію	+	+	+	+	+
9	Мобільний зв'язок з мережею Інтернет та Skype	+	+	+	+	+
10	Лампа фотополімерна	+	+	+	+	+

Навчальний процес в НПЦ ПМСД проводиться під безпосереднім контролем викладачів кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини й інших клінічних кафедр. Мобільний зв'язок, підключення до мережі Інтернет та наявність програми Skype дозволяють студенту або лікарю-інтерну отримати консультацію у відеорежимі з провідними спеціалістами університетської лікарні.

Проведено аналіз показників діяльності НПЦ ПМСД (табл. 2). Наведені в таблиці узагальнені дані отримані шляхом зведення звітів чергових бригад по кожному населеному пункту.

Поряд із проведенням медичних оглядів, лікувально-профілактичної роботи та реалізації основних заходів стосовно диспансеризації населення, лікарі-інтерни та студенти заповнюють обов'язкову навчальну медичну документацію згідно затвердженого переліку. Основними медико-статистичними документами були: медич-

на карта амбулаторного хворого, посімейний журнал, контрольна карта диспансерного нагляду, журнал медичних маніпуляцій, журнал обліку проведення ЕКГ, щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога та інші.

Паралельно із заповненням паперових носіїв інформації, необхідні дані заносяться і в електронному варіанті згідно з комп'ютерною програмою "Реєстратура". В процесі прийому сільських мешканців постійно ведеться відбір складних, проблемних хворих для щотижневої консультації провідними фахівцями університетської лікарні.

В таблицях 3 і 4 наведені результати вивчення соціально-демографічної характеристики сучасного типового села. В структурі населення сучасного села переважають жінки (54,1% проти 45,9% у чоловіків), а серед осіб пенсійного віку, які становлять п'яту частину серед всіх мешканців, ця перевага особливо відчутна – жінок

Таблиця 2. Показники діяльності навчально-практичних центрів ПМСД за 2011 р.

№ з/п	Показник	с. Зарубинці	с. Гнилиці	с. Говилів	с. Увисла	с. Кокошинці	Всього
1	Прийнято амбулаторних хворих	531	808	843	313	89	2584
2	в т.ч.: первинних	227	171	442	189	39	1068
3	повторних	304	637	401	124	50	1516
4	Проліковано хворих на дому	122	232	148	44	58	604
5	Оглянуто сімей із заповненням медичного паспорта/посімейного журналу	524/505	505/550	523/497	230/295	133/104	1915/1951
6	Взято на диспансерний облік	135	253	51	50	8	497
7	Проведено ін'єкцій/інфузій	194/2	365	489/26	250/40	34	1332/68
8	Зроблено перев'язок	27	91	126	37	62	343
9	Проведено ЕКГ	143	144	369	115	26	797
10	Проведено медоглядів всього	548	587	472	68	19	1694
11	в т.ч: (чоловіків/жінок/дітей)	221/223/ 104	190/332/ 65	101/170/ 201	64/-/4	9/10/-	585/735/ 374
12	Направлено до сімейного лікаря/консультантів	169/101	105/71	239/ 178	70/50	3/6	586/ 406

Таблиця 3. Соціально-демографічна характеристика сучасного типового села Західного регіону

№ з/п	Показник	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.
1	Чисельність населення, осіб	645	634	626	632
2	Кількість чоловіків	305	297	285	290
3	Кількість жінок	340	337	341	342
4	Кількість дітей (0-17 років)	109	115	120	119
5	Кількість дворів	205	205	205	205
6	Кількість самотніх осіб	15	15	16	17
7	Кількість багатодітних сімей (3 і більше дітей)	10	10	9	7
8	Число випадків народження	7	5	4	5
9	Число випадків смерті	13	8	2	2
10	Кількість осіб пенсійного віку:	112	116	119	122
	в т. ч. чоловіків	34	35	37	39
	жінок	78	81	82	83
11	Кількість осіб, які періодично виїжджають на заробітки за кордон	60	58	59	62
	в т. ч. чоловіків	23	22	24	23
	жінок	37	36	35	39
12	Кількість сімей з одним працюючим	49	52	50	51
13	Кількість сімей з двома працюючими	37	36	38	39
14	Кількість сімей з трьома працюючими	6	4	5	5
15	Кількість сімей без жодного працюючого	55	58	57	60
15	Кількість сімей з працюючими за кордоном	60	58	59	62

у два рази більше, ніж чоловіків. За чотири роки спостереження помітна тенденція до збільшен-

ня кількості самотніх осіб на селі та зменшення числа багатодітних сімей.

Таблиця 4. Віковий розподіл населення с. Зарубинці, 2011 р.

№ з/п	Вікова група	0-6 р.	7-17 р.	18-39 р.	40-59 р.	60-69 р.	70 р. і старше	Всього
1	Чоловіки	22	35	111	87	18	17	290
2	Жінки	23	39	118	81	37	44	342
3	Обидві статі	45	74	229	168	55	61	632

Показник народжуваності низький і тримається приблизно на однаковому рівні, а смертності суттєво знизилась за два останні роки. Серед усіх сімей майже третину складають сім'ї, які мають у своєму складі працюючих за кордоном, їх питома вага приблизно дорівнює кількості сімей без жодного працюючого.

Треба відмітити, що в структурі населення дві третини складають особи працездатного віку. Діти займають 18,8% всього населення. Особливої уваги заслуговує той факт, що при відносно низькій народжуваності загальна смертність суттєво знизилась.

Висновки

1. Навчально-практичні центри первинної медико-санітарної допомоги є навчальним структурним підрозділом ТДМУ, який забезпечує відпрацювання алгоритмів надання медичної допомоги студентами старших курсів та лікарями-інтернами.

2. Важливим показником медичної і соціальної ефективності роботи діючих НПЦ ПМСД є

суттєве зниження рівня смертності сільського населення.

3. Розширення мережі НПЦ ПМСД в сільській місцевості буде сприяти покращенню доступності медичної допомоги, своєчасному проведенню комплексних профілактичних заходів, спрямованих на зниження захворюваності, інвалідності та смертності сільського населення.

4. Соціально-демографічна характеристика сучасного села вирізняється низьким рівнем народжуваності, переважанням жінок у структурі населення, особливо серед осіб пенсійного віку, та наявністю у третини сімей працюючих за кордоном.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні моніторингу стану здоров'я мешканців населених пунктів, де функціонують навчально-практичні центри первинної медико-санітарної допомоги, для оцінки медичної, соціальної та економічної ефективності їх діяльності.

Список літератури

1. Закон України "Про вищу освіту" №2984-III, із змінами від 19 січня 2010р.
2. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" (від 19.11.1992, №2801-XII).
3. Концепція реформування охорони здоров'я Тернопільської області. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.tdmu.edu.te.ua/ukr/general/index.php>
4. Положення про навчально-практичний центр первинної медико-санітарної допомоги.
5. Про затвердження Примірних положень про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи: наказ МОЗ України № 131 від 23.02.2012 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120223_131.html
6. Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги : наказ МОЗ України № 129 від 23.02.2012р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120223_129.html
7. Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я: наказ МОЗ України № 261 від 26.03.2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100326_261.html
8. Регіональна навчально-інноваційна програма "Навчально-практичний центр первинної медико-санітарної допомоги".
9. Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідник. – Тернопіль, 2008-2010. – 126 с.

УЧЕБНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ-КАЧЕСТВЕННО НОВАЯ МОДЕЛЬ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Л. Н. Романюк, О. Н. Литвинова, Н. Е. Федчишин (Тернополь)

В статье приведена характеристика учебных-практических центров первичной медико-санитарной помощи, созданных медицинским университетом в сельских населенных пунктах Тернопольской области. Проведен анализ первых результатов их деятельности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: учебно-практические центры, первичный уровень, реформирование медицинской помощи.

THE TRAINING-PRACTICAL CENTERS OF PRIMARY MEDICAL-SANITARY AID – QUALITATIVELY NEW MODEL OF PRIMARY LEVEL OF HEALTH CARE SYSTEM

L. M. Romanyuk, O. N. Lytvynova, N. Ye. Fedchyshyn (Ternopil)

The article is looking into the estimates of medical care costs on family doctor's level with using methods of determination the cost of out-patient medical care. The analysis of operative information was dedicated in deal with resource support establishments of general practice – family medicine in Ternopil region.

The article is looking into the estimates of characteristic of the training- practical centres of primary medical - sanitary aid, created by Medical University in the rural settlements of Ternopil region. The analysis of first results of it's activities was conducted.

KEY WORDS: training-practical centers, primary level, health care reforming.

УДК 614.23:006.1(477)

Д. Д. ДЯЧУК (Київ)

МЕТОДИЧНИЙ СУПРОВІД ЗАЛУЧЕННЯ ЛІКАРІВ, МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ З МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ ТА ПАЦІЄНТІВ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ ЛОКАЛЬНОГО ПРОТОКОЛУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

ДНУ "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами

В ДНУ "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами розроблено та запроваджено медико-організаційні підходи щодо залучення лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та пацієнтів до впровадження локального протоколу медичної допомоги (ЛПМД) хворим на артеріальну гіпертензію (АГ). Впровадження ЛПМД хворим на АГ, активна участь лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою в процесі моніторингу прихильності до лікування, підвищення поінформованості пацієнтів та залучення їх до участі в лікуванні позитивно вплинуло на ефективність лікування. Повторне обстеження пацієнтів через рік засвідчило зростання частки пацієнтів з цільовим рівнем артеріального тиску (АТ) з 56,9% до 83,1%.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: методичні підходи, лікарі, молодші спеціалісти, локальні протоколи, артеріальна гіпертензія.

Сучасний етап реформування медичної допомоги в Україні спрямований на впровадження стандартизованих підходів та використання досвіду найкращої медичної практики лікувально-діагностичного процесу, що ґрунтується на принципах доказової медицини. Основним механізмом такого підходу є розробка та впровадження відповідних медико-технологічних документів [2]. Вимоги до створення цих нормативних документів визначено спільними наказами МОЗ України та АМН України №102/18 від 19.03.2009 р. "Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)" та №798/75 від 03.11.2009 "Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга)" [5;6]. В Державній науковій установі "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами (ДНУ "НПЦПК" ДУС) цей напрямок розвивається як планова науково-дослідна робота "Розробка та впровадження локального протоколу надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію на амбулаторно-поліклінічному етапі" [1;2]. Важливим аспектом впровадження локального протоколу є навчання

медичного персоналу, його ознайомлення з основними положеннями протоколу та практичними підходами до їх виконання. Велике значення для досягнення позитивного результату має поінформована участь пацієнтів у процесі лікування [1;3].

Мета роботи – наукове обґрунтування та запровадження медико-організаційних підходів щодо залучення лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та пацієнтів до впровадження локального протоколу медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію (ЛПМД).

Матеріали і методи. ДНУ "НПЦПКМ" ДУС є багатопрофільним медичним закладом, який має в своїй структурі науковий та освітній підрозділи, що дозволяє проводити розробку і практичне впровадження комплексних програм. В основу концепції розвитку освітнього підрозділу – Центру Підвищення кваліфікації лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою (ЦПКЛМСМО) – покладено положення Світової федерації медичної освіти (WFME) стосовно умов забезпечення якості навчання [13]. Навчальна програма ЦПКЛМСМО щодо впровадження локального протоколу ґрунтується на загальній концепції безперервного професійного розвитку в медичній галузі, головним завданням якої є:

- задоволення потреб закладів у підвищенні кваліфікації;
- постійне оновлення і поглиблення професійних знань;
- оволодіння сучасними досягненнями медичної науки і практики;
- удосконалення форм і методів навчання.

У ЦПКЛМСМО започатковано цикл тематичного удосконалення лікарів "Актуальні питання

діагностики і лікування внутрішніх хвороб з позицій доказової медицини”, в рамках якого значну увагу приділено розділу серцево-судинних захворювань з особливим акцентом на профілактику, лікування і діагностику артеріальної гіпертензії (АГ). Основною організаційною формою навчального процесу є проведення семінарів з включенням невеликої кількості учасників, на яких встановлюються тісні зв'язки лектора та слухача, обговорюються всі аспекти практичного впровадження положень ЛПМД, що відповідають вимогам доказової медицини. На лекціях і практичних заняттях, окрім суто медичних, розглядаються питання підвищення прихильності до лікування: навчання пацієнтів, розробка та підтримка режиму, спрямованого на заохочення до постійного прийому фармакологічних препаратів, розробка та використання системи нагадувань, залучення до процесу лікування оточення пацієнта. Підвищення прихильності до тривалого прийому препаратів є складним завданням [9–11]. Як правило, пацієнти потребують періодичного контролю та підсилення мотивації. Сучасні методичні підходи та досвід ДНУ “НПЦ ПКМ” ДУС з цієї проблеми узагальнені в методичних рекомендаціях “Практичні аспекти підвищення прихильності до лікування хворих на артеріальну гіпертензію в амбулаторних умовах”, які виходять друком у 2012 році.

Значна увага в ЦПКЛМСМО приділяється підготовці молодших спеціалістів з медичною освітою з питань участі у впровадженні ЛПМД хворим на АГ. Заняття розділу “Сестринська допомога при серцево-судинних захворюваннях” проводяться у вигляді лекцій (30% часу) та практичних занять (70% часу), здебільшого – інтерактивним методом із залученням наочного приладдя та інтермедійної техніки. Під час лекції розглядається основна термінологія доказової медицини, клінічних рекомендацій, локального протоколу та менеджменту в сестринстві на прикладі ЛПМД хворим на АГ. Під час практичного заняття проводиться розбір “Інформаційного листа для пацієнта з артеріальною гіпертензією” [4]. Після закінчення курсів підвищення кваліфікації на своєму робочому місці молодші спеціалісти з медичною освітою здебільшого готові до роботи в рамках локального протоколу з АГ – до сестринського моніторингу та спілкування з пацієнтом щодо факторів ризику серцево-судинних захворювань. Подальше навчання та контроль засвоєного матеріалу проводиться на робочому місці лікарем.

“Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією” було розроблено в ДНУ “НПЦПКМ” ДУС з метою підвищення поінформованості пацієнтів та залучення їх до участі в процесі лікування [4]. В інформаційному листі в

доступній формі викладено основні принципи лікування підвищеного артеріального тиску та корекції супутніх факторів ризику, наведено дієтичні рекомендації та щоденник самоконтролю артеріального тиску. В процесі розробки “Інформаційного листа для пацієнта з артеріальною гіпертензією” були використані Дієтичні рекомендації Європейського кардіологічного товариства у модифікації дієтологів – співробітників відділу організації медико-санітарної допомоги ДНУ “НПЦ ПКМ” ДУС проф. П.О. Карпенка та наукового співробітника Н.О. Мельничук. Перелік продуктів та страв був адаптований до особливостей харчування населення України, вказана їх орієнтовна кількість у добовому раціоні [1–4]. “Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією” надається лікарем під час прийому. Крім того, всі пацієнти обговорюють з лікарем стратегію свого лікування.

Для оцінки ставлення пацієнтів до матеріалів, викладених в інформаційному листі, проведено вибіркоче анкетування. За результатами анкетного опитування 96,4% респондентів відповіли, що отримали нову, корисну інформацію, 82% дали позитивну відповідь на питання “Чи змінилося Ваше ставлення до лікування та виконання рекомендацій лікаря після ознайомлення з інформаційним листом?”. З них 64% респондентів змінили своє ставлення до необхідності контролю артеріального тиску (АТ), 64% – до необхідності контролю рівня холестерину і ліпідів, 78% – до виконання рекомендацій щодо раціонального харчування, 64% – до необхідності проходження регулярного диспансерного обстеження. Більшість пацієнтів вказали, що хочуть ще поповнити свої знання: 82% – про причини виникнення і профілактику АГ, 71% – про ускладнення, 93% – про немедикаментозне лікування та 57% – про медикаментозне лікування АГ. Таким чином, пацієнти з АГ позитивно оцінили запровадження “Інформаційного листа для пацієнта з артеріальною гіпертензією”, що обґрунтовує доцільність його використання в інших лікувальних закладах України.

Результати дослідження та їх обговорення. Запроваджений методичний підхід (підвищення поінформованості пацієнтів, залучення лікарів і медичних сестер до моніторингу прихильності до лікування) дозволив змінити ставлення пацієнтів з АГ до виконання рекомендацій лікарів. Оцінка прихильності до лікування за допомогою модифікованої анкети Моріскі [12] показала, що частка пацієнтів з високою мотивацією зросла з 37% до 63%, що доводить ефективність запровадженого комплексу заходів. Аналіз результатів дослідження щодо поінформованості показав, що частка пацієнтів з високою поінформованістю щодо АГ зросла з 66,7% до 80%.

Впровадження ЛПМД хворим на АГ, активна участь лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою в організації лікувального процесу, підвищення поінформованості пацієнтів та залучення їх до участі в лікуванні мало позитивний вплив на ефективність лікування.

Позитивна динаміка була отримана в питаннях підвищення фізичної активності та корекції дієти у пацієнтів з АГ за рік виконання програми впровадження ЛПМД. Опитування пацієнтів з використанням оцінки в балах дало можливість отримати об'єктивні показники рівня фізичних навантажень і оцінити динаміку змін, а також налаштувати пацієнта на підвищення фізичної активності. Оцінка фізичної активності проходила за такою градацією [8]:

- 18 балів і більше: "Ви дуже активні і здорові фізично";

- 12–17 балів: "Ви достатньо активні і дотримуетесь розумного ставлення до питань збереження фізичної форми";

- 8–11 балів: "Вам бажано більше займатися фізичними вправами";

- 7 балів і менше: "рівень Вашої фізичної активності недостатній, фізичні вправи Вам просто необхідні".

Результати дослідження показали, що при повторному анкетуванні – через рік – кількість пацієнтів з достатнім рівнем навантаження (12–17 балів) збільшилась з 33,3% до 63,3%. Зауважимо, що підвищення фізичної активності спостерігалось як серед пацієнтів чоловічої, так жіночої статі. За рік участі в програмі впровадження ЛПМД частка пацієнтів, які щоденно вживають більше 400 г овочів і фруктів, збільшилась з 37% до 80%, що, поряд з позитивними змінами рівня фізичної активності, розцінюється нами як результат заходів, спрямованих на підвищення поінформованості пацієнтів з АГ.

Повторне обстеження через рік засвідчило зростання частки пацієнтів з цільовим рівнем АТ з 56,9% до 83,1%. Цей показник є високим навіть порівняно з результатами наукових досліджень. За даними дослідження МЕКАТ, у різних регіонах України частота досягнення цільового офісного АТ була різною – найбільшою в таких

регіонах, як м. Київ (67,2%). В середньому ж по Україні цільового рівня АТ досягають тільки 14% хворих на АГ в місті і тільки 8% в селі [7].

Висновки

1. В ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС розроблені та запроваджені медико-організаційні підходи щодо залучення лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та пацієнтів до впровадження локального протоколу медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію.

2. Навчальна програма для підготовки лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою щодо впровадження локального протоколу ґрунтується на загальній концепції безперервного професійного розвитку.

3. Удосконалено технології підвищення прихильності до лікування пацієнтів з АГ. Розроблено та направлено до друку методичні рекомендації «Практичні аспекти підвищення прихильності до лікування хворих на артеріальну гіпертензію в амбулаторних умовах».

4. Запроваджений методичний підхід (підвищення поінформованості пацієнтів, залучення лікарів і медичних сестер до моніторингу прихильності до лікування) дозволив змінити ставлення пацієнтів з АГ до виконання рекомендацій лікарів. Оцінка прихильності до лікування за допомогою модифікованої анкети Моріскі показала, що частка пацієнтів з високою мотивацією зросла з 37% до 63%, з високою поінформованістю щодо АГ – з 66,7% до 80%. Позитивна динаміка була отримана в питаннях підвищення фізичної активності та корекції дієти у пацієнтів з АГ.

5. Пацієнти з АГ позитивно оцінили запровадження "Інформаційного листа для пацієнта з артеріальною гіпертензією", що обґрунтовує доцільність його використання в інших лікувальних закладах України.

6. Впровадження ЛПМД хворим на АГ, активна участь лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою в процесі моніторингу прихильності до лікування, підвищення поінформованості пацієнтів та залучення їх до участі у лікуванні мало позитивний вплив на ефективність лікування. Частка пацієнтів, які досягли цільового рівня артеріального тиску, зросла з 56,9% до 83,1%.

Список літератури

1. Досвід розробки локального клінічного протоколу з надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію / Дячук Д. Д., Чумаченко М. М., Мороз Г. З., Гідзинська І. М. // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – № 2. – С. 63–67.
2. Методичні підходи до впровадження локальних протоколів в амбулаторно-поліклінічну практику / Дячук Д. Д., Чумаченко М. М., Мороз Г. З., Гідзинська І. М. // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 3. – С. 66–71.
3. Мороз Г. З. Актуальні питання залучення лікарів до впровадження в клінічну практику вимог доказової медицини / Г. З. Мороз, І. М. Гідзинська // Therapia. – 2011. – № 10 (62). – С. 37–40.
4. Мороз Г. З. Пам'ятка для пацієнта з гіпертонічною хворобою / Г. З. Мороз, І. М. Гідзинська // Therapia. Укр. мед. вісн. – 2010. – № 9. – С. 90–91.

5. Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга): наказ МОЗ України № 798/75 від 03.11.09 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20091103_798_.html.
6. Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша): наказ МОЗ України № 102/18 від 19.02.09 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090219_102_.html.
7. Сіренко Ю. М. Різниця у частоті досягнення цільового артеріального тиску між окремими регіонами України / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, І. М. Марцovenko // Артериальная гипертензия. – 2009. – № 5. – С. 13–23.
8. Чи здорові Ви фізично? Український кардіологічний портал. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrcardio.org/index.php/id/305>.
9. Adherence to long-term therapies: evidence for action / WHO. – Geneva, 2003. – 198 p.
10. Case Management Adherence guidelines. Guidelines from the Case Management Society of America for improving patient adherence to medication therapies, 2006. – 212 p.
11. Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Full Guideline. January 2009 / National Collaborating Centre for Primary Care [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/42971/42971.pdf>.
12. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting / D. E. Morisky, A. Ang, M. Krousel-Wood, H. J. Ward // J. Clin. Hypertension. – 2008. – 10. – P. 348–54.
13. World Federation for Medical Education: foundation and constitution. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.wfme.org/standards/bme/doc_download/44-wfme-constitution.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРИВЛЕЧЕНИЮ ВРАЧЕЙ, МЛАДШИХ СПЕЦИАЛИСТОВ С МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ И ПАЦИЕНТОВ К ВНЕДРЕНИЮ ЛОКАЛЬНОГО ПРОТОКОЛА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Д. Д. Дячук (Київ)

В Государственном научном учреждении «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами разработаны и апробированы методические подходы к участию врачей, медицинских сестер и пациентов к внедрению локального протокола медицинской помощи (ЛПМП) больным с артериальной гипертензией (АГ). Внедрение ЛПМП больным с АГ, активное участие врачей и медицинских сестер в мониторинге приверженности пациентов к лечению, информирование пациентов, их активное участие в составлении плана лечебно-диагностических мероприятий положительно повлияло на эффективность лечения: через год количество пациентов с целевым уровнем артериального давления (АД) возросло с 56,9% до 83,1%.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: методические подходы, врачи, младшие специалисты, локальные протоколы, артериальная гипертензия.

METHODICAL SUPPORT OF PHYSICIAN'S, NURSE'S AND PATIENT'S PARTICIPATION IN THE IMPLEMENTATION OF LOCAL CLINICAL PATHWAY FOR HYPERTENSION MANAGEMENT

D. D. Dyachuk (Kyiv)

Methodical approaches to the health personnel (physician's and nurse's) participation in the local clinical pathway's implementation has been elaborated and implemented in the State Institution of Sciences "Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine" State Administrative Department. Implementation of local clinical pathway for hypertensive patients, attitude of medical staff, follow-up of patient's adherence, patient's education and their involvement in decisions about treatment and care has a positive impact on the effectiveness of hypertension treatment – after 1 year of follow-up 83,1% of our patients achieved the recommended blood pressure target.

KEY WORDS: methodical approaches, physicians, nurses, local clinical pathway, arterial hypertension.

Рецензент: д. держ.упр. Н.П. Ярош

УДК 617.7-007.681:616-036.13-085

А. Б. МІШЕНІН, Д. В. ВАРІВОНЧИК (Київ)

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ВІДКРИТОКУТОВУ ГЛАУКОМУ

Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня "Центр мікрохірургії ока"
ДУ "Інститут медицини праці НАМН України"

Встановлено, що під впливом заходів медичної реабілітації серед хворих на ПВКГ груп дослідження (IA, IB, II) порівняно із групою контролю (IIIА, IIIБ) спостерігались позитивні соціально-психологічні зміни (за показниками відношення шансів – OR): підвищення якості життя (1,1–1,2) та якості зору (1,1); покращання психопатологічного профілю – зменшення проявів синдрому депресії (1,4); підвищення прихильності хворих до лікування (1,7).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: глаукома, медична реабілітація, якість життя, якість зору, патопсихологічні зміни особистості, прихильність хворих до лікування.

Результати досліджень свідчать, що у хворих на глаукому спостерігаються серйозні соціально-психологічні проблеми, які виражаються у: 1) пошуку сторонньої підтримки; 2) труднощах у вирішенні повсякденних задач; 3) невизначеності щодо майбутнього; 4) проблемах з адаптацією до нової якості життя, що знижується внаслідок прогресування захворювання; 5) додаткових економічних втратах внаслідок хвороби [3;10].

Одним із шляхів вирішення соціальних проблем у хворих на цю патологію є розробка та реалізація спеціальних програм соціальної реабілітації, спрямованих на поліпшення знань про захворювання та його наслідки, сприяння дотримання хворими призначеного лікування, набуття навичок самообслуговування [9]. Такі освітні програми повинні ґрунтуватись на теоретичній моделі Kate Lorig (2003), яка спрямована на підтримання знань, навичок і стратегії пацієнтів для кращого щоденного управління їхнім станом [8].

У хворих на глаукому також доведено наявність виразних відхилень психіки та поведінки, які проявляються тривогою, занепокоєнням, страхом, іпохондрією, перфекціонізмом, емоційною нестійкістю, депресією, підвищеною конфліктністю. Причому відчуття страху у хворих на глаукому є більш значущим, ніж біль, що лежить в основі моделі поведінки заперечування, яка дозволяє покрити або придушити страх. Вважається, що не вирішені конфлікти і заперечування симптомів захворювання можуть бути причиною зміни гормонального статусу хворого і призвести до подальшого порушення обміну речовин, прогресування гіпертонічної хвороби та, відпо-

відно, прогресування глаукоми (за рахунок підвищення VOT) [6]. Заперечення важкості свого стану у хворих на глаукому лежить в основі їх низької прихильності до довічного лікування [7].

Для подолання психологічних відхилень у хворих на глаукому ефективним є використання багатоступеневої психотерапевтичної допомоги, яка ґрунтується на використанні методів впливу: «символічних історій», «позитивної психотерапії», «моделі позитивного балансу» тощо [6].

Дослідженнями визначено, що основними причинами зниження якості життя у хворих на глаукому є прогресування захворювання, внаслідок якого втрачаються зорові функції, спостерігається звуження полів зору (особливо у нижній гемісфері), погіршення моно- та біокулярної гостроти зору та контрастної чутливості, що в цілому знижує їх функціональну активність, як вдома, так і на вулиці. У хворих погіршується здатність самостійно виконувати повсякденні заняття, що визначає потребу у сторонній допомозі [2;5]. При цьому низька якість життя визначається і, в свою чергу, негативно впливає також на спосіб життя хворих, обмежує їх раціональне працевлаштування, соціальну адаптацію та реабілітацію, тим самим поглиблюючи основні причини інвалідизації хворих на глаукому [1;3].

Як свідчать дані літератури, під час реабілітації хворих на глаукому необхідно проводити реабілітацію зорових функцій у поєднанні із соціально-психологічною реабілітацією. Враховуючи вищезазначене, нами науково обґрунтована система медичної реабілітації хворих на первинну відкритокутову глаукому (ПВКГ) [4] з визначенням її соціально-психологічної ефективності, що і обумовило актуальність даного дослідження.

Метою дослідження було оцінити соціально-психологічну ефективність системи медичної реабілітації хворих на первинну відкритокутову глаукому.

Матеріали і методи. Проведено дослідження соціально-психологічної ефективності заходів медичної реабілітації хворих на первинну відкритокутову глаукому (ПВКГ), які включали: медичне спостереження за перебігом захворювання лікарем-офтальмологом; проведення постійної базисної фармакотерапії (за клінічними показаннями); ранній початок медичної реабілітації у санаторно-курортних умовах, що включають використання методів клімато-, бальнео-, фізіо- та психотерапії тощо, не менш ніж один раз на 2 роки; проведення курсів профілактичного лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах, що включають фармакотерапію та фізіотерапевтичне лікування, не менш ніж один раз на 6 міс.; відвідування хворим центру соціально-психологічної підтримки (за потреби) із частотою, що визначалася індивідуальною потребою хворого.

Для дослідження всі хворі були розподілені на три групи (п'ять підгруп), залежно від стадії захворювання та використаних методів медичної реабілітації:

- I група (група дослідження) – хворі на ПВКГ, яким впродовж 2-х років спостереження проводилась базова фармакотерапія (ФТ) антиглаукоматозними препаратами (I чи II лінії, відповідно до клінічних показань) та здійснювались заходи медичної реабілітації (МР). У цій групі хворі розподілились на дві підгрупи, залежно від стадії захворювання: IA – з I стадією; IB – з II та III стадіями.

- II група (група дослідження) – хворі на ПВКГ з II та III стадіями, яким проведено хірургічне лікування глаукоми та впродовж 2-х років здійснювались заходи МР.

- III група (група контролю) – хворі на ПВКГ, яким впродовж 2-х років спостереження проводилась лише базова фармакотерапія (ФТ) антиглаукоматозними препаратами (I чи II лінії, відповідно до клінічних показань). У цій групі хворі розподілились на дві підгрупи, залежно від стадії захворювання: IIIA – з I стадією; IIIB – з II та III стадіями.

Між групами проводилось порівняння: група спостереження IA із групою контролю IIIA; група IB – із групою IIIB; група II – із групою IIIB.

Спостереження за представниками груп дослідження проводилось у терміни – 1 міс. (серед 2506 хворих на ПВКГ) та 6, 12, 24 міс. (300 хворих) шляхом об'єктивного контролю за наступними індикаторними показниками:

- якості життя (ЯЖ) із використанням адаптованого до української популяції запитальника «SF-36», рекомендованого ВООЗ;

- якості зору (ЯЗ) із використанням адаптованого до української популяції запитальника «NEI-VFQ-25», розробленого Національним очним інститутом США та рекомендованого для використання Всесвітньою офтальмологічною асоціацією;

- патопсихологічного статусу із використанням запитальника «ММРІ»;

- прихильності хворих до лікування (до систематичного медичного нагляду та дотримання лікарських призначень; до зміни способу життя; до реалізації заходів медичної реабілітації).

Інтегральна оцінка соціально-психологічної ефективності заходів медичної реабілітації хворих на ПВКГ проводилась когортним епідеміологічним аналізом із розрахунком показника відношення шансів (OR) за загальноновизнаною методикою.

Результати дослідження та їх обговорення.

Якість життя (ЯЖ) є інтегральною характеристикою, яка дозволяє оцінити рівень функціональної та соціально-психологічної адаптації хворого до свого захворювання. У зв'язку і тим, що ЯЖ є чутливим показником до лікування та реабілітації хворого, у дослідженні проведено оцінку його динаміки під впливом реалізації заходів медичної реабілітації хворих на ПВКГ. Дослідження ЯЖ проводилось із використанням адаптованого до української популяції запитальника «SF-36», рекомендованого ВООЗ.

Дослідженням встановлено, що ЯЖ у хворих на ПВКГ значно відрізняється від показників осіб аналогічного віку та статі без цієї патології. До початку реалізації заходів медичної реабілітації в групі хворих на ПВКГ II–III стадій відхилення від контрольної групи ($p < 0,05$) спостерігались за всіма показниками ЯЖ (фізичного та соціально-психологічного компонентів), окрім показника «фізичний біль» (BP) ($p > 0,05$).

Найбільше відхилення від ЯЖ здорових осіб ($p < 0,05$) спостерігалось серед хворих на ПВКГ II–III стадій за наступними компонентами: фізичний компонент якості життя (інтегральний), (PH) – (-35,0%), соціальна активність (SF) – (-34,2%), життєва активність (VT) – (-30,8%), психічне здоров'я (MH) – (-30,2%) (рис. 1). Середній рівень недостатності ЯЖ для хворих на ПВКГ становить 25,4% (6,0–35,0%).

Через 12 місяців від початку реалізації заходів МР в групі хворих на ПВКГ II–III стадій спостерігалось підвищення показників ЯЖ за всіма компонентами. І хоча вони не досягали показників ЯЖ здорових осіб, але значно наблизилися до них. Найбільші відхилення ($p < 0,05$) залишилися за компонентами: фізична активність (PF) – (-25,0%), емоційні проблеми в обмеженні життєдіяльності (RE) – (-24,4%), життєва активність (VT) – (-21,1%), фізичний компонент якості життя (інтегральний) (PH) – (-20,1%). Середній рівень недостатності ЯЖ для хворих на ПВКГ становив 15% (6,0–25,0%).

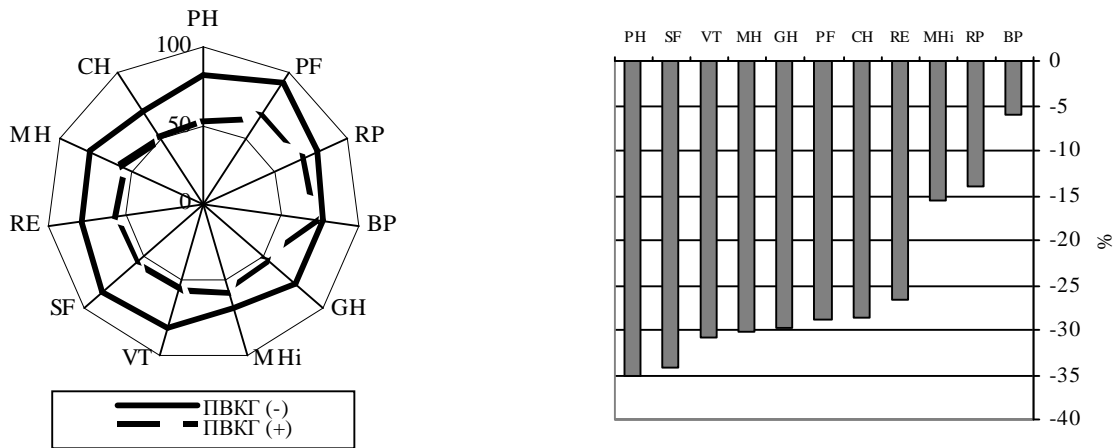


Рис. 1. Рівні компонентів (станд. од.) та відхилення від контрольної групи (%) якості життя в групі хворих на ПВКГ II–III стадій до початку медичної реабілітації

При подальшому динамічному спостереженні показники ЯЖ залишались стабільними до 24 місяців спостереження за хворими із ПВКГ II–III стадії, що свідчить про досягнення максимально можливого рівня всіх компонентів ЯЖ під

впливом медичної реабілітації до 12 місяців і формування остаточного рівня обмеження функціонування, життєдіяльності і здоров'я, які визначають ступінь інвалідності на інтегральному рівні – 15,8% (25,2–6,0%), ($p < 0,05$) (рис. 2).

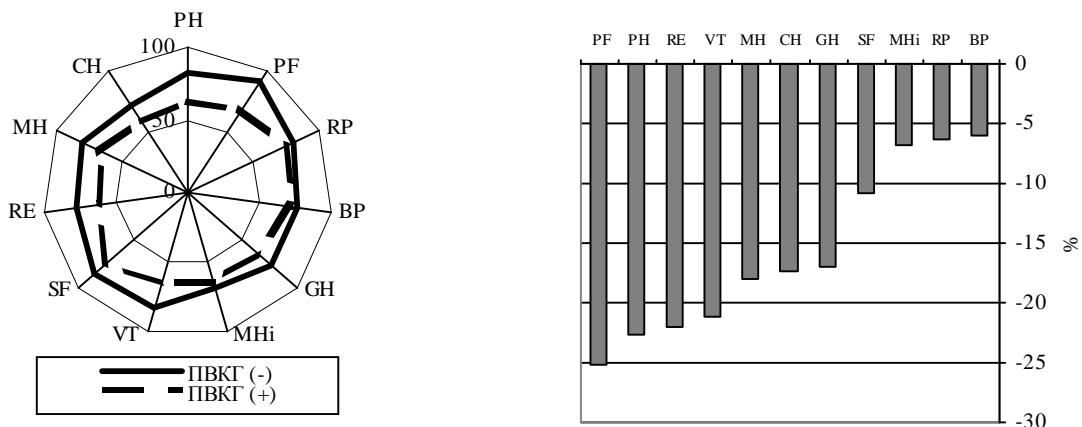


Рис. 2. Рівні компонентів (станд. од.) та відхилення від контрольної групи (%) якості життя в групі хворих на ПВКГ II–III стадій через 24 місяці від початку медичної реабілітації

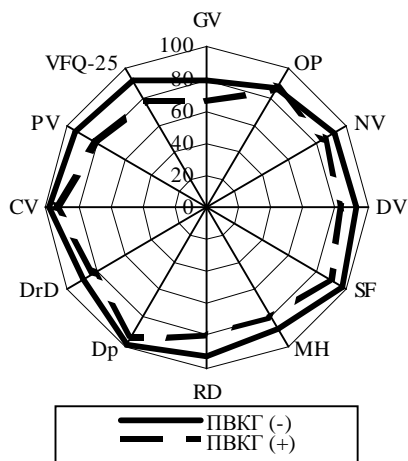
Таким чином, за рахунок заходів медичної реабілітації вдалось покращити ЯЖ хворих на ПВКГ II–III стадій та забезпечити зменшення різниці у рівні ЯЖ між хворими та здоровими особами в 1,7 разу – з 25,4% до 15,0%.

Якість зору (ЯЗ) є спеціальною характеристикою ЯЖ, що забезпечується за рахунок функціонування зорового аналізатора людини. Стан та динаміка ЯЗ є специфічною характеристикою ефективності лікування та реабілітації офтальмологічних хворих. Дослідження ЯЗ проводилось із використанням адаптованого до української популяції запитальника «NEI-VFQ-25», розробленого Національним очним інститутом США та рекомендованого для використання Всесвітньою офтальмологічною асоціацією.

Дослідженням встановлено, що ЯЗ у хворих на ПВКГ значно відрізняється від показників осіб аналогічного віку та статі без цієї патології. До початку реалізації заходів медичної реабілітації в групі хворих на ПВКГ II–III стадій відхилення від контрольної групи спостерігались за всіма показниками ЯЗ ($p < 0,05$), крім показників «очний біль» (OP) та «кольорове бачення» (CV), ($p > 0,05$). Найбільші відмінності ($p < 0,05$) ЯЗ серед хворих на ПВКГ II–III стадій спостерігались за наступними компонентами: загальний зір (GV) – (-15,9%), периферичний зір (PV) – (-15,1%), рольове функціонування (RD) – (-14,4%), психічне здоров'я (MH) – (-10,8%), зорова діяльність на відстані (DV) – (-10,0%) (рис. 3). Загальне зниження ЯЗ (за показником VFQ-25)

серед хворих із глаукомою порівняно із здоровими особами становило 15,4%.

При порівнянні результатів дослідження ЯЖ та ЯЗ слід зазначити зниження споріднених компонентів, що доводить провідну роль прогресуючого зниження зорових функцій у формування загальної ЯЖ хворих на ПБКГ:



- рольове функціонування (RD/«NEI-VFQ-25»)
- соціальна активність (SF/«SF-36»), життєва активність (VT/«SF-36»);
- психічне здоров'я (MH/«NEI-VFQ-25» та «SF-36»).

Через 12 місяців від початку реалізації заходів МР в групі хворих на ПБКГ II–III стадій спостері-

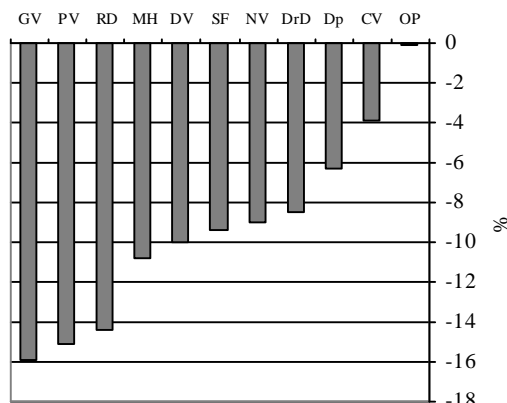


Рис. 3. Рівні компонентів (станд. од.) та відхилення від контрольної групи (%) якості життя в групі хворих на ПБКГ II–III стадій до початку медичної реабілітації

галось підвищення показників ЯЗ за всіма компонентами. І хоча вони не досягали показників ЯЗ здорових осіб, однак значно наблизилися до них. Найбільші відхилення ($p < 0,05$) залишилися за компонентами: загальний зір (GV) – (-14,8%), периферичний зір (PV) – (-9,6%), рольове функціонування (RD) – (-8,0%), зорова діяльність на відстані (DV) – (-7,2%). Загальне зниження ЯЗ (за показником VFQ-25) серед хворих із глаукомою становило 7,7%.

При подальшому динамічному спостереженні показники ЯЗ залишалися стабільними до 24 місяців нагляду за хворими із ПБКГ II–III стадії.

що свідчить про досягнення максимально можливого рівня всіх компонентів ЯЗ під впливом медичної реабілітації до 12 місяців і формування остаточного рівня обмеження функціонування, життєдіяльності і здоров'я, обумовлених зоровими функціями, які визначають ступінь інвалідності на інтегральному рівні – 7,8% ($p < 0,05$).

Остаточний дефіцит ЯЗ визначався наступними компонентами. Найбільші відхилення ($p < 0,05$) залишалися за компонентами: загальний зір (GV) – (-15,0%), периферичний зір (PV) – (-9,2%), рольове функціонування (RD) – (-8,9%), зорова діяльність на відстані (DV) – (-7,1%) (рис. 4).

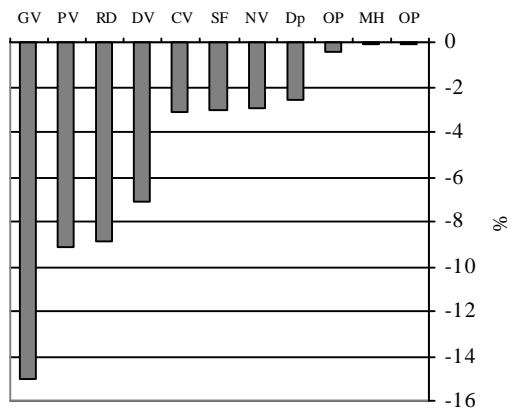
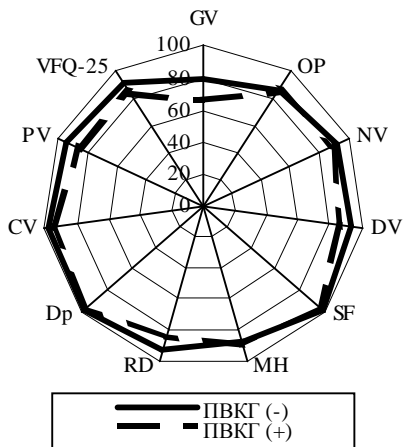


Рис. 4. Рівні компонентів (станд. од.) та відхилення від контрольної групи (%) якості життя в групі хворих на ПБКГ II–III стадій через 24 місяці від початку медичної реабілітації

Таким чином, за рахунок заходів медичної реабілітації вдалось покращити ЯЗ хворих на ПБКГ II–III стадій та забезпечити зменшення дефіциту загальної ЯЗ (за показником VFQ-25) між хворими та здоровими особами майже в 2,0 рази – з 15,4% до 7,7%.

Патопсихологічний статус хворих. Одним із компонентів, що негативно впливає на ЯЗ хворих на ВПКГ, є їхній психологічний стан, який визначає рівень психічного здоров'я. Дослідження, проведене серед хворих на ПБКГ II–III стадії до

початку МР з використанням запитальника «ММРІ», показало підвищення показників за патопсихологічними шкалами – іпохондрія (Hs), депресія (D), істерія (Hy), психастенія (Pt) – порівняно з особами аналогічного віку та статі без цієї патології ($p < 0,05$). Найбільші відмінності у патопсихологічному профілі хворих на ПБКГ II–III стадій спостерігались за наступними шкалами: депресія (D) – (39,1%), іпохондрія (Hs) – (9,5%), істерія (Hy) – (8,6%), психастенія (Pt) – (7,2%) (рис. 5).

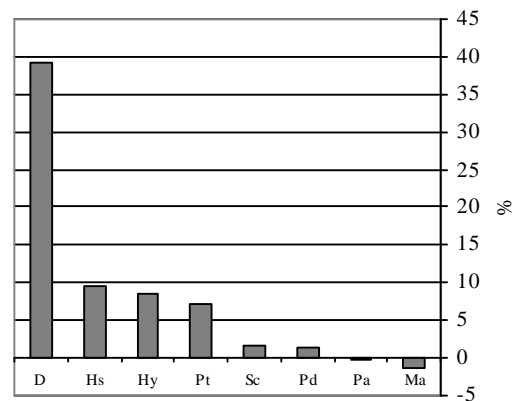
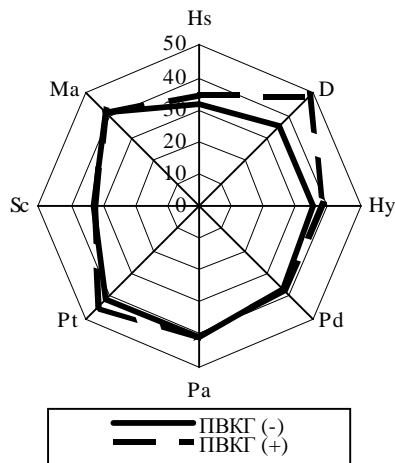


Рис. 5. Рівні патопсихологічних шкал (станд. од.) та відхилення від контрольної групи (%) в групі хворих на ПБКГ II–III стадій до початку медичної реабілітації

Через 12 місяців від початку реалізації заходів МР в групі хворих на ПБКГ II–III стадій спостерігалось значне покращення патопсихологічного профілю хворих, який максимально наближався до показників здорових осіб, із незначною залишковою відмінністю за шкалами істерія (Hy) – (2,9%) і депресія (D) – (1,4%). Через 24 місяці від початку МР в групі хворих на

ПБКГ II–III стадій покращення патопсихологічного профілю зберігалось і максимально наближалось до здорових осіб (рис. 6).

Таким чином, за рахунок заходів МР вдалось покращити патопсихологічний профіль хворих на ПБКГ II–III стадій та забезпечити зменшення проявів синдромів іпохондрії (Hs) на 9,5%, депресії (D) на 39,1%, істерії (Hy) на 8,6%, психастенії (Pt)

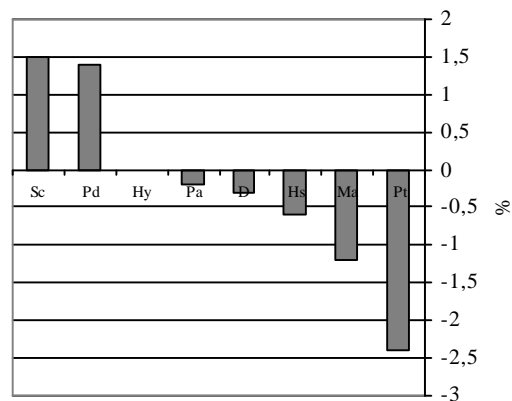
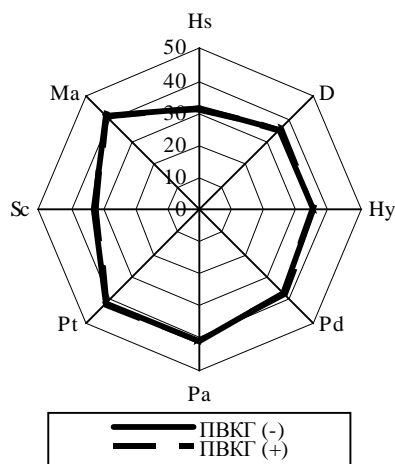


Рис. 6. Рівні патопсихологічних шкал (станд. од.) та відхилення від контрольної групи (%) в групі хворих на ПБКГ II–III стадій через 24 місяці від початку медичної реабілітації

на 7,2%, притаманних таким пацієнтам, та в цілому покращити їхнє психічне здоров'я та ЯЖ.

Прихильність хворих до лікування. Одним із факторів, який знижує ефективність лікування ПВКГ, є низька прихильність хворих до призначеного лікування (ПХЛ), що веде до транзитного підвищення ВОТ і прогресування глаукомної нейропатії, що проявляється зниженням функціональних можливостей органа зору.

Дослідженням було встановлено, що серед хворих на ПВКГ груп дослідження (ІА, ІБ, ІІ) рівні ПХЛ були недостатніми до систематичного медичного нагляду та дотримання лікарських при-

значень (52,6%), зміни способу життя (32,1%), реалізації заходів медичної реабілітації (22,1%) та не відрізнялись ($p > 0,05$) від групи контролю (ІІІ А/Б).

Через 12 місяців після початку реалізації заходів МР рівні ПХЛ значно збільшились і залишались високими до 24 місяця спостереження до систематичного медичного нагляду та дотримання лікарських призначень (88,1–89,7%), зміни способу життя (59,0–62,1%), реалізації заходів медичної реабілітації (91,2–90,8%) і відрізнялись від групи контролю (ІІІ А/Б), у якій такі зміни не спостерігались (табл.).

Таблиця. Динаміка рівнів прихильності хворих на ПВКГ до дотримання лікарських призначень та медичного нагляду під впливом медичної реабілітації (% хворих)

Показник прихильності	Група дослідження	Термін спостереження		
		до початку	через 12 міс. від початку МР	через 24 міс. від початку МР
До систематичного медичного нагляду та дотримання лікарських призначень	I (А / Б) + II	52,6±5,7	88,1±4,0	87,9±4,5
	III (А / Б)	53,2±5,9	52,0±6,2	53,1±6,8
	$p_{I-II/III}$	>0,05	<0,05	<0,05
До зміни способу життя	I (А/Б)+II	32,1±2,4	59,0±3,2	62,1±5,7
	III (А/Б)	33,0±3,0	32,4±5,1	33,1±5,7
	$p_{I-II/III}$	>0,05	<0,05	<0,05
До реалізації заходів медичної реабілітації	I (А/Б)+II	22,1±5,0	91,2±6,5	90,8±7,0
	III (А/Б)	21,9±5,0	24,1±7,1	25,0±2,7
	$p_{I-II/III}$	>0,05	<0,05	<0,05

Висновки

Під час дослідження встановлено, що під впливом заходів МР серед хворих на ПВКГ груп дослідження (ІА, ІБ, ІІ) порівняно із групою контролю (ІІІА, ІІІБ) спостерігались позитивні соціально-психологічні зміни (за показниками відношення шансів – OR):

- підвищення якості життя (1,1–1,2) та якості зору (1,1);

- покращання психопатологічного профілю – зменшення проявів синдрому депресії (1,4);
- підвищення прихильності хворих до лікування (1,7) ($p < 0,05$).

Результати проведеного дослідження свідчать про високу медико-соціальну ефективність запропонованої системи медичної реабілітації хворих на первинну відкритокутову глаукому, що дозволяє рекомендувати її для широкого впровадження на території України і становить **перспективи подальших досліджень**.

Список літератури

1. *Алексеев В. Н.* Причины низкой приверженности к лечению больных первичной открытоугольной глаукомой / В. Н. Алексеев, О. А. Малеванная, Н. С. Ел Хаж // Офтальмолог. вестн. – 2010. – Т. 3, № 4. – С. 37–39.
2. *Алексеева Г. Ф.* Качество жизни больных глаукомой / Г. Ф. Алексеева // Бюл. Вост.-Сиб. науч. центра СО РАМН. – 2009. – № 3. – С. 297–298.
3. *Браун Н. Ф.* Образ жизни и глаукома / Н. Ф. Браун // Совр. оптометр. – 2010. – № 8. – С. 30–35.
4. *Варивончик Д. В.* Лікування та реабілітація хворих на глаукому в умовах санаторно-курортних закладів / Д. В. Варивончик, А. Б. Мішенін // Соціальні аспекти попередження сліпоти, організація медичної допомоги та реабілітації хворих на глаукому; за ред. Н. В. Пасечнікової. – К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2009. – С. 93–102.
5. *Black A. A.* Inferior visual field reductions are associated with poorer functional status among older adults with glaucoma / A. A. Black, J. M. Wood, J. E. Lovie-Kitchin // Ophthalmic. Physiol. Opt. – 2011. – Vol. 31, № 3. – P. 283–291.
6. *Emmerich G. M.* Psychosomatic symptoms in somatic diseases - open-angle glaucoma for example / G. M. Emmerich // Klin. Monbl. Augenheilkd. – 2010. – Vol. 227, № 8. – P. 638–645.

7. *Karna-Matyjaszek U.* Acceptance of own disease by patients with diagnosed glaucoma / U. Karna-Matyjaszek, R. Sierzantowicz, Z. Mariak // *Pol. Merkur. Lekarski.* – 2010. – Vol. 28, № 163. – P. 37–41.
8. *Living a healthy life with chronic conditions: 3rd ed.* / K. Lorig, H. R. Holman, D. Sobel [et al.]; ed. : C. O. Boulder. – Bull. Publishing, 2006. – 458 p.
9. *Lunnela J.* Adherence of Finnish people with glaucoma to treatment plans and connected factor / J. Lunnela, M. Kaariainen, H. Kyngas // *Int. J. Circumpolar. Health.* – 2011. – Vol. 70, № 1. – P. 79–89.
10. *Patients' experience of living with glaucoma: a phenomenological study* / P. X. Wu, W. Y. Guo, H. O. Xia [et al.] // *J. Adv. Nurs.* – 2011. – Vol. 67, № 4. – P. 800–810.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

А. Б. Мишенин, Д. В. Варивончик (Киев)

Установлено, что под воздействием мероприятий медицинской реабилитации среди больных ПОУГ групп исследования (IA, IB, II) по сравнению с группой контроля (IIIA, IIIB) наблюдались позитивные социально-психологические изменения (по показателям отношения шансов – OR): повышение качества жизни (1,1–1,2) и качества зрения (1,1); улучшение психопатологического профиля – уменьшение проявлений синдрома депрессии (1,4); повышение приверженности больных к лечению (1,7) ($p < 0,05$).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: глаукома, медицинская реабилитация, качество жизни, качество зрения, патопсихологические изменения личности, приверженность больных к лечению.

MEDICAL AND SOCIAL EFFICIENCY OF MEDICAL REHABILITATION SYSTEM FOR PATIENTS WITH PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

A. B. Mishenin, D. V. Varyvonchuk (Kyiv)

Positive sociopsychological effects that concluded the medical rehabilitation measures taken were detected among the research group of primary open-angle glaucoma (POAG) patients, compared to the control group (according to the chance relation indexes – OR): quality of life surge (1,1–1,2), quality of vision surge (1,1); improvement of psychopathological profile – reduction of depression syndrome symptoms (1,4); increase in patients' medical treatment adherence (1,7) ($p < 0,05$).

KEY WORDS: glaucoma, medical rehabilitation, quality of life, pathopsychological personality disorders, treatment adherence of patients.

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

УДК 617.7(1-22).003.12

С. І. ЗБІТНЕВА (Київ)

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Проведено соціологічне дослідження сільського населення України щодо задоволеності отриманою медичною допомогою, рівнем її доступності та можливості отримання медичної допомоги при захворюваннях ока та його додаткового апарату на первинному рівні надання медичної допомоги. Отримані результати свідчать про низькі рівні доступності (37,6%) та задоволеності якістю офтальмологічної допомоги (26,6%), що вказує на недостатній рівень організації медичної допомоги сільському населенню.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сільське населення, захворювання ока та його додаткового апарату, медична допомога, задоволеність.

В сучасних умовах активно впроваджується загальна лікарська практика на засадах сімейної медицини [3;10]. На даному етапі проведення реформи системи надання медичної допомоги відпрацьовано низку нормативно-правових документів з даного напрямку надання медичної допомоги [5;7;8;9], проведено наукові дослідження, які висвітлюють різні організаційні форми первинної медико-санітарної допомоги [2;4] та шляхи її удосконалення [1;12]. Опубліковані роботи з розподілу функцій лікарів загальної практики-сімейних лікарів та лікарів-спеціалістів [11]. Водночас вкрай обмеженою є кількість публікацій з організації офтальмологічної допомоги населенню в умовах впровадження сімейної медицини, що і зумовило актуальність даного дослідження.

Мета роботи: дослідити рівень доступності та задоволеності сільських жителів організацією медичної допомоги при захворюваннях ока і його додаткового апарату.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося з використання методу соціологічних

досліджень. За спеціально розробленою анкетною було опитано 563 сільських жителів 5 областей України з різним рівнем впровадження сімейної медицини. Заповнення анкет проводилося в сільських лікарських амбулаторіях після звернення пацієнтів до медичних працівників з різних причин – від необхідності отримати медичну допомогу до профілактичних оглядів. Для проведення соціологічного дослідження були підготовлені волонтери із числа студентів 4 курсів, які проходили виробничу практику. Кожний пацієнт, за своїм бажанням, після пояснення мети дослідження заповнював анкету і віддавав волонтеру. Анкети були анонімними. Активність респондентів склала 93,8% (роздано 600 анкет).

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі дослідження вивчалася наявність в селі медичного працівника (фельдшера, сімейного лікаря чи дільничного лікаря) та кількість звернень за останні три роки за медичною допомогою з приводу захворювань ока та його додаткового апарату (табл. 1).

Таблиця 1. Наявність в населеному пункті медичного працівника та кількість звернень за медичною допомогою з приводу захворювань ока та його додаткового апарату

Показник	Кількість відповідей	
	абс.	%
Наявність в селі фельдшера	97	17,2
Наявність в селі дільничного лікаря	239	42,5
Наявність в селі сімейного лікаря	195	34,6
Відсутність в селі медичного працівника	32	5,7
Звертався за медичною допомогою приводу захворювань ока та його додаткового апарату	148	26,3
Зверталися за медичною допомогою з приводу захворювань ока та його додаткового апарату члени родини	94	16,7
Проходили медичний огляд	317	56,3

Наведені в табл. 1 дані вказують на те, що 17,2% респондентів первинну медичну допомогу отримують у фельдшерів, 42,5% – у дільничних терапевтів, 34,6% – у сімейних лікарів. 5,7% опитаних вказали, що в селі за місцем їх проживання медичний працівник не працює. При цьому 26,3% опитаних самі зверталися за медичною допомогою з приводу захворювань ока та його додаткового апарату, 16,7% відмітили, що зверталися їхні родичі, а 56,3% респондентів проходили профілактичні огляди.

Далі вивчали рівень задоволеності сільських жителів отриманою медичною допомогою. Встановлено, що з осіб, які звернулися за медичною допомогою, змогли її отримати на первинному рівні 37,6%, а решта 62,8% були

скеровані на вторинний рівень медичної допомоги. При цьому 72,2% з числа тих, кого скерували на вищий рівень медичної допомоги, на первинному рівні медична допомога не надавалась, а 40,4% навіть не були оглянуті лікарем первинної ланки.

Результати вивчення рівня задоволеності респондентів медичною допомогою на первинному рівні при хворобах ока та його додаткового апарату наведено в табл. 2. Наведені в табл. 2 результати дослідження вказують на низький рівень задоволеності сільського населення медичною допомогою з приводу хвороб ока та його додаткового апарату. Рівень задоволених та частково задоволених становить 26,6%, а рівень формальних профілактичних оглядів – 66,95.

Таблиця 2. Рівень задоволеності сільського населення медичною допомогою первинного рівня при хворобах ока та його додаткового апарату

Показник	Кількість відповідей	
	абс.	%
Задоволені	57	10,1
Частково задоволені	93	16,5
Не задоволені	413	73,4
Профілактичний огляд проводився комплексно	105	33,1
Профілактичний огляд проводився формально	212	66,9

Висновки

Результати соціологічного дослідження, проведеного серед сільського населення, вказують на низький рівень доступності (37,6%) та задоволеності (26,6%) якістю медичної допомоги при хворобах ока та його додаткового апарату. Це вимагає подальшого вивчення причин незадоволеності сільського населення

офтальмологічною допомогою, що надається на первинному рівні, та розробки заходів з покращення доступності та якості медичної допомоги при вказаній патології.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням рівня готовності сімейних лікарів надавати медичну допомогу при захворюваннях ока та його додаткового апарату.

Список літератури

1. Автономізація закладів первинної медико-санітарної допомоги – один із шляхів підвищення ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я / Лехан В. М., Матюха Л. Ф., Надутий К. О. [та ін.] // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. [“Медико-технологічні нормативи в роботі лікувальних закладів: сучасний стан проблеми в Україні”], (Київ, 15–16 жовт. 2009 р.). – К., 2009. – С. 41–42.
2. Іванов Д. Д. Сімейна медицина: зарубіжний досвід та перші кроки в Україні / Д. Д. Іванов // Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – № 5. – С. 104–107.
3. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
4. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / за ред. В. М. Лехан. – Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕС, 2002. – 370 с.
5. Про внесення зміни до Переліку закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України №301 від 20.05.2011 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України від 7 липня 2011 року № 3612-VI “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві” : наказ МОЗ України №646 від 05.10.2011 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : наказ МОЗ України № 556 від 01.09.2011 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.

8. Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги : наказ МОЗ України №557 від 01.09.2011 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
9. Про затвердження Примірного таблиця матеріально-технічного оснащення закладів первинної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : наказ МОЗ України №555 від 01.09.2011 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
10. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України № 989 від 20.06.2000 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
11. Слабкий В. Г. Перерозподіл видів надання медичної допомоги між лікарями загальної практики – сімейної медицини та лікарями-спеціалістами / В. Г. Слабкий // Управління закладом охорони здоров'я. – 2010. – № 7. – С. 19–24.
12. Слабкий Г. О. Організація диспансеризації населення в умовах впровадження сімейної медицини / Г. О. Слабкий, С. М. Загородній, В. Л. Весельський // Матеріали ювілейного X з'їзду ВУЛТ (Всеукраїнського Лікарського Товариства), Євпаторія, 24–27 вер. 2009 р. – К., 2009. – С. 301.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

С. І. Збітнева (Київ)

Проведено соціологічне дослідження сільського населення України щодо задоволеності отриманою медичною допомогою, рівнем її доступності та можливості отримання медичної допомоги при захворюваннях ока та його додаткового апарату на первинному рівні надання медичної допомоги. Отримані результати свідчать про низькі рівні доступності (37,6%) та задоволеності якістю офтальмологічної допомоги (26,6%), що вказує на недостатній рівень організації медичної допомоги сільському населенню.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: сільське населення, захворювання ока та його додаткового апарату, медична допомога, задоволеність.

SATISFACTION OF RURAL POPULATION THE OPHTHALMOLOGIC CARE

S. I. Zbitnyeva (Kyiv)

Sociological study of rural population of Ukraine on received medical care satisfaction, level of its availability and possibility of receiving medical care for diseases of eye and its additional vehicle at primary level of care has been conducted. The received results testify low levels of availability (37,6%) and satisfaction quality of ophthalmologic care (26,6%) that indicating insufficient level of medical care for rural population.

KEY WORDS: rural population, diseases of eye and its additional vehicle, medical care, satisfaction.

Рецензент: д.мед.н., проф. С.О. Риков

УДК 614.2:352(477)

В. М. ЯКИМЕЦЬ, С. М. ІВАЩЕНКО, Т. В. ЛОБОДА (Київ)

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МУНІЦИПАЛЬНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ УКРАЇНИ

ВНЗ "Інститут екології та медицини"
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Київська міська клінічна лікарня № 12

Проведено аналіз деяких аспектів наукової проблеми, пов'язаної з оптимізацією системи медичного забезпечення населення невеликих міст і селищ міського типу в Україні у порівнянні з іншими країнами Європи. Доведено, що важливою умовою успішного функціонування такої системи є стандартизація засобів медичної допомоги населенню, наявність єдиного інформаційно-медичного простору в межах регіону та ефективний алгоритм оцінювання якості медичних послуг.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: муніципальна система охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування, єдиний інформаційно-медичний простір, територіальний принцип медичного обслуговування населення.

В Україні, як самостійній і незалежній державі, функції органів місцевого самоврядування виконують міські ради, діяльністю яких фактично визначається міський рівень державної влади. Сучасна система охорони здоров'я у сфері відповідальності міських рад характеризується як важлива складова забезпечення мешканців невеликих населених пунктів медичною допомогою [5;8].

У багатьох країнах світу застосовується специфічна система охорони здоров'я населення, яка має назву муніципальної системи медичного забезпечення. Така система формально визначається як об'єднання муніципальних медичних установ з медичними організаціями інших організаційно-правових форм та приватними медичними працівниками при адміністративному та економічному керуванні територіальними органами охорони здоров'я, що входять до складу місцевих адміністрацій. Всі структури муніципальної системи медичного забезпечення населення функціонально пов'язані між собою єдиним завершеним технологічним процесом щодо надання медичних послуг населенню конкретного регіону і об'єднані єдиною системою їх фінансування [10].

При цьому фінансування муніципальної системи охорони здоров'я є багатоканальним і надходить як з місцевих бюджетів, так і з різноманітних позабюджетних і комерційних джерел [7;9]. Закріплення закладів охорони здоров'я муніципальної системи медичного забезпечення за визначеними бюджетними джерелами фінансування, а також масштаби та періодичність відрахувань визначаються законами, які регламентують порядок місцевого самоврядування в тій чи іншій країні [1;3;6].

Виконавчі органи територіального самоврядування під керівництвом голови муніципалітету формують місцевий бюджет, який приймається до виконання після затвердження представницькими органами місцевого самоврядування. Розпорядниками бюджетних засобів, призначених для реалізації програм медичного забезпечення населення, в межах затвердженого бюджету є об'єднання або підрозділи охорони здоров'я у складі місцевої адміністрації [2;4].

Незважаючи на значні успіхи у дослідженні актуальних проблем сучасної системи медичного забезпечення різних категорій населення країни, недостатньо вивченим залишається питання щодо обґрунтування і розробки заходів з оптимізації зазначеної системи в сучасних умовах на місцевому та районному рівні.

Метою роботи було вивчення шляхів оптимізації системи медичного забезпечення населення на рівні невеликих міст і селищ міського типу з використанням можливостей органів місцевого самоврядування.

Матеріали і методи. При проведенні дослідження використовувались методи спостереження, аналізу офіційних джерел інформації, опитування визначених категорій населення, експертних оцінок та статистичної обробки відомостей медичного характеру.

Результати дослідження та їх обговорення. У ході роботи було з'ясовано, що фінансування муніципальної системи охорони здоров'я на цьому рівні є багатоканальним і надходить з місцевих бюджетів, позабюджетних і комерційних джерел. Це дозволяє застосувати систему диференційованої оплати

праці медичних працівників, що є важливою умовою ефективного реформування галузі охорони здоров'я.

Крім того, було встановлено, що завдяки застосуванню системи медичного страхування населення відбулися зміни ідеології управління суб'єктами охорони здоров'я та виникла потреба в об'єднанні діяльності лікувально-профілактичних закладів та фізичних осіб, які офіційно займаються лікувальною практикою.

Як відомо, раніше в Україні діяльність всіх закладів системи охорони здоров'я населення будувалася на ієрархічній системі управління, а роль економічних регуляторів була практично відсутня. При цьому визначення потрібних масштабів фінансування галузі ґрунтувалося на ресурсних показниках, основними з яких вважалися кількість ліжок-днів лікувального закладу, кількість відвідувань, масштаб ліжкового фонду та інші.

Результати проведених досліджень показали, що найважливішою умовою ефективного функціонування системи медичного забезпечення населення на місцевому і районному рівнях повинно бути визначення кінцевих результатів діяльності медичних фахівців.

Так, аналізуючи позитивні та негативні наслідки процесу реформування системи медичного забезпечення населення в деяких регіонах Росії, можна зробити висновок, що в ході першого етапу такого реформування було здійснено спробу не тільки компенсувати фінансові ресурси, витрачені на здійснення заходів медичної допомоги, але й заохочувати медичних фахівців залежно від кінцевих результатів їх діяльності. При цьому поліклініка, як основний лікувально-профілактичний заклад, стала центральною ланкою в системі економічних відносин, працюючи зі стаціонарами на основі взаєморозрахунків. Однак така система не отримала належної фінансової підтримки з боку держави, що було необхідним для реалізації нових методів управління. Крім того, через свою недосконалість така система викликала негативне ставлення більшості керівників територіальних органів державного управління. Внаслідок такої ситуації слабкі сторони зазначеної системи були використані для її дискредитації і стримування поширення позитивного досвіду на інші регіони Росії.

Другий етап реформування системи медичного забезпечення населення в Росії можна пов'язати з переходом на обов'язкове медичне страхування.

Однак масштаби позитивних змін виявилися незначними, до того ж був практично відсутнім головний елемент будь-якої системи управління – стратегічне і поточне планування.

Наше дослідження підтвердило думку деяких спеціалістів, які вважали, що однією з основних причин неефективності реформи охорони здоров'я в цьому випадку була недостатня наукова розробка питань управління і фінансування галузі взагалі, особливо на муніципальному рівні.

Слід зазначити, що значна кількість напрямів змін в системі охорони здоров'я населення невеликих міст і селищ міського типу не знайшла наукового пояснення та достатньої уваги, а тому співвідношення планових і ринкових регуляторів розвитку галузі охорони здоров'я на муніципальному рівні виявилися недостатньо ефективними.

На нашу думку, в утворенні єдиного медичного простору надзвичайно важливою є саме та ланка фінансово-управлінської діяльності лікувально-профілактичних установ, яка відіграє роль координації функціонування основних структур системи, зокрема муніципального інформаційно-аналітичного центру, на якому замикаються основні медико-економічні дані, без використання яких застосування сучасних перспективних управлінських технологій є практично неможливим.

В ході виконання запланованого дослідження було застосовано спеціальні наукові методики, які забезпечують отримання об'єктивних даних і засновані на використанні фактичного матеріалу. Суттєва частка даних стосувалася власне управлінських і менеджерських аспектів діяльності системи медичного забезпечення населення невеликих міст і селищ міського типу в сучасних умовах.

Було з'ясовано, що як у Цивільному кодексі Російської Федерації, так і у Законі України про охорону здоров'я від 1993 р., на жаль, не надано чіткого визначення юридичного статусу поняття "муніципальна система охорони здоров'я" як унітарного об'єднаного медичного підприємства, управління яким потребує сучасних наукових розробок.

У багатьох країнах Європи в процесі організації системи медичного обслуговування було застосовано принцип використання договірних відносин між структурами, що надають і отримують медичні послуги, та принцип чіткого розмежування прав і повноважень між окремими закладами, які здійснюють надання медичних послуг населенню.

Слід зазначити, що основою для здійснення порівняльного аналізу різних типів муніципальної моделі охорони здоров'я населення слугували не тільки показники захворюваності населення на території медичної муніципальної установи або підприємства, але й дані статистичного аналізу його економічних показників та

якості надання медичної допомоги. Це дозволяє зробити висновок про необхідність докорінного реформування сучасної системи управління і фінансування суб'єктів муніципальної системи охорони здоров'я в тих країнах, в яких вона має зазначені вище недоліки.

Таким чином, основними недоліками сучасної системи організації медичного забезпечення населення невеликих міст і селищ міського типу слід вважати наступні:

- дезінтеграція управління;
- ослаблення ролі стратегічного і поточно-го планування;
- неефективність і непослідовність договірних відносин.

Результати проведеного дослідження підтверджують думку про те, що запровадження системи єдиного медичного простору на рівні невеликих міст і селищ міського типу в сучасних умовах може дозволити значно поліпшити якість медичного обслуговування різних категорій населення та сприяти підвищенню рівня її доступності.

Висновки

1. Важливою складовою сучасної системи медичного забезпечення населених пунктів місцевого та районного масштабу повинна бути досконала інформаційна система, яка б дозволяла на основі використання спеціальних довідників-класифікаторів здійснювати прискорену обробку даних на електронно-обчислювальних машинах та скорочувати терміни, потрібні для визначення обсягу необхідних засобів медичної допомоги для всіх категорій населення.

2. Визначальною умовою для ефективного функціонування сучасної системи медичного забезпечення населення невеликих міст і селищ міського типу слід вважати наявність єдиного інформаційно-медичного простору в межах даного регіону, в умовах якого відбувалося б зростання рівня ефективності застосування сил та засобів медичної служби.

3. Стандартизація заходів медичної допомоги в межах населених пунктів міського і районного рівня та своєчасне проведення контролю їх якості дозволять оптимізувати місцеву систему медичного забезпечення різних категорій населення з точки зору підвищення її ефективності.

Список літератури

1. Антонова Л. Т. Выявление сердечно-сосудистой патологии у подростков и студентов при массовых профилактических осмотрах / Л. Т. Антонова, Л. М. Тихомирова, Л. П. Приленко // Сов. здравоохран. – 1984. – № 5. – С. 29–32.
2. Борисов Б. М. Экологические подходы в оценке состояния здоровья подростков / Б. М. Борисов, В. И. Примаков, Т. А. Мартирова // Воен.-мед. журн. – 1996. – № 2. – С. 51–55.
3. Виленский М. Я. Закономерности изменения профессиональной работоспособности в процессе физического воспитания / М. Я. Виленский // Экспериментальные методы исследования личности в коллективе. – Даугавпилс : Пед. ин-т, 1985. – С. 25–27.
4. Гребняк Н. П. Руководство по вторичной профилактике заболеваний у детей и подростков / Н. П. Гребняк, В. П. Гребняк, В. И. Агарков. – Донецк : РИА. ДонГТУ, 1999. – 106 с.
5. Ковешников В. Г. Соматометричні критерії статі і віку у молодого покоління України / В. Г. Ковешников, Е. П. Незнакомцева // Укр. мед. альм. – 2001. – Т. 4, № 1. – С. 87–90.
6. Козікова О. А. Дослідження здоров'я та способу життя сімей, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, та розробка моделі профілактичних заходів : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.02.03 / О. А. Козікова. – К., 2002. – 20 с.
7. Курило І. Проблема здоров'я нації в сучасній Україні / І. Курило // Журн. практичного лікаря. – 2002. – № 5. – С. 2–10.
8. Подходы к прогнозированию состояния здоровья различных групп населения / Кучма В. Р., Анкифиева Т. А., Панасюк Н. Н., Ягужинский М. С. // Гигиена и санитария. – 1994. – № 5. – С. 53–56.
9. Попов М. Здоровье как социальная ценность / М. Попов, П. Михайлова // Философские и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни. – М. : Медицина, 1975. – С. 48–58.
10. Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України : Указ Президента України від 08.08.2000 р № 963 // Офіц. вісн. України. – 2000. – № 32 – С. 22–23.

ПЕРСПЕКТИВИ ПРИМЕНЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ УКРАИНЫ

В. Н. Якимец, С. М. Иващенко, Т. В. Лобода (Киев)

Проведен анализ некоторых аспектов научной проблемы, связанной с оптимизацией системы медицинского обеспечения населения малых городов и поселков городского типа в Украине в сравнении с другими государствами Европы. Доказано, что важными условиями успешного функционирования такой системы являются стандартизация средств медицинской помощи населению, наличие единого информационно-медицинского пространства в границах региона и эффективный алгоритм оценивания качества медицинских услуг.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: муниципальная система здравоохранения, органы местного самоуправления, единое информационно-медицинское пространство, территориальный принцип медицинского обслуживания населения.

PROSPECTS OF MUNICIPAL HEALTH SYSTEMS IN THE UKRAINE

V.M. Yakymets, S.M. Ivashchenko, T.V. Loboda (Kyiv)

The analysis of some aspects of the scientific problem associated with optimization of populations' medical support of small cities and towns in Ukraine in comparison with other European countries has been carried out. It is proved that an important condition for successful operation of such system is standardization of health care, presence of uniform information and medical space within the region and efficient algorithm for evaluating the quality of medical services.

KEY WORDS: municipal health care system, local governments, uniform information and medical space, territorial principle of populations' health services.

Рецензент: д.мед.н., проф. М.І. Хижняк

УДК 614.2:616-072.5.004.12

В. В. ЛЮБЧАК (Київ)

ЕФЕКТИВНІСТЬ КАДРОВОГО ДОНОРСТВА У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ІНФЕКЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ ДОНОРСЬКОЇ КРОВІ, ЇЇ КОМПОНЕНТІВ І ПРЕПАРАТІВ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Стаття присвячена одній з актуальних проблем сучасної медицини – забезпеченню служби крові якісними та безпечними препаратами донорської крові. Показано досвід регулювання діяльності служби крові в світі та в Україні на прикладі Сумської області.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: служба крові, препарати крові, донорство, кадрові донори.

Служба крові сьогодні рятує життя десятків мільйонів людей у всіх куточках нашої планети. На початку XXI ст. щорічно здавалося близько 81 млн одиниць цілої крові і 20 млн літрів плазми [7]. Компоненти крові не мають повноцінної заміни як лікарський засіб. На препарати крові, що виготовляються з плазми, незважаючи на колосальний прогрес біотехнологічної галузі та отримання аналогічних субстанцій в промислових масштабах шляхом синтезу, є постійний попит в світі. Велика кількість препаратів крові, що призначаються в критичних ситуаціях та не мають заміни, досі не синтезовані і можуть бути вироблені тільки з донорської крові. Виробництво штучних компонентів крові на сьогодні неможливе, що робить ці лікарські засоби унікальними і незамінними, особливо враховуючи їх ефективність.

Поширеність лікування препаратами крові ставить високі вимоги до їх якості та безпечності, передусім щодо можливості передачі бактеріальних, вірусних та пріонних інфекцій, поширеність яких сьогодні як ніколи висока, незважаючи на активну боротьбу з ними у більшості розвинених країн. Неприятливі соціальні та епідемічні умови, стиль життя та низький рівень моралі багатьох людей, що можуть бути потенційними донорами, стають значною загрозою щодо розповсюдження не тільки дерматовенеричних, але й особливо небезпечних інфекцій. Тому підбір донорів є надзвичайно актуальною задачею. Найбільш ризиковано брати кров або її компоненти від випадкових донорів, що здають кров один раз, спонтанно. І навпаки, якщо донор кадровий, він зазвичай дуже уважно ставиться до свого здоров'я, усвідомлюючи всю відповідальність за життя реципієнта.

Близько 37,6 млн одиниць крові на рік зібрано в світі від кадрових добровільних безоплат-

них донорів крові, з яких 33,5 млн (89%) було зібрано у країнах з високим рівнем життя [5]. Це говорить про те, що більшість розвинених країн віддають перевагу кадровому донорству як найбільш безпечному і такому, що гарантує якість компонентів та препаратів крові. 71 країна (40% від тих, що надали інформацію до ВОЗ) повідомила, що вона не має ніяких кадрових безоплатних добровільних донорів крові [5], що говорить про недостатню пропаганду в світі соціальної значущості донорства крові.

Міжнародні установи рекомендують, щоб служба крові була заснована на добровільній та безоплатній здачі крові [8]. Ці рекомендації не вимагають залучення кадрових донорів до кроводач, але добровільні донори можуть бути як безоплатними, так і платними. Слід зазначити, що безоплатність донорства не виключає можливості роботи з кадровими донорами, котрі можуть бути постійними волонтерами, що регулярно приходять у пункти здачі крові. Для такого типу донорів найважливішим є їхній соціальний статус безкорисливого альтруїста та моральне задоволення від розуміння того, що їхня кров рятує чиєсь життя. Поява такого типу донорів – це результат кропіткої та довгострокової роботи громадських і державних установ з пропаганди донорства. І хоча донори не отримують за здану кров будь-яких грошей, більшість країн пропонує їм низку дуже важливих та суттєвих соціальних пільг.

В Україні заготовлюється близько 200–400 т донорської крові щорічно, яка рятує сотні тисяч життів тільки в нашій державі. У зв'язку з тим, що кров є потенційно небезпечним середовищем, використання її компонентів та препаратів проводять найчастіше за життєвим показаннями. З огляду на це одним із важливих аспектів гемотрансфузійної допомоги є забезпечення інфекційної безпеки компонентів і препаратів донорської крові. На обстеження донорської крові витрачаються великі кошти, але ніякі лабора-

торні дослідження, навіть використання ПЛР, яке зводить до мінімуму ризик передачі інфекції, не дають стовідсоткової гарантії. Тому дуже важливо розглядати лабораторну діагностику в комплексі з іншими шляхами забезпечення якості компонентів і препаратів крові.

Завдяки комплексному підходу до забезпечення якості донорської крові в Сумській області, частиною якої є розроблена і втілена методика з підбору кадрових донорів, при широкому використанні донорської крові за останні 20 років не зафіксовано жодного ускладнення або важкої реакції. Це можна пояснити дотриманням правил заготівлі донорської крові і ретельною та довгостроковою працею з відбору донорів.

Якість компонентів крові є важливою задачею медицини в усьому світі. З цією метою ВООЗ анонсувало глобальну ідею безпечного постачання крові як один з її пріоритетів і розпочала інноваційну ініціативу – Проект управління якістю [10]. В світлі розпочатих ініціатив, з метою втілення цього проекту розроблена програма менеджменту якості ВООЗ [9]. Це об'єктивно підтверджує надзвичайну важливість для світової співдружності якості донорської крові, її компонентів та препаратів під час гемарансфузійної терапії. Основною метою цих документів стало недопущення будь-яких передач інфекцій через переливання крові та отримання якісних компонентів крові, що безпечні та водночас ефективні для трансфузійної терапії. Це стало особливо актуальним після виявлення ланки нових збудників, вивчення яких поставило потребу в гемобезпеці в трансфузіології на новий рівень. Насамперед це пріонні інфекції, лабораторне діагностування яких класичними методами ускладнене.

Для законодавчого регулювання діяльності служби крові в країнах світу Підрозділ Безпеки Переливання Крові ВООЗ розробив об'єднану стратегію для безпеки переливання крові. Ця стратегія рекомендована національними програмами для служби крові. Одним з пунктів цієї програми є підбір донорів. Рекомендується збирання крові тільки від добровільних неоплачуваних донорів крові, від населення низького рівня ризику [6]. Слід зазначити, що в Україні цим вимогам ідеально відповідають лише кадрові донори. Водночас, як показує досвід, іноді

якість заготовленої крові вище у оплачуваних донорів [4], але вони повинні бути кадровими. Такі донори часто більш ретельно ставляться до кроводач, тому що, наприклад, в нашій державі гроші, які вони отримують за кров, є суттєвим додатком до їхнього сімейного бюджету. Нерідко ці донори ставляться до донорства настільки ж відповідально, як і до своєї роботи.

Мета роботи: виявити переваги кадрового донорства.

Матеріали і методи. У дослідженні використано бібліосемантичний та статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення. Підбір донорів можна вважати одним з повноправних механізмів на рівні з лабораторною діагностикою, карантинізацією та менеджментом якості для забезпечення лікувальних закладів безпечними компонентами та препаратами крові. Це було враховано в Сумському обласному центрі крові для отримання максимально безпечних продуктів. Тому, крім всіх передбачених інструкціями досліджень крові, основний контингент донорів (80–87%) – це кадрові донори, які все життя здають кров. Фахівці СОЦСК протягом багатьох років (від 5 до 20) спостерігають за станом їхнього здоров'я. Це люди без шкідливих звичок, які знають, як треба поводитись, щоб бути постійним донором (кадровим). Вони регулярно проходять медичне обстеження та усвідомлюють усю відповідальність цієї діяльності.

Така методика комплектування донорів дозволяє не тільки мати постійну велику групу донорів, але й значно зменшити первинне списання донорської крові (табл.) та підвищити рівень інфекційної безпеки. Постановка роботи с донорами з акцентом на кадрове донорство дала суттєвий результат – майже 20 років без ускладнень і тяжких реакцій на введені препарати крові. Як видно з таблиці, частка вибраканої крові невисока, але в гривнях це становить по країні близько 13,0 млн грн. Водночас у Сумській області за рахунок цієї методики щорічно заощаджується близько 200,0 тис. грн, причому на цю методику кошти зовсім не витрачаються. Вона потребує тільки невеликих зусиль колективу і поважного ставлення до донорів. Тобто лише правильна організована робота в закладі служби крові може дати такий помітний ефект.

Таблиця. Первинне списання консервованої крові в Сумській області та в Україні у 2005–2010 рр., %

Адміністративна територія	Рік					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Сумська область	0,6	0,4	0,2	0	0	0
Україна	4,47	3,96	3,29	3,1	3,5	3,8

Зрозуміло, що для залучення нових кадрових донорів потрібна масштабна маркетингова компанія за участю засобів масової інформації, але у сучасній ситуації найважливіше зберегти існуючий контингент.

Слід враховувати, що такий підхід до комплектації донорських кадрів є надзвичайно ефективним з точки зору методологій менеджменту якості на виробництві, таких як ISO9001 та GMP. Ці системи не допускають присутності слабких ланок у ланцюгу виробництва якісного та надійного компонента чи препарату крові. Введення цієї методики підбору донорів дозволяє зробити кроки до систем менеджменту якості в закладах служби крові.

Слід зазначити, що кадрові донори здають кров регулярно, і тому існує необхідність повторного обстеження через 6 місяців після кроводачі, саме тоді, коли здана півроку тому кров готова до видачі в лікувальні заклади після карантинізації згідно із законодавством. Це виключає переливання реципієнту крові, взятої від донора у серонегативному вікні інфекційного захворювання, коли діагностика інфекції методом ІФА ще неможлива через відсутність в плазмі достатньої кількості молекул, що визначаються в тесті. Взяти ж аналізи через 6 місяців у некадрового донора скоріше стане неможливим. Повторний аналіз значно підвищує рівень гемобезпеки і додатково нівелює ще один слабкий ланцюг з позиції систем менеджменту якості ISO9001 та GMP.

Більшість кадрових донорів є активними людьми, котрі можуть виконувати деякі соціально значущі функції. Наприклад, Італійська асоціація безоплатних донорів крові (AVIS) була заснована в Мілані в 1927 р. і в 1946 р. стала загальнонаціональною. У 1950 р. положення асоціації було закріплене законом [2]. Зараз AVIS не тільки здійснює громадську та просвітницьку роботу серед населення, але і містить власні донорські центри. Тільки у Ломбардії в AVIS входять близько 220 тис. кадрових донорів (2% населення) [1]. Завдяки аналогічній стратегії разом з іншими заходами щодо популяризації донорства в деяких країнах Європи містечко з населенням в 100 тис. чоловік здає на рік приблизно 15 т плазми [3]. Слід зазначити важливу деталь у взаємодії Асоціації донорів та державних установ: за кожного донора регіональне міністер-

ство охорони здоров'я перераховує в AVIS 20 євро. Ці кошти використовуються для пропаганди донорства в ЗМІ, випуску освітніх брошур та листівок, запрошення донорів поштою та іншими видами зв'язку [2]. Цей підхід значно підвищує ефективність пропаганди завдяки роботі професіоналів AVIS.

У Сумській області також сформовано асоціацію донорів, найактивнішими членами якої є саме кадрові донори, для більшості з яких донорство стало частиною життя. Завдяки діяльності Асоціації планується не тільки збільшити кількість кадрових донорів, що, як описано вище, призведе до підвищення якості компонентів крові, але і підвищить соціальний статус донорів крові. Доки в нашій країні не будуть значно покращені пільги для людей, що здають кров, саме високий соціальний статус та суспільна повага може спонукати їх стати безоплатними регулярними донорами.

Зараз в Україні майже не проводиться пропаганда донорства на державному рівні, тому залучення нових кадрових донорів є складним і досить тривалим процесом. Велике значення має пропаганда дачі крові самими донорами. Тому надзвичайно важливим стає ставлення в закладах служби крові до людей, що прийшли здати кров. Повага та професіоналізм співробітників центру крові може стати додатковим стимулом для наступних візитів донорів. Незважаючи на явні переваги постійних донорів, у більшості областей України значна частка серед тих, хто здає кров, – це родичі хворих, котрі, по суті, є випадковими донорами. Це призводить до високого списання компонентів крові та значно знижує їх безпеку.

Висновки

Враховуючи всю складність ситуації з кадровим донорством в Україні, необхідна взаємодія державних установ з асоціацією донорів, можливо, з оплатою її послуг з пропаганди донорства (на прикладі італійської AVIS); прийняття нової державної програми з розвитку служби крові, у якій буде приділено увагу не тільки переоснащенню служби та її реорганізації, але і введенню додаткових пільг для донорів, що дозволить підняти їх соціальний статус, сприятиме розумінню громадянами України всієї значущості та благородності донорства крові.

Список літератури

1. Жибург Е. Б. Новое в трансфузиологии (по материалам VIII европейского конгресса международного общества переливания крови) / Е. Б. Жибурт, А. В. Вечерко, П. В. Рейзман, Н.С. Кузьмин. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.transfusion.ru/thematic/analiz_kongr.htm. – Название с экрана.
2. Жибург Е. Путь итальянских коллег / Е. Жибург // Мед. газета. – 2005. – № 62 [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://www.transfusion.ru/doc/2005-08-12-1.html>. – Название с экрана.
3. Завод на крови // Власть денег. – 2006. – № 99.

4. *Русанов В. М.* Лечебные препараты крови / В. М. Русанов, И. Левин. – М. : Медпрактика, 2004. – 284 с.
5. *World Health Organization.* Global database on blood safety: report 2004–2005. / WHO. – Geneva, 2007. – 60 p. – Assess mode : http://www.who.int/bloodsafety/qdbs_report_2004-2005.pdf.
6. *World Health Organization.* Global database on blood safety: report 2001-2002 / WHO. – Geneva, 2002. – 60 p. – Assess mode : http://www.who.int/bloodsafety/qdbs_report_2001-2002.pdf.
7. *World Health Organization.* Global database on blood safety: summary report 1998–1999 / WHO. – Geneva, 1999. – 8 p. – Assess mode : http://www.who.int/bloodsafety/global_database/sumrepqdb_s_en1998-1999.pdf.
8. *World Health Organization.* National blood policy. / WHO: – Assess mode : http://www.who.int/bloodsafety/transfusion_services/nat_blood_pol/en/index.html.
9. *World Health Organization.* Quality management programme / WHO. – Assess mode : <http://www.who.int/bloodsafety/quality/en/>.
10. *World Health Organization.* Quality management project for blood transfusion services ... Enhancing the safety of the global blood supply / WHO. – Geneva, 2005. – 4 p.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАДРОВОГО ДОНОРСТВА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДОНОРСКОЙ КРОВИ, ЕЕ КОМПОНЕНТОВ И ПРЕПАРАТОВ

В. В. Любчак (Киев)

Статья посвящена одной из актуальных проблем современной медицины – обеспечению службы крови качественными и безопасными препаратами донорской крови. Показан опыт регулирования деятельности службы крови в мире и в Украине на примере Сумской области.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: служба крови, препараты крови, донорство, кадровые доноры.

EFFICIENCY OF THE PERSONNEL DONOR SERVICE IN PROVIDING DONATION INFECTIOUS SAFETY OF BLOOD, ITS COMPONENTS AND PREPARATIONS

V. V. Lyubchak (Kyiv)

The article is devoted to one of the most actual problems of modern medicine – providing of blood service with qualitative and safe medicines for blood donations. The experience of blood services regulation in the world and in Ukraine as an example of Sumy oblast has been presented.

KEY WORDS: blood service, blood preparations, donation, personnel donors.

Рецензент: к.мед.н. В. А. Сміянов

УДК 61:31

М. В. ЗАРАНСЬКИЙ, В. О. СЕМЕНІВ (Львів)

ДЕЯКІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ

Благодійна організація „Шпиталь ім. А. Шептицького”

У статті описується важливість санітарної, або медичної статистики. Дається короткий екскурс в минуле цієї галузі науки. Особлива увага приділяється обробці показників, отриманих на хворих кардіологічного профілю. Пропонуються власні результати. Автори роблять висновок, що кожен лікар повинен мати знання з біомедичної статистики, яка є частиною соціальної гігієни.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: санітарна, медична статистика, показники, кардіологія, лікар-статистик, ехокардіографія.

Хочемо з вами поділитися роздумами про санітарну статистику (С), яка вивчає питання пов'язані з медициною, гігієною, громадською охороною здоров'я та з економікою в цій галузі. Сучасна медична наука поєднується з математичними методами обробки клінічних, лабораторних і епідеміологічних досліджень. Використовуючи прості формули, лікарі витрачають багато часу і допускають суттєві арифметичні помилки. Дисертантам навіть доводиться звертатися по допомогу до математиків [1;7].

Лікар-статистик повинен проводити аналітичні дослідження, а не тільки складати звіти. Він вивчає різноманітні явища в медицині і отримує актуальні результати, пропонує нові показники, методи їх визначення та вдосконалює систему інформаційного забезпечення [4].

Мета дослідження: дослідити роль статистичних методів у прогнозуванні виникнення хвороби, чи конкретного діагнозу, а також для оптимізації методу лікування.

Матеріали і методи. Нами проведено систематичний аналіз наукових джерел інформації щодо використання статистичних методів у діяльності лікаря.

Результати дослідження та їх обговорення. Короткий екскурс в минуле. На початку 80-х рр. лікарі взяли на озброєння перші калькулятори, які виконували 4 дії, потім були інженерні К, що вже мали деякі статистичні функції (наприклад – середнє арифметичне, середня похибка, середнє квадратне відхилення, кількість заданих величин, суму квадратів). Потім були програмовані калькулятори. Пізніше – не-IBM сумісні комп'ютери різної електронної архітектури, на яких можна було проводити обрахунки за допомогою, наприклад: BASIC, QBASIC,

Borland, Паскаль, Си+, Fortran, Algol. Згодом, в 90-х рр. з'явилися сучасні комп'ютери. Було створено такі програми Statgraf під DOS, Statistica for Windows, MS Excel різних версій [3], є також – SAS, Stata, MLwiN [1].

Взагалі найпоширенішими показниками в медичній науці є: М – середнє арифметичне, м – стандартна похибка середнього значення, t – достовірність відмінності (ДВ), r – кореляція (К), критерій відповідності χ^2 . Приймають вважати ДВ, коли медичні дані перекриваються менше ніж на 5%, К від 0 до 0,33 – слабка, від 0,33 до 0,66 – помірна, від 0,66 до 1 – виражена. К буває позитивною і зворотною [7]. Для більш точної статистики хворих або піддослідних тварин повинно бути більше 30 в одній групі.

Використовують – частотні розподіли і міри, відношення, пропорції, коефіцієнти. Наприклад, частотні міри хворобливості – це коефіцієнт інцидентності, первинний і вторинний коефіцієнти навальності, моментна та періодна поширеність. Найбільш застосовувані міри смертності – це загальний та каузальний коефіцієнти смерті, екстенсивний показник смертності, індекс летальності захворювання. В педіатрії та акушерстві користуються коефіцієнтом неонатальної смертності, коефіцієнтом постнеонатальної смертності, коефіцієнтом малюкової смертності, загальним коефіцієнтом народжень і плодovitості, природного приплоду, співвідношення народжених з нестачею ваги, а також коефіцієнтом материнської смертності [6].

Деякі особливості статистики в кардіології.

Mian et al. [14] проводилась математична обробка хворих з підвищеним артеріальним тиском. Вираховувались кореляції між групами та в середині груп для незмінних даних. Виконано декілька тестів – стабілізуюче перетворення Fisher'a і функція Neyman'a для визначення го-

могенності груп. За допомогою симуляційного дослідження „Монте Карло” вивчали емпіричний рівень і вагомість артеріального тиску. Автори рекомендують використовувати Neuman’a альфа-тест і оцінювач ANOVA (однофакторний дисперсійний аналіз) для вирахування кореляцій всередині групи.

Щодо епідеміології хворих [12], то обрахунки демографічних, статевих, клінічних відмінностей та особливостей лікування є простими, коли вибірка (N) велика. Для малих N підходить тільки точний тест Fisher’a. Коли є попередня інформація, полегшується аналіз Bayes’a. Три найбільш використовувані скалярні показники в охороні здоров’я – відносний ризик, співвідношення нерівності, додатковий ризик.

Іноді проводяться повторні клінічні дослідження, щоб визначити “Роки Здорового Життя (YHL)”, або Якісно-Скоректовані Роки Життя (QALY) [11]. Для точного їх обрахунку має значення тривалість спостереження, кількість показників на особу, кореляція їх зі здоровими у визначеному часі. Статистичні дані можуть мінятися («статус здоров’я») внаслідок лікування.

Багато рандомізованих клінічних досліджень вивчають більше як один показник, тому їх трактування є важким і не повністю задовільняє [9]. Можна використовувати визначення кінцевої точки за Follmann’ом, або/і карточки, що схематично показують “траєкторію руху” пацієнтів і ефективність лікування. Метод дає високу узгодженість, статистичну достовірність категорій. Для великих статистичних груп ефективними є 3 методи – правило виграшу, проект неповних блоків, категоріальна класифікація.

Передбачливі дані (D) є корисними у визначенні розподілу вірогідності, первинні D повинні бути без помилок вимірювання, або без внутрішньої варіабельності [10]. Їх застосовують, наприклад, до даних артеріального тиску, з метою визначення істинної вірогідності, коли особа захворіє гіпертензією, базуючись на попередніх даних, починаючи з дитинства. Для передбачливих показників можна використовувати багатоваріантну регресійну модель, яка є кращою, ніж лінійна, або логістична регресія особливо, якщо в модель входять співзмінні.

Регресія є різницею між дією, яку ми зробили, і найкращою, яку ми могли б виконати [13]. „Tent”-графи презентують проблеми прийняття рішення, сподіваної регресії, пропонують геометричні додатки до стандартних формул, дозволяють моментальні обчислення і пропонують ілюстрацію нових математичних властивостей, наприклад, пошук ряду передтестової вірогідності – вартісний вчинок. Діагностичний тест стає тривіальним, навіть коли невідомий статус хвороби. Тут бажано скористатися сприятливим

випадком, щоб вивчити математичні властивості проблеми. Графи також забезпечують простий шлях ілюстрації і відчитування інформації, її досконалість. Властивість використовується, щоб одержати клінічну інтерпретацію Індексу Youden’a (чутливість + специфічність-1), саме це є максимальним пропорційним зниженням сподіваної регресії, одержаної з тесту. В кінці досліджують відношення між Індексом Youden’a і площею під ROC-кривою (крива операційної характеристики).

Кілька слів про методи візуалізації статистичних даних, що проводяться таблицями, графіками, діаграмами.

Таблиці бувають:

- з однією змінною
- з 2-ома, або трьома змінними
- табличні бланки.

Графіки бувають:

- гістограми
- частотні багатокутники
- діаграми розсіювання.

Діаграми (D) груповані

- стовпчикові (СД)
- СД відхилень
- СД нагромадження
- тривимірні СД
- кругові.

Географічні координатні карти.

Для ілюстрації пропонуємо частотний багатокутник (як ми його назвали), діаграму розсіювання і гістограму (власні дані) (рис.1).

Графік представлений результатами опитування 293 лікарів різних спеціальностей щодо попередніх діагнозів при скеруванні на ехокардіографію (2000 р.Б.)

На прикладі 136 кардіологічних хворих виконана така діаграма розсіювання, де IVRT він же IBЧР – ізвольюмічний час релаксації в секундах (рис. 2).

На тих же хворих – гістограма розподілу доплерівського співвідношення E/A , де 1-а група – здорові ($n_1=37$), 2-а – ІХС ($n_2=64$), 3-я – поєднання АГ і ІХС ($n_3=42$), 4-а – АГ ($n_4=30$) (рис. 3).

На прикладі кардіологічних хворих (136 пацієнтів) - рангова кореляція доплерівських показників з функціональним класом серцевої недостатності за NYHA, де А – пікова швидкість наповнення лівого шлуночка передсердям (см/с), E/A – відношення ранньої до пізньої доплерівських швидкостей (табл. 1).

Раніше можна було звернутися в центр медичної статистики МОЗ України, де була цікава інформація за адресою: <http://www.medstat.com.ua>. Рекомендуємо також переглянути „Статистичний довідник показників стану здоров’я і діяльності лікувально-профілактичних закладів”, що видається ГУОЗ Львівської обл., та „Показники

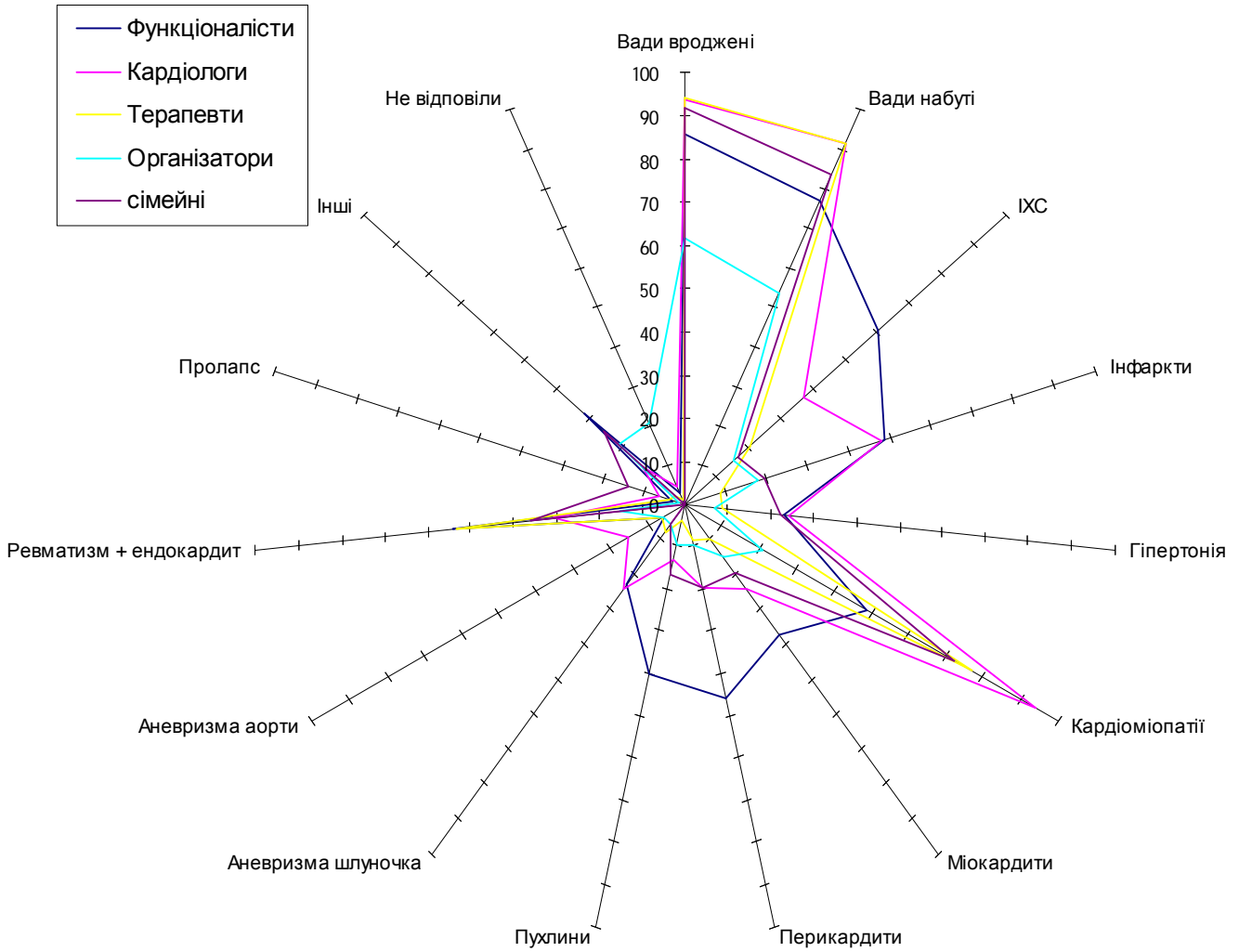


Рис. 1. Попередні діагнози пацієнтів перед ехокардіографією

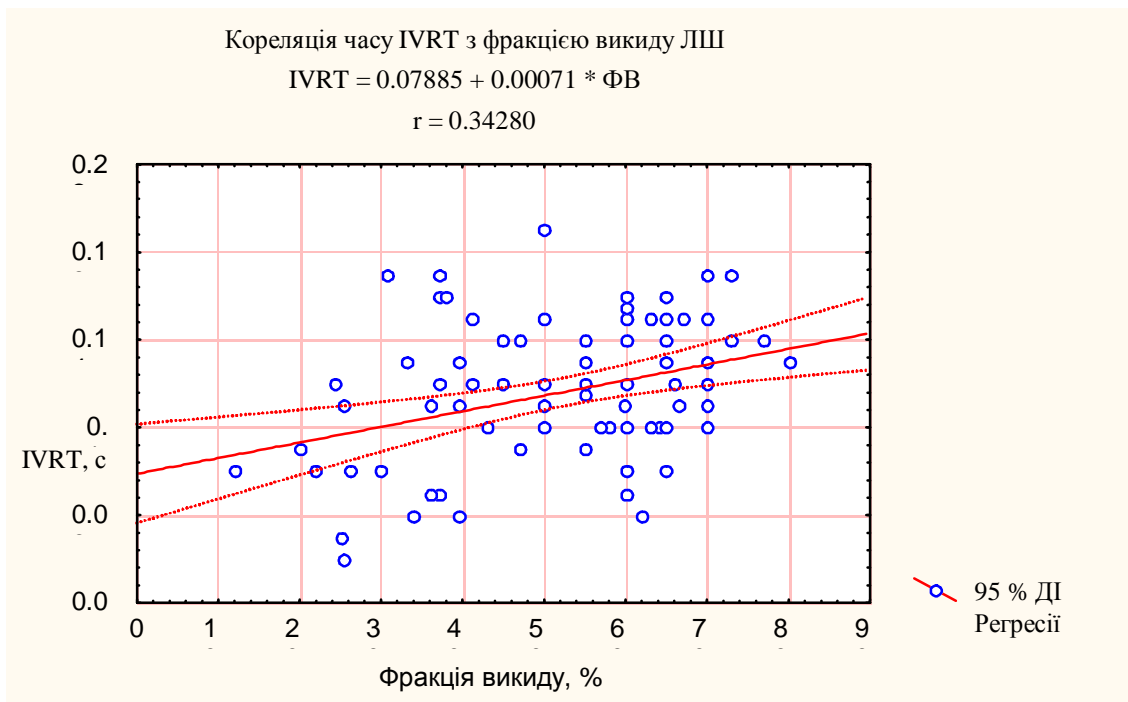


Рис. 2. Кореляція часу IVRT з фракцією викиду лівого шлуночка серця

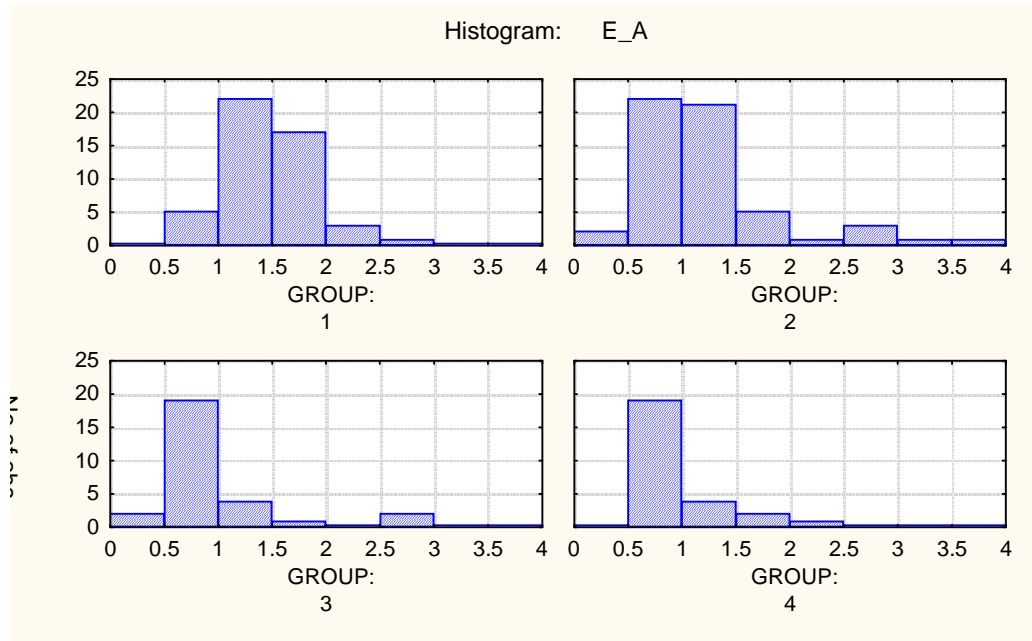


Рис. 3. Розподіл доплерівського співвідношення E/A.

Таблиця 1. Рангова кореляція доплерівських показників з функціональним класом серцевої недостатності за NYHA

Показники	N	τ (Kendall)	Z	p
A	157	.196397	3.650545	.000262
E/A	157	-.188582	-3.50528	.000456
IVRT	156	.325551	6.031475	.000000

діяльності гематологічної служби України”, що видається Інститутом патології крові і трансфузійної медицини АМН України. Відбувається постійне динамічне оновлення чинних статистичних форм, їх заміна і поява нових.

Висновки

Кожен лікар повинен добре знати теоретичні основи С, вміти правильно використовувати ці методи і оцінювати інформацію за різними розділами діяльності. Таким чином, біостатистика є

частиною соціальної гігієни і відіграє не останню роль в науковій медицині. Ці методи можна використовувати як платформу для розвитку автоматизованих систем управління і страхової медицини [3].

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні місця і ролі статистичних методів у структурі діяльності лікувальних закладів.

Список літератури

1. Петри Авива. Наглядная медицинская статистика / Авива Петри, Кэролайн Сэбин [пер. с англ.] – М. : Геотар, – 2009. – 165 с.
2. Горлач В. Табличний процесор MS Excel / В. Горлач, О. Шевченко. – Л., 1999. – 99 с.
3. Медична статистика: збірн. нормат. докум. – К., 2006. – С. 11-17, 96-109, 114-129.
4. Москаленко В.Ф. Біостатистика / В.Ф. Москаленко. – Київ, 2009. – 184 с.
5. Овчаров В.К. Перспективы использования метода диагностическисвязанных «клинико-статистических групп в здравоохранении / В. К. Овчаров, А. Г. Марченко // Сов.Здрав. – 1990. – №11 – С. 3-7.
6. Перепадя О. Основи епідеміології та біостатистики / О. Перепадя, Ем. Хоменко. – К. : Основи, 1997. – С. 95-293.
7. Смоляр Н.І. Статистична обробка матеріалів та результатів досліджень: [метод. реком.] / Н. І. Смоляр, Я. М. Федорів – Л., 1995. – 17 с.
8. Статистика санитарная // Б.М.Э. –1985. – Том № 24. – С. 218-224.
9. Brittain E. Blinded subjective rankings as a method of assessing treatment effect-a large-sample example from the systolic hypertension in the elderly program (SHEP) / E. Brittain, J. Palensky // Stat. Med. – 1997 – №6. – P. 681-693.

10. *Cook N. R.* Estimating predictive values for blood-pressure measurements from multivariate regression-models with covariates // *N.R. Cook* // *Stat. Med.* – 1996. – №19. – P. 2013-2028.
11. *Diehr P.* Effect size and power for clinical-trials that measure Years of Healthy Life / *P. Diehr, B. M. Psaty* // *Stat. Med.* – 1997. – №11. – P. 1211-1223.
12. *Hashemi L.* Bayesian-Analysis for a single 2X2-table / *L. Hashemi, B. Nandram* // *Stat. Med.* – 1997. – №12. – P. 1311-1328.
13. *Hilden J.* Regret Graphs, diagnostic uncertainty and Youdens Index / *J. Hilden, P. Glasziou* // *Stat. Med.* – 1996. – №10. – P. 969-986.
14. *Mian IUH.* Statistical-analysis of intraclass correlations from multiple samples with applications to arterial blood-pressure data / *IUH. Mian, M. Shoukri* // *Stat. Med.* – 1997. – №13. – P. 1497-1514.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ

М. В. Заранский, В. О. Семенив (Львов)

В статье описывается важность санитарной, или медицинской статистики. Дается краткий экскурс в прошлое этой отрасли науки. Особое внимание уделяется обработке показателей, полученных на больных кардиологического профиля. Предлагаются собственные результаты. Авторы делают заключение, что каждый врач должен иметь знания в биомедицинской статистике, которая является частью социальной гигиены.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: санитарная, медицинская статистика, показатели, кардиология, эхокардиография, социальная гигиена, врач-статистик.

SOME PROBLEMS OF MEDICAL STATISTICS

M.V. Zaransky, V.O. Semeniv (Lviv)

In this article the importance of sanitary, or medical statistics is described. Here is a short digression in the past of this branch of science. Specialy attention is given to the statistics of working up the indices received from cardiological patients. Our own results calculated from 136 persons are proposed. Authors conclude that each of the doctors should to have some knowledge in biomedical statistics, which is a part of the social medicine.

KEY WORDS: sanitary or medical statistics, statistical indices, cardiology, dispersion diagram, histogram.

О. Н. ЛИТВИНОВА, Л. М. РОМАНЮК, В. С. КОЛОМИЙЧУК (Тернопіль)

ЕКОНОМІЧНІ ПИТАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

Економічні питання охорони здоров'я України слід вирішувати з позицій врахування собівартості, раціональності та мотиваційної орієнтації лікарів на здоров'я, а не хворобу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: економічна ефективність, раціональність, затрати.

Головною метою реформи охорони здоров'я, закладеної у Програмі економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [1], є побудова такої моделі охорони здоров'я, яка б забезпечувала рівний та справедливий доступ усіх членів суспільства до необхідних медичних послуг, високу якість та економічність цих послуг при збереженні соціально прийнятної обсягу державних гарантій.

Наскільки реальна реалізація даної мети на сьогодні можна говорити на основі аналізу економічного забезпечення української здоров'я охорони в останні роки.

Найвагомішим аргументом щодо недостатності фінансування в охороні здоров'я приводиться незначна частина ВВП, яка виділяється на охорону здоров'я України порівняно з іншими державами. Водночас слід відмітити хибність такого підходу.

За часткою ВВП досить складно проводити порівняльний аналіз. Відсоток ВВП говорить лише про те, яку частку держава виділяє на ту чи іншу галузь із того, що має. Цей показник аж ніяк не можна зрівнювати із іншими країнами, тому що сам розмір ВВП не є однаковим. Тому якщо якась країна виділяє на охорону здоров'я 10% ВВП, а інша 1%, то ми можемо лише констатувати «щедрість» або «вимушеність» даного поступку, але аж ніяк не кількісну характеристику, тому що 1% від 20000 є 200, а 10% від 200 є лише 20. Говорити про кількість виділених коштів на галузь теж не достатньо коректно.

Мета дослідження: показати складові економічної ефективності системи здоров'я охорони України.

Матеріали та методи. Щоб аналізувати затратність системи слід відштовхуватись від поняття її собівартості. Собівартість медичної допомоги залежить від чотирьох основних її складових:

- затрати на трудові ресурси;
- господарські витрати, включаючи затрати на енергетичні ресурси;
- затрати на обладнання, інструментарій та медичні засоби;

- затрати на медикаментозні засоби.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи затрати на трудові ресурси, слід констатувати дві основні позиції: перша – це те, що на заробітну плату в системі охорони здоров'я витрачається майже 48% виділених коштів (18,7 млрд. грн. із 39,4 млрд грн бюджетних асигнувань у 2010р.), а друга – заробітна плата в системі охорони здоров'я одна із найнижчих в державі і, за даними Держкомстату, становить 1333 грн пересічно на одного працюючого [2]. Говорити про соціальну справедливість за таких обставин намарне. Початкуючий лікар, після 8 років професійної підготовки отримує зарплатню нижчу від санітарки, яка працює поряд з ним, але має стаж роботи. Очевидною є ситуація, що маніпулювання чисельністю працюючих заради зміни величини зарплати не вирішує проблеми. Окрім того, слід врахувати, що в первинній ланці медичної допомоги дефіцит лікарів становить близько 30 тис. осіб (за іншими даними 50 тис. осіб), 24,3% серед усіх лікарів становлять особи пенсійного віку. Забезпеченість практикуючими лікарями в Україні у 2009 р. була 26,8 на 10 тис. населення при 33 середньоєвропейському рівні забезпеченості. Все вище перелічене свідчить про те, що говорити про скорочення медперсоналу в Україні наразі не випадає. Дивно видається позиція деяких чиновників системи охорони здоров'я, які говорять про те, що затребуваного лікаря народ завжди прогонує. Вочевидь, наша влада керується саме цією позицією, визначаючи зарплатню лікарю. За даними tojaraplata.com.ua середня щомісячна зарплата лікаря в Україні – 199 доларів, У Білорусії – 338,5, в Росії – 586, в Чехії – 1615, в Голландії – 6307 доларів. Фактично сьогодні всестороннє змирення з такою ситуацією і пояснюється тим, що лікаря «годує» хворий, тому лікар не вживає ніяких кардинальних кроків проти влади, бо «не дуже голодний», владі немає потреби терміново вирішувати проблему (як, наприклад, владі Чехії чи Словаччини). Хворому теж терпимо, бо «зарплата» чи «подяка» лікарю значно менша, аніж була б у випадку приватного лікування. Але

тут слід звернути увагу, виражаючись медичним терміном, на віддалені результати: «зарплата» чи «подяка» лікарю прямує виключно до кишені останнього і не покриває витрати ні господарські, ні на утримання обладнання, ні на медикаментозне забезпечення. Практично лікар отримує свої заробітки за пророблену роботу. Саме тут і криється найбільша прихована небезпека. Ріст цін і ріст потреб розпалює і лікарські апетити – лікар стає виражено зацікавленим робити все більше такої роботи, за яку отримає винагороду, – він стає зацікавленим у хворому, а не здоровому пацієнтові, лікар стає лікувати, а не виліковувати, його діяльність проявляється у тривалому недокоханому виді. Проявів такої злочинної діяльності стає все більше і більше. Реформування оплати лікарської праці повинно базуватися на принципі, коли «лікарю треба платити за те, щоб він нічого не робив», він повинен бути виражено зацікавленим у здоров'ї людей, а не в їх захворюваннях. Якщо Україна зможе вирішити це питання, у нас буде найгуманніша система охорони здоров'я в світі.

Господарські видатки в системі охорони здоров'я в переважаючих випадках регламентовані законодавчими нормами і мало орієнтовані на сучасні вироби та технології. Саме тому вигляд численних лікувальних закладів більше нагадує хати-музеї, а не сучасні лікарні. Якби головні лікарі мали більше свободи дій у фінансових операціях, менше були пов'язані тендером, ситуація однозначно змінилась би на краще. Органам місцевого самоврядування слід було б пам'ятати, що майно лікувальних закладів – це все-таки майно територіальних громад, а не медпрацівників, з усіма витікаючими висновками. Можливості територіальної громади добре ілюструються на прикладі побудови численних церков, які зводяться майже у кожному населеному пункті за кошти громад, бо держава не виділяє на це коштів. То ж медичній громаді варто було б задуматись, чому ж одні і ті ж люди гроші на церкву дають, а на лікарню, яка їм же допомагає, ні.

Затрати на обладнання потребують окремого аналізу. Майже немає досліджень, які б показали так званий «медичний коефіцієнт корисної дії» дороговартісного обладнання в медичній практиці. Чи можемо ми говорити, що використання високотехнологічного обладнання, яке за вартістю перевищує традиційне в тисячі разів, призводить до такого ж зростання медичної ефективності? Вочевидь, що ні. Проте засилля такої технології призводить до згортання, а порою і повної відсутності звичайного лікарського огляду, простого лікарського обстеження з допомогою огляду, пальпації, перкусії, аускульту тощо. Засилля високих технологій часто витіс-

няє лікарський аналіз, логіку лікарського мислення, цілющий вплив слова, дотику, погляду тощо. Хворий перетворюється на предмет праці на високотехнологічному конвеєрі, спілкування з яким стає непотрібним. Ми не закликаємо до повернення до примітивізму і не закликаємо до відмови від високих технологій. Але ми закликаємо до раціональності вибору та інтенсифікації лікарських можливостей. Чи доцільно прагнути до наявності у кожному лікувальному закладі комп'ютерного томографа чи потужного УЗД-апарата, який працює з 9 до 12? Чи доцільно витрачати космічні кошти на діагностичне обладнання, яке уточнює діагнози, поставлені лікарем при пальпаторному обстеженні? Чи доцільно скуповувати надвартісне обладнання, яке у 80 % виконує діагностичні функції при відсутності можливостей лікування? Чи доцільно утримувати стаціонарні відділення, де хворий фактично лікується від сили 2-3 години на добу, а решту часу дивиться телевізор, розгадує кросворди, грає в карти, розважається з ноутбуком тощо. На ці риторичні запитання слід в першу чергу звертати увагу при реформуванні галузі.

Аналіз витрат на медикаментозні засоби говорить про виділення неймовірно мізерних сум по відношенню до потреб. Основні витрати на медикаментозні засоби наша держава вже давно переклала на плечі хворих. Немічні спроби наведення порядку у даних питаннях шляхом узаконення певних переліків препаратів, які слід закуповувати або не слід закуповувати, на жаль, не увінчуються успіхом. Найрізноманітніші маніпуляції та зловживання питаннями закупівлі, поставок та якості медичних препаратів стали постійною темою публіцистичних матеріалів. Провідною думкою теми недостатнього фінансування є акцент на браку коштів на медикаменти. З року в рік, як показує аналіз, кошти на охорону зростають, і ціни на медикаменти теж, правда, останні трохи швидше. Чи можна сподіватися, що коли наша держава якимись фантастичними способами все-таки б знайшла багато коштів на охорону здоров'я, то нам би їх вистачило на медикаменти – відповідь очевидна – ні і ніколи. То ж виникає резонне запитання: чи не нагадує проблема цін на медикаменти у наших реформах системи охорони здоров'я таку собі священну корову, яку чіпати – зась? Сумно констатувати, що численні лікуючі лікарі протестували проти запровадження правила виписування у рецептах не назви препарату, а діючої речовини, керуючись, вочевидь двома позиціями: по-перше, мало хто з них орієнтується у назвах діючих речовин, а по-друге, більшість з них співпрацює з фармкомпаніями на збут саме препаратів, зовсім не на перше місце ставлячи інтереси хворого. Лише методами державного регулю-

вання можна вирішити дане питання. Лише держава має важелі впливу, які заставляють фармкомпанії відпускати медикаментозні засоби по цінах, що наближаються до собівартості хоча б у системі стаціонарної та невідкладної допомоги. Ні для кого сьогодні не є секретом, що значну шкоду здоров'ю населенню земної кулі приносить саме некоректне вживання фармпрепаратів. І ця проблема якраз вирішиться силами медичних працівників при запровадженні до них економічної мотивації їх вирішувати ці питання в інтересах хворих, а не в інтересах фармкомпаній. І така мотивація повинна забезпечуватися державою і повинна бути закладена в основу реформи охорони здоров'я.

У 2010 році бюджет України становив 281,5 млрд грн, з них на охорону здоров'я було витрачено 39,4 млрд грн, на 2012 рік планується виділити на охорону здоров'я 53 млрд грн – цих коштів теж не вистачить, щоб суттєво покращити ситуацію в галузі. Основну частину коштів з'їдає заробітна плата та витрати на медикаменти і скільки б їх не виділяли, їх весь час буде мало. У системі охорони здоров'я до певної міри слід шукати більше грошей, але, головне, необхідно раціонально використовувати те, що є.

Щодо пропозицій по впровадженню страхової медицини, то це, як мовиться у прислів'ї, «перекладання з хворої голови на здорову». Страхова медицина – це спосіб розподілу коштів, а не їх джерело. Джерело коштів єдине – це люди. А люди України більше дати, аніж дають сьогодні, вже не можуть. Податковий прес в державі до-

сяг максимального рівня. А страхова компанія, чи то приватна, чи то державний страховий фонд, 20% коштів забирає на своє утримання. І, окрім того, в Україні не працюють основні принципи медичного страхування: «здоровий платить за хворого», бо немає в нас здорових (рівень захворюваності в Україні 1868 на 1000 нас.), «багатий платить за бідного», бо у нас не визначена межа ні бідності, ні багатства, і «молодий платить за старого», бо на 1000 працездатного населення у нас припадає 651 особа непрацездатного віку. Але ця цифра не враховує рівень безробіття. У пенсійній системі на 10 платників податку – 9 пенсіонерів, непрацюючих [3].

Висновки

Таким чином, економічна ефективність системи охорони здоров'я в Україні забезпечуватиметься:

1. Підняттям соціального статусу лікаря.
2. Переглядом принципу оплати роботи лікаря від хвороби до здоров'я.
3. Запровадженням державних важелів регулювання цін на медикаментозні засоби співрозмірно до середньостатистичних доходів населення та виділених коштів на охорону здоров'я.
4. Раціональним використанням наявних ресурсів.
5. Інтенсивним шляхом розвитку медичної галузі.

Перспектива подальшого дослідження полягає у визначенні собівартості медичної допомоги на основі визначення собівартості медичного обладнання та медикаментозних засобів.

Список літератури

1. *Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава* : Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки / Комітет з економічних реформ при Президентіві України.
2. *Державна служба статистики України*. Держкомстат України <http://ukrstat.org/uk>
3. *Постанова Верховної Ради України від 5 квітня 2011 року N 3188-VI „Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Стан проведення пенсійної реформи та шляхи її вдосконалення»“*

ЕКОНОМИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

О. Н. Литвинова, Л. М. Романюк, В. С. Коломийчук (Тернополь)

Экономические вопросы здравоохранения Украины следует решать с позиций учета себестоимости, рациональности и мотивационной ориентации врачей на здоровье, а не на болезнь.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **экономическая эффективность, рациональность, затраты.**

ECONOMIC ISSUES OF HEALTH CARE OF UKRAINE

O. N. Lytvynova, L. M. Romanyuk, V. S. Kolomyicyuk (Ternopil)

Economic issues of Health should be addressed from the standpoint of cost accounting, rationality and motivational orientatsii doctors on health, not illness.

KEY WORDS: **economic efficiency, rationality, the costs.**

Рецензент: д-р мед. наук, проф. А.Г. Шульгай

В.М. САМОХОДСЬКИЙ (Кіровоград)

ВИЗНАЧЕННЯ ОБ'ЄМУ ТА ВАРТОСТІ ПРАЦЕЗАТРАТ АМБУЛАТОРНИХ ЛІКАРІВ І ВАРІАНТИ СТИМУЛЮВАННЯ ЇХНЬОЇ ПРАЦІ

Кіровоградський інститут розвитку людини «Україна»

На основі розроблених автором організаційних і медико-економічних стандартів пропонуються методики визначення об'єму та вартості працездатності лікарів поліклініки, а також варіанти стимулювання їхньої праці.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: організаційні і медико-економічні стандарти, нормативні і понаднормативні працездатності і їх вартість, мотивація праці лікаря.

Загальновідомо, що в поліклініках, де працюють два і більше лікарів одного фаху, внаслідок різних причин не спостерігається однаковий об'єм працездатності, хоча кожному з них нараховується при інших рівних умовах (стаж, категорія) однакова заробітна плата. Очевидно, що ця ситуація, успадкована разом з соціалістичною системою охорони здоров'я, вкрай несправедлива по відношенню до кращої частини наших лікарів, які працюють самовіддано і висококваліфіковано. Досить часто об'єм їх працездатності та вартість останніх фактично перевищує той рівень, що формально відповідає офіційній тривалості робочого часу і розміру заробітної плати.

Одним із суттєвих заохочувальних мотивів лікарської праці є матеріальне стимулювання. Тим не менше, при всій очевидній актуальності даної проблеми питанням адекватного стимулювання на основі науково обґрунтованого визначення їх працездатності не приділяється достатньої уваги.

Мета дослідження. Оскільки економічна оцінка об'єму працездатності лікарів залежить від ступеня їх розумового, фізичного і психологічного навантаження [13], нами поставлена мета на основі організаційних та медико-економічних стандартів [4;7;15;16] обґрунтувати можливість визначення об'ємів працездатності та їх вартості відповідно до рівня кваліфікації лікарів та ступеня складності захворювань за допомогою бальної оцінки їх роботи, що, на нашу думку, є передумовою для реалізації відповідних заохочувальних мотивів, в т. ч. і матеріального стимулювання праці лікаря.

Матеріали і методи. Низка організаційних і медико-економічних механізмів, таких як роз-

поділ захворювань на клініко-статистичні групи (КСГ) і ступені їх складності по результатам хронометражних досліджень, принципи розрахунку нормативних та понаднормативних об'ємів роботи лікаря, обґрунтування системи бальної оцінки останніх, механізм визначення вартості працездатності лікаря, – це ті розділи, які лягли в основу визначення об'єму працездатності та їх вартості щодо лікарів поліклініки [8;11;14;17].

Тільки економічні важелі, які приводять до певних фінансових розрахунків, можуть забезпечити те, що так необхідно хворому, – якість медичного обслуговування [7;18;22]. А це потребує науково обґрунтованої розробки методик оцінки рівня складності праці медичного персоналу, що буде слугувати вирішенню проблеми диференційованої оплати їх праці та визначення нормативної вартості медичної послуги [1;6;21]. Система КСГ забезпечує оцінку об'єму роботи лікаря, якість медичної допомоги, диференціацію оплати праці медиків [10].

Норма, як міра праці, яка використовується для оцінки праці, слугує основою її оплати [2].

Зазначенні вище принципи формування нормативів праці, які виконують роль економічних нормативів, ми взяли за основу визначення працездатності лікаря поліклініки.

Результати дослідження та їх обговорення. Як приклад практичної реалізації вищезазначених організаційних стандартів демонструємо методику визначення працездатності та їх вартості у лікарів отоларингологів поліклініки, алгоритм роботи яких в розділі діагностика і лікування організовано в принципі є такими, як і у інших профільних фахівців поліклініки. Щодо вказаної спеціальності вважаємо логічним і доцільним з урахуванням діагностичних, клінічних і лікувальних особливостей отоларингологічних захворювань розподілити на чотири клініко-

статистичні групи (КСГ) - хвороби вуха, носа і біляносових синусів, глотки та гортані.

Як зазначалось, одним із критеріїв об'єму та напруженості роботи лікаря на амбулаторному прийомі є ступені складності виконуваної ним роботи. З огляду на логічне уявлення про працю лікаря і результати проведеного хронометражу ми виділили три ступеня складності: пер-

ша – це профілактичні огляди, другий і третій представляють діагностика та лікування захворювань ЛОР-органів. Для одержання обґрунтованих показників хронометраж виконувався щодо кожної із вказаних КСГ окремо [14;15]. Як приклад, демонструємо визначення хронометражних показників другого ступеня складності захворювань всіх КСГ (табл. 1;2;3;4)

Таблиця 1. Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань в процесі амбулаторного прийому хворого II ступеня складності. КСГ-1 Захворювання вуха (ступінь складності II)*

№ з\п	Технологічні елементи	Макс.термін (з врахув. додаткових маніп. і процедур.)	Макс.термін (без врахув. додаткових маніп.і процедур.)
1	Анамнез	1 хв	1 хв
2	Огляд, перкусія, пальпація ділянки вух, отоскопія (можливо видалення сірки, корок та інше).	3 хв	1 хв
3	Використання мікроскопії (воронка Зілля, мікроскоп та інше).	2 хв	1 хв
4	Тест на сприйняття мови (пошепки та розмовної мови).	2 хв	1 хв
5	Риноскопія (можлива анемізація слизової оболонки носа)	2 хв	30 с
6	Задня риноскопія (можлива анестезія зіва)	2 хв	30 с
7	Обстеження носоглотки (пальцева проба) в т.ч.у дітей.	2 хв	---
8	Запис в амбулаторній карті (анамнез,об'єкт статус, діагноз,назначення,рекомендації та інше.)	3 хв	2 хв
9	Виписка рецептів ,лікарняного листа, заключення, та інше.	3 хв	2 хв

Примітка: *в середньому другий ступінь складності – 14,5 хв.

Таблиця 2. Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань в процесі амбулаторного прийому хворого II ступеня складності. КСГ -2 Захворювання носа та біляносових пазух (ступінь складності II)*

№ з\п	Технологічні елементи	Макс. термін (з врахув. додаткових маніп. і процедур.)	Макс. термін (без врахув. додаткових маніп. і процедур)
1	Анамнез	1 хв	1 хв
2	Огляд, перкусія, пальпація у ділянці проекції біляносових пазух, передня риноскопія (можлива анемізація слизової оболонки носа), вивчення R –грам, висновків інших обстежень.	5 хв	1 хв
3	Задня риноскопія (можлива анестезія зіва).	3 хв	1 хв
4	Фарингоскопія	30 с	10 с
5	Непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіва).	3 хв	1 хв
6	Отоскопія (можливо видалення сірки, корок та інше).	2 хв	30 с
7	Запис в амбулаторній карті (анамнез, обект статус, діагноз, назначення, рекомендації та інше.)	3 хв	2 хв
8	Виписка рецептів, лікарняного листа, заключення, довідки, направлення, рекомендації та інше.)	3 хв	2хв
	Загалом	21 хв 30 с (1290 с)	8 хв 40 с (520 с)

Примітка: *в середньому другий ступінь складності – 15,08 хв.

Таблиця 3. Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань в процесі амбулаторного прийому хворого II ступеня складності.
КСГ -3 Захворювання глотки (ступінь складності II)*

№ з\п	Технологічні елементи	Макс.термін (з врахув. додаткових маніп. і процедур.)	Макс. термін (без врахув. додаткових маніп.і процедур)
1	Анамнез	1 хв	1 хв
2	Фарингоскопія (можлива анестезія зіва для подолання глоточного рефлекса).	2 хв	10 с
3	Задня риноскопія (можлива анестезія зіва і фіксація піднебінної завіски по Ундрицю).	5 хв	30 с
4	Риноскопія(можлива анестезія слизової оболонки носової порожнини)	2 хв	30 с
5	Непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіва)	3 хв	1 хв
6	Отоскопія (можливо видалення сірки, корок та інше).	2 хв	30 с
7	Запис в амбулаторній карті (анамнез, обект, статус, діагноз, назначення, рекомендації та інше.)	3 хв	2 хв
8	Виписка рецептів, лікарняного листа, заключення, довідка, направлення, рекомендації та інше.)	3 хв	2 х.
	Загалом	21 хв (1260 с)	7 хв 40 с (640 с)

Примітка: *в середньому другий ступінь складності –14,3 хв

Таблиця 4. Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань в процесі амбулаторного прийому хворого II ступеня складності.
КСГ -4 Захворювання гортані (ступінь складності II)*

№ з\п	Технологічні елементи	Макс. термін (з врахув. додаткових маніп. і процедур)	Макс. термін (без врахув. додаткових маніп.і процедур)
1	Анамнез	1 хв	1 хв
2	Огляд, пальпація ділянки гортані, непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіва і гортаноглотки та інше).	5 хв	1 хв
3	Фарингоскопія	30 с	10 с
4	Передня риноскопія (можлива анемізація слизової оболонки та інше)	2 хв	30 с
5	Отоскопія (можливо видалення сірки, корок та інше).	2 хв	1 хв
6	Запис в амбулаторній карті (анамнез, обект статус, діагноз, назначення, рекомендації та інше)	3 хв	2 хв
7	Виписка рецептів, лікарняного листа, заключення, довідки, направлення, рекомендації та інше)	3 хв	2 хв
	Загалом	16 хв (960 с)	7 хв 40 с (640 с)

Примітка: *в середньому другий ступінь складності –11,8 хв

Таким чином, витрата часу на хворих всіх отоларингологічних локалізацій II ступеня складності в середньому складає:

$$14,5+15,08+14,3+11,8:4 = 14 \text{ хв}$$

Аналогічно одержані хронометражні показники I та III ступеня складності, в результаті чого працезатрати лікаря, які відносяться до I ступеня складності на одне відвідування склали 8 хв, III – 25хв, [15;17].

Представлений розрахунковий норматив працезатрат лікаря поліклініки є одночасно і економічним нормативом, який може отримати вартісну оцінку у вигляді певної частини встановленої

державної заробітної платні лікаря. Для цього була використана формула: Ст.= Гф x Вт x Кп: Гб [17], де Ст. – річний фонд заробітної плати лікаря, Вт – технологічний (нормативний) термін на одне відвідування, Кп – поправочний коефіцієнт розрахункових норм часу, Гб – річний бюджет робочого часу лікаря.

Для одержання інформації про річний бюджет заробітної плати ми скористалися даними про мінімальну тарифну ставку лікаря отоларинголога, розмір якої відповідно до наказу Міністра праці і соціальної політики України від 05.10.2005р. № 308\519, становить без враху-

вання кваліфікаційної категорії і стажу – 1182 грн за один місяць, чи 14184 грн – за рік. Річний бюджет робочого часу ЛОР-лікаря поліклініки розрахований відповідно до ст. 77 Кодексу законодавства України про охорону здоров'я, на підставі якого тривалість робочого дня даного лікаря на одну ставку становить 7 год 42 хв (чи 462 хв). Виходячи з цього, з врахуванням кількості робочих днів року (250) вираховується річний бюджет робочого часу лікаря поліклініки – 115500 хв (462 хв x 250 днів).

Що стосується поправочного коефіцієнта K_p , то він включає в структуру робочого дня лікаря т.зв. підготовчо-заклучні розділи роботи (30 хв), технологічні перерви (дві по 10 хв) і технологічний час на прийом відвідувачів. Вказаний коефіцієнт розраховується по формулі: $K_p = P : D$ [17], де: K_p – поправочний коефіцієнт, P – тривалість робочого дня лікаря, D – час, необхідний для виконання працезатрат. У нашому випадку: $K_p = 462 \text{ хв} : (462 \text{ хв} - 50 \text{ хв}) = 1,12$.

Як приклад, демонструємо розрахунок вартості працезатрат лікаря у випадку прийому хворого III ступеня складності:

Ст. = 14184 грн x 25 хв x 1,12 : 115500 хв = 3,44 грн

Аналогічно визначається вартість працезатрат лікаря, коли він приймає відвідувачів I та II ступеня складності, яка у нашому випадку складає 1,10 і 1,93 грн відповідно.

Система підвищуючих коефіцієнтів [7;17] розміру вартості дозволяє внести відповідні поправки до визначення вартості виконаного прийому хворих лікарями залежно від різниці у їх кваліфікації та стажі. Припустимо, що амбулаторний прийом хворих проводить лікар I атестаційної категорії і стажем роботи більше 10 років. У цьому випадку застосовується т. зв. підвищуючий коефіцієнт. Для його визначення [17] враховується розмір мінімальної місячної тарифної ставки лікаря, розмір надбавки за I категорію і за стаж (1182 грн +150 грн + 272 грн) – 1634 грн. Співвідношення вказаної заробітної платні до розміру мінімального посадового окладу лікаря складає величину його підвищуючого коефіцієнта (1634 грн:1182 грн) – 1,38.

Таким чином, вартість працезатрат лікарів з більш високою кваліфікацією збільшується відповідно до його категорії і стажу. В згаданому вище випадку вартість прийому хворого III ступеня складності вже буде складати (3,44 грн x1,38) – 4,75 грн.

З метою спрощення оціночної характеристики результатів роботи лікаря на амбулаторному прийомі за визначений термін (робочий день, місяць, рік) вважаємо доцільним застосовувати систему бальної оцінки. Остання виконує роль оціночних умовних або нормативних одиниць

працезатрат [15]. Система бальної оцінки аналізованої роботи передбачає відповідність одиниці працезатрат лікаря такої, як один профілактичний огляд, – одному балу. Потім із збільшенням працезатрат в зв'язку з прийомом хворих на ростаючого ступеня складності (II-III) – відповідно збільшується і термін прийому, і кількість балів. Оскільки у нас визначені хронометражні показники I,II, і III ступенів складності роботи – 8, 14 та 25 хв. відповідно, а робота лікаря I ступеня складності оцінена в один бал, то другий ступінь повинен бути оцінений в (14 хв:8 хв) – 1,7 бала, а третій – в 3,13 бала (25 хв:8 хв).

Нормативний об'єм роботи лікаря поліклініки занятого на одну ставку і технологічний норматив працезатрат якого відповідає стандартній тривалості робочого дня – 7 год 42 хв можна оцінити балами з врахуванням вищезгаданого поправочного коефіцієнта (K_p) .

Наприклад, в одному кабінеті за один робочий день прийнято відвідувачів : I ступеня складності – 5 (8 хв x 5) – 40 хв робочого часу лікаря. Зароблено 5 балів (5x1 бал), II ступеня – 11 хворих (11x14 хв) – 172 хв робочого часу, зароблено (11x1,7 бала) – 19 балів і III ступеня складності – 7 хворих (7x3,13 бала) – 22 бала. Всього – 46 балів (413 хв). Тобто, 46 балів, це той максимум, яким може бути оцінена нормативна праця лікаря за один день (7 год 42 хв)

Оскільки одним із основоположних принципів нашої охорони здоров'я є доступність і безвідмовність медичної допомоги, то регулювати норму прийому хворих практично неможливо. Тому особливістю даної роботи є готовність прийому кожного дня більшої ніж норматив, кількості відвідувачів, що потребує від персоналу виконання понаднормативного об'єму медичної роботи, тобто «змінної», і частини, яка, на думку В.М. Лехан [9], підлягає додатковій оплаті. Наприклад, в згаданому кабінеті той же лікар за один робочий день прийняв 12 відвідувачів з приводу профілактичного огляду (12 балів), 15 хворих II ступеня складності – 25 балів, 7 хворих III – 22 бала, всього – 59 балів. Очевидно, що у даному випадку рівень понаднормативного об'єму роботи лікаря оцінюється в 13 балів (59-46). Маючи, як відзначалось вище, розрахункову вартість одного бала – 1,1 грн, можливо визначити вартість вказаних понаднормативних працезатрат лікаря: 13 балів x1,1 грн = 15,4 грн.

Система бальної оцінки по кінцевим результатам праці лікаря на амбулаторному прийомі дозволяє визначити розмір адекватного матеріального стимулювання, а також запропонувати варіанти інших заохочувальних мотивів високопродуктивної праці. Припустимо, що адміністрація поліклініки, де працюють три лікаря одного фаху, по результатам їх праці за квартал виді-

лила премію в розмірі 3000 грн. Відомо, що лікар «А» за вказаний період заробив 38 понаднормативних балів, лікар «Б» – 65 і лікар «В» всього 22. Сума всіх балів складає 125. В даному випадку вартість одного бала – 24 грн (3000 грн:125). Відповідно лікар «А» одержує премію в розмірі (24 грн х38) – 912 грн. лікар «Б» – (24х65) – 1560 грн, лікар «В» – (24х22) – 528грн.

Практична реалізація вказаних вище рекомендацій, які будуть виконуватись по єдиній технології в ЛПУ регіону, дозволить встановити відповідний професійний рейтинг серед лікарів кожної спеціальності шляхом порівняння кількості зароблених балів, наприклад, за підсумками року. Очевидно, що найвищий рейтинг лікаря (в ЛПУ, районі, місті, області), крім перспективи визначення розміру матеріальних стимулів, є суттєвим фактором мотивації якісної і ефективної роботи.

Щодо лікарів, які внаслідок різноманітних причин не користуються авторитетом пацієнтів і робота яких оцінюється кількістю балів, меншою, ніж нормативна, у адміністрації ЛПУ можуть виникнути обґрунтовані аргументи для оголошення конкурсу на заміщення посад цих лікарів.

Представлені розрахунки показують, що в умовах бюджетного фінансування є немало резервів, раціональне використання яких дозволяє провести визначення працезатрат по кінцевим результатам роботи лікаря відповідно до рівня кваліфікації, об'єму і якості роботи кожного співробітника ЛПУ.

Слід підкреслити, що реалізація рекомендованих методик передбачає створення спеціаль-

ної комп'ютерної програми обов'язкової для всіх ЛПУ регіона. Їх використання виключила би необхідність проводити відповідні розрахунки працезатрат та їх вартості безпосередньо лікарями ЛПУ.

Висновки

1. Принципово важливим є обов'язкове дотримання лікарем оптимальної моделі обстеження і лікування.

2. Практична реалізація алгоритму вказаних організаційних стандартів передбачає необхідність певної підготовчої роботи по розподілу захворювань на КСГ, ступені складності, хронометражу та бальної оцінки останніх з врахуванням загальноузгоджувальних методик.

3. Розрахунки зароблених лікарями балів та вартості їх нормативних і понаднормативних працезатрат виконуються за конкретний термін (місяць, квартал, рік) операторами відповідно до розробленої комп'ютерної програми.

4. Контроль достовірності та якості інформації, яка вноситься в комп'ютер, покладається на лікарів, завідуючих профільними відділеннями та адміністрацію ЛПУ.

5. Відсутність умов для матеріального стимулювання за понаднормативну роботу може бути компенсована іншими адекватними способами заохочення, в т. ч. присвоєння лікарю більш високого професійного рейтингу в ЛПУ, регіоні та інше.

Перспективи подальших досліджень полягають в обґрунтуванні можливості визначення об'ємів працезатрат та їх вартості у лікарів стаціонарних відділень ЛПУ, в т. ч. вартості хірургічних втручань.

Список літератури

1. *Борисовский В. С.* Опыт использования современных форм организации и оплаты труда в условиях городской поликлиники. / В. С. Борисовский, С. Т. Пушин, В. Ф. Посный // В кн. Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України. / Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Житомир. – 1992. – с. 13-15.
2. *Гаврилов В. А.* Оценка эффективности труда медицинского персонала учреждения здравоохранения. / В. А. Гаврилов, Ю. Н. Мисник // Экономика здравоохранения: Материалы рясп. Пленума научного совета, Ижевск. – 1990. – с.10-11.
3. *Гаврилов В. А., Мисник Ю. Н.* Инструкция по определению расценок на исследования и процедуры вспомогательной лечебно- диагностической службы учреждений здравоохранения. // ВНИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением Н. А. Семашко. – 2-е изд. переработ – М. 1991. – 33 с.
4. *Голяченко О. М., Голяченко А. О.* Економіка української здоровоохорони (О. М. Голяченко, А. О. Голяченко.) Вінниця. «Віноблдрукарня», 1996. – 100 с.
5. *Голяченко О. М.* Організаційні проблеми гарантованого обсягу медичної допомоги, які має вирішити самостійна Україна. / О. М. Голяченко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2004. – № 3. – с. 46-50.
6. *Карпачова М. П.* К вопросу дифференцированной оплаты труда в условиях свободного выбора участковых врачей – терапевтов / М. П. Карпачова, М. В. Потехина, В. М. Колитин, В. Г. Эристова // Вопросы совершенствования организации и оплаты труда в здравоохранении. М.: 1989. – с. 35-38.
7. *Корнійчук О. П.* Шляхи ефективного проведення реформування системи охорони здоров'я в першу чергу у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві / О. П. Корнійчук // Вісник.соц.гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – №3. – с. 78-85.
8. *Коренев Н. М.* Системный анализ затрат рабочего времени в амбулатории общей практики – семейной медицины. Харьковской области. / Н. М. Коренев, Т. Г. Сулима, Т. В. Пересыпкина // Семейна медицина. – 2010 – №3 – с.15-20.

9. Лехан В. М. Система охорони здоров'я в Україні : підсумки, проблеми, перспективи (В. М. Лехан). – К.: Сфера. 2002. – 28 с.
10. Обухов О. А., Веденская А. И., Шаповалов И. А. Определение затрат по отдельным КСГ в условиях стационара. // Экономика здравоохранения. Ижевск. – 1990. – с. 141-144.
11. Самоходский В. Н. Оценка степени занятости отоларинголога в соответствии с клинико-статистическими группами. // VII Съезд отоларингологов УССР. – 1989. – с. 339-340.
12. Самоходский В. Н. К технологии определения трудозатрат и их стоимости в амбулаторно-поликлинической работе // В. Кн. Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України. / Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Житомир. – 1992. – с. 108-109.
13. Самоходский В. Н. К технологии определения степени напряженности работы врачей. // Соц. гигиена, организация здравоохранения и история медицины. / Респ. межведомственный сборник. К. – 1994. – Вып. 25. – с. 88-91.
14. Самоходский В. М. Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування управління отоларингологічної служби на етапі переходу до БСМ. / Авт. докторск. дисертації. – Київ, 1994. – 32 с.
15. Самоходский В. Н. Больница страховой медицины: натуральный эксперимент (организационные, медико-экономические и правовые механизмы). – Кировоград. – 2004. – 242 с.
16. Самоходский В. Н. Роль і місце організаційних стандартів як критеріїв у структурі стандарту якості діагностики та лікування в рамках профільних служб регіональної лікувальної установи. // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2007. – №2. – с. 72-76.
17. Самоходский В. Н. До методики визначення вартості працевитрат сімейного лікаря при виконанні профілактичних оглядів // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – №1. – с. 73-78.
18. Самоходский В. М. Оптимальна модель профілактичних оглядів, як організаційний стандарт для сімейного лікаря // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – №3. – с. 65-70.
19. Шатило В. И., Бистрицька В. И., Лябих П. П. Економічні важелі в діяльності закладів охорони здоров'я // В кн. Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України / Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Житомир. – 1992. – 132-133.
20. Шипова В. М., Гаврилов В. А., Инструкция по нормированию труда врачей амбулаторного приема. М: 1989. 16 с.
21. Шипова В. М., Гаврилов В. А., Мисник Ю. Н. Нормирование труда в здравоохранении. // Советское здравоохранение. – 1991. – №5. – с. 3-10.
22. Юрченко В. Д., Знояковский В. Я., Панкова Т. В. [та інші] Шаг к страховой медицине. // Підсумки та проблеми нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України / Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Житомир. – 1992. – с. 135-137.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА И СТОИМОСТИ ТРУДОЗАТРАТ АМБУЛАТОРНЫХ ВРАЧЕЙ И ВАРИАНТЫ СТИМУЛИРОВАНИЯ ИХ ТРУДА

В. Н. Самоходский (Кировоград)

На основании разработанных автором организационных и медико-экономических стандартов предлагаются методики определения объема и стоимости трудозатрат врачей поликлиник, а также варианты стимулирования их труда.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: организационные и медико-экономические стандарты, нормативные и сверхнормативные трудозатраты, мотивация труда врачей.

DETERMINATION OF VOLUME AND COST OF LABOUR EXPENDITURES OF OUTPATIENT DOCTORS AND VARIANTS OF THEIR LABOUR STIMULATION

V.M. Samohodskyi (Kirovohrad)

The article offers methods of determining the volume and cost of labour expenditure of policlinic doctors and the variants of their labour stimulation on the basis of organization and medical and economic standards worked out by the author

KEY WORDS: organizational and medical and economic standards, normative and overnormative labour expenditure and its cost, motivation of doctors work.

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

УДК 615: 33 – 085:616.24 – 007.271

І. М. МАРКІВ (Тернопіль)

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ВАРТОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В УМОВАХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ БАГАТОПРОФІЛЬНОГО СТАЦІОНАРУ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

Вивчена загальна вартість медичних технологій, які застосовуються при лікуванні хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в умовах терапевтичного відділення міської лікарні. Встановлено, що у структурі вартості надання медичної допомоги хворим найбільшими були витрати на придбання медикаментів та перебування хворих у стаціонарі. Наявність у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень супутньої патології суттєво збільшувала ці показники, що пояснюється витратами на медикаменти для лікування супутніх захворювань і збільшенням тривалості перебування пацієнтів у терапевтичному відділенні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічне обструктивне захворювання легень, клініко-економічне дослідження, загальна вартість захворювання, медична допомога.

Хвороби органів дихання займають важливе місце у структурі захворюваності населення України. Так, у 2010 році їх поширеність становила 24483,5 на 100 тис. дорослого населення, а захворюваність на респіраторну патологію складала 17896,4 на 100 тис. дорослого населення [1].

Одне із перших місць серед хвороб органів дихання належить хронічному обструктивному захворюванню легень (ХОЗЛ). За даними ВООЗ, понад 3 млн. людей померли у 2005 році від ХОЗЛ, що відповідало 5% всіх випадків смерті у світі. Сьогодні 65 млн людей на земній кулі хворіє на хронічне обструктивне захворювання легень. Згідно із прогнозами, загальна смертність від ХОЗЛ протягом наступних 10 років зросте більше, ніж на 30%, якщо не будуть вжиті термінові заходи щодо скорочення впливу основних факторів ризику. Розрахунки свідчать про те, що ХОЗЛ стане у 2030 році провідною причиною смерті у цілому світі [3].

Таким чином, хронічне обструктивне захворювання легень є поширеним захворюванням, яке має важливе медичне та соціальне значення. Наукові дослідження, які стосуються різних аспектів цієї патології, зокрема аналіз вартості медичних технологій, які використовуються для її діагностики та лікування, є необхідними та перспективними.

Метою дослідження було визначення вартості медичних технологій, які застосовуються при лікуванні хворих на ХОЗЛ в умовах терапевтичного відділення багатопрофільного стаціонару медичного закладу.

Матеріали і методи. Проведений ретроспективний аналіз медичних карт 72 хворих, які

знаходились на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні міської комунальної лікарні з приводу хронічного обструктивного захворювання легень II стадії. Для оцінки вартості надання медичної допомоги хворим на ХОЗЛ був використаний метод визначення «загальної вартості захворювання» – розрахунок усіх прямих і непрямих (середніх) витрат на діагностику та лікування захворювання [2].

Результати дослідження та їх обговорення. У ході дослідження встановлено, що серед обстежених було 52 чоловіків і 20 жінок віком від 34 до 70 років. Всі пацієнти потрапляли в стаціонар у фазі загострення захворювання. Із 72 обстежених у 15 чоловік було ХОЗЛ без супутньої патології, у 32 – із супутньою патологією серцево-судинної системи, у 16 – шлунково-кишкового тракту (хронічний гепатит, хронічний холецистит, панкреатит), у 9 – інші захворювання (алергічний риніт, хронічний цистит, ліпоматоз, цукровий діабет). Середня тривалість перебування у стаціонарі пацієнтів обидвох груп була практично однаковою: у першій групі вона становила $14,8 \pm 0,9$ дня, у другій – $16,9 \pm 1,6$ дня ($P > 0,5$).

У рамках методу визначення «загальної вартості захворювання» були підсумовані такі витрати:

- витрати на виконання лабораторних методів аналізу;
- витрати на виконання інструментальних методів дослідження;
- витрати на медикаментозне лікування;
- витрати на перебування хворого в стаціонарі (готельні послуги, харчування, оплата праці медичного персоналу).

При визначенні прямих витрат на медичні послуги у грошовому еквіваленті ми використо-

ували бюджетні розцінки на медичні послуги, які діяли на момент дослідження у Тернопільській міській комунальній лікарні № 3. Для оцінки розміру прямих витрат на лікарські засоби брали до уваги значення середніх гуртових цін на препарати, представлені на час лікування у тижневик „Аптека”. Аналіз непрямих витрат не проводився, оскільки характер дослідження не передбачав можливості оцінки коштів на оплату лікарняних листів, вартість виробничих витрат тощо.

Проведений аналіз показав, що всім хворим під час їхнього перебування у терапевтичному

відділенні проводилось обстеження із використанням лабораторних та інструментальних методів дослідження. Воно включало загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загальний та біохімічний аналізи сечі, дослідження харкотиння, аналіз калу, коагулограму, рентгенівське дослідження органів грудної клітини, ЕКГ, ехокардіоскопію, спірометричне дослідження легень.

Нами проаналізована загальна кількість лабораторних та інструментальних досліджень, які були виконані у досліджуваній групі хворих на хронічне обструктивне захворювання легень. Результати цього аналізу представлені у таблиці 1.

Таблиця 1. Кількість виконаних лабораторних та інструментальних досліджень у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень

№ з/п	Методи обстежень	Кратність досліджень у обстежених хворих		
		1 раз	2 рази	Жодного разу
1.	Загальний аналіз крові	55	17	---
2.	Біохімічний аналіз крові	52	19	1
3.	Загальний аналіз сечі	49	23	---
4.	Біохімічний аналіз сечі	8	4	60
5.	Дослідження харкотиння	31	---	41
6.	Аналіз калу	35	---	37
7.	Коагулограма	23	6	43
8.	Рентгенографія легень	45	---	27
9.	УЗД серця	4	---	68
10.	ЕКГ серця	28	---	44

Представлені у таблиці дані свідчать про те, що лише загальні аналізи крові і сечі були зроблені всім 72 хворим, решта лабораторних та інструментальних досліджень виконувались вибірково – за потреби. У більшості випадків це пояснювалось тим, що перед поступленням у стаціонар пацієнти обстежувались амбулаторно.

На наступному етапі дослідження була підрахована вартість лабораторних та інструментальних методів досліджень, що застосовува-

лись у хворих на ХОЗЛ без супутньої патології (I група – 15 чоловік) та у хворих на ХОЗЛ із супутньою патологією (II група – 57 чоловік), які перебували на стаціонарному лікуванні. Для оцінки вартості використовували бюджетні розцінки на медичні послуги, які діють у Тернопільській міській комунальній лікарні №3. Результати аналізу вартості лабораторних обстежень хворих на хронічне обструктивне захворювання легень представлені у таблиці 2.

Таблиця 2. Вартість лабораторних обстежень хворих на хронічне обструктивне захворювання легень

№ з/п	Вид обстеження	Вартість одного обстеження (грн)	Вартість лабораторних обстежень хворих на ХОЗЛ			
			I група (15 чол.)		II група (57 чол.)	
			Кількість обстежень	Вартість (грн)	Кількість обстежень	Вартість (грн)
1.	Загальний аналіз крові	4,72	15	70,80	74	349,28
2.	Загальний аналіз сечі	3,30	15	49,50	80	264,00
3.	Біохімічний аналіз крові	16,75	14	234,50	75	1256,25
4.	Коагулограма	5,40	8	43,20	27	145,80
5.	Дослідження харкотиння	5,35	6	32,10	25	133,75
6.	Аналіз калу	2,22	5	11,10	30	66,6
7.	Біохімічний аналіз сечі	2,42	-	-	16	38,72
	Всього			441,20		2254,00
	В середньому на одного хворого			29,41		39,55

Аналогічним чином була проаналізована вартість інструментальних обстежень хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (табл. 3).

Таблиця 3. Вартість інструментальних обстежень хворих на хронічне обструктивне захворювання легень

№ з/п	Вид обстеження	Вартість одного обстеження (грн)	Вартість інструментальних обстежень хворих на ХОЗЛ			
			I група (15 чол.)		II група (57 чол.)	
			кількість обстежень	вартість (грн)	кількість обстежень	вартість (грн)
1.	Ультразвукове дослідження серця	7,80	-	-	4	31,20
2.	Електрокардіографія	5,05	2	10,10	26	131,30
3.	Рентгенографічне дослідження легень	3,50	12	39,60	33	115,50
	Всього			49,70		278,00
	В середньому на одного хворого			3,31		4,88

Результати вивчення затрат на лабораторні та інструментальні методи обстеження хворих на хронічне обструктивне захворювання легень вказують на те, що середня вартість лабораторного обстеження одного пацієнта із ХОЗЛ без супутньої патології становила 29,41 грн, тоді як аналогічне обстеження хворого на ХОЗЛ із супутньою патологією коштувало 39,55 грн. Середня вартість інструментальних методів обстеження хворого на ХОЗЛ без супутньої патології складала 3,31 грн, при наявності супутньої патології цей показник зростав до 4,88 грн.

Визначення розміру прямих витрат на лікарські засоби показало, що загальна вартість медикаментів, які були використані для лікуван-

ня пацієнтів першої групи, становила 2649,60 грн, другої – 13957,02 грн. Середня вартість медикаментозного лікування 1 хворого першої групи дорівнювала 176,64 грн, у другій групі середня вартість медикаментозного лікування 1 пацієнта складала 244,86 грн.

Сумарна вартість перебування хворих першої групи у стаціонарі („готельні послуги”, харчування, оплата праці медичного персоналу) становила 1684,59 грн, тобто в середньому 112,31 грн на 1 пацієнта. У другій групі ці показники дорівнювали відповідно 7775,94 грн і 136,42 грн.

Результати обчислення загальної вартості лікування хворих на ХОЗЛ представлені у таблиці 4.

Таблиця 4. Загальна вартість лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень

№ з/п	Види витрат	Вартість обстеження (грн)	
		I група (15 чол.)	II група (57 чол.)
1.	Лабораторні методи дослідження	441,20	2254,00
2.	Інструментальні методи дослідження	49,70	278,00
3.	Медикаментозне лікування	2649,60	13957,02
4.	Перебування хворих у стаціонарі	1684,59	7775,94
5.	Повна вартість захворювання групи хворих	4825,09	24264,96
6.	Повна вартість захворювання одного хворого	321,67	425,70

Дані таблиці свідчать про те, що повна вартість захворювання пацієнтів другої групи є вищою від вартості захворювання пацієнтів другої групи.

Висновки

У структурі вартості надання медичної допомоги хворим на хронічне обструктивне захворювання легень в умовах терапевтичного

відділення багатопрофільного стаціонару найбільш значимими є витрати на придбання медикаментів та перебування пацієнтів у стаціонарі. Наявність у хворих на ХОЗЛ супутніх захворювань суттєво збільшує ці показники, що можна пояснити затратами на медикаменти для лікування супутньої патології і збільшенням

тривалості перебування пацієнтів у терапевтичному відділенні у зв'язку із лікуванням цієї патології.

Перспективи подальших досліджень.

Перспективним є проведення клініко-економічного аналізу інших захворювань органів дихан-

ня і впровадження на цій основі у лікувальну практику оптимальних за своєю ефективністю та ресурсозбереженням програм їхньої діагностики, лікування та профілактики.

Список літератури

1. *Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного профілю в Україні за 2008 – 2010 рр.* [Електронний ресурс] :/ М. І. Линник, О. П. Недоспасова, Л. Ф. Антоненко та ін.; ред. Ю. І. Феценко. – К.: 2011. – С.6. – Режим доступу: http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/staff_ukr.htm
2. *Применение* клинко-экономического анализа в медицине (определение социально – экономической эффективности): учебное пособие / Решетников А. В., Шамшурина М. Г., Алексеева В. М. [и др.]; под ред. А. В. Решетникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 179 с.
3. *Chronic respiratory diseases. Burden of COPD.* – Режим доступу: <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index.html>

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТОИМОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

И. М. Маркив (Тернополь)

Изучена общая стоимость медицинских технологий, которые используются при лечении больных хроническим обструктивным заболеванием легких в условиях терапевтического отделения городской больницы. Установлено, что в структуре стоимости оказания медицинской помощи больным наибольшими были затраты на приобретение медикаментов и пребывание больных в стационаре. Наличие у больных хроническим обструктивным заболеванием легких сопутствующей патологии существенно увеличивает эти показатели, что объясняется затратами на медикаменты для лечения сопутствующих заболеваний и увеличением длительности пребывания пациентов в терапевтическом отделении.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хроническое обструктивное заболевание легких, клинко-экономическое исследование, общая стоимость заболевания, медицинская помощь.

PHARMACOECONOMIC ANALYSIS OF THE COST OF PROVIDING MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN THE THERAPEUTIC DEPARTMENT OF MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

I. M. Markiv (Ternopil)

The cost of medical technologies, which are used in the treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease in the therapeutic department of a municipal hospital, was studied. It was established, that in the structure of the costs of medical care, the most expensive costs were those of purchasing drugs and the cost of patients' stay in the hospital. In the case of patients with concomitant diseases, the total cost of the disease was more expensive. This higher cost is attributed to an increase in the duration of time stayed in the hospital and additional costs of treatment.

KEY WORDS: chronic obstructive pulmonary disease, clinical-economic research, total cost of the disease, medical care.

Рецензент: д-р фарм. наук, проф. Т.А. Грошовий

Ю. В. БУРДИМ (Київ)

ГОТОВНІСТЬ ТА МОЖЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ПРИВОДУ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРОБ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИМИ ЛІКАРЯМИ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Наведені результати соціологічного дослідження щодо готовності та можливості надання медичної допомоги пацієнтам з хворобами хірургічного профілю лікарями загальної практики – сімейними лікарями.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лікар загальної практики-сімейний лікар, захворювання, медична допомога.

В ході реформування системи медичної допомоги населенню пріоритетним напрямком її розвитку визнано первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейної медицини [4–6], при цьому ключовою фігурою в наданні ПМСД є лікар загальної практики – сімейний лікар (ЛЗП/СЛ). Відповідно до кваліфікаційної характеристики та визначених компетенцій ЛЗП/СЛ має надавати пацієнтам медичну допомогу незалежно від їхнього віку та захворювання, з якими вони звернулися по допомогу [2]. В науковій літературі є достатньо робіт, присвячених обсягам медичних втручань та профілю захворювань, при яких ЛЗП/СЛ має надавати медичну допомогу [1;3;7], у їх числі і хірургічні хвороби [1–3]. Водночас опубліковано вкрай мало робіт, які висвітлюють результати досліджень щодо готовності сімейних лікарів надавати медичну допомогу при різних, у тому числі і хірургічних, захворюваннях та наявності умов для проведення тих чи інших втручань, що і зумовило актуальність даного дослідження.

Мета роботи: встановити готовність лікарів загальної практики – сімейних лікарів надава-

ти медичну допомогу з приводу хірургічних хвороб та наявність умов на первинному рівні для здійснення хірургічних втручань.

Матеріали і методи. Для проведення дослідження було розроблено спеціальну анкету для опитування ЛЗП/СЛ з метою вивчення їхньої готовності надавати медичну допомогу з приводу хірургічних хвороб та наявності умов для надання такої допомоги (приміщення, оснащення, наявність практичних навичок для здійснення хірургічних втручань), яка була прорецензована та затверджена рішенням вченої ради інституту.

До соціологічного дослідження було залучено 472 ЛЗП/СЛ, які працюють в 5 областях України з високим рівнем впровадження ПМСД на засадах сімейної медицини. Анкети заповнювалися анонімно під час проведення різних зібрань лікарів (тренінги, засідання асоціації тощо). Активність респондентів склала 94,4%, роздано 500 анкет.

Результати дослідження та їх обговорення. В ході дослідження вивчалось питання щодо надання сімейними лікарями медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю (табл. 1).

Таблиця 1. Надання медичної допомоги лікарями загальної практики-сімейними лікарями пацієнтам хірургічного профілю

Показник	Кількість відповідей	
	абс.	%
Самостійно проводять:		
- первинну хірургічну обробку ран	112	23,7
- накладання швів при ранах	112	23,7
- розрізування абсцесів	93	19,7
- накладання гіпсу	17	3,6
- видалення врослого нігтя	32	6,8
- інші хірургічні втручання	57	12,1
За необхідності проведення первинної хірургічної обробки ран скеровує хворого до лікаря-хірурга	164	34,7
При ранах і травмах пацієнти звертаються безпосередньо до лікаря-хірурга	196	41,5

Як видно з даних табл. 1, самостійно проводять первинну хірургічну обробку ран та накладання швів при ранах 23,7% опитаних сімейних лікарів, розрізування абсцесів – 19,7%, видалення врослого нігтя – 6,8%, інші хірургічні втручання – 12,1% опитаних. 34,7% опитаних за необхідності проведення первинної хірургічної обробки ран скеровують хворих до лікаря-хірурга; 41,5% опитаних зазначили, що при ранах і травмах пацієнти звертаються безпосередньо до лікаря-хірурга.

Нами встановлена достовірна різниця в обсягах самостійної медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю ЛЗП/СЛ, які працюють на селі, і тими, що працюють у містах ($p \leq 0,05$): сімейні лікарі, які працюють на селі, частіше самостійно проводять первинну хірургічну обробку ран та малі хірургічні втручання.

Далі шляхом самооцінки вивчався рівень знань та практичних навичок ЛЗП/СЛ для надання медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю (табл. 2).

Таблиця 2. Достатність знань та практичних навичок у ЛЗП/СЛ для надання медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю (за даними опитування)

Показник	Варіант відповіді					
	Так		Ні		Не визначився	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Достатньо теоретичних знань для:						
- постановки діагнозу гострого хірургічного захворювання	472	100	-	-	-	-
- постановки діагнозу хронічного хірургічного захворювання	327	69,3	91	19,3	54	11,4
- встановлення закритої травми внутрішніх органів	295	62,5	146	30,9	31	6,6
- встановлення перелому кісток різної локалізації	312	66,1	136	28,8	24	5,1
Достатньо практичних навичок для:						
- проведення первинної хірургічної обробки ран	296	62,7	163	34,5	15	2,8
- накладання швів при ранах	267	56,6	186	39,4	19	4,0
- проведення малих хірургічних втручань	184	38,9	267	56,6	21	4,5
Визначення тактики ведення пацієнта при:						
- гострих хірургічних захворюваннях	472	100	-	-	-	-
- хронічних хірургічних захворюваннях	365	77,3	78	16,5	29	6,2
- закритих травмах внутрішніх органів	425	90,0	40	8,6	7	1,4
- переломах кісток різної локалізації	451	95,5	17	3,6	4	0,9

Наведені в табл. 2 дані вказують на те, що всі сімейні лікарі мають достатній рівень теоретичних знань та практичних навичок щодо діагностики та тактики дій при гострих хірургічних захворюваннях; 69,3% – для встановлення діагнозу та 77,3% тактики дій при хронічному хірургічному захворюванні; 62,5% та 90,0% відповідно при закритих травмах внутрішніх органів; 66,1% та 95,5% відповідно при переломах кісток різної локалізації. При цьому 62,7% опитаних сімейних лікарів мають практичні навички з первинної хірургічної обробки ран та 56,6% з накладання швів, 38,9% – з проведення малих хірургічних втручань.

Наступним етапом дослідження було вивчення рівня задоволеності ЛЗП/СЛ підготовкою під час проходження спеціалізації до надання медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю (табл. 3).

Наведені в табл. 3 результати опитування вказують на те, що під час проходження спеціалізації лікарі отримують недостатньо теоретич-

них знань з постановки діагнозу хронічного хірургічного захворювання (49,6%), встановлення діагнозу закритої травми внутрішніх органів (52,3%), встановлення діагнозу перелому кісток різної локалізації (56,4%) та недостатньо практичних навичок з проведення первинної хірургічної обробки ран (81,6%), накладання швів при ранах (83,5%), проведення малих хірургічних втручань (89,4%) і тактики ведення пацієнта при різних хірургічних захворюваннях. Водночас всі респонденти вказали, що під час проходження спеціалізації заняття з хірургічних хвороб відбувалися на базі великих клінік, і практичні навички не відпрацьовувалися.

Далі, відповідно до мети дослідження, нами вивчалися умови для надання ЛЗП/СЛ медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю відповідно до їх компетенцій та табелів оснащення сімейних амбулаторій (табл. 4).

Дані табл. 4 вказують на те, що сімейні амбулаторії мають недостатню матеріально-технічну базу, що не дозволяє, навіть за наявності знань

Таблиця 3. Задоволеність ЛЗП/СЛ спеціалізацією з підготовки до надання медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю

Показник	Варіант відповіді					
	Так		Ні		Не визначився	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отримано достатньо теоретичних знань для:						
- постановки діагнозу гострого хірургічного захворювання	472	100	-	-	-	-
- постановки діагнозу хронічного хірургічного захворювання	217	45,9	234	49,6	21	4,5
- встановлення діагнозу закритої травми внутрішніх органів	198	41,9	247	52,3	27	5,8
- встановлення діагнозу перелому кісток різної локалізації	175	37,1	266	56,4	31	6,5
Отримано достатньо практичних навичок для:						
- проведення первинної хірургічної обробки ран	72	15,3	385	81,6	15	3,1
- накладання швів при ранах	57	12,1	392	83,5	23	4,4
- проведення малих хірургічних втручань	32	6,8	422	89,4	18	3,8
Визначення тактики ведення пацієнта при:						
- гострих хірургічних захворюваннях	472	100	-	-	-	-
- хронічних хірургічних захворюваннях	287	60,1	163	34,5	22	5,4
- закритих травмах внутрішніх органів	89	18,8	367	77,7	16	3,5
- переломах кісток різної локалізації	138	29,2	315	66,7	19	4,1

Таблиця 4. Наявність матеріальної бази у ЛЗП/СЛ для надання медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю

Показник	Кількість відповідей	
	абс.	%
Ознайомлення із затвердженим МОЗ України табелем оснащення сімейної амбулаторії	57	12,1
Наявність відповідно до табеля оснащення:		
- хірургічного інструментарію	126	26,7
- шовного матеріалу	118	25,0
- анестетиків	101	21,4
- дезінфікуючих засобів	93	19,7
- перев'язувальних матеріалів	158	33,5

та навичок у ЛЗП/СЛ, здійснювати надання медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю відповідно до їх компетенції. Так, хірургічним інструментарієм укомплектовано 26,7% сімейних амбулаторій, шовний матеріал наявний у 25,9% з них, анестетики – у 21,4%, перев'язувальний матеріал – у 33,5% та дезінфікуючі засоби – у 19,7%. Із затвердженим МОЗ України табелем оснащення сімейної амбулаторії ознайомлені тільки 12,1% респондентів.

Висновки

В ході проведеного дослідження встановлено, що:

- 23,7% опитаних сімейних лікарів проводять самостійно первинну хірургічну обробку ран та накладання швів при ранах, 19,7% – розрізання абсцесів, 6,8% – видалення врослого нігтя, 12,1% – інші хірургічні втручання. 34,7% опитаних скеровують за необхідності проведення первинної хірургічної обробки ран пацієнтів до ліка-

ря-хірурга, 41,5% опитаних відмітили, що при ранах і травмах пацієнти звертаються безпосередньо до лікаря-хірурга;

- всі сімейні лікарі мають достатній рівень теоретичних знань та практичних навичок відносно діагностики та тактики дій при гострих хірургічних захворюваннях; 69,3% – для встановлення діагнозу та 77,3% – тактики дій при хронічному хірургічному захворюванні; 62,5% та 90,0% відповідно при закритих травмах внутрішніх органів; 66,1% та 95,5% відповідно при переломах кісток різної локалізації. При цьому 62,7% опитаних сімейних лікарів мають практичні навички з первинної хірургічної обробки ран та 56,6% з накладання швів, 38,9% – з проведення малих хірургічних втручань;

- під час проходження спеціалізації лікарі отримують недостатньо теоретичних знань із встановлення діагнозу хронічного хірургічного захворювання (49,6%), закритої травми внутрішніх

органів (52,3%), перелому кісток різної локалізації (56,4%) та недостатньо практичних навичок з проведення первинної хірургічної обробки ран (81,6%), накладання швів при ранах (83,5%), проведення малих хірургічних втручань (89,4%) та тактики ведення пацієнта при різних хірургічних захворюваннях;

· хірургічним інструментарієм укомплектовано 26,7% сімейних амбулаторій, шовний матеріал мають 25,9% із них, анестетики – 21,4%, перев'язувальний матеріал – 33,5%, дезінфікуючі засоби – 19,7%; із затвердженим МОЗ України

табелем оснащення сімейної амбулаторії ознайомлено тільки 12,1% респондентів.

Таким чином, лікарі загальної практики – сімейні лікарі здебільшого не мають достатнього рівня підготовки та матеріального оснащення сімейних амбулаторій для надання медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю відповідно до своїх компетенцій.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою моделі надання медичної допомоги хворим хірургічного профілю лікарями загальної практики-сімейними лікарями.

Список літератури

1. Кризина Н. П. Стан та перспективи розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [Електронний ресурс] / Н. П. Кризина, В. Г. Слабкий // Держ. управління удосконалення та розвитку. – 2010. – № 7.
2. Науково обґрунтовані підходи до розробки кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики-сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу: [метод. реком.] / Матюха Л. Ф., Гойда Н. Г., Слабкий В. Г., Олійник М. В. – К., 2009. – 23 с.
3. Олексюк О. Б. Система запобіжної госпіталізації в педіатрії в умовах впровадження сімейної медицини / О. Б. Олексюк, В. Г. Слабкий // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 20–24.
4. Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України: [метод. реком.] / Н. Г. Гойда, Л. Ф. Матюха, В. Г. Слабкий, Л. В. Полікова. – К., 2010. – 25 с.
5. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина: [монографія] / Князевич В. М., Митник З. М., Слабкий Г. О. [та ін.]; МОЗ України. – К., 2010. – 401 с.
6. Первинна медико-санітарна допомога на засадах сімейної медицини / Кризина Н. П., Матюха Л. Ф., Крушинська З. Г. [та ін.] // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2009 рік; за ред. З.М. Митника. – К., 2010. – С. 173–184.
7. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги: пропозиції до реформування та економічні розрахунки / Яковенко І. В., Вовк М. Г., Левицький О. І. [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 3. – С. 56–60.
8. Слабкий В. Г. Перерозподіл видів медичної допомоги між лікарями загальної практики – сімейної медицини та лікарями спеціалістами. Повідомлення 1 / В. Г. Слабкий // Управління закладом охорони здоров'я. – 2009. – № 9. – С. 15–26.
9. Слабкий В. Г. Перерозподіл видів медичної допомоги між лікарями загальної практики – сімейної медицини та лікарями спеціалістами. Повідомлення 2 / В. Г. Слабкий // Управління закладом охорони здоров'я. – 2010. – № 5. – С. 23–33.
10. Слабкий В. Г. Перерозподіл видів медичної допомоги між лікарями загальної практики – сімейної медицини та лікарями спеціалістами. Повідомлення 3 / В. Г. Слабкий // Управління закладом охорони здоров'я. – 2010. – № 7. – С. 19–24.

ГОТОВНОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПО ПОВОДУ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ – СЕМЕЙНЫМИ ВРАЧАМИ

Ю. В. Бурдим (Київ)

Приведены результаты социологического исследования готовности и возможностей оказания медицинской помощи пациентам с болезнями хирургического профиля врачами общей практики – семейными врачами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: врач общей практики – семейный врач, заболевание, медицинская помощь.

READINESS AND POSSIBILITIES OF MEDICAL CARE RENDERING TO PATIENTS WITH SURGICAL DISEASES BY GENERAL PRACTITIONERS / FAMILY DOCTORS

Yu. V. Burdym (Kyiv)

Results of sociological survey on readiness and possibility of rendering medical care to patients with surgical diseases by general practitioner / family doctors have been presented.

KEY WORDS: general practitioner / family doctors, disease, medical care.

Рецензент: д.мед.н., проф. С.М. Курило

УДК 364.444:616-089

М. О. КРИСЬКО (Київ)

ЩОДО ГОТОВНОСТІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ТА ХВОРИМ НА СНІД

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Вивчалася готовність лікарів загальної практики – сімейних лікарів до надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, хворим на СНІД та проведення цільової профілактичної роботи. Встановлено, що 12,4% опитаних володіють навичками перед- та післятестового консультування та 12,4% із них пройшли підготовку з даного питання; 88,6% респондентів готові проводити роботу з профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції та здійснювати психологічну підтримку ВІЛ-інфікованих і членів їхніх сімей; 78,8% готові надавати медичну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД. Серед чинників зацікавленості у роботі з даним контингентом сімейні лікарі назвали економічну мотивацію (99,3%), наявність повної інформації про ВІЛ-інфікування обслуговуваного населення (96,9%), відповідну післядипломну підготовку (91,4%), забезпечення необхідними засобами медичного призначення (75,5%), наявність медичної страховки на випадок виробничого інфікування (33,1%); найменш важливим чинником виявилось зменшення кількості обслуговуваного населення (14,0%).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лікар загальної практики-сімейний лікар, ВІЛ/СНІД, медична допомога ВІЛ-інфікованим.

Епідеміологічна характеристика ситуації щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу є важливою складовою національної системи моніторингу для розробки адекватної відповіді країни на епідемію [3;5;6].

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 р. і до 2010 р. включно в Україні офіційно зареєстровано майже 182 тис. випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 37 тис. захворювань на СНІД та майже 21 тис. випадків смерті від нього. За офіційними даними, щодня діагноз ВІЛ-інфекції встановлювався у 54 осіб, СНІД – у 12 осіб, а 7 осіб помирало від захворювань, зумовлених СНІДом [7;9]. Протягом 2010 р. в країні зареєстровано 20,5 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції (44,7 на 100 тис. населення). Завдяки реалізації комплексу заходів, спрямованих на призупинення епідемії ВІЛ-інфекції, зокрема серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), темпи приросту захворюваності на ВІЛ, починаючи з 2006 року, невпинно знижуються [1;2;4;9].

Загальновідомо, що офіційні дані не відображають реальний масштаб епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, зокрема дійсну кількість людей, інфікованих ВІЛ. Вони лише надають інформацію про осіб, які пройшли тестування на антитіла до ВІЛ, у яких була виявлена ВІЛ-інфекція і які були внесені до офіційного реєстру випадків ВІЛ-інфекції. Можуть бути інфікованими значно більше громадян, але вони не обізнані щодо свого статусу [4;8]. За оціночними даними, в Україні на початок 2010 р. мешкало 360 тис. людей віком від 15 років і старше, інфікованих ВІЛ. Ці дані відрізняються від даних офіційної статис-

тики кількості осіб, які живуть з ВІЛ/СНІД і перебувають під диспансерним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров'я (101 182 особи) на початок 2010 р. Відмінність між цими показниками свідчить, що лише 28%, або кожний четвертий з людей, які живуть з ВІЛ в Україні, пройшов тест на ВІЛ і знає свій ВІЛ-позитивний статус [7;9].

Ключовим компонентом програм профілактики та здійснення лікування і догляду за хворими на ВІЛ-інфекцію/СНІД є добровільне консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (далі – ДКТ) [2;9]. Метою ДКТ є надання добровільної консультативної допомоги населенню щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування, прийняття добровільного інформованого рішення про тестування на ВІЛ, визначення ВІЛ-статусу, формування безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, мотивування до отримання своєчасної медичної допомоги, послуг з планування сім'ї та всебічної підтримки (у тому числі за принципом "рівний-рівному") [9]. Останніми роками значно збільшився доступ населення до послуг ДКТ, про що свідчить збільшення кількості виявлених випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі і в стадії СНІДу [7;8].

На виконання п. 5 Указу Президента України № 1674/2005 від 30.11.2005 р. "Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні" станом на 31.12.2009 р. у всіх обласних та районних центрах створено мережу кабінетів "Довіра": всього 737, з них на базі центрів СНІДу – 41, на базі КІЗів – 491, самостійних структурних підрозділів інших закладів – 205 [9], але при цьому первинна ланка, яка є основою в наданні

медичної допомоги населенню, до даного процесу практично не залучається.

Мета роботи: встановити рівень готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, хворим на СНІД та проведення цільової профілактичної роботи.

Матеріали і методи. З метою проведення дослідження було розроблено спеціальну анкету, за допомогою якої опитано 420 лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗП/СЛ), що працюють в регіонах з різним рівнем ВІЛ-інфікування населення. Активність респондентів складала 84,0%, роздано 500 анкет.

Результати дослідження та їх обговорення. Відповідно до програми дослідження, на першому етапі його проведення шляхом анкетування вивчалися знання ЛЗП/СЛ з питань епідеміології ВІЛ-інфекції та знання ВІЛ-статусу населення, яке вони обслуговують.

Що стосується інформованості про ВІЛ-статус населення, яке вони обслуговують, та отримання централізованої інформації із центру профілактики СНІДу про ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, то в ході дослідження отримані наступні дані.

Жоден із опитаних лікарів не отримує інформацію із центрів профілактики СНІДу про ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, тому можна констатувати, що ЛЗП/СЛ не мають достовірної

інформації про ВІЛ-статус обслуговуваного населення. Це, в свою чергу, негативно впливає на організацію як профілактичної, так медико-соціальної роботи на первинному рівні.

Наступним кроком дослідження стало вивчення питання звертання до сімейних лікарів населення з проханням надати консультації та організувати проходження обстеження на ВІЛ. За даними соціологічного опитування, до 184 (43,8%) сімейних лікарів населення зверталось з таким проханням. Причому 137 (32,6%) лікарів, які працюють в сільській місцевості, та 32 (7,7%) з тих, хто працює в містах, рекомендували пацієнтам звернутися до центру профілактики СНІДу, а 15 (3,6%) працюючих в містах рекомендували звернутися до кабінетів анонімного обстеження на ВІЛ.

Далі за допомогою анкетуваннями вивчалось питання щодо володіння ЛЗП/СЛ навичками перед- та післятестового консультування на ВІЛ окремих груп населення. Наведені в табл. 1 дані вказують, що 12,4% опитаних сімейних лікарів володіють навичками перед- та післятестового консультування та 12,4% із них пройшли підготовку з даного питання, при цьому необхідно зазначити, що достовірно вище ($p \geq 0,05$) рівень інформованості ЛЗП/СЛ з цих питань на територіях з високим рівнем ВІЛ-інфікування населення.

Таблиця 1. Володіння сімейними лікарями навичками перед- та післятестового консультування на ВІЛ та шляхів отримання відповідних навичок

Показник	Варіант відповіді					
	Так		Ні		Не визначився	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Володіє навичками передтестового консультування	52	12,4	293	69,8	75	17,8
Володіє навичками післятестового консультування	52	12,4	293	69,8	75	17,8
Тренінги	31	7,4	-	-	-	-
Тематичне удосконалення	-	-	-	-	-	-
Спеціальні семінари	21	5,0	-	-	-	-
Наявність відповідної літератури	137	32,6	-	-	-	-
Інше	15	3,6	-	-	-	-

Наступним кроком дослідження було вивчення ставлення сімейних лікарів до можливості надавати ними медичну допомогу ВІЛ-інфікованим. Вивчалися питання ставлення сімейних лікарів до проведення ними профілактичної роботи, надання медичної допомоги, включаючи паліативну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, здійснювати психологічну підтримку як ВІЛ-інфікованих так, і членів їхніх сімей (табл. 2).

Дані табл. 2 вказують на те, що 88,6% респондентів готові проводити роботу з профілак-

тики розповсюдження ВІЛ-інфекції та здійснювати психологічну підтримку ВІЛ-інфікованих і членів їхніх сімей, 78,8% готові надавати медичну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД.

Наступним кроком дослідження було вивчення умов, за яких сімейні лікарі готові надавати медичну допомогу та проводити профілактичні і соціальні заходи щодо ВІЛ. Респонденти мали можливість позитивно відповісти на три питання, які на їх погляд є найважливішою умовою для здійснення поставлених перед ними завдань (табл. 3).

Таблиця 2. Готовність сімейних лікарів до надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД

Показник	Кількість відповідей	
	абс.	%
Готові проводити роботу з профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції	372	88,6
Не готові проводити роботу з профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції	35	8,3
Не визначилися щодо готовності проводити роботу з профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції	13	3,1
Готові надавати медичну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД	331	78,8
На готові надавати медичну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД	74	17,6
Не визначилися щодо готовності надавати медичну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД	15	3,6
Готові здійснювати психологічну підтримку як ВІЛ-інфікованих, так і членів їхніх сімей	372	88,6
Не готові здійснювати психологічну підтримку як ВІЛ-інфікованих, так і членів їхніх сімей	35	8,3
Не визначилися щодо готовності здійснювати психологічну підтримку як ВІЛ-інфікованих, так і членів їхніх сімей	13	3,1

Таблиця 3. Умови, необхідні для здійснення сімейними лікарями медичних заходів з ВІЛ/СНІД

Показник	Кількість відповідей	
	абс.	%
Наявність повної інформації про ВІЛ-інфікованих	407	96,9
Проходження тематичного удосконалення з особливостей медичної допомоги ВІЛ-інфікованим	384	91,4
Забезпечення необхідними засобами медичного призначення	317	75,5
Доплата за медичне обслуговування ВІЛ-інфікованих згідно до чинного законодавства (60% до посадового окладу)	417	99,3
Наявність медичної страховки на випадок виробничого інфікування	139	33,1
Зменшення кількості населення для обслуговування	59	14,0
Не визначився	3	0,7

За даними табл. 3, найголовнішим чинним заінтересованості сімейних лікарів у роботі з медичного забезпечення населення з проблеми ВІЛ/СНІД є їх економічна мотивація – 99,3%. Серед інших обов'язкових чинників сімейні лікарі відмітили наявність повної інформації про ВІЛ-інфікування обслуговуваного населення (96,9%), відповідна післядипломна підготовка з особливостей медичної допомоги ВІЛ-інфікованим (91,4%), забезпечення необхідними засобами медичного призначення (75,5%), наявність медичної страховки на випадок виробничого інфікування (33,1%) і найменш важливим чинником є зменшення кількості населення для обслуговування (14,0%). Лише 3 (0,7%) респондентів не визначилися з чинниками, які будуть мотивувати їх до медичних заходів з ВІЛ/СНІД.

Висновки

Результати соціологічного дослідження вказують на те, що всі опитані сімейні лікарі не мають достовірної інформації про ВІЛ-статус обслуговуваного населення.

Встановлено, що 12,4% опитаних сімейних лікарів володіють навичками перед- та післятестового консультування та 12,4% із них пройшли підготовку з даного питання, при цьому слід зазначити, що достовірно вищий ($p \geq 0,05$) рівень інформованості ЛЗП/СЛ з цих питань на територіях з високим рівнем ВІЛ-інфікування населення.

За даними соціологічного опитування, 88,6% респондентів готові проводити роботу з профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції та здійснювати психологічну підтримку ВІЛ-інфікованих і членів їхніх сімей, 78,8% готові надавати медичну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД.

Найголовнішим чинним заінтересованості сімейних лікарів в їх роботі з медичного забезпечення населення з проблеми ВІЛ/СНІД є їх економічна мотивація – 99,3%. Серед інших обов'язкових чинників сімейні лікарі відмітили наявність повної інформації про ВІЛ-інфікування населення, яке вони обслуговують (96,9%), відповідну післядипломну підготовку з особливостей медичної допомоги ВІЛ-інфікованим

(91,4%), забезпечення необхідними засобами медичного призначення (75,5%), наявність медичної страховки на випадок виробничого інфікування (33,1%); найменш важливим чинником є зменшення кількості обслуговуваного населення (14,0%).

Перспективи подальших досліджень сформувані на розробку моделі інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІД на первинний рівень надання медичної допомоги.

Список літератури

1. ВІЛ/СНІД та формування здорового способу життя : [навч. посібн.]. – К., 2008. – 175 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні // Інформ. бюл. – 2011. – № 35. – 62 с.
3. Войцехович Б. А. Анализ факторов, влияющих на вероятность гибели ВИЧ-инфицированных в течение двух лет после выявления / Б. А. Войцехович, П. В. Лебедев // Здравоохран. Рос. Федерации. – 2008. – № 2. – С. 31–34.
4. Захворованість населення України на ВІЛ/СНІД / М. І. Ципко, О. Р. Ситенко, В. І. Аксенова, Т. М. Смирнова // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. [“Медико-технологічні нормативи в роботі лікувальних закладів: сучасний стан проблеми в Україні”], (Київ, 15–16 жовт. 2009 р.). – К., 2009. – С. 77–78.
5. Звіт про науково-дослідну роботу за контрактом міжнародної організації праці. Системний огляд проблеми ризиків та профілактики туберкульозу на робочому місці / Міжнародна організація праці. Проект МОП/ГТЦ “Впровадження політик і програм з ВІЛ/СНІДу у сфері праці”. – К., 2009. – С. 183.
6. Слабкий Г. О. Моніторинг профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (у таблицях, картограмах та графіках) / Г. О. Слабкий, Н. Я. Жилка; УІСД МОЗ України. – К., 2009. – 21 с.
7. Стан епідемії ВІД/СНІДу в Донецькій області та аналіз заходів протидії. Ситуаційний аналіз / О. Балакірева, Л. Беленська, Л. Бочкова [та ін.]. – К. : Вид-во Раєвського, 2007. – 128 с.
8. Стан епідемії ВІД/СНІДу в Черкаській області та аналіз заходів протидії. Ситуаційний аналіз / О. Балакірева, Г. Слабкий, О. Черкас [та ін.]. – К. : Вид-во Раєвського, 2008. – 119 с.
9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік : [монографія] / за ред. З. М. Митника; МОЗ України, УІСД МОЗ України. – К., 2010. – 447 с.

ОТНОСИТЕЛЬНО ГОТОВНОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ И БОЛЬНЫМ СПИДОМ

М.А. Крисько (Київ)

Изучалась готовность врачей общей практики – семейных врачей к оказанию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, больным СПИДом и проведению целевой профилактической работы по данным социологического опроса. Установлено, что 12,4% опрошенных владеют навыками перед- и послетестового консультирования и 12,4% из них прошли подготовку по данному вопросу; 88,6% респондентов готовы проводить работу по профилактике распространения ВИЧ-инфекции и оказывать психологическую поддержку ВИЧ-инфицированным и членов их семей; 78,8% готовы оказывать медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. Среди факторов заинтересованности в работе с данным контингентом семейные врачи назвали экономическую мотивацию (99,3%), наличие полной информации о ВИЧ-инфицировании обслуживаемого населения (96,9%), соответствующую последипломную подготовку (91,4%), обеспечение необходимыми средствами медицинского назначения (75,5%), наличие медицинской страховки на случай производственного инфицирования (33,1%); наименее важным фактором оказалось уменьшение количества обслуживаемого населения (14,0%).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: врач общей практики – семейный врач, ВИЧ/СПИД, медицинская помощь ВИЧ-инфицированным.

READINESS OF FAMILY DOCTORS FOR GRANTING OF MEDICAL SERVICES TO HIV-INFECTED AND AIDS PATIENTS

M.O. Krysko (Kyiv)

We studied the willingness of general practitioners/family doctors to provide medical care to HIV-infected, AIDS patients and conducting targeted prevention work. Found that 12,4% of respondents have skills in pre-and post-test counseling and 12,4% of them have been trained on this subject; 88,6% of respondents are willing to work to prevent HIV infection and psychological support to HIV-infected and their families, 78,8% are willing to provide medical care to HIV-infected and AIDS patients. Among the factors of interest in working with this contingent of family doctors called economic incentives (99,3%), availability of information about HIV transmission serviced population (96,9%), corresponding to postgraduate training (91,4%), and necessary medical facilities purpose (75,5%), availability of health insurance in case the production of infection (33,1%) was the least important factor in reducing the number of serviced population (14,0%).

KEY WORDS: general practitioner/ family doctors, HIV/AIDS, medical care to HIV-infected.

Рецензент: д.мед.н., проф. С.О. Риков

УДК 614:001(477.84)

А. Г. ШУЛЬГАЙ, Н. Я. ПАНЧИШИН, В. Л. СМІРНОВА (Тернопіль)

НАУКОВА РОБОТА КАФЕДРИ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

В статті наводиться еволюція соціально-гігієнічних і історичних ідей, запропонованих і частково реалізованих на кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: соціальна медицина, організація охорони здоров'я, історія медицини, наукові дослідження.

В цьому році університет відмічає 55 років із дня заснування. Тоді ж розпочалась діяльність кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою.

Кафедра відразу ж започаткувала тісний зв'язок з практичною охороною здоров'я. За ініціативи кафедри неодноразово проводилися науково-практичні конференції з питань організації охорони здоров'я та історії медицини. В 1966 році співробітники кафедри взяли активну участь у підготовці та проведенні семінару слухачів курсів лікарняних адміністраторів охорони здоров'я. Наукова робота кафедри спрямовується на проблеми профілактики діяльності лікаря-терапевта (К.Г. Горшукова), інвалідності населення (Г.Г. Конопелько), організації праці лікарів міських санепідемстанцій з гігієни харчування (Л. Калагірева).

З 1983 року наукові дослідження кафедри спрямовуються на вивчення здоров'я сільського населення. Вони включали різноманітні питання: вивчення здоров'я мешканців села, організацію диспансерного обслуговування тощо. В цей час на кафедрі було розроблено методологію соціально-гігієнічного підходу до здоров'я сільського населення, і вона ж була реалізована на практиці в Калинівській ЦРЛ Вінницької області і Козівській ЦРЛ Тернопільської області.

Суть підходу полягала в тому, що, окрім даних про здоров'я сільського населення і його потребу в різноманітних видах медичної допомоги, було здійснено диференційований підхід до визначення здоров'я, і відповідно застосовувались диференційовані зусилля медичних закладів стосовно забезпечення медичною допомогою різних соціальних прошарків сільсько-

го населення. Було перебудоване інформаційне забезпечення охорони здоров'я на трьох рівнях – первинному (сільська лікарська амбулаторія і дільниця), вторинному (центральна районна лікарня) і третинному (обласна лікарня). Система видавала дані про здоров'я сільських мешканців в розрізі соціальних прошарків громади і пропонувала різноманітні організаційні заходи з його покращення. Зокрема, мова йшла про роль соціальних чинників в обумовленості здоров'я.

В 1983 році кафедра долучається до проведення суцільної диспансеризації. З цією метою здійснюється експеримент. Перші результати організаційного експерименту із впровадженням у практику моделі суцільної диспансеризації були представлені на ВДНХ СРСР (1985 р.) і відмічені бронзовою медаллю. Викладачі кафедри Л. М. Романюк і В. Л. Смірнова, а також працівники практичної охорони здоров'я А. І. Бойчук, В. С. Килівник, М. Б. Тарасюк зібрані матеріали поклали в основу своїх дисертацій.

В процесі цих досліджень було зроблено кардинальні висновки стосовно здоров'я сільського населення. Визначення рангового значення окремих соціальних чинників в обумовленості здоров'я дало такий результат: сімейний стан (показник множинної кореляції – 0,759), матеріальний добробут (0,653), професія і пов'язані з нею умови праці (0,644), житлові умови (0,577), доступність медичної допомоги (0,777).

Ці чинники (проте в різних рангових сполученнях) мають переважаючий вплив на поширеність основних захворювань разом з деякими іншими, специфічними для кожної з хвороб: серцево-судинні – вживання тютюну і алкоголю, стан сну; нервові хвороби – психоемоційний стан, характер харчування і наявність психічних травм в анамнезі; хвороби опорно-рухового

апарату – вживання тютюну і алкоголю; хронічні неспецифічні хвороби легень – часті простудні захворювання і вживання тютюну; виразкова хвороба – спадковість, вживання тютюну, перенесені психічні травми.

На підставі наукових досліджень активізувалася науково-видавнича діяльність. Майже щорічно видавали новітні розробки з актуальних проблем охорони здоров'я населення, особливо з питань управління та економіки. Так, тільки в 1987 році вийшли друком методичні розробки "Організація і управління щорічною диспансеризацією населення сільського району", "Потреба населення сільського району в щорічній диспансеризації", монографія "Центральна районна лікарня". У 1993 році побачив світ підручник проф. О.М. Голяченка із соціальної медицини та організації охорони здоров'я, в 1996 — з економіки охорони здоров'я. У цих виданнях уперше в історії самостійної української держави сформульовано засади її охорони здоров'я. У 1997 році проф. О.М. Голяченко разом з акад. А.М. Сердюком (Міністром охорони здоров'я) та О.О. Приходським (організатором охорони здоров'я) підготував та видав новий підручник "Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я". Це було перше подібне видання не лише в Україні, але й на терені колишнього Радянського Союзу.

У 1997 році до 40-річчя Тернопільського медичного інституту було підготовлено монографію за редакцією проф. О.М. Голяченка "Лікарі Тернопільщини", в якій уперше відтворено коротку історію медицини краю. У 1996 році О.М. Голяченко разом з А.О. Голяченко опублікували монографію «Економіка української здоровоохорони», в якій дали визначення економіки охорони здоров'я як науки, розглянули проблему ціноутворення медичної допомоги, поняття вартості медичної допомоги тощо.

Запропонована кафедрою методика визначення ціни («вартості») медичної допомоги використана в численних дисертаційних дослідженнях (І.Ю. Андрієвський, В.С. Сміянов, Г.Б. Голяченко, А.І. Побережний).

Паралельно з цим розвивалася робота з висвітлення історії української медицини. Результатом цього став вихід у 2004 р. підручника О.М. Голяченка разом із Я.В. Ганіткевичем «Історія медицини» та відповідної програми, які були рекомендовані Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України для студентів медичних ВНЗ III-IV рівня акредитації. В підручнику, як і в програмі, на тлі історії всесвітньої медицини, вперше обширно висвітлено історію розвитку української медицини, згадано про формування перших українських національних наукових медичних шкіл, про репресії тоталітарного режиму щодо українських лікарів і вчених-медиків, виокремлено історію громадської медицини та фармації. Звичайно, ця перша спроба подати історію української медицини не може вважатися вичерпно досконалою. В кінці передмови до книжки сказано: «Певні, що надалі будуть написані вагоміші і змістовніші книги з історії української медицини».

У 2006 р. вийшла монографія «Реформа охорони здоров'я в Україні» за ред. О.М. Голяченка. В ній на основі узагальнення багатолітнього наукового досвіду досліджень кафедри накреслено шляхи реформування охорони здоров'я, які об'єднуються в три основні напрямки: організаційний, економічний і управлінський.

Останніми роками кафедра зайнялась проблемами вивчення смертності сільського населення від серцево-судинних захворювань, а конкретно вивченням соціальних факторів гіпертонічної хвороби, яка є своєрідним пусковим механізмом. Темою кафедральної НДР з 2010 р. є «Артеріальна гіпертензія та гіпертонічна хвороба у сільського населення як соціально-медична проблема» (науковий керівник проф. О.М. Голяченко, відповідальний виконавець доц. В.Л. Смірнова). Окремі результати дослідження знайшли своє відображення у таких фундаментальних працях: «Українська здоровоохорона: чутки про смерть не перебільшені» (автор О.М. Голяченко), «Гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда. Соціально-медичне дослідження» (автори К.М. Сокол, А.Г. Шульгай). Дане дослідження охоплює весь період життя людини, починаючи з дитячого віку. В дитячому віці вивчаються фактори ризику артеріальної гіпертензії, які включають 18 соціальних факторів, і в дорослому віці, які включають 17 соціальних факторів. Опубліковані перші роботи про захворюваність в дитячому віці (В.Л. Смірнова, Н.Я. Панчишин) і в дорослому віці (О.М. Голяченко, А.Г. Шульгай, Л.М. Романюк, Н.Я. Панчишин, В.Л. Смірнова, Н.Є. Федчишин, Н.О. Теренда).

З 2011 року колектив кафедри працює над науково-дослідною роботою на тему «Організаційні основи реформування системи охорони здоров'я» (науковий керівник проф. А.Г. Шульгай, відповідальний виконавець доц. В.Л. Смірнова), яка є базою для розробки концепції реформування медичної галузі Тернопільської області. Кафедра поставила за мету провести наукові розрахунки та передбачити можливість госпітальних округів Тернопільської області, спільно з головним управлінням охорони здоров'я обласної державної адміністрації розробити оптимальні показники навантаження центрів первинної медико-санітарної допомоги.

Враховуючи епідеміологічну ситуацію в Україні, проводиться дослідження з вивчення грипу і

вірусного гепатиту С, сумісно з кафедрами інфекційних хвороб з епідеміології та клініко-лабораторної діагностики.

На кафедрі разом із Інститутом стратегічних досліджень МОЗ України з 1997 року видається фаховий журнал "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України" (включений до переліку № 1 ВАК України), який щоквартально виходить у видавництві "Укрмедкнига"; відповідальним редактором журналу є проф. О.М. Голяченко. Через 10 років журнал пройшов переатестацію як провідний журнал у галузі соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. Співробітники кафедри регулярно публікували наукові статті в журналі. Тематика статей була різноманітною, але в основному присвячена соціально-гігієнічним питанням здоров'я і охорони здоров'я сільського населення, проблемі вартості медичної допомоги, вивченню артеріальної гіпертензії серед мешканців міста і села. З історико-медичних публікацій тре-

ба особливо відмітити праці проф. О.М. Голяченка щодо історії української медицини.

У 2010 р. колектив кафедри у повному складі приймав активну участь у міжвідомчій комісії з реформування, структуризації медичної галузі та вироблення концепції розвитку охорони здоров'я Тернопільської області. Куратором робочих груп цієї комісії був проф. А.Г. Шульгай. Робочими групами було проведено аналіз стану охорони здоров'я в Тернопільській області та розроблено проект концепції реформування і структуризації медичної галузі в нашому регіоні. Проведені дослідження стануть основою для подальших наукових розробок в цьому напрямку.

З 2012 р. викладачі кафедри в рамках діяльності створеного «Міжнародного науково-освітнього інноваційно-технологічного консорціуму медичних ВНЗ і ВНЗ фізичного виховання і спорту» обмінюються досвідом проведення та результатами науково-дослідної роботи із викладачами Кіровської державної медичної академії.

НАУЧНАЯ РАБОТА КАФЕДРЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ТЕРНОПОЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ И.Я. ГОРБАЧЕВСКОГО

А. Г. Шульгай, Н. Я. Панчишин, В. Л. Смирнова (Тернополь)

В статье представлена эволюция социально-гигиенических и исторических идей, предложенных и частично реализованных на кафедре социальной медицины, организации и экономики здравоохранения с медицинской статистикой Тернопольского государственного медицинского университета имени И.Я. Горбачевского.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: социальная медицина, организация здравоохранения, история медицины, научные исследования.

SCIENTIFIC STUDY OF SOCIAL MEDICINE DEPARTMENT OF TERNOPIL MEDICAL UNIVERSITY BY I.YA. HORBACHEVSKY

A. Shulgay, N. Panchyshyn, V. Smirnova (Ternopil)

In the article the evolution of the socially-hygienically and historical ideas is presented offered and partly realized on the department of social medicine, organization and economy of health protection with medical statistics of the Ternopil state medical university by I.Ya. Horbachevsky.

KEY WORDS: social medicine, organization of health protection, history of medicine, scientific researches.

Рецензент: к. мед. наук Н.О. Теренда

УДК 61(092)(477)

Н. О. ТЕРЕНДА (Тернопіль)

**М. Д. СТРАЖЕСКО – ВИДАТНИЙ УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГ,
ДОСЛІДНИК, ПЕДАГОГ**

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

В статті наводяться дані про внесок академіка М. Д. Стражеско у розвиток кардіології в Україні, розробку ним нових наукових напрямків, які дозволили поглибити вивчення етіології, патогенезу, клініки, лікування та профілактики серцево-судинних захворювань.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: М. Д. Стражеско, кардіологія, серцево-судинні захворювання.

*Немає більшого щастя, ніж служити
одночасно розумові й добру.*

М. Д. Стражеско

Кардіологія як одна із важливих галузей медицини бере свій початок з кінця 19 століття. Вагому частку у її розвиток внесли представники київської школи терапевтів. Видатні постаті цієї плеяди науковців зіграли визначальну роль у вивченні та лікуванні серцево-судинних захворювань в Україні.

Мета дослідження: дослідити роль М. Д. Стражеска у вивченні, діагностиці та лікуванні серцево-судинних захворювань в Україні.

Матеріали і методи. Нами проведено систематичний аналіз наукових джерел інформації щодо діяльності представників київської школи терапевтів, зокрема одного з її засновників – М. Д. Стражеско.

Результати дослідження та їх обговорення. 30 грудня 2011 року минуло 135 років від дня народження видатного науковця, клініциста, педагога, одного із засновників київської школи терапевтів академіка Миколи Дмитровича Стражеска (фото 1).

Майже весь життєвий шлях видатного кардіолога був пов'язаний з Києвом. З 1894 по 1899 рр. Микола Дмитрович успішно навчався на медичному факультеті Київського університету. Популярності університету сприяв авторитет багатьох його професіоналів: патолога В. В. Підвисоцького, анатома В. О. Беца, гістолога П. І. Перемежка, хірурга В. А. Караваєва, терапевтів В. П. Образцова і Ф. Г. Яновського та ін.

На останніх курсах університету Стражеско з особливим захопленням працював у терапевтичній клініці, якою керував професор В. П. Образцов. Він відвідував всі його лекції, клінічні обходи, виступи на засіданнях Київського товариства лікарів. Здібного студента помітив В. П. Образцов. Саме за його клопотанням М. Д. Стражеска

після закінчення навчання залишили при кафедрі приватної патології і терапії Київського університету. Одночасно він працював інтерном терапевтичного відділення Київської міської лікарні, яким завідував тоді професор В. П. Образцов.

У 1901 р. талановитого лікаря направляють на навчання за кордон для ознайомлення з постановкою клінічної і наукової діяльності. В клініці відомого вченого Потена у Франції Стражеско вивчає методику об'єктивної реєстрації скорочень серця, способи одержання кардіограм венозного і артеріального пульсу. В клініках Лейдена і Сенатора (Берлін) молодий науковець знайомить німецьких лікарів з особливостями методики обстеження хворих, які проводили київські науковці. З 1902 р. понад два роки працює і навчається у лабораторії І. П. Павлова (Військово-медична академія), проводячи дослідження з фізіології травлення. Вони лягли в основу його докторської дисертації на тему «К фізіології кишок», яку вчений успішно захистив у 1904 р. [10].

Крім зазначеного М. Д. Стражеско вивчав біологічну хімію (на кафедрі проф. Н. О. Зібер-Шумової), експериментальну та клінічну фармакологію (під керівництвом проф. Ю. І. Лауденбаха), патологічну анатомію (на кафедрі В. К. Високовича), проводив низку бактеріологічних досліджень (у лабораторії проф. О. Д. Павловського і С. І. Виноградського). Здобуті знання Микола Дмитрович активно використовував у клініках м. Києва, де він пройшов шлях від старшого ординатора, асистента факультетської терапевтичної клініки Київського університету до професора об'єднаної кафедри лікувальної діагностики і спеціальної патології та терапії при пропедевтичній клініці Київського жіночого медичного інституту до 1919 р.



Фото 1. Академік М.Д. Стражеско (1876-1952)

Саме в цей час і було описано одне із найвідоміших досягнень у вивченні серцево-судинних захворювань – це дослідження інфаркту міокарда. 19 грудня 1909 року В. П. Образцов разом із М. Д. Стражеско на I з'їзді російських терапевтів описали клінічну картину тромбозу коронарних артерій. Вперше прижиттєво діагност інфаркту міокарда, з наступним підтвердженням на секції, поставив в 1878 р. Гаммер. На відміну від нього у своїй доповіді вчені чітко виділили основні симптоми, які дають змогу діагностувати захворювання та виділити типову і атипові форми інфаркту міокарда. «Кардинальним суб'єктивним симптомом мы должны поставить status anginosus или в виде эквивалента этой боли status asthmaticus, или наконец status gastralgicus; формы первая и третья обыкновенно сопровождаются незначительными диспноэтическими явлениями, не вызывающими обыкновенно ортопноэ; при status asthmaticus может совершенно отсутствовать боль» [11, 12]. Крім того, в праці описано симптоми кардіального шоку: «... что касается объективных признаков, то кардинальным объективным симптомом мы должны поставить резко выраженную слабость сердца meiorragia cordis». Вона супроводжується ниткоподібним пульсом, похолодінням кінцівок, блідістю шкірних покривів. В.П. Образцов і М. Д. Стражеско відмічають наявність в анамнезі у хворих з тромбозом приступи стенокардії, які вони пов'язували з артеріосклерозом.

Грунтуючись на клінічному аналізі лише п'яти спостережень з 1883 по 1908 роки, вчені заклали основи для поглибленого вивчення патогенезу тромбозу коронарних судин, його диференціальної діагностики, розвитку ускладнень. Так, автори відмічають, що при тромбозі, на

відміну від стенокардії, спостерігається status anginosus, а не окремі приступи. В доповіді В. П. Образцова і М. Д. Стражеско описана можливість розвитку у таких пацієнтів миготливої аритмії, результати мікроскопічного дослідження серцевого м'яза та загальна патолого-анатомічна картина цього захворювання [4].

Згодом термін коронарний тромбоз став синонімом інфаркту міокарда. Проте дослідження саме В. П. Образцова і М. Д. Стражеско стали поштовхом для подальшої дискусії щодо ролі тромбозу коронарних артерій у виникненні інфаркту міокарда. Цю позицію підтримував відомий кардіолог Д. Д. Плетньов (1936 рік) [13]. Надалі більшість клініцистів стали вважати, що в основі інтрамурального та великовогнищезового інфаркту міокарда частіше всього лежить тромбоз коронарних судин, а в інших випадках причиною патології може бути спазм цих судин. Ці висновки були затверджені на VII Європейському конгресі кардіологів (Амстердам, 1976 рік).

Доповідь знаменитих дослідників була опублікована в матеріалах з'їзду російських терапевтів, в журналах «Русский врач» та німецькому «Журналі клінічної медицини». Згодом вони отримали світове визнання. Так, французький клініцист К. Ліан в своїй монографії відмітив, що праця В. П. Образцова і М. Д. Стражеско лягла в основу нового етапу у вивченні інфаркту міокарда, а американський кардіолог П. Уайт зачислив їх імена в історію світової кардіології [3].

В науковій діяльності М. Д. Стражеско можна виділити декілька напрямків вивчення патології серцево-судинної системи. Він продовжував вивчати проблему інфаркту міокарда в наступних працях:

- «Грудная жаба и сердечная астма, их сущность, сходство и различие» (1925 рік), де детально описав клініку цих патологій, їх співвідношення;

- «К прижизненному распознаванию инфаркта сердечной мышцы и его последствий» (1930 рік), де провів систематичний та узагальнюючий аналіз клініки після інфарктних змін.

Видатний кардіолог вивчав фізіологію серцево-судинної системи, що відображено у його працях «О периодических колебаниях кровяного давления, зависящих от деятельности сердца» (1908), «Об одновременной регистрации различных отделов сердца и кровяного давления» (1908) [1]. Він відкрив новий вид коливання артеріального тиску, згодом підтверджений фізіологами. М. Д. Стражеско встановив, що правильні коливання артеріального тиску не завжди залежать від акту дихання; в багатьох випадках, особливо при застосуванні препаратів наперстянки, вони пов'язані з поперечною дисоціацією серця, яка змінює його систолічний об'єм. [5]

М. Д. Стражеско займався вивченням аускультативної картини при різних захворюваннях серця: трьохчленного ритму при неврозі серця і діастолічного поштовху, діастолічного додаткового тону і дикротизму пульсу при недостатності клапанів аорти, аускультативні феномени при різних формах і локалізації інфаркту міокарда, посиленого першого тону при передсердно-шлуночкової блокаді, який згодом почали називати «гарматний тон Стражеско» [8].

Микола Дмитрович досліджував вплив фармакологічних препаратів, зокрема строфантину, на серцевий м'яз. Вже у 1910 році ним видані монографія «Строфантин как сердечное средство», праця «К вопросу о влиянии сердечных средств на блуждающие нервы». В них викладені результати всебічного експериментального та клінічного вивчення фармакодинаміки цього препарату, його дії на людський організм при патологічному стані серцево-судинної системи. Микола Дмитрович встановив точні показання та протипоказання до призначення строфантину, а також описав найефективніші методи застосування цього цінного терапевтичного засобу. «...У строфантина терапевтическая доза чрезвычайно близко стоит к токсической ... отсутствие эффекта от строфантина у сердечных больных в стадии декомпенсации служит указанием на то, что мышца сердца претерпела такие дегенеративные изменения, какие не оставили в ней никаких запасных сил, и потому надо оставить всякую надежду урегулировать кровообращение при данных условиях» [14, 5].

Ще один важливий напрямок наукової діяльності М. Д. Стражеско – вивчення механізмів розвитку та клінічної картини недостатності кровообігу. Початок цьому поклала праця «О диастолическом добавочном тоне и дикротизме пульса при недостаточности клапанов аорты» (1911 р.), в якій науковець точно описав і пояснив симптоми недостатності кровообігу при аортальних вадах. У 1926 р. на I Всеукраїнському з'їзді терапевтів видатний кардіолог у доповіді «Функциональная недостаточность сердечно-сосудистой системы» вказував, що при вивченні різноманітних розладів кровообігу потрібно аналізувати не лише роботу серця, а й морфологію та функції всієї судинної системи «На такой путь становится клиника в настоящее время, однако путь этот длинный и трудный, методика оценки этих процессов пока еще находится в периоде разработки... » [15]. Згодом в 30-х роках минулого століття М. Д. Стражеско та його співробітники В. Х. Василенко, Ф. Я. Примака, Л. А. Міхнев, Д. Н. Яновський, М. Л. Євтухова, А. А. Айзенберг, Е. Е. Крістер активно вивчали порушення обміну речовин та гемодинаміки при недостатності кровообігу. В результаті проведених досліджень

було встановлено, що у таких хворих порушується спочатку водно-сольовий, згодом білковий, вуглеводний та ліпідний обміни. Ці зміни відбуваються поступово і є результатом розладів гемодинаміки. Отримані результати лягли в основу нової класифікації недостатності кровообігу, яку запропонували на XII Всесоюзному з'їзді терапевтів (1935 рік) М. Д. Стражеско та В. Х. Василенко. Вони виділили та науково обґрунтували третю, дистрофічну стадію хронічної недостатності кровообігу [2, 8].

М. Д. Стражеско також вивчав і проблему артеріальної гіпертензії. У своїй статті «Спорные вопросы учения о гипертонии» (1940) він висловлює думку про гіпертонічну хворобу як загальну патологію всього організму, а не лише серцево-судинної системи.

Проблемою сепсису і пов'язаних з ним інфекційно-запальних захворювань серцево-судинної системи М. Д. Стражеско та очолюваний ним колектив займався протягом багатьох років. Вивчення названих захворювань у динаміці дало змогу М. Д. Стражеску довести безпідставність існуючих поглядів на етіологію сепсису, ендокартиту та ревматизму і науково обґрунтувати свою теорію ревматизму.

Вчений довів, що після багатьох інфекцій можуть виникати ревматичні процеси, спричинені перебудовою організму у зв'язку з інфекцією. Поклавши в основу перебігу генералізованої інфекції, як правило, стрептококової, стан реактивності організму, М. Д. Стражеско розглядав ревматизм як прояв гіперергічної реакції хворого організму й перебігу хронічного сепсису. Науковець на відміну від своїх попередників відносив вузлувату еритему до шкірних проявів ревматизму, загального септичного стану і вважав її наявність сприятливою прогностичною ознакою перебігу патологічного процесу [7]. Аналогічно і мала хорея, пов'язана з ураженням судин в ділянці corpus striatum, також не є специфічним проявом ревматизму, тому що спостерігається і при інших інфекціях. Результати своїх досліджень М. Д. Стражеско виклав у промові на об'єднаному засіданні терапевтичної та хірургічної секції Єдиного наукового медичного товариства Києва на тему «Проблема ревматизму» (1934) – «Теорія ревматизму», монографії «Про ревматизм» (1935) і «Ревматизм та його відношення до стрептококової інфекції» (1950). Враховуючи роль вченого у вирішенні питань патогенезу та клініки ревматизму, М. Д. Стражеско в 1932 р. обрали членом Міжнародної ліги по боротьбі з ревматизмом, а в 1934 р. – членом Бюро IV Міжнародного протиревматичного конгресу в Москві, де він виступав з програмною доповіддю. У 1935 р. на V Міжнародному протиревматичному конгресі (Осло) виступив

програмним доповідачем делегації СРСР. Також його було призначено головою комітету по боротьбі з ревматизмом, створеним при МОЗ УРСР [5].

Близько 1/3 лекцій з циклу кардіології М. Д. Стражеска були присвячені проблемі ендокардитів. Вивчаючи патогенез цього захворювання, видатний кардіолог стверджував, що в організмі людини він протікає як єдиний септичний процес, а його клініка та характер перебігу залежать від реактивності та захисних сил організму. Також М. Д. Стражеско виділяв проміжну, невідзначену форму захворювання *endocarditis infausta*, яка може мати залежно від обставин сприятливий (*benigna*) або злоякісний (*maligna*) перебіг. Результат захворювання – сформована вада серця у 70-80 % ендокардитів з доброякісним перебігом [7].

М. Д. Стражеско був не лише видатним клініцистом і талановитим дослідником, а й чудовим організатором науки. Вибору найактуальніших проблем сприяли висока ерудиція, активна участь в наукових з'їздах і конференціях, взаємодія з лікарями практиками охорони здоров'я. М. Д. Стражеско активно виступав на I (1909 р.), IV (1912 р.) з'їздах російських терапевтів, на XII Всесоюзному з'їзді терапевтів (1935 р.), головував на XI всесоюзному з'їзді терапевтів (1931 р.), входив у склад організаційного комітету та наукової ради на III (1911 р.), VII (1924), IX (1926 р.), XI (1931 р.) з'їздах російських терапевтів, обирався заступником голови правління на XII Всесоюзному з'їзді терапевтів, був членом правління і ревізійної комісії XIII Всесоюзного з'їзду терапевтів, брав активну участь у Всеукраїнських з'їздах терапевтів.

Ще в роки керівництва клінічними відділеннями Інституту експериментальної біології і патології (1931) та інституту клінічної фізіології АН УРСР (1934) М. Д. Стражеско писав про необхідність комплексного дослідження хворого, динамічного спостереження, проведення експериментальних досліджень на тваринах, синтезу даних, одержаних різними методами. Така постановка наукової і клінічної роботи була можлива лише в спеціально створених науково-дослідних установах.

В березні 1936 року за ініціативи М. Д. Стражеска, в Києві було засновано Український науково-дослідний інститут клінічної медицини. З перших днів він став клініко-терапевтичною школою, що визначала головні напрями розвитку наукової медичної думки в Україні в галузі кардіології та ревматології. Діяльність інституту призупинилася в часи Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр., але одразу ж після звільнення Києва інститут відновив свою діяльність. В післявоєнний період тут працювали над вирішенням проблем ревматизму, артеріальної гіпертензії, недостатності кровообігу, клінічної фармакології,

гематології, нейроендокринних захворювань, патології вагітності при наявності захворювань внутрішніх органів, а також хірургічної патології.

В 1952 р. Інституту було присвоєно ім'я його засновника, а у 1978 р. на його території встановлено пам'ятник М. Д. Стражеску.

У зв'язку із зростанням актуальності проблеми кардіології у всьому світі діяльність Інституту все більше набувала кардіологічної спрямованості, і в 1977 році він був реорганізований в Український НДІ кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска. У 1999 році Український НДІ кардіології був переведений з відомства Міністерства охорони здоров'я у відомство Академії медичних наук, змінивши назву на Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска АМН України. У 2006 році в ознаменування 70-річного ювілею і 130-річчя з дня народження його засновника М. Д. Стражеска Інституту кардіології, згідно рішення Кабінету Міністрів України, була присвоєна назва Національний науковий центр "Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска" (фото 2).



Фото 2. Пам'ятник академіку М. Д. Стражеску на території Інституту кардіології імені М. Д. Стражеска АМН України

Видатний кардіолог займався активною педагогічною діяльністю. Виступаючи на III Всеукраїнському з'їзді терапевтів у Києві (1931 р.), Стражеско підкреслював необхідність збільшення кількості практичних занять, організації викладання внутрішніх хвороб на базі лікувально-профілактичних закладів (поліклінік, диспансерів, лікарень). Така методика викладання в медичних вузах відіграла істотну роль у підвищенні кваліфікації лікарів лікувально-профілактичного профілю [16].

Сучасники М. Д. Стражеска відмічали надзвичайні здібності вченого як лектора і викладача. Це проявилось ще на початку його професійної діяльності. У 1908 році М. Д. Стражеско проходив конкурсний відбір на посаду доцента з правом читати лекції на кафедрі факультетської терапевтичної клініки проф. В.П. Образцова. Претендент на цю посаду повинен був виступити з лекцією на закритому засіданні факультету тривалістю не більше 45 хвилин. Проте майбутнього академіка не переривали 1 годину 40 хвилин. Прочитана ним лекція «Сучасна діагностика хвороб серця» містила такий новий матеріал, такі глибокі наукові узагальнення, що дала підставу одностайно обрати лектора на посаду доцента.

Лекції М. Д. Стражеско в основному присвячувалися двом напрямкам: хвороби серцево-судинної системи та захворювання органів черевної порожнини. Як правило, згідно давніх традицій кафедри факультетської терапії, клінічні лекції читали студентам біля ліжка хворого. Пацієнтів для демонстрації певної патології підбирав сам Микола Дмитрович під час клінічних обходів. Після теоретичної частини лектор переходив до клінічної демонстрації хворого. Сюди належали і розгляд скарг та анамнезу пацієнта, і чітке, послідовне об'єктивне обстеження, і розгляд патогенетичних механізмів розвитку хвороби, і розбір інструментальних методів обстеження. При цьому він часто фіксував увагу на маловідомих і, на перший погляд, незначних ознаках хвороби. Керуючись принципом Гіппократа «не нашкодити хворому», М. Д. Стражеско попереджав студентів та лікарів про можливі діагностичні помилки, використовуючи власний клінічний досвід та знання. Найяскравіші приклади ставали основою лекційного розгляду. Обходи М. Д. Стражеско, його лекційна діяльність – це школа клінічного мислення. Видатний вчений стверджував, що без цього не можна стати не лише вченим, а й практичним лікарем [7, 9].

Під керівництвом М. Д. Стражеска була налагоджена співпраця з практичними закладами охорони здоров'я. Зокрема, у 1940 р. між Українським НДІ клінічної медицини, клінікою факультетської терапії 1 Київського медичного інституту (на чолі з М. Д. Стражеско) і Київським обласним відділенням охорони здоров'я заключено

договір про співпрацю. Він передбачав надання кваліфікованої консультативної допомоги науковцям в стаціонарі та поліклініці, безпосередню працю у терапевтичному відділенні лікарні в Білій Церкві, проведення тематичних науково-практичних конференцій. Лікарі практичної охорони здоров'я проходили удосконалення на базі клінік Українського НДІ клінічної медицини та Київського медичного інституту. З ініціативи М. Д. Стражеско в білоцерківській лікарні була створена біохімічна лабораторія, якій надавалася консультативна, методична допомога. Також інститут надавав навчально-методичну допомогу Білоцерківському медичному технікуму з метою підвищення рівня педагогічного процесу [6].

У роки Великої Вітчизняної війни академік М.Д. Стражеско працював консультантом відділу госпіталів Наркомату охорони здоров'я СРСР (1936-1941 рр.), згодом – науковим керівником Центрального науково-дослідного госпіталю Червоної Армії (1943 р.).

Самовіддана праця М.Д. Стражеско була належно оцінена. За видатні заслуги в галузі клінічної медицини і викладацької діяльності він був обраний дійсним членом АН СРСР (1943 р.), АН УРСР (1934 р.), АМН СРСР (1944 р.). Йому було присвоєно високе звання Героя Соціалістичної Праці (1947 р.) та заслуженого діяча науки УРСР (1934). Нагороджений орденом Леніна за підготовку кадрів і допомогу хворим і пораненим під час Великої Вітчизняної війни, двічі Орденем Трудового Червоного прапора за видатні заслуги в галузі клінічної медицини і викладацької діяльності.

Помер М. Д. Стражеско у 1952 р.

Висновки

Академік М. Д. Стражеско зробив вагомий внесок у розвиток вітчизняної та світової кардіології. Він запропонував низку нових оригінальних концепцій, створив нові наукові напрямки, які дозволили поглибити вивчення етіології, патогенезу, клініки, лікування та профілактики серцево-судинних захворювань. Ці наукові напрямки залишаються актуальними і успішно розробляються і зараз.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на поглиблене вивчення доробку вітчизняних кардіологів, співставлення їх досліджень із світовими досягненнями.

Список літератури

1. Бурчинский Г. И., Передерий В. Г. Киевская школа терапевтов. – К.: «Вища школа», 1991. – 115 с.
2. Василенко В. Х. Классификация недостаточности кровообращения. В кн.: Серд.-сосуд. недостат. и леч. ее физ. метод. – Одесса, 1936, С. 42 – 45.
3. Грицюк А. И. Вопросы кардиологии и ревматизма в трудах Н. Д. Стражеско / А. И. Грицюк // Врачеб. дело. – 1936. – №11. – С.14-17.
4. Грицюк О. Й. В. П. Образцов (Видатні вітчизняні вчені-медики). – К.: Здоров'я, 1974. – С.40.
5. Дупленко К. Ф. М. Д. Стражеско. – Київ, «Здоров'я», 1973. – 77 с.

6. Заноздра Н. С. Н. Д. Стражеско и Белая Церковь / Н. С. Заноздра, В. А. Бобров, Е. М. Вовченко // Укр. кардіол. журн. – 1995. – № 6. – С. 79-80.
7. Заноздра Н. С. Н. Д. Стражеско - педагог, учитель, наставник / Н. С. Заноздра, В. А. Бобров, Е. М. Вовченко // Укр. кардіол. журн. – 1995. – №3, С. 84-87.
8. Коваленко В. М. Академік Стражеско та його нащадки / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький. – К.: Четверта хвиля, 2003. – 179 с.
9. Калига В. Т. Микола Стражеско. – Київ.: Молодь, 1977. – 200 с.
10. Михнев А. Л., Дулленко К. Ф. Н. Д. Стражеско выдающийся представитель советской медицинской науки. – Киев, Госмедиздат. – 1952. – 83 с.
11. Образцов В. П. Избранные труды. – 1950. – С. 92.
12. Образцов В. П., Стражеско Н. Д. К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца // Труды I съезда русских терапевтов. - М., 1910. – С. 26-47.
13. Плетнёв Д. Д. Болезни сердца. – 1936. – С. 276-277.
14. Стражеско Н. Д. Избранные труды. – К.: Изд-во АН УССР, 1955. – Т. II.
15. Стражеско Н. Д. О происхождении дистрофических процессов при хронической недостаточности кровообращения. – Избранные труды. том 1 –Киев, 1957. – С. 346.
16. Ястреб Н. И. Развитие терапии в Украинской ССР. – Киев «Здоров'я», 1978. – 166 с.

Н. Д. СТРАЖЕСКО – ВИДАЮЩИЙСЯ УКРАЇНСЬКИЙ КАРДИОЛОГ, ІССЛЕДОВАТЕЛЬ, ПЕДАГОГ

Н. А. Теренда (Тернополь)

В статье приводятся данные о вкладе Н.Д. Стражеско в развитие кардиологии в Украине, разработке им новых научных направлений, которые позволили углубить изучение этиологии, патогенеза, клиники, лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **Н. Д. Стражеско, кардиология, сердечно-сосудистые заболевания.**

N. D. STRAZHESKO THE OUTSTANDING UKRAINIAN CARDIOLOGIST, RESEARCHER AND TEACHER

N. A. Terenda (Ternopil)

The article shows evidence of contribution N. Strazhesko into the development of cardiology in Ukraine, development of new scientific directions that made it possible to deepen the study of etiology, pathogenesis, clinics, treatment and prophylaxis of cardiovascular diseases.

KEY WORDS: **Strazhesko, cardiology, cardiovascular diseases.**

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

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

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

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

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 150 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-річчя давності.

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

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Нумери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X,XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.
- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.
- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті.
- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.
- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 35 грн 90 коп. З приводу придбання звертатися за тел. : (0352) 52-80-09.

Редакційна Рада

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

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

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

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

ПОСТАНОВЛЯЄ:

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

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

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

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

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

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

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

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

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

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

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

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

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

Розцінки на розміщення реклами:

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

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

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

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

З надією на плідну співпрацю

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

Г. О. Слабкий

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

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

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

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

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

Г. О. Слабкий

Адреса редакції

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

Адреса видавництва

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво "Укрмедкнига" Тернопільського державного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського
телефон: (0352) 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 16.03.2012. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 15,11. Обл.-вид. арк. 14,66. Наклад 600. Зам. № 92