

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

*НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ*

*4 (54) / 2012*

---

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

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

BULLETIN  
OF SOCIAL HYGIENE  
AND HEALTH PROTECTION  
ORGANIZATION OF UKRAINE

*SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL*

Київ – 2012  
Тернопіль – 2012

**Свідоцтво про державну реєстрацію серія КВ № 374 від 23.03.99**  
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2012. №4(54)  
Науково-практичний журнал

Періодичність виходу – щоквартально  
Заснований у січні 1999 р.

**Засновники:** ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» і  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

**Видавець:** ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

---

Головний редактор **С.О. Линник**

---

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, Г.О. Слабкий, І.М. Солоненко, Ю.В. Пакін, Л.А. Чепелевська, А.О. Голяченко,  
В.М. Лехан, Н.О. Теренда, Ю.Б. Яценко, Н.П. Ярош

---

## 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*),  
А.М. Нагорна (*Київ*), Н.О. Сайдакова (*Київ*), В.Й. Шатило (*Житомир*), С.А. Куковякін (*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 14.04.10 №1-05/3)

*Рекомендовано до друку Вченою радою  
Українського інституту стратегічних досліджень  
(протокол №9 від 27.11.2012)*

**Передплатний індекс – 22867**

**Адреса редакції**

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3  
E-mail: uisr\_moz@ukr.net  
Тел./факс: (044)576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №12202-1086Р від 15.01.2007 р.

**Адреса видавництва і друкарні**

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”  
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи ДК №2215 від 16.06.2005

**Проблеми демографічного розвитку**

*Чепелевська Л.А., Буртова Ю.О.* Позитивні зміни смертності населення України: регіональний аспект

*Шкробанець І.Д., Нечитайло Ю.М., Андрієць О.А.* Медико-соціальні паралелі репродуктивного здоров'я дівчат та проблем перинатальної патології новонароджених дітей

**Здоров'я і суспільство**

*Денефіль О.В.* Статеві особливості психологічного здоров'я студентів

*Корнага С.І.* Структурні зміни хворих в обласному протитуберкульозному диспансері за останні 10 років

*Маслій С.М.* Прогнозування рецидиву фібриляції передсердь в умовах коморбідності

*Футуйма Ю.М.* Особливості мінеральної щільності кісткової тканини у віддаленому періоді після хірургічного лікування шлункових виразок

**Організація медичної допомоги**

*Дячук Д.Д.* Концептуальне обґрунтування та побудова моделі стійкого вдосконалення організаційного розвитку закладу охорони здоров'я

*Зайкова Т.В.* Стан інформованості жіночого населення щодо сучасних методів профілактики раку шийки матки

*Слабкий Г.О., Збітнева С.В.* Оптимізована функціонально-організаційна система спеціалізованої офтальмологічної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я

*Мазуренко О.В.* Обґрунтування потреби у міжнародній допомозі при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру

*Слабкий Г.О., Ціборовський О.М., Сорока В.М., Тяпкін Г.М.* Особливості стану здоров'я і медичного обслуговування болгарської національної меншини в Одеській області

*Шкробанець І.Д.* Епідеміологічні особливості неврологічної патології у дітей та організація реабілітаційних програм

*Золотарьова Ж.М.* Проблеми формування та впровадження мультидисциплінарного підходу в системі паліативної і хоспісної допомоги

**Problems of demographic development**

*Chepelevska L.A., Burtova Yu.O.* Positive changes of mortality of Ukrainian population: regional aspects

*Shkrobanets I.D., Nechytaylo Yu.M., Andriets O.A.* Medico-social associations reproductive health of girls and problems of perinatal pathology of newborns

**Health and society**

*Denefil O.V.* Sexual characteristics of the psychological health of students

*Kornaha S. I.* Structural changes in regional TB dispensary for last 10 years

*Masliy S.M.* Prognostication of relapse of atrial fibrillation in the conditions of comorbidity

*Futuyma Yu. M.* The peculiarities of bone mineral density in the remote period after the surgical treatment of gastric ulcers

**Organization of medical care**

*Dyachuk D.D.* Conceptual study and build of model of organizational development to improvement of medical establishment

*Zaikova T.V.* Condition of knowledge of the female population about modern methods of cervical cancer preventive

*Slabkyi G.O., Zbitneva S.V.* Optimized functional and organizational system of specialized ophthalmologic aid in conditions of health care reforming

*Mazurenko O.V.* Grounding of necessity for international assistance at overcoming medical and sanitary consequences of emergencies of natural character

*Slabkyi G.O., Tsiborovskyi O.M., Soroka V.M., Tyapkin G.M.* Features of health state and health services of the bulgarian national minority in Odessa region

*Shcrobanets I.D.* Epidemiological peculiarities of neurological pathology in children and organization of rehabilitation programs

*Zolotarova Zh.M.* Problems of forming and implementation of multidisciplinary approach in palliative and hospice care

### Підготовка медичних кадрів

*Клименко В.І.* Підготовка лікаря за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина” на кафедрах соціальної медицини та організації охорони здоров’я медичних факультетів вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації

*Самотовка О.Л.* Вивчення проблем об’єктивного оцінювання успішності студентів за Болонською системою на прикладі результатів вивчення біостатистики

*Сельський П.Р.* Обґрунтування об’єктивності системи дистанційного тестового оцінювання із соціальної медицини та організації охорони здоров’я

### Історія медицини

*Килівник В.С., Цвень П.В., Кузьмін І.В.* Історія гірудотерапії з найдавніших часів до початку 18-го століття н.е.

### Medical personnel training

73 *Klymenko V.I.* Training of the doctor by specialty “General practice/family medicine” on the departments of “social medicine and organization of health care” on medical faculties in institutions of higher education of III-IV levels of accreditations

76 *Samotovka O. L.* Problems of student’s knowledge objective estimation in Bologna process – an example of biostatistics study results

81 *Selskyi P.R.* The substantiation of distance test assessment system objectivity in the Social Medicine and Health Care Organization

### History of Medicine

84 *Kylivnyk V.S., Tsven P.V., Kuzmin I.V.* History of hirudotherapy from ancient times to the early 18th century AD

Л.А. ЧЕПЕЛЕВСЬКА, Ю.О. БУРТОВА (Київ)

## ПОЗИТИВНІ ЗМІНИ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: РЕГІОНАЛЬНИЙ АСПЕКТ

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Проаналізовано смертність населення в регіонах України за 2006–2011 рр. залежно від статі та типу поселення.

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

Україна входить в п'ятірку країн Європи за чисельністю населення (45,0 млн осіб) після Німеччини (81,9 млн), Франції (62,6 млн), Великобританії (61,8 млн), Італії (60,2 млн). За коефіцієнтом смертності населення (15,3‰) Україна випереджає всі країни Європи, входячи в десятку країн з найвищими у Європі показниками смертності. Це Болгарія (14,3‰), Білорусь (14,2‰), Російська Федерація (14,2‰), Латвія (13,3‰), Угорщина (13,0‰), Литва (12,6‰), Естонія (12,0‰), Румунія (12,0‰), Молдова (11,8‰) [1;3–5;7].

В останні 5 років в Україні спостерігається тенденція до зниження коефіцієнтів смертності [2;6;8], однак позитивні зміни виявилися в регіонах неоднаковими.

**Мета** дослідження – виявити особливості динаміки смертності населення за останні роки в регіональному аспекті.

**Матеріали і методи.** Вивчалась загальна смертність населення в 27 адміністративно-територіальних одиницях України за 2006–2011 рр. за даними Державної служби статистики України із застосуванням демографічних, медико-статистичних та математико-статистичних методів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Зниження смертності населення України відбулося на 10,3% на фоні росту постаріння населення: процент осіб старше працездатного віку досяг в Україні в 2011 р. 24,7, проти 23,8 у 2006 р. Максимальне зниження смертності в регіонах зафіксовано в Одеській (-13,7%), Київській (-12,8%), Чернігівській (-12,6%), Житомирській (-12,5%) областях та в м. Києві (-12,8%). Привертає увагу, що зниження смертності відбулося навіть в областях з найбільш старим у демографічному відношенні населенням і найвищими рівнями смертності (табл. 1).

Максимальний відсоток постаріння населення зафіксовано у Чернігівській (29,1%), Черкаській (27,4%), Донецькій (27,0%) областях, а максимальний ріст постаріння – в Луганській (на 6,0%),

Донецькій (на 5,5%) та Одеській (на 4,4%) областях. Таким чином, високий рівень смертності належить не тільки від постаріння населення України.

За останні 6 років рівень загальної смертності в Україні знизився на 10,3%. Це відбулося переважно за рахунок зниження показника в 2009 р. порівняно з 2008 р. на 5,9% і в 2011 р. порівняно з 2010 р. – на 4,8%. Найбільші зрушення відбулися в Одеській (зниження за 6 років на 13,7%, в 2009 р. – на 5,9%, в 2011 р. – на 7,2%), Київській (зниження за 6 років на 12,8%, в 2009 р. – на 6,3%, в 2011 р. – на 5,8%) та Чернігівській (зниження за 6 років на 12,6%, в 2009 р. – на 5,4, в 2011 р. – на 6,6%) областях. Взагалі зниження рівня смертності відбулося в усіх областях. Найменше в м. Севастополі (на 6,6%), Миколаївській (на 7,0%) та Кіровоградській (на 7,9%) областях (табл. 2).

Смертність жінок знизилась на 6,5%: в 2009 р. на 3,0%, в 2011 р. – на 4,9%, при тому, що вона менша за чоловічу на 10,6%. Максимальне зниження смертності зафіксоване в Одеській (на 10,3%), Сумській (на 9,3%), Харківській (на 8,3%), Житомирській (на 8,2%) областях та в м. Києві (на 9,2%); мінімальне – в Автономній Республіці Крим (на 3,3%), Львівській (на 3,3%), Тернопільській (на 3,4%), Івано-Франківській (на 3,5%), Херсонській (на 3,7%) областях.

Смертність міського населення знизилась на 9,8%: в 2009 р. – на 6,4%, в 2011 р. – на 5,2%. Максимальне зниження відбулося в м. Києві (на 12,8%), Хмельницькій (на 12,2%), Рівненській (на 12,1%), Одеській (на 11,9%), Київській (на 11,5%) областях; мінімальне – в м. Севастополі (на 6,2%), Кіровоградській (на 6,5%), Миколаївській та Черкаській (по 6,6%), Херсонській (на 7,4%) областях.

Смертність сільського населення знизилась на 10,4% за 6 останніх років: на 5,0% – в 2009 р., на 3,9% – в 2011 р. Максимальне зниження відбулося в Одеській (на 15,8%), Житомирській (на 13,7%), Сумській (на 12,8%), Київській (на 12,2%), Рівненській (на 11,1%) областях. При цьому привертає увагу перевищення рівня смертності сільського населення над міським удвічі в таких

Таблиця 1. Динаміка смертності і постаріння населення України в областях з найвищими показниками

Область	Смертність (на 100 000 населення)			Процент осіб старше працездатного віку		
	2006 р.	2011 р.	темп зниження, %	2006 р.	2011 р.	темп росту, %
Чернігівська	2111,8	1845,6	87,4	28,8	29,1	101,4
Одеська	1840,7	1410,4	86,3	22,6	23,6	104,4
Сумська	1840,7	1627,8	88,4	25,8	26,8	103,9
Житомирська	1828,3	1599,9	87,5	24,9	25,0	100,4
Полтавська	1812,6	1644,8	90,7	26,4	26,8	101,5
Кіровоградська	1801,1	1659,4	92,1	26,0	26,8	103,1
Черкаська	1800,2	1627,0	90,4	26,7	27,4	102,6
Луганська	1777,2	1632,6	91,9	25,1	26,6	106,0
Донецька	1766,1	1608,0	91,0	25,6	27,0	105,5
Вінницька	1730,5	1549,5	89,5	26,2	26,3	100,4
<b>Україна</b>	<b>1620,3</b>	<b>1454,0</b>	<b>89,7</b>	<b>23,8</b>	<b>24,7</b>	<b>103,8</b>

Таблиця 2. Темп зниження смертності населення України в регіонах з максимальними змінами за статтю та типом поселення, %

Територія	Чоловіки			Жінки			Обидві статі		
	міські поселення	сільська місцевість	всі поселення	міські поселення	сільська місцевість	всі поселення	міські поселення	сільська місцевість	всі поселення
Чернігівська	15,1	25,4	18,6	6,0	3,6	6,6	10,8	11,3	12,6
Київська	15,2	18,1	17,4	7,1	6,5	5,3	11,5	12,2	12,8
Одеська	16,0	17,9	16,9	7,5	13,7	10,3	11,9	15,8	13,7
Рівненська	18,6	14,5	16,2	3,8	7,7	6,8	12,1	11,1	11,7
м. Київ	16,1	–	16,1	9,2	–	9,2	12,8	–	12,8
<b>Україна</b>	<b>13,6</b>	<b>14,2</b>	<b>13,9</b>	<b>5,7</b>	<b>6,8</b>	<b>6,5</b>	<b>9,8</b>	<b>10,4</b>	<b>10,3</b>

областях, як Чернігівська, Хмельницька, в 1,7–1,6 рази – в Тернопільській, Рівненській, Сумській областях.

Смертність міських чоловіків знизилась на 13,6%: в 2009 р. – на 9,0%, в 2011 р. – на 5,2%. Найбільше цей процес торкнувся Рівненської (зниження на 18,6%), Одеської (-16,0%), Закарпатської (-15,6%), Київської та Хмельницької (по 15,2%) областей та м. Києва (-16,1%); мінімально – Полтавської (-9,3%), Черкаської (-9,5%), Кіровоградської (-10,7%), Луганської (-10,8%), Миколаївської (-10,9%) областей. Водночас максимальні рівні смертності спостерігались в Луганській (1736,9 випадку на 100 000 міських чоловіків), Донецькій (1728,1), Дніпропетровській (1637,9), Кіровоградській (1607,2), Херсонській (1585,3) областях. Рівень смертності міських чоловіків перевищував смертність жінок на 17,6%, а у Волинській, Житомирській, Івано-Франківській, Тернопільській, Хмельницькій областях – на 22,0–23,0%.

Смертність міських жінок зменшилась на 5,7% за 6 років: на 3,6% – в 2009 р. і на 5,3% – в 2011 р. Найбільше зниження відбулося в м. Києві (на 9,2%), а також у Хмельницькій (на 8,7%), Харківській (на

8,5%), Одеській (на 7,5%), Київській, Сумській (по 7,1%) областях, мінімальне зниження відмічено в Миколаївській (на 1,9%), Кіровоградській (-2,1%), Херсонській (-2,4%), Львівській (-2,6%) областях та Автономній Республіці Крим (-3,0%). Максимальні рівні смертності зафіксовано у Луганській, Донецькій, Кіровоградській, Дніпропетровській, Херсонській областях (1460,9–1332,8).

Смертність сільських чоловіків знизилась за 6 років на 14,2%: в 2009 р. – на 8,1%, в 2011 р. – на 3,9%. Максимальне зниження відбулося в Чернігівській області (на 25,4%), в Житомирській (на 18,7%), в Київській (на 18,1%), Сумській (на 16,2%), мінімальне – в Чернівецькій (на 7,9%), Миколаївській (на 8,0%), Харківській (на 9,5%), Кіровоградській (на 9,7%), Дніпропетровській (на 9,9%). Водночас максимальними рівні смертності були в Чернігівській (2674,5), Сумській (2176,7), Київській (2164,5), Полтавській (2107,6), Хмельницькій (2094,9) областях.

Рівень смертності сільських чоловіків перевищував смертність жінок по Україні лише на 2,0%. У Миколаївській, Херсонській, Одеській та Чернівецькій областях він підвищувався до 14,0%–5,0%, а в Тернопільській, Сумській та Чернігівській –



навпаки рівень смертності жінок перевищував смертність чоловіків на 6,3–1,2%.

Рівень смертності сільських жінок знизився менше, ніж чоловіків: за 6 років – на 6,8%, в 2009 р. – на 2,0%, в 2011 р. – 4,0%. Максимальне зниження відбулося в Одеській (на 13,7%), Сумській (на 9,8%), Житомирській (на 8,8%), Кіровоградській (на 8,4%), Черкаській (на 8,0%) областях; мінімальне – в Івано-Франківській (на 1,6%), Луганській (-2,3%), Тернопільській (на 2,4%), Львівській (-3,3%), Чернігівській (-3,6%) областях. Максимальні рівні смертності спостерігались у Чернігівській (2706,5), Сумській (2216,0), Хмельницькій (2150,6), Київській (2137,0), Полтавській (2093,0) областях; мінімальні – переважно в західних областях: Закарпатській (1145,1), Чернівецькій (1363,1), Івано-Франківській (1392,1), Рівненській (1493,4) та в Херсонській (1386,0). Максимальні рівні смертності в областях перевищували мінімальні в 1,4–2,4 рази.

#### Висновки

1. В Україні останніми роками відбулося зниження рівня смертності населення (з 16,2‰ в 2006 р. до 14,5‰ в 2011 р.). Позитивним є і те, що цей процес відбувався на фоні подальшого постаріння населення, зростання відсотка осіб старше працездатного віку з 23,8 у 2006 р. до 24,7 у 2011-му.

2. Зниження рівня смертності відбулося в усіх регіонах України, найбільше – в Одеській (на 13,7%), Київській (на 12,8%), Чернігівській (на 12,6%) областях, найменше – в м. Севастополі (на 6,6%), Миколаївській (на 7,0%) та Кіровоградській (на 7,9%) областях.

3. Смертність чоловіків знизилась більше, ніж жінок (13,9% проти 6,5%), при трохи більшому за жіночий рівні смертності. Максимальне зниження смертності чоловіків відбулося у Чернігівській, Київській та Одеській областях (на 18,1%–16,9%), жінок – в Одеській, Сумській та Харківській областях (на 10,3%–8,3%).

4. Серед міських чоловіків рівень смертності знизився на 13,6%, сільських – на 14,2%, серед міських жінок – на 5,7%, сільських – на 6,8%. Максимальне зниження було серед сільських чоловіків у Чернігівській області – на 25,4%, а також в Житомирській (на 18,7%) і Київській (на 18,1%) областях; серед міських чоловіків – у Рівненській (на 18,6%), Одеській (на 16,0%) та Закарпатській (на 15,6%) областях. Серед міських і сільських жінок зниження рівня смертності було вдвічі меншим, ніж серед чоловіків.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у виявленні причин різного темпу зниження смертності в регіонах України.

#### Список літератури

1. Герасименко Н. Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоров'я / Н. Ф. Герасименко // *Здравоохран. Рос. Федерации.* – 2009. – № 3. – С. 10–13.
2. Москаленко В. Ф. Старіння та здоров'я: виклики та підходи до їх вирішення / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // *Східноєвроп. журн. громадського здоров'я.* – № 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 231–237.
3. *Населення України 2010. Демографічний щорічник.* – К. : Державна служба статистики України, 2011. – 442 с.
4. *Смертність населення України в трудоактивному віці* : [колективна монографія] / Е. М. Лібанова, Н. М. Левчук, Н. О. Рингач [та ін.]. – К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 210 с.
5. *Сучасна медико-демографічна ситуація в Україні* / Чепелевська Л. А., Орда О. М., Рудницький О. П., Любінець О. В. // *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік* : [монографія] / за ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – С. 10–33.
6. Фойгт Н. А. Передчасна смертність в Україні: чинники формування і шляхи подолання / Н. А. Фойгт // *Журн. АМН України.* – 2007. – Т. 13. № 3. – С. 503–515.
7. Фойгт Н. Формування демографічного потенціалу як передумова реалізації європейського вибору України : [Збереження чисельності населення як головної складової демографічного потенціалу країни] / Н. Фойгт // *Економ. часопис.* – 2005. – № 1–2. – С. 49–52.
8. Чепелевська Л. А. Медико-соціальні особливості смертності населення України / Л. А. Чепелевська // *Україна. Здоров'я нації.* – 2010. – № 4 (16). – С. 37–42.

#### ПОЗИТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Л.А. Чепелевская, Ю.А. Буртова (Киев)

Проведен анализ смертности населения в регионах Украины за 2006–2011 гг. в зависимости от пола и типа поселения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: смертность, пол, тип поселения, регион.

#### POSITIVE CHANGES OF MORTALITY OF UKRAINIAN POPULATION: REGIONAL ASPECTS

L.A. Chepelevska, Yu.O. Burtova (Kyiv)

Mortality of the population in regions of Ukraine for 2006–2011 years by gender and place of settlement has been analyzed.

KEY WORDS: mortality, gender, type of settlement, region.

Рукопис надійшов до редакції 13.11.2012 р.

Рецензент: д.мед.н. О.В. Любінець

УДК 616.8-053.2:618.172

*І.Д. ШКРОБАНЕЦЬ, Ю.М. НЕЧИТАЙЛО, О.А. АНДРІЄЦЬ* (Чернівці)

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПАРАЛЕЛІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ДІВЧАТ ТА ПРОБЛЕМ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет

У статті наведено показники рівня захворюваності та поширеності гінекологічної та деякої екстрагенітальної патології у дівчат Буковини пубертатного віку. Показано, що рівень їхньої захворюваності на запальні хвороби внутрішніх статевих органів був вищим, ніж загальнодержавний. Проаналізовані взаємозв'язки між цими станами та невиношуванням вагітності, народженням недоношених дітей і формуванням у них неврологічної патології.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** недоношені діти, неврологічна патологія, репродуктивне здоров'я, гінекологічна патологія дівчат.

Незадовільний стан здоров'я у дитячому віці призводить до його порушень впродовж усього наступного життя людини, що створює соціальні та фінансові проблеми, негативно впливає на репродуктивний потенціал населення [2;8]. Формування репродуктивного здоров'я жінки – це тривалий і складний процес, який зумовлюється багатьма факторами, від умов розвитку дівчинки в утробі матері до особливостей способу життя та поведінки у підлітковому віці. Тому побудова ланцюга від перинатальної охорони здоров'я плоду та новонароджених до здоров'я майбутньої матері є важливим напрямком сучасної медицини [1;3;5;6]. Перехід України до нових критеріїв ВООЗ щодо виходжування дітей масою від 500 г призвів до ряду проблем та наслідків, серед яких порушення нормального росту та розвитку, почастищення неврологічних відхилень у новонароджених. Сьогодні проблеми передчасно народжених дітей привертають увагу науковців та практичних лікарів, які вивчають їх кореляцію з довгостроковими наслідками [7;9].

Значного навантаження зазнає організм майбутньої матері у підлітковому періоді, коли відбувається наступний етап біологічного розвитку жінки, починаючи з пубертатного періоду до повної репродуктивної зрілості. Аналіз стану соматичного та ендокринного здоров'я дівчат-підлітків свідчить про негативні тенденції, які суттєво впливають на їх репродуктивне здоров'я [2;3;6].

Збільшення загальної захворюваності дівчат-підлітків за останні роки відбулося за рахунок зростання кількості хвороб, що, за даними вітчизняних авторів, суттєво впливають на репродуктивну функцію жінки [2]. Експерти ВООЗ також наголошують, що більшість хвороб у цей період можуть спричинити порушення репродуктивно-

го здоров'я. Так, близько 20% жінок, які мали в пубертатному періоді ювенільні кровотечі, у подальшому знаходяться під наглядом з приводу дисфункціональних маткових кровотеч, а у третини з них відмічається стійке невиношування вагітності [1]. В свою чергу, більша частота народження недоношених дітей супроводжується збільшенням порушень розвитку у них та неврологічної патології [4;9].

**Мета дослідження:** аналіз взаємозв'язків між станом репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків Чернівецької області, чинниками розвитку його порушень та впливом на виникнення перинатальної патології у немовлят.

**Матеріали і методи.** Проведено вивчення показників захворюваності окремими видами гінекологічної та екстрагенітальної патології у дівчат-підлітків Чернівецької області. Аналізувалися медичні документи недоношених новонароджених та немовлят із неврологічною патологією. Вивчалися також взаємозв'язки між материнськими і соціальними факторами ризику недоношеності та виникнення неврологічної патології новонароджених. Статистичну обробку результатів проводили за стандартними методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу із використанням пакету комп'ютерних програм Statistica 6.0 for Windows та QuattroPro 12.0 for Windows. Вірогідність різниці оцінювали за критерієм Стьюдента при рівні  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження та їх обговорення.** Наукові та технологічні здобутки протягом останніх 20 років асоціюються із величезними змінами в наданні акушерської, неонатальної та перинатальної допомоги. У Чернівецькій області у 2007 р. значно зменшилось число дітей, що народились недоношеними (рис. 1). Частка недоношених дітей, що народились живим, по відношенню до усіх живих новонароджених ста-



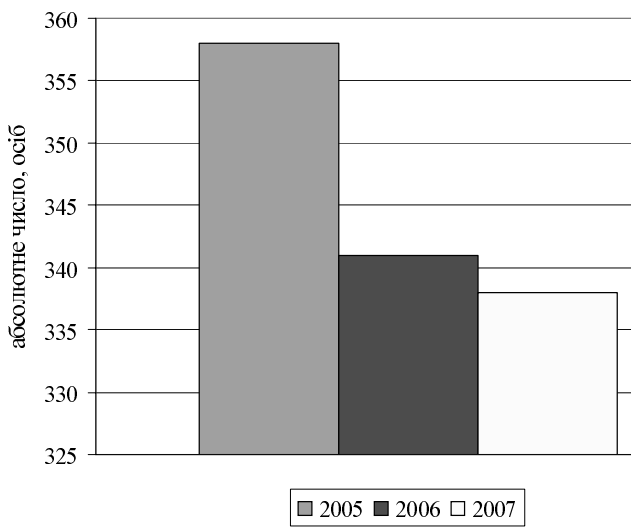


Рис. 1. Абсолютне число дітей, що народились недоношеними в Чернівецькій області впродовж 2005–2007 рр.

новила у 2007 р. 3,36%, що менше, ніж у 2006 р. (3,38%) та 2005 р. (3,66%), та, безперечно, є

результатом посиленої уваги до акушерської та неонатологічної служби.

При аналізі розподілу новонароджених дітей за масою тіла визначено, що у 2007 р. в Чернівецькій області народилось 68 дітей із масою тіла нижче 1500,0 г (з них 25% із масою нижче 1000,0 г), 87 дітей із масою 1500–2000,0 г, 297 дітей із масою тіла 2000–2500,0 г (рис. 2). Низька маса тіла є одним із найбільш суттєвих факторів ризику мертвонародженості. Діти із масою тіла нижче 2500,0 г у цілому склали 23,4% усіх дітей, що народились живими в 2007 р. у Чернівецькій області. Поряд з тим у них реєструвалася висока частота неврологічних порушень. Усі 100% дітей, які народились живими в області впродовж останніх 3-х років раніше 36 тижня гестації та 85% з терміном гестації 36–37 тижнів, знаходились на момент дослідження на диспансерному обліку в невролога.

Таким чином, прискіплива увага як акушерів, так і неонатологів, повинна була бути присвячена кожній п'ятій дитині, що, безперечно, вимагає інтегрування усіх наявних ресурсів.

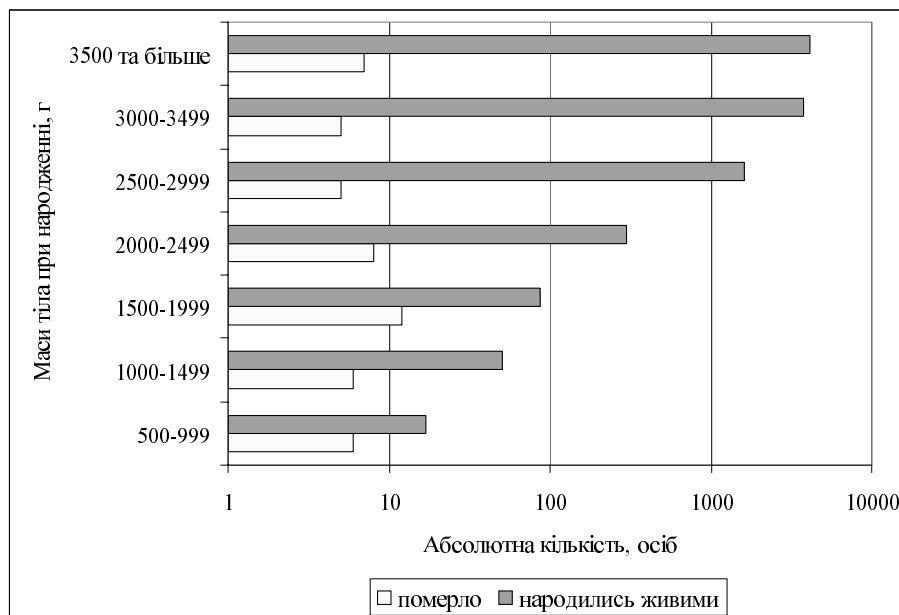


Рис. 2. Розподіл новонароджених, що народилися у Чернівецькій області в 2007 р., за масою тіла при народженні (логарифмічна шкала)

Новонароджені діти із неврологічною патологією різного ступеня народжувались матерями, що віднесені в групу підвищеного або високого перинатального ризику (звичне невиношування, порушення менструальної функції, екстрагенітальні захворювання тощо). У більшості випадків відхилення у репродуктивному здоров'ї реєструвалися у цих жінок, починаючи з підліткового віку. Ризик народження недоношеної дитини у жінки, яка мала порушення менструальної функції у підлітковому періоді, був майже удвічі вищим ( $OR=1,89$ ,  $p<0,05$ ,  $95\%CI=1,02-3,51$ ), ніж у жінок

без проблем репродуктивного здоров'я. При цьому недоношена дитина була головним об'єктом перинатальної неврології через вплив у процесі внутрішньоутробного розвитку цілого комплексу шкідливих чинників. Ризик формування перинатальних неврологічних станів у дитини, народженої матір'ю із проблемами уrogenітальної сфери в підлітковому періоді, був вірогідно вищим ( $OR=1,68$ ,  $p<0,05$ ,  $95\%CI=1,06-2,96$ ), ніж у жінок без проблем репродуктивного здоров'я. Ці фактори також є «відповідальними» за підвищення захворюваності та компрометацію успішного

грудного вигодовування. І хоча неврологічні проблеми домінують у клінічній картині, важкість стану дітей поглиблюється незрілістю усіх систем та патологією [9].

Таким чином, безпосереднім причинним фактором народження недоношеної дитини майже завжди є материнська патологія. Проведений

нами впродовж п'яти років (2003–2007 рр.) аналіз розладів менструальної функції у дівчат Буковини пубертатного віку вказує на те, що показник захворюваності на неї знаходиться на рівні загальнодержавного, а от її поширеність була вищою в середньому в 1,4 разу і мала тенденцію до подальшого зростання (табл. 1).

Таблиця 1. Поширеність окремих видів гінекологічної та екстрагенітальної патології у дівчат Чернівецької області (на 1000 відповідного населення)

Нозологія	Рік					
	2003	2004	2005	2006	2007	2007, по Україні
Розлади менструацій	63,2	67,8	65,4	71,0	80,3	59,4
Сальпінгіти, оофорити	26,6	23,7	20,5	24,4	26,8	16,7
Анемії	170,7	194,4	226,8	259,3	278,1	200,5
Ожиріння	69,2	76,4	78,3	98,0	128,8	164,9
Інфекції нирок	169,8	174,5	171,7	191,2	230,0	198,7
Цистит	48,8	83,0	104,7	88,8	166,3	68,1

Слід зазначити, що саме патологія менструальної функції є одним із перших негативних проявів порушень репродуктивного здоров'я, оскільки в її регуляції задіяний чи не найбільш значущий механізм функціонування організму – від гіпоталамо-гіпофізарних структур головного мозку до органів-мішеней статевої системи з урахуванням їх взаємодії з іншими ендокринними залозами.

Важливою складовою впливу на стан репродуктивного здоров'я дівчат підліткового віку є особливості сексуальної активності, негативними наслідками якої можуть бути захворюваність на інфекції, що передаються статевим шляхом (гонорея, трихомоніаз, хламідіоз, мікоплазмоз тощо). У 2007 р. відмічалось значне зростання випадків гострої та хронічної гонококової інфекції у дівчат 15–18 років – мешканок Чернівецької області (відповідно, в 1,2 та 1,6 разу вище загальнодержавного показника) [3].

Вивчаючи проблеми, пов'язані із станом репродуктивного здоров'я у дівчат Буковини, не можна не звернути увагу на загальну картину щодо їх соматичного здоров'я, розлади якого можуть сприяти порушенням гінекологічного статусу. Не останню роль тут відіграють запальні захворювання сечовидільної системи. Впродовж останніх років спостерігається нестримне зростання кількості випадків виявлення інфекційних процесів у нирках дівчат. Так, у 2007 р. серед дівчат Чернівецької області таких пацієнток було у 1,6 разу більше, ніж по Україні в цілому, що повністю збігається із показниками поширеності запальних захворювань внутрішніх статевих органів у дівчат і підтверджує роль етіологічних чинників у розвитку запальних захворювань геніталій у даного контингенту. Ще більшу стурбованість викликає захворюваність та поширеність

такої урологічної патології, як цистити, які можуть спровокувати розвиток гінекологічних захворювань у дівчат. У 2007 р. рівень захворюваності на цистит у дівчат Буковини був у 2,5 разу, а поширеності – в 2,4 разу вищими, ніж в Україні. При цьому взаємозв'язки між циститами та розладами менструальної функції прослідковуються і на локальному рівні (табл. 2). Між частотою захворювань на цистит та розладам менструації спостерігається сильний корелятивний зв'язок ( $r=0,76$ ,  $p<0,05$ ).

Зважаючи на значну поширеність розладів менструального циклу у дівчат підліткового віку, особливої уваги потребують ускладнення, що виникають внаслідок пубертатних менорагій. Поширеність анемій (зокрема залізодефіцитних) має стійку тенденцію до зростання серед дівчат Буковини віком 15–18 років впродовж п'яти років. Їх частота зросла з 170,7 до 278,1 випадків на 10 000 дівчат відповідного віку, тобто збільшилася в 1,6 разу, і була в 1,4 разу вищою, ніж в Україні в цілому.

Можна вважати, що прослідковується коло взаємозалежних гінекологічно-екстрагенітальних захворювань, які сприяють, підтримують або провокують виникнення та швидке прогресування патології. Порушення цілісності такого кола і патогенетично обґрунтоване лікування кожної її складової сприятиме уникненню багатьох проблем, коли, виникаючи у підлітковому віці, патологічні стани можуть супроводжувати жінку все її подальше життя і суттєво впливати на здоров'я її дітей [5]. Уникнути таких проблем допоможе тільки тісна співпраця педіатрів, гінекологів, ендокринологів і фахівців суміжних спеціальностей під час проведення обов'язкових профоглядів серед дівчат-підлітків, а також неухильна насторо-

Таблиця 2. Поширеність розладів менструації та циститів у дівчат 7–14 років Чернівецької області (на 1000 відповідного населення)

Район	Розлади менструації		Цистит	
	2007	2008	2007	2008
Вижницький	42,3	38,7	3,6	2,2
Герцаївський	10,7	22,9	10,6	8,4
Глибоцький	13,7	56,5	14,6	10,1
Заставнівський	28,3	38,4	5,5	5,2
Кельменецький	53,9	28,5	2,1	0,6
Кіцманський	45,3	33,3	2,5	4,8
Новоселицький	8,7	4,4	14,6	12,6
Путильський	44,3	0	5,4	1,9
Сокирянський	153,7	227,3	15,5	20,3
Сторожинецький	31,6	27,3	6,1	5,0
Хотинський	11,1	16,9	6,9	6,0
м. Чернівці	15,6	15,9	4,1	2,6
<b>Область</b>	<b>31,2</b>	<b>34,6</b>	<b>7,3</b>	<b>6,4</b>

женість з боку батьків. Особлива увага повинна приділятися питанням гігієнічного та статевих виховання дівчат підліткового віку з метою формування у них ціннісних орієнтирів щодо здоров'я, профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом. Важливого значення для цього віку набувають питання ранньої діагностики та лікування порушень репродуктивної системи, виявлення та корекція екстрагенітальних захворювань, що в подальшому можуть ускладнювати перебіг вагітності та пологів, погіршувати стан здоров'я потомства.

#### Висновки

1. Поширеність окремих видів порушень репродуктивної системи та екстрагенітальних захворювань у дівчат пубертатного періоду в Чер-

нівецькій області вища, ніж в середньому по країні, і має тенденцію до зростання.

2. Найбільш тісну кореляцію порушення репродуктивного здоров'я дівчат мають з інфекціями, що передаються статевим шляхом, та урологічними захворюваннями.

3. Порушення репродуктивної системи дівчат є суттєвим фактором ризику народження недоношеної дитини та розвитку у неї неврологічної патології.

**Перспективи подальших досліджень.** Перспективним при подальших дослідженнях є проведення поглибленого багатофакторного аналізу впливу всього комплексу соціальних, генетичних та інших факторів на показники репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків.

#### Список літератури

1. Аналіз роботи служби дитячої та підліткової гінекології за 2003–2007 рр. у забезпеченні репродуктивного здоров'я населення України : [дов.]. – К., 2008. – 154 с.
2. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / за ред. Н. Г. Гойди. – К. : Вид-во Раєвського, 2004. – 128 с.
3. Шкробанець І. Д. Гінекологічна та екстрагенітальна патологія як індикатор репродуктивного здоров'я дівчат Буковини / І. Д. Шкробанець, О. А. Андрієць // Здоров'я жінки. – 2008. – № 3. – С. 138–140.
4. Шкробанець І. Д. Низька маса тіла при народженні як фактор ризику майбутніх неврологічних порушень: Проблеми на сучасному етапі (на прикладі Чернівецької області) / І. Д. Шкробанець, Ю. М. Нечитайло, С. Є. Фокіна // Зб. наук. пр. співроб. НМАПО. – Вип. 47, кн. 4. – К., 2008. – С. 270–275.
5. Campo-Arias A. Prevalence of pattern of risky behaviors for reproductive and sexual health among middle- and high-school students / A. Campo-Arias, G. A. Ceballo, E. Herazo // Rev. Lat Am Enfermagem. – 2010. – Vol. 18, № 2. – P. 170–174.
6. Knowledge, attitudes and behaviour of adolescents about reproductive health at Belgrade territory // Srp Arh Celok Lek. – 2010. – Vol. 138, № 3–4. – P. 214–218.
7. Rugolo L. M. Growth and developmental outcomes of the extremely preterm infant / L. M. Rugolo // Jornal de Pediatria. – 2005. – Vol. 81, № 1 (Suppl). – P. 102–110.
8. Valcamonico A. Mid- and long-term outcome of extremely low birth weight (ELBW) infants: an analysis of prognostic factors / A. Valcamonico, P. Accorsi, C. Sanzeni // J. Matern. Fetal Neonatal Med. – 2007. – Vol. 20, № 6. – P. 465–471.

9. *Wilson-Costello D.* Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight infants in the 1990s / D. Wilson-Costello, H. Friedman, N. Minich // *Pediatrics*. – 2005. – Vol. 115, № 4. – P. 997–1003.

### **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК И ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

*И.Д. Шкробанец, Ю.Н. Нечитайло, О.А. Андриец (Черновцы)*

В статье представлены показатели уровня заболеваемости и распространенности гинекологической и некоторой экстрагенитальной патологии у девушек пубертатного возраста Буковины. Показано, что уровень их заболеваемости воспалительными болезнями внутренних половых органов был выше, чем общегосударственный. Проанализированы взаимосвязи между этими состояниями и невынашиванием беременности, рождением недоношенных детей и формированием у них неврологической патологии.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** недоношенные дети, неврологическая патология, репродуктивное здоровье, гинекологическая патология девушек.

### **MEDICO-SOCIAL ASSOCIATIONS REPRODUCTIVE HEALTH OF GIRLS AND PROBLEMS OF PERINATAL PATHOLOGY OF NEWBORNS**

*I.D. Shkrobanets, Yu.M. Nechytaylo, O.A. Andriets (Chernivtsi)*

The article presents the incidence rates and prevalence of gynecological and some extragenital pathology in girls of pubertal age in Bukovina region. It is shown that the level of incidence of inflammatory diseases of internal genital organs was higher than nationwide. The relationship between this pathology and miscarriage, premature birth and children's neurological pathology has been analyzed.

**KEY WORDS:** preterm newborn, neurological pathology, reproductive health, girls gynecologic pathology.

Рукопис надійшов до редакції 15.11.2012 р.  
*Рецензент:* д.мед.н., проф. В.А. Агарков

О.В. ДЕНЕФІЛЬ (Тернопіль)

## СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ

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

Проведено психологічне обстеження студентів 17–21 року за допомогою опитувальника FPI (форма В). Встановлено, що у чоловіків вищі реактивна агресивність, маскулінність, у жінок – невротичність, дратівливість, сором'язливість, емоційна лабільність. Проведено кореляційний аналіз за різними шкалами опитувальника. Отримані результати вказують на пристосування молоді до навчання, життя у суспільстві.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: опитувальник FPI, студенти, стать.

На сьогодні зростає кількість нервово-психічних захворювань, особливо серед студентської молоді, що пов'язано із реакцією на психологічний стрес [4]. У віці 18–20 років відбувається включення людини у самостійну виробничу діяльність, це період становлення характеру та інтелекту, початок наукових досягнень. Психологічне здоров'я може негативно впливати на стан фізичного здоров'я, його якість впливає на подальший розвиток особистості, формування соціальної та духовної складової здоров'я [11]. Успішність адаптації до навчального процесу залежить, передусім, від організації стійких психофізіологічних і психологічних особливостей особистості (властивостей нервової системи і темпераменту) і відносно стійких характеристик вольових якостей, мотивації і тенденцій поведінки. Від того, скільки часу і яких витрат потрібно на процес адаптації, залежить ефективність становлення майбутнього фахівця, формування знань, вмінь і навичок, подальша успішність, гармонійний розвиток, тобто становлення студента не тільки як професіонала, але і як зрілої особистості, готової до самостійного життя, успішної самореалізації свого потенціалу [3].

**Метою роботи** було намалювати психологічний портрет студентів Тернопільського медичного університету віком 17–21 років у статевому аспекті.

**Матеріали і методи.** Вивчення психологічних особливостей молодих чоловіків і жінок віком 17–21 років проводили за допомогою опитувальника FPI (форма В) [6; 10]. Перед початком кожного тестування досліджуваних інформували про умови його проведення та методiku, яка буде використовуватися. Їм надавали гарантії нерозголошення отриманої інформації, що відповідає принципам інформаційної згоди. Обстежувані не

залежали від дослідника і не отримували грошової винагороди.

Опитувальник FPI (форма В) має 12 шкал; загальне число питань – 114 [6; 8]. Кількість питань адекватна для тестування, щоб не набриднути обстеженим. Кількість балів від 0 до 3 балів – низькі значення показників, 4–6 – середні, 7–9 – високі. Шкала I – невротичності, II – спонтанної агресивності, III – депресивності, IV – дратівливості, V – товариськості, VI – урівноваженості, VII – реактивної агресивності, VIII – сором'язливості, IX – відвертості, X – екстраверсії–інтроверсії, XI – емоційної лабільності, XII – маскулінності–фемінності.

Усі результати дослідження піддавалися математичній обробці з використанням параметричних методів статистичного аналізу [9]. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою стандартного пакета комп'ютерних програм Microsoft Excel. Розраховували t-критерій Стьюдента. Кореляційний аналіз проводили шляхом розрахунку лінійного коефіцієнта кореляції Пірсона. Різницю між середніми даними вважали достовірною при  $p \leq 0,05$ . Використовували стратифіковану рандомізацію у формуванні вибірки обстежених.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При аналізі результатів FPI тесту (табл. 1) виявлено, що за шкалами I, II, III, IV, V, VI, VIII, X, XI, XII усі студенти, незалежно від статі, мали середні показники значень. За шкалою VII у хлопців виявлено високе значення показника, у дівчат – середнє. За шкалою IX у всіх обстежених були високі значення показників, що свідчить про прагнення до довірливо-відвертої взаємодії з оточенням при високому рівні самокритичності. Оцінки за даною шкалою можуть сприяти аналізу щирості відповідей обстежуваного, вони вказують на достовірність отриманих результатів, які викладені в даній статті.



Таблиця 1. Значення показників тесту FPI у студентів залежно від статі,  $M \pm m$ 

Шкала	Чоловіки (n=91)	Жінки (n=120)
I	5,13±0,21	5,92±0,18; p<0,01*
II	6,18±0,21	5,74±0,20
III	5,40±0,20	5,86±0,17
IV	6,42±0,19	6,91±0,15; p<0,05
V	4,61±0,21	4,57±0,18
VI	5,84±0,20	5,47±0,19
VII	7,02±0,15	6,31±0,17; p<0,01
VIII	5,45±0,21	6,27±0,17; p<0,01
IX	7,51±0,18	7,65±0,13
X	6,12±0,18	5,71±0,17
XI	5,34±0,21	6,19±0,16; p<0,002
XII	5,80±0,20	4,28±0,20; p<0,001

*Примітка.* Позначено достовірну різницю значень між відповідями чоловіків і жінок.

Високі оцінки за шкалою VII у чоловіків свідчать про значний рівень психопатизації, що характеризується агресивним ставленням до соціального оточення і виразним намаганням домінувати. Це властиве особам чоловічої статі, оскільки у цьому віці відбувається становлення особистості, самоствердження, формування лідерських якостей.

Середні значення показників невротичності, спонтанної агресивності, депресивності, дратівливості, товариськості, урівноваженості, реактивної агресивності, сором'язливості, екстраверсії-інтроверсії, емоційної лабільності, маскулінності-фемінності можуть вказувати на оптимальну адаптацію студентів до навчального процесу.

Виявлено також значну статеву різницю отриманих результатів обстеження. Так, у чоловіків були вищими показники за шкалами VII, XII, нижчими – за шкалами I, IV, VIII, XI. Отримані дані у чоловіків вказують на те, що вища реактивна агресивність поєднується з більшою маскулінністю, перебігом психічної діяльності переважно за чоловічим типом. Очевидно, що це пов'язано із більшим рівнем чоловічих статевих гормонів, які й визначають такий тип поведінки особистості [2]. У дівчат переважала невротичність, дратівливість, сором'язливість, емоційна лабільність. Це загалом властиве жінкам, оскільки пов'язано з впливом жіночих статевих гормонів [2].

Для визначення взаємозв'язків між психологічними показниками проведено кореляційний аналіз отриманих результатів (табл. 2, 3).

У чоловіків і жінок між значеннями показників шкал тесту відмічено слабку, помірну, середню і сильну кореляцію.

Так, у чоловіків при високій невротичності були більшими депресивність (прямі середньої сили зв'язки), емоційна лабільність (прямі середньої сили зв'язки), дратівливість (прямі помірної сили зв'язки), сором'язливість (прямі помірної

сили зв'язки), відвертість (прямі помірної сили зв'язки), спонтанна агресивність (прямі слабкої сили зв'язки), меншими – товариськість (зворотні слабкої сили зв'язки) і маскулінність (зворотні слабкої сили зв'язки).

При високій депресивності зростають емоційна лабільність (прямі сильні зв'язки), сором'язливість (прямі середньої сили зв'язки), дратівливість (прямі помірної сили зв'язки), відвертість (прямі помірної сили зв'язки), реактивна агресивність (прямі слабкої сили зв'язки), знижуються маскулінність (зворотні помірної сили зв'язки), товариськість (зворотні слабкої сили зв'язки), урівноваженість (зворотні слабкої сили зв'язки).

При високій спонтанній агресивності зростають емоційна лабільність (прямі помірної сили зв'язки), депресивність (прямі слабкої сили зв'язки), дратівливість (прямі слабкої сили зв'язки), реактивна агресивність (прямі слабкої сили зв'язки), відвертість (прямі слабкої сили зв'язки).

При високій дратівливості зростають реактивна агресивність (прямі помірної сили зв'язки), відвертість (прямі помірної сили зв'язки), емоційна лабільність (прямі помірної сили зв'язки), екстравертованість (прямі слабкої сили зв'язки).

При високій сором'язливості зростає емоційна лабільність (прямі середньої сили зв'язки), знижується маскулінність (зворотні помірної сили зв'язки).

При високій відвертості зростають емоційна лабільність (прямі помірної сили зв'язки), екстравертованість (прямі слабкої сили зв'язки).

При високій емоційній лабільності знижується маскулінність (зворотні помірної сили зв'язки).

Очевидно, що такий нестійкий емоційний стан у чоловіків може бути пов'язаний із зростанням стресових ситуацій на молодших курсах. У випадку зникнення цих особливостей їх можна розцінювати як механізм адаптації до процесу навчання і зміни оточення, товаришів. Такі чоловіки потребують друзів, які могли б їх вислухати, зро-

Таблиця 2. Кореляційні зв'язки між показниками FPI тесту у студентів чоловічої статі,  $M \pm m$  (n=91)

Шкала	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
I	–	r=0,21	r=0,64*	r=0,34*	r=-0,20	–	–	r=0,45*	r=0,32*	–	r=0,62*	r=-0,26
II	r=0,21	–	r=0,28	r=0,26	–	–	r=0,23	–	r=0,24	–	r=0,40*	–
III	r=0,64*	r=0,28	–	r=0,40*	r=-0,23	r=-0,22	r=0,20	r=0,50*	r=0,36*	–	r=0,74*	r=-0,40*
IV	r=0,34*	r=0,26	r=0,40*	–	–	–	r=0,41*	–	r=0,41*	r=0,29	r=0,45*	–
V	r=-0,20	–	r=-0,23	–	–	r=-0,33*	–	r=-0,33*	–	r=0,55*	r=-0,24	r=0,26
VI	–	–	r=-0,22	–	r=-0,33*	–	–	–	–	r=0,28	r=-0,31*	r=0,31*
VII	–	r=0,23	r=0,20	r=0,41*	–	–	–	–	r=0,33*	r=0,26	–	r=0,31*
VIII	r=0,45*	–	r=0,50*	–	r=-0,33*	–	–	–	–	–	r=0,50*	r=-0,46*
IX	r=0,32*	r=0,24	r=0,36*	r=0,41*	–	–	r=0,33*	–	–	r=0,28	r=0,34*	–
X	–	–	–	r=0,29	r=0,55*	r=0,28	r=0,26	–	r=0,28	–	–	r=0,32*
XI	r=0,62*	r=0,40*	r=0,74*	r=0,45*	r=-0,24	r=-0,31*	–	r=0,50*	r=0,34*	–	–	r=-0,42*
XII	r=-0,26	–	r=-0,40*	–	r=0,26	r=0,31*	r=0,31*	r=-0,46*	–	r=0,32*	r=-0,42*	–

Примітка: \* – достовірна різниця значень при  $p < 0,001$ . Всі решта значення подані при  $p < 0,05-0,002$ .

Таблиця 3. Кореляційні зв'язки між показниками FPI тесту у студентів жіночої статі,  $M \pm m$  (n=120)

Показник	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
I	–	–	r=0,53*	r=0,37*	r=-0,40*	r=-0,32*	–	r=0,25	–	r=-0,35*	r=0,61*	r=-0,28*
II	–	–	r=0,18	r=0,55*	–	–	r=0,43*	–	r=0,39*	r=0,34*	r=0,21	r=0,32*
III	r=0,53*	r=0,18	–	r=0,65*	r=-0,48*	r=-0,43*	r=0,28*	r=0,43*	–	r=-0,23	r=0,76*	r=-0,18
IV	r=0,37*	r=0,55*	r=0,65*	–	r=-0,26	r=-0,41*	r=0,47*	r=0,24	r=0,35*	–	r=0,67*	–
V	r=-0,40*	–	r=-0,48*	r=-0,26	–	r=-0,34*	–	r=-0,50*	–	r=0,54*	r=-0,49*	r=0,28*
VI	r=-0,32*	–	r=-0,43*	r=-0,41*	r=-0,34*	–	r=-0,19	r=-0,28*	–	r=0,27*	r=-0,56*	r=0,18
VII	–	r=0,43*	r=0,28*	r=0,47*	–	r=-0,19	–	–	–	r=0,24	r=0,19	r=0,39*
VIII	r=0,25	–	r=0,43*	r=0,24	r=-0,50*	r=-0,28*	–	–	–	r=-0,34*	r=0,39*	r=-0,37*
IX	–	r=0,39*	–	r=0,35*	–	–	–	–	–	r=0,25	–	r=0,20
X	r=-0,35*	r=0,34*	r=-0,23	–	r=0,54*	r=0,27*	r=0,24	r=-0,34*	r=0,25	–	r=-0,25	r=0,35*
XI	r=0,61*	r=0,21	r=0,76*	r=0,67*	r=-0,49*	r=-0,56*	r=0,19	r=0,39*	–	r=-0,25	–	r=-0,23
XII	r=-0,28*	r=0,32*	r=-0,18	–	r=0,28*	r=0,18	r=0,39*	r=-0,37*	r=0,20	r=0,35*	r=-0,23	–

Примітка: \* – достовірна різниця значень при  $p < 0,001$ . Всі решта значення подані при  $p < 0,05-0,002$ .

зуміти. Одночасно вони стають агресивними, тривожними, набувають жіночих рис характеру. При збереженні даних психологічних особливостей це може сприяти розвитку соматоформних розладів, оскільки у таких хворих відмічено зростання депресії, невротичної тріади, зміни соціальної інтроверсії, зниження маскулітності-фемінності [5]. Найменше захисних характеристик виявлено у чоловіків із високою сором'язливістю.

При високій товариськості зростають екстравертованість (прямі середньої сили зв'язки), маскулітність (прямі слабкої сили зв'язки), знижуються урівноваженість (зворотні помірної сили зв'язки), сором'язливість (зворотні помірної сили зв'язки), емоційна лабільність (зворотні слабкої сили зв'язки).

При високій урівноваженості зростають маскулітність (прямі помірної сили зв'язки), екстра-

вертованість (прямі слабкої сили зв'язки), знижується емоційна лабільність (зворотні помірної сили зв'язки).

При високій екстравертованості зростає маскулітність (прямі помірної сили зв'язки).

Очевидно, що відсутність невротичних рис сприяє товариськості, відкритості, захищеності до стрес-факторів, відкритості, стійкості емоційного стану, урівноваженості. У таких осіб зростають чоловічі риси характеру у поведінці, вони не є агресивними.

При високій реактивній агресивності зростають відвертість (прямі помірної сили зв'язки), маскулітність (прямі помірної сили зв'язки), екстравертованість (прямі слабкої сили зв'язки). На відміну від осіб з підвищеною спонтанною реактивністю, чоловіки з високим рівнем реактивної агресивності мають виражене намагання домі-

нувати, вони відкриті, реально оцінюють ситуацію, що склалася, відповідають за свої вчинки.

Тобто емоційна нестійкість, невротичність, тривожність можуть сприяти соматоформним розладам, серцево-судинній патології, хворобам шлунково-кишкового тракту [10;11], що потребує лонгітудинальних досліджень.

У жінок при високій невротичності зростають депресивність (прямі середньої сили зв'язки), емоційна лабільність (прямі середньої сили зв'язки), дратівливість (прямі помірної сили зв'язки), сором'язливість (прямі слабкої сили зв'язки), знижуються товариськість (зворотні помірної сили зв'язки), урівноваженість (зворотні помірної сили зв'язки), екстравертованість (зворотні помірної сили зв'язки), маскуліність (зворотні слабкої сили зв'язки).

При високій депресивності зростають емоційна лабільність (прямі сильні зв'язки), дратівливість (прямі середньої сили зв'язки), сором'язливість (прямі помірної сили зв'язки), реактивна агресивність (прямі слабкої сили зв'язки), знижуються товариськість (зворотні помірної сили зв'язки), урівноваженість (зворотні помірної сили зв'язки), екстравертованість (зворотні слабкої сили зв'язки). Відсутня лінійна кореляція між депресивністю і маскуліністю.

При високій дратівливості зростають емоційна лабільність (прямі середньої сили зв'язки), реактивна агресивність (прямі помірної сили зв'язки), відвертість (прямі помірної сили зв'язки), сором'язливість (прямі слабкої сили зв'язки), знижуються урівноваженість (зворотні помірної сили зв'язки), товариськість (зворотні слабкої сили зв'язки).

При високій сором'язливості зростає емоційна лабільність (прямі помірної сили зв'язки), знижуються екстравертованість (зворотні помірної сили зв'язки), маскуліність (зворотні помірної сили зв'язки).

При високій емоційній лабільності знижується маскуліність (зворотні слабкої сили зв'язки).

Висока депресивність є найбільш небезпечною для студенток 17–21 року. При високих невротичності, сором'язливості, емоційній лабільності як захисний механізм зростає фемінність (може проявлятися зростанням виконання хатньої роботи, куховаренням, купуванням нового одягу, косметики), а при високій депресивності не виявлено захисних психологічних реакцій. При високій дратівливості зростає відвертість, яка також має захисний компонент, оскільки дозволяє зменшувати емоційну напруженість, і реактивна агресивність, яка виявляє у таких людей лідерські задатки. Реактивна агресивність зростає і при високій депресивності, але вона пов'язана з агресивним ставленням до оточення, намаганням домінувати, оскільки у таких осіб знижується товариськість і екстравертованість.

Оптимальними з точки зору психологічного здоров'я для дівчат є високі урівноваженість, відвертість, екстравертованість, товариськість. Такі жінки найбільше пристосовані психологічно до навчального процесу. Очевидно, що це пов'язане з великою кількістю друзів, які можуть вислухати різні проблеми студентської молоді, підтримати їх морально. Також такі дівчата не приділяють багато часу домашній роботі.

Так, при високій урівноваженості зростає екстравертованість (прямі слабкої сили зв'язки), знижуються емоційна лабільність (зворотні середні зв'язки), сором'язливість (зворотні слабкі зв'язки). Відсутня лінійна кореляція між урівноваженістю і реактивною агресивністю, урівноваженістю і маскуліністю.

При високій відвертості зростають екстравертованість (прямі слабкої сили зв'язки), маскуліність (прямі слабкої сили зв'язки).

При високій екстравертованості зростає маскуліність (прямі помірної сили зв'язки), знижується емоційна лабільність (зворотні слабкої сили зв'язки).

При високій товариськості зростають екстравертованість (прямі середньої сили зв'язки), маскуліність (прямі слабкої сили зв'язки), знижуються урівноваженість (зворотні помірної сили зв'язки), сором'язливість (зворотні середньої сили зв'язки), емоційна лабільність (зворотні помірної сили зв'язки).

Дівчата із спонтанною і реактивною агресивністю більш відкриті, намагаються проявити свої лідерські задатки.

Так, при високій спонтанній агресивності зростають дратівливість (прямі середньої сили зв'язки), реактивна агресивність (прямі помірної сили зв'язки), відвертість (прямі помірної сили зв'язки), екстравертованість (прямі помірної сили зв'язки), маскуліність (прямі помірної сили зв'язки), емоційна лабільність (прямі слабкої сили зв'язки). Відсутня лінійна кореляція між спонтанною агресивністю і депресивністю.

При високій реактивній агресивності зростають маскуліність (прямі помірної сили зв'язки), екстравертованість (прямі слабкої сили зв'язки). Відсутня лінійна кореляція між реактивною агресивністю та емоційною лабільністю.

Отже, у студентської молоді на молодших курсах формуються риси особистості, які забезпечують їх оптимальне пристосування до навчального процесу, зміни стереотипів трудової діяльності.

### Висновки

1. У осіб чоловічої статі серед студентської молоді відмічено вищу реактивну агресивність, маскуліність, у жінок – невротичність, дратівливість, сором'язливість, емоційну лабільність.

2. Психологічні характеристики студентів молодших курсів вказують на переважання рис осо-

бистості, які забезпечують оптимальне пристосування молоді до навчального процесу, зміни стереотипів трудової діяльності.

3. Найменше пристосувальних рис виявлено у хлопців із високою сором'язливістю та дівчат із високою депресивністю.

**Перспективи подальших досліджень.** У подальшому буде проведено психологічне тестування студентів молодших курсів 1994-1995 рр. народження. Очікується виявити зниження адаптації студентів, пов'язане із зростанням тривожності, невротичності, депресивності, агресивності.

### Список літератури

1. *Васильков В. М.* Психологічне здоров'я молоді як проблема її духовного, фізичного та професійного розвитку / В. М. Васильков, Л. В. Василькова // Молодь і держава : матер. IV междунар. науч.-практ. конф. – Донецьк : Новий мир, 2006. – С. 70–71.
2. *Гендерний підхід у вихованні* : [метод. реком.] / [авт.-упор.] С. В. Яшник. – К. : НАУ, 2008. – 32 с.
3. *Ірина Періг* Психічне здоров'я студентів як фактор адаптації до навчання у ВНЗ [Електронний ресурс] / Ірина Періг // Освіта регіону: політологія, психологія, комунікації. – 2011. – № 3. – С. 299–302. – Режим доступу: [http://www.social-science.com.ua/%D0%B7%D0%BC%D1%96%D1%81%D1%82/13\\_%E2%84%963%202011](http://www.social-science.com.ua/%D0%B7%D0%BC%D1%96%D1%81%D1%82/13_%E2%84%963%202011). – Назва з екрану.
4. *Малинаускас Р. К.* Психическое здоровье студентов педагогических вузов / Р. К. Малинаускас, А. Л. Думчене // Физическое воспитание студентов. – 2010. – № 3. – С. 45–47.
5. *Мартыненко Н. В.* Причины и механизмы невротических и соматоформных расстройств у безработных / Н. В. Мартыненко // Укр. вісн. психоневр. – 2007. – Т. 15, Вип. 1. – С. 205–206.
6. *Практикум по экспериментальной и прикладной психологии* : [учеб. пособ.] / Вансовская Л. И., Гайда В. К., Гербачевский В. К. [и др.]; под ред. А. А. Крылова. – Л. : Изд-во Ленинградского ун-та, 1990. – 272 с.
7. *Психосоматичне здоров'я студентів і викладачів гуманітарного вищого навчального закладу* [Електронний ресурс] / В. І. Носков, А. В. Кальянов, О. В. Носкова, О. В. Ефросініна // Психологія. – 2007. – С. 12–17. – Режим доступу : <http://www.mps.kh.ua/архив-pdf/2007/2/03-13.pdf>. – Назва з екрану.
8. *Розов В. І.* Методики оцінки і самооцінки адаптивних індивідуально-психологічних властивостей особистості / В. І. Розов // Практична психологія та соц. робота. – 2007. – № 6. – С. 30–48.
9. *Руденко В. М.* Математичні методи в психології : [підр.] / В. М. Руденко, Н. М. Руденко. – К. : Академвидав, 2009. – 384 с.
10. *Свідчення про реєстрацію авторського права на твір № 23327.* Психодіагностична комп'ютерна програма "Фрайбурзький особистісний опитувальник FPI, форма В" / О. В. Денефіль, Т. М. Білінська. – Київ, Державний департамент інтелектуальної власності, 25.12.2007 р.
11. *Усманова А. І.* Оцінка стану психологічного здоров'я студентів / А. І. Усманова // Вісн. ХНУ імені В. Н. Каразіна. – 2011. – № 951. – (Валеологія: сучасність і майбутнє; Вип. 10).

## ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

*О.В. Денефиль* (Тернополь)

Проведено психологічне опитування студентів 17–21 років з допомогою опросника FPI (форма В). Установлено, що у чоловіків вище реактивна агресивність, маскуліність, у жінок – невротичність, подразливість, застенчивість, емоційна лабільність. Проведен кореляційний аналіз по різних шкалам опросника. Отримані результати вказують на пристосування молоді до навчання, життя в суспільстві.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: опросник FPI, студенты, пол.

## SEXUAL CHARACTERISTICS OF THE PSYCHOLOGICAL HEALTH OF STUDENTS

*O.V. Denefil* (Ternopil)

A psychological investigation of 17–21 years students with help of questionnaire FPI (Form B) has been carried out. It is determined that males have higher reactive aggression, masculinity, women – neuroticity, irritability, timidity, emotional lability. There were correlation analysis on different scales of the questionnaire. The results indicate an adaptation of young people to study process and life in society.

KEY WORDS: questionnaire FPI, students, gender.

Рукопис надійшов до редакції 12.11.2012  
Рецензент: д.мед.н., проф. С.Н. Вадзюк

С.І. КОРНАГА (Тернопіль)

## СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ХВОРИХ В ОБЛАСНОМУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ ДИСПАНСЕРІ ЗА ОСТАННІ 10 РОКІВ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

У статті наведені дані про структурну динаміку хворих в обласному протитуберкульозному диспансері за останнє десятиріччя.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** туберкульоз легень, ускладнення, супутні захворювання.

Туберкульозу як інфекційному захворюванню притаманний патоморфоз, який проявляється кількісними та якісними змінами клініко-анатомічних проявів захворювання, зумовленими біологічними, медичними, соціальними та іншими факторами [1–6].

**Мета дослідження** – проаналізувати структурну динаміку хворих обласного протитуберкульозного диспансеру за останні десять років.

**Матеріали і методи.** Проведено структурний аналіз за типом, клінічними формами туберкульозу, ускладненнями і супутніми захворюваннями хворих, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в обласному протитуберкульозному диспансері у 2002–2011 рр. Цифровий матеріал піддавався статистичній обробці з обчисленням показника достовірності.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проаналізовано 12040 медичних карт стаціонарних хворих, які знаходились у стаціонарі обласного протитуберкульозного диспансеру у 2002–2011 рр., – за 10 років загалом і окремо за

п'ятирічними періодами. На туберкульоз легень страждало 6696 (55,6%) хворих, із залишковими змінами легень було 968 (8,0%), з неспецифічними захворюваннями легень – 4376 (36,4%) осіб. Частоту, структуру, характер і ефективність лікування туберкульозу легень, частоту ускладнень і супровідної патології перших п'яти років порівнювали з такими другого п'ятиріччя.

Із загальної кількості хворих на туберкульоз легень особи чоловічої статі в першому п'ятиріччі становили 76,4%, у другому – 74,6%; жіночої статі – 23,6% і 25,4% відповідно; жителів села було 61,4% і 62,7%, міста – 38,6% і 37,3% відповідно. Отже, в другому п'ятиріччі (2007–2011 рр.) намітилась тенденція до кількісного збільшення пацієнтів сільської місцевості і хворих жіночої статі.

У 2007–2011 рр. хворі на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ) становили 61,7%, рецидиви туберкульозу легень (РТБЛ) – 15,3% і на хронічний туберкульоз легень (ХТБЛ) – 23,1%.

Динаміку хворих по п'ятиріччях за типами туберкульозного процесу наведено у таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл хворих за типом туберкульозного процесу, фазою і бактеріовиділенням

Тип процесу	2002–2006 роки		2007–2011 роки	
	абс. число	%	абс. число	%
ВДТБЛ	2033	58,9	2095	64,6*
РТБЛ	528	15,3	495	15,3
ХТБЛ	892	25,8	653	20,1*
Разом	3453	100,00	3243	100,00
CV(+)	2020	58,5	1478	45,6*
МБТ (+)	1716	49,7	1622	50,0

Примітка: \* – показник вірогідно відрізняється від таких у хворих I-го п'ятиріччя ( $p < 0,05$ ).

З таблиці 1 видно, що за останнє п'ятиріччя в стаціонарі зменшилась кількість хворих на ХТБЛ – основного джерела бактеріовиділення. Водночас вірогідно збільшилось число хворих на ВДТБЛ, головним чином в результаті активного виявлення туберкульозу, що свідчить про пози-

тивні зрушення щодо ситуації з туберкульозом в області. Підтвердженням слугує однакова кількість бактеріовиділювачів у I і II п'ятиріччях при достовірному зменшенні хворих з порожнинами розпаду в останні 5 років.

Позитивні зрушення підтверджуються і динамікою структури клінічних форм туберкульозу. Як



видно з таблиці 2, у другому п'ятиріччі спостерігалася виразна тенденція до зменшення кількості хворих на хронічні форми туберкульозу і, як наслідок, значне зменшення хворих на первинні форми туберкульозу і міліарний туберкульоз. Водночас майже вдвічі почастишали випадки туберкульозного ураження плеври. Зменшення

кількості осіб з туберкульозами легень свідчить про своєчасне виявлення туберкульозу, передусім шляхом флюорографічного обстеження населення області. Підвищилась ефективність лікування завдяки кращому забезпеченню хворих антимікобактеріальними препаратами (АМБП) і більш повноцінному харчуванню.

Таблиця 2. Клінічні форми туберкульозу легень

Форма туберкульозу	2002–2006 роки		2007–2011 роки	
	абс. число	%	абс. число	%
Первинні форми (туберкульозний бронхоаденіт і первинний туберкульозний комплекс)	124	3,6	77	2,4*
Дисемінована	715	20,7	707	21,8
Вогнищева	471	13,6	483	14,9
Інфільтративна (в т.ч. казеозна пневмонія)	1260	36,5	1110	34,2
Туберкульома	67	1,9	38	1,2
Фіброзно-кавернозна	587	17,0	539	16,6
Циротична	63	1,8	36	1,1*
Силікотуберкульоз	3	0,1	-	-
Плеврит (в т.ч. хронічна емпієма)	131	3,8	209	6,4*
Міліарний туберкульоз	5	0,2	2	0,1*
Туберкульоз бронхів (без ураження легень)	27	0,8	42	1,3
<b>Разом</b>	<b>3453</b>	<b>100</b>	<b>3243</b>	<b>100</b>

Примітка: \* – показник вірогідно відрізняється від таких у хворих I-го п'ятиріччя ( $p < 0,05$ ).

Змінилась структура ускладнень захворювання. Як видно з таблиці 3, почастишали плеврит (з 5,4% до 6,9%;  $p < 0,05$ ), токсична анемія (з 1,7% до 3,1%;  $p < 0,05$ ), ателектаз (з 0,1% до 0,5%;  $p < 0,05$ ). Водночас зменшилось число хворих з легеневиими геморагіями (з 4,0% до 3,7%;  $p < 0,05$ ) і спонтанним пневмотораксом (з 1,8% до 1,7%). Однак вірогідно почастишали ускладнення з боку серцево-судинної системи (з 26,0% до 31,5%;  $p < 0,001$ ); хронічне легеневе серце (ХЛС), міокардіопатія і перикардит ( $p < 0,05$ ), передусім ХЛС (з 22,1% до 25,6%;  $p < 0,05$ ). Це є дуже важливою проблемою сьогодення, оскільки найчастіше основною безпосередньою причиною смерті хворих на туберкульоз легень є декомпенсація ХЛС.

Поряд з тим відмічено почастишання (з 11,3% до 14,5%) супровідної серцево-судинної патології (ГХ, ІХС і ВСД,  $p < 0,05$ ), передусім гіпертонічної хвороби ( $p < 0,001$ ). Із інших супровідних захворювань відмічено зростання гепатиту (з 2,7% до 4,1%), наркоманії (з 0,9% до 1,4%), ВІЛ/СНІДу (з 0,5% до 1,4%) та вад серця (з 0,1% до 0,4%),  $p < 0,05$ . Відмічено також тенденцію до зростання цукрового діабету (з 4,6% до 5,1%), почастишання гастродуоденіту (з 1,7% до 2,6%) (табл. 4).

Таким чином, найбільш частими супровідними захворюваннями у хворих на туберкульоз легень за останні 10 років були: ІХС, ХОЗЛ, цукровий діабет, алкоголізм, хронічний гепатит, ГХ, хронічний гастродуоденіт, рак легень, виразко-

ва хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки. За останні п'ять років достовірно зросла ( $p < 0,05$ ) кількість хворих з хронічним гепатитом, гастродуоденітом, ГХ, ВСД, наркоманією і ВІЛ/СНІДом. Особливе занепокоєння викликає тенденція до почастишання захворювання на туберкульоз легень у поєднанні з хронічним алкоголізмом, наркоманією, ВІЛ/СНІДом, що дуже негативно позначається на ефективності лікування та епідеміологічній ситуації загалом.

#### Висновки

1. У структурі стаціонарних хворих за останні п'ять років порівняно з попередніми роками спостерігаються позитивні зміни, зокрема зменшилась кількість хворих на хронічні форми туберкульозу та водночас зменшилося число хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень.

2. Змінилась структура ускладнень: почастишали випадки туберкульозу плеври, токсичної анемії, ускладнень з боку серцево-судинної системи, зокрема хронічне легеневе серце, міокардіопатія і вірогідно почастишали гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця і вегетосудинна дистонія, а також гепатит, наркоманія, ВІЛ/СНІД.

3. Наведений структурний патоморфоз вимагає індивідуалізованого підходу до комплексного лікування хворих на туберкульоз легень, передусім тих, що мають ускладнення та супровідні захворювання.

Таблиця 3. Ускладнення туберкульозу легень, %

Ускладнення	Роки											
	2002 (n=619)	2003 (n=678)	2004 (n=824)	2005 (n=666)	2006 (n=666)	Разом (n=3453)	2007 (n=653)	2008 (n=710)	2009 (n=776)	2010 (n=542)	2011 (n=561)	Разом (n=3243)
Легенева недостатність	29,9	39,7	35,1	36,6	39,0	36,1	30,3	36,1	38,6	33,0	33,2	34,5
ХЛС	21,8	20,9	18,1	18,5	32,1	22,1	25,1	24,1	26,1	25,4	27,5	25,6*
Плеврит (в т. ч. емпієма плеври)	5,0	4,4	5,8	7,1	4,7	5,4	6,3	6,4	7,1	8,1	7,1	6,9*
Легеневі геморагії	4,2	4,7	4,3	3,3	3,3	4,0	3,2	3,1	4,1	4,1	4,3	3,7
Міокардіопатія	1,9	4,0	3,5	3,5	4,4	3,5	4,1	4,9	4,2	5,5	5,4	4,8*
Емфізема легень	1,9	2,1	3,2	2,7	5,3	3,0	4,9	3,9	3,1	3,9	4,1	3,9*
Туберкульоз гортані	1,1	1,8	2,9	2,3	2,6	2,2	1,5	2,1	2,3	2,6	2,7	2,2
Спонтанний пневмоторакс	2,3	1,8	1,9	1,8	1,2	1,8	1,5	1,7	1,3	2,2	2,0	1,7
Анемія	0,9	0,9	3,5	0,6	2,0	1,7	2,3	3,5	2,6	3,3	3,7	3,1*
Підгостре легенеve серце	0,8	0,4	0,5	0,5	-	0,4	1,1	0,7	1,2	0,7	0,9	0,9*
Амілоїдоз нирок	0,8	0,2	0,2	0,5	0,2	0,4	0,2	0,3	0,1	0,4	0,4	0,3
Ателектаз (сегмента чи частки)	-	-	0,2	0,5	-	0,1	-	0,3	0,8	0,7	-	0,4*
Перикардит	-	-	-	0,15	-	0,03	0,3	0,1	0,1	0,4	0,2	0,2*

Примітка: \* – достовірна різниця між сумарними показниками у двох групах ( $p < 0,05-0,001$ ).

Таблиця 4. Супровідна патологія у хворих на туберкульоз легень, %

Супровідні захворювання	Роки											
	2002 (n=619)	2003 (n=678)	2004 (n=824)	2005 (n=666)	2006 (n=666)	Разом (n=3453)	2007 (n=653)	2008 (n=710)	2009 (n=776)	2010 (n=543)	2011 (n=561)	Разом (n=3243)
ІХС	6,3	6,3	7,0	7,7	7,5	7,0	6,6	7,3	8,4	8,3	8,4	7,8
ХОЗЛ	6,5	6,9	6,0	5,4	4,2	5,8	6,9	4,8	5,9	5,5	7,3	5,9
Цукровий діабет	4,2	4,4	5,0	5,0	4,4	4,6	4,8	4,9	5,0	5,7	5,4	5,1
Алкоголізм	3,7	3,5	2,8	3,0	4,5	3,5	4,1	4,4	4,6	5,7	5,5	4,8*
Хронічний гепатит	2,8	2,95	2,6	2,4	3,0	2,7	6,0	3,0	3,6	4,1	4,3	4,1*
Гіпертонічна хвороба	2,1	2,1	3,8	3,6	4,7	3,3	3,4	4,4	4,0	5,5	5,9	4,5*
Хронічний гастродуоден.	0,7	1,9	2,7	2,7	2,7	2,2	2,5	2,1	3,0	2,2	2,1	2,4*
Рак легень	1,6	2,1	1,8	1,5	1,2	1,7	1,7	1,1	1,7	2,0	2,1	1,7
Виразкова хвороба	0,7	1,0	2,6	1,4	0,9	1,4	1,2	1,0	2,1	1,1	2,0	1,5
Бронхіальна астма	0,7	0,3	0,9	0,5	0,5	0,6	0,3	0,4	0,6	0,9	1,1	0,7
ВСД	-	0,6	1,9	0,9	0,9	0,9	1,1	1,4	1,7	2,4	2,7	1,8*
Хронічний панкреатит	0,5	0,7	0,7	0,6	0,9	0,7	0,9	0,7	0,9	1,1	1,2	1,0
Наркоманія	0,2	1,6	1,0	0,9	0,6	0,9	0,5	1,0	1,2	2,2	2,7	1,4*
ВЛ/СНІД	0,2	0,6	0,7	0,5	0,5	0,5	0,3	1,0	1,2	2,2	2,9	1,4*
Цироз печінки	0,3	0,3	0,6	0,3	1,1	0,5	0,6	0,3	0,5	0,7	0,7	0,6
Сифіліс	-	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,4	0,6	0,7	1,1	0,7
Вади серця	-	-	-	0,5	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,6	0,5	0,4*

Примітка: \* – достовірна різниця між сумарними показниками у двох групах ( $p < 0,05-0,001$ ).

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на всебічний аналіз ефективності лікування хворих на ВДТБЛ у поєднанні із супутньою серцево-судинною патологією.

**Список літератури**

1. *Ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз та чинники, які погіршують її в сучасних умовах* [Текст] / В. М. Мельник, І. О. Новожилова, В. Г. Матусевич, Л. В. Ареф'єва // Український пульмонологічний журнал. – 2008. – № 2. – С. 55-59.
2. *Корнага, С. І.* Стан гемодинаміки і функції міокарда у хворих на туберкульоз легень в процесі антимікобактеріальної терапії: клінічне значення та методи корекції: автореф. дис... д-ра.мед.н.:14.01.26 / С. І. Корнага – К., 2012 – 30 с.
3. *Нові випадки туберкульозу легень: результати лікування, чинники недостатньої ефективності* / Ю. І. Феценко, В. М. Петренко, С. О. Черенько [та ін.] // Журн. АМН України. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 567-577.
4. *Пульмонологія та фтизіатрія: [Підр. у 2-х т.] / за ред. Ю. І. Феценка, В. П. Мельника, І. Г. Ільницького.* – К., – Л.: Атлас, 2009. – 1336 с.
5. *Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing* [Text]. – Geneva : WHO, 2007. – P. 231-233. – (WHO report 2007.).
6. *Empiric treatment of community acquired pneumonia and the development of fluorquinolone resistant tuberculosis* [Text] / R. Long, H. Chong, V. Hoepfner [et al.] // Clinical Infectious Diseases. – 2009. – Vol. 48, № 10. – P. 1354-1360.

**СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ОБЛАСТНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ**

*С.И. Корнага* (Тернополь)

В статье приведены данные о структурной динамике больных в областном противотуберкулезном диспансере за последнее десятилетие.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** туберкулез легких, осложнения, сопутствующие заболевания.

**STRUCTURAL CHANGES IN REGIONAL TB DISPENSARY FOR LAST 10 YEARS**

*S. I. Kornaha* (Ternopil)

The article presents data on structural dynamics in regional TB dispensary in the last decade.

**KEY WORDS:** pulmonary tuberculosis, complications, comorbidities.

Рукопис надійшов до редакції 09.11.2012  
Рецензент: д.мед.н., проф. І.Т. П'ятночка

УДК: 616.12-008.313.2

С.М. МАСЛІЙ (Рівне)

## ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВУ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ

Рівненська обласна клінічна лікарня

Вивчено можливі чинники рецидиву аритмії і стабільності синусового ритму у хворих на фібриляцію передсердь в умовах коморбідності (післяінфарктний кардіосклероз, артеріальна гіпертензія, ХОЗЛ).

Установлено, що найбільшу предикторну цінність для прогнозування розвитку фібриляції передсердь та її рецидивів мають функціональні показники кардіореспіраторної системи (функціональний клас NYHA, пікова швидкість видиху) у поєднанні із морфометричними змінами правого шлуночка за даними ехокардіоскопії.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** порушення серцевого ритму, фібриляція передсердь, рецидив, коморбідність.

У 2011 році, згідно з даними офіційної статистики, в Україні померло понад 440 тисяч осіб від серцево-судинних захворювань, що становить 66,3 % у загальній структурі смертності [1]. Біля 60 % випадків раптової серцевої смерті пов'язані з порушенням серцевого ритму, що доведено популяційними дослідженнями в країнах Західної Європи і США [6;7]. Тому існує нагальна потреба в покращенні якості кардіологічної медичної допомоги, особливо пацієнтам із порушеннями ритму серця.

Найбільш поширеним порушенням ритму в клінічній практиці є фібриляція передсердь (ФП) [2]. В Україні нараховується понад 1,5 млн хворих на ФП, а за останні 25 років її поширеність в українській популяції збільшилась у 6 разів [4;5]. Незважаючи на проведення численних наукових досліджень, у питаннях причин виникнення фібриляції передсердь, особливостей її перебігу, ускладнень, тактики ведення хворих мають місце ряд вагомих організаційних, методичних і медичних проблем, які вимагають наступної розробки і вирішення. Прогнозування рецидивів ФП є актуальною проблемою аритмології, розв'язання якої дозволило б суттєво вплинути на поліпшення результатів лікування даного контингенту хворих.

**Мета дослідження:** визначити можливі чинники рецидиву аритмії і стабільності синусового ритму у хворих на ФП, яка розвинулась на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС) у поєднанні із артеріальною гіпертензією (АГ) і хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

**Матеріали і методи.** Для статистичного аналізу залучено усіх пацієнтів з порушеннями ритму, які були госпіталізовані у відділення лікування складних порушень серцевого ритму та ендovasкулярної рентген-хірургії Рівненської обласної клінічної лікарні у період із 2008 по 2011 рр. ФП встановлено у 674 пацієнтів, віком від 18 до 83 років, з них – у 443 чоловіків (65,69 %) і 231 жінки

(34,31 %). Діагноз ФП верифікували за клінічними даними (нерегулярний пульс і «абсолютна» аритмія при аускультатії серця), які остаточно підтверджувалися характерними змінами на ЕКГ. Згідно з класифікацією [2], пацієнтів ділили на групи за типом аритмії на пароксизмальну, персистуючу і постійну ФП.

На усіх хворих було заведено стандартизовані карти обстеження, які включали паспортну частину, професійний маршрут, антропометричні дані, основні фактори ризику атеросклерозу, наявність ІХС, артеріальної гіпертензії (АГ), ХОЗЛ, цукрового діабету, деталізовану клінічну характеристику епізоду ФП, визначення ризику тромбоемболії за шкалою CHADS<sub>2</sub>, ускладнення, лабораторні та інструментальні дані (ЕКГ, ехокардіоскопія, рентгенографія органів грудної клітки, добуве моніторування ЕКГ, показники варіабельності ритму серця (ВРС), лікування.

Для накопичення первинної бази даних використовувались електронні таблиці Microsoft Excel (5.0). Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою програм SPSS® v.13.0. Standart Version (SPSS Inc.) та Statistica® Version 6. (StatSoft, Inc., США). Критичний рівень значущості (p) при перевірці статистичних даних приймали меншим 0,05. Незалежні провісники серцево-судинних подій визначали за допомогою одно- і багатофакторного регресійного аналізу шляхом створення моделей інтенсивних пропорційностей Кокса (Cox) з покроковим зворотнім вилученням показників. Порогове значення p для включення показника в модель становило 0,05, для вилучення з моделі – 0,10. Результати представлені як співвідношення шансів (СШ), 95 % довірчий інтервал (ДІ).

### Результати дослідження та їх обговорення.

Проведений нами попередньо аналіз можливих провокуючих чинників виникнення пароксизму ФП не дав однозначної відповіді, що зумовлено клінічною гетерогенністю хворих на ФП [3]. Зва-

жаючи на особливості вітчизняної структури клінічних діагнозів, провести істинний статистичний аналіз та оцінити етіологічно ФП (від ідіопатичної до симптоматичної) досить проблематично. Так, за даними анамнезу, динамічного спостереження, медичної документації у хворих з ФП як ведучі захворювання домінували ІХС (15,74 %) та ІХС і гіпертонічна хвороба (57,41 %), у 6,48 % діагностовано захворювання щитовидної залози, у 5,56 % – вади серця. Тому для формування однорідних за етіологічним чинником груп були відібрані пацієнти, яким було верифіковано діагноз інфаркту міокарда (ІМ).

Для оцінки можливого прогностичного значення низки факторів запуску аритмії проведено кореляційний аналіз отриманих різноманітних показників у процесі виконання роботи. Загалом, у хворих на ІМ, післяінфарктний кардіосклероз і ФП (найчисельніша статистична група, яка оцінювалась ретроспективно за 3-5 років) встанов-

лено кореляційний зв'язок між індексом Кетле і усіма зафіксованими в катанезі несприятливими подіями ( $r=0,567$ ,  $p=0,046$ ), проте не підтверджено у цих хворих впливу ожиріння безпосередньо на серцево-судинні події і смертність. Виявлено також граничні кореляційні зв'язки у цієї когорти хворих між наявністю АГ і усіма несприятливими подіями ( $r=0,597$ ,  $p=0,049$ ), а також смертністю ( $r=0,577$ ,  $p=0,050$ ).

Далі було проведено порівняльне вивчення в динаміці клініко-лабораторних і морфофункціональних показників серця у хворих з стійким синусовим ритмом упродовж 6-12 місяців після його відновлення (1 група,  $n=13$ ) і у хворих з рецидивною ФП (2 група,  $n=17$ ) для ідентифікації можливих чинників рецидиву аритмії з метою їх включення в багатофакторну прогностичну модель. Результати спареного t-тесту в досліджуваних групах в динаміці спостереження до року представлені в таблиці.

Таблиця. Клініко-лабораторні показники в динаміці залежно від характеру ритму ( $M \pm m$ )

Показник	Група	1 візит (стаціонар)	2 візит (6 міс.)	3 візит (12 міс.)
Індекс маси тіла, кг/м <sup>2</sup>	1	30,55±1,57	30,58±1,52	30,74±1,84
	2	30,84±1,49	30,64±1,45	30,87±1,25
Середньодинамічний АТ, мм рт.ст	1	107,52±6,23	101,01±8,36	103,70±8,52
	2	108,42±7,47	109,04±4,44	111,65±7,75
Функціональний клас (NYHA)	1	2,88±0,14	2,58±0,19	2,50±0,19 <sup>1</sup>
	2	2,33±0,12	2,50±0,15	2,75±0,16
Загальний білірубін, ммоль/л	1	17,75±1,83	13,68±0,63 <sup>1</sup>	15,33±1,62
	2	15,66±1,35	15,82±1,39	18,99±2,34
Креатинін, ммоль/л	1	92,73±5,84	85,82±5,64	73,00±6,82 <sup>1</sup>
	2	73,82±3,36	79,41±5,45	89,11±6,33 <sup>1</sup>
АСТ, од./л	1	29,33±2,67	26,92±2,07	25,83±2,12
	2	39,13±7,27	30,75±2,93	31,71±4,31
АЛТ, од./л	1	33,45±4,23	28,91±2,75	28,67±4,84
	2	42,59±5,03	36,35±5,98	37,75±5,62
Калій, ммоль/л	1	4,73±0,15	4,66±0,10	4,58±0,20
	2	4,90±0,15	4,68±0,18	4,35±0,13 <sup>1</sup>
Кальцій, ммоль/л	1	2,36±0,03	2,25±0,06	2,23±0,04 <sup>1</sup>
	2	2,27±0,03	2,35±0,05	2,36±0,03 <sup>1</sup>
Холестерин, ммоль/л	1	6,09±0,52	5,63±0,37	5,90±0,50
	2	5,40±0,30	5,43±0,28	5,43±0,40
Тригліцериди, ммоль/л	1	1,51±0,12	1,38±0,18	1,23±0,17
	2	1,24±0,12	1,21±0,13	1,28±0,14

Примітка. <sup>1</sup> – різниця показників у порівнянні з вихідними достовірна

Як видно з представлених у таблиці даних, в обох групах спостереження зберігався вплив таких факторів ризику, як ожиріння і гіперхолестеринемія, не встановлено адекватного контролю над рівнем АТ. Проте характер ритму виявив вплив на функціональний стан серцево-судинної системи і ряд біохімічних показників крові. Уже

при першому контрольному обстеженні (2 візит) після стабілізації ритму спостерігали суттєву позитивну динаміку загального білірубіну ( $p=0,023$ ). На фоні тенденції до поступового поліпшення функціонального класу (ФК) серцевої недостатності у хворих із стійким синусним ритмом, при збереженні персистуючої форми ФП цей показ-



ник достовірно погіршувався. Відповідно до змін функціонального стану гемодинаміки, протилежною виявилась динаміка креатиніну крові зі зниженням його в першій групі ( $p=0,043$ ) і відносним підвищенням у другій ( $p=0,003$ ). При завершальному обстеженні у хворих другої групи спостерігали також зниження в динаміці калію крові ( $p=0,002$ ) і підвищення концентрації кальцію ( $p=0,038$ ). Цікаво, що у хворих першої групи кальцій крові навпаки відносно знижувався ( $p=0,018$ ), а показники калію достовірно не змінювались.

У процесі динамічного спостереження виявлено особливості морфофункціонального моделювання камер серця і міокарда (рис. 1, 2).

Поверхнева візуальна оцінка дозволяє помітити дві супротивні тенденції в процесах ремоделювання серця залежно від характеру його ритму. Як видно з рис. 1, у хворих 1 групи після стійкого відновлення синусового ритму відбувається регрес дилатації лівого передсердя. Подібні зміни, але більш суттєві ( $p=0,023$ ), відбуваються у лівому шлуночку, причому як за рахунок діастолічного розміру (рис. 2), так і за рахунок кінцевого систолічного розміру, який в абсолютних значеннях зменшувався з  $(4,29 \pm 0,15)$  до  $(4,03 \pm 0,14)$  см,  $p=0,044$ . У хворих 2 групи, навпаки, поступово прогресувала атріомегалія і дилатація лівого шлуночка, хоча ці зміни не сягнули статистично значущої різниці.

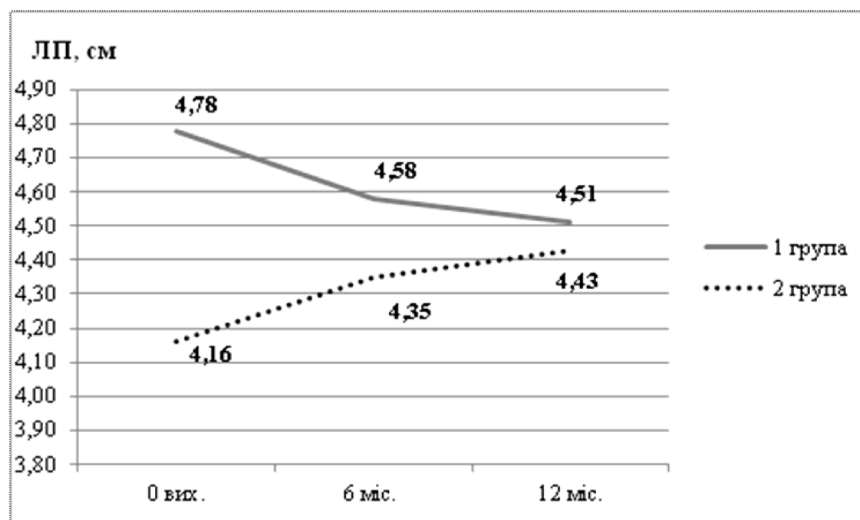


Рис. 1. Динаміка розміру лівого передсердя залежно від тривалості синусового ритму

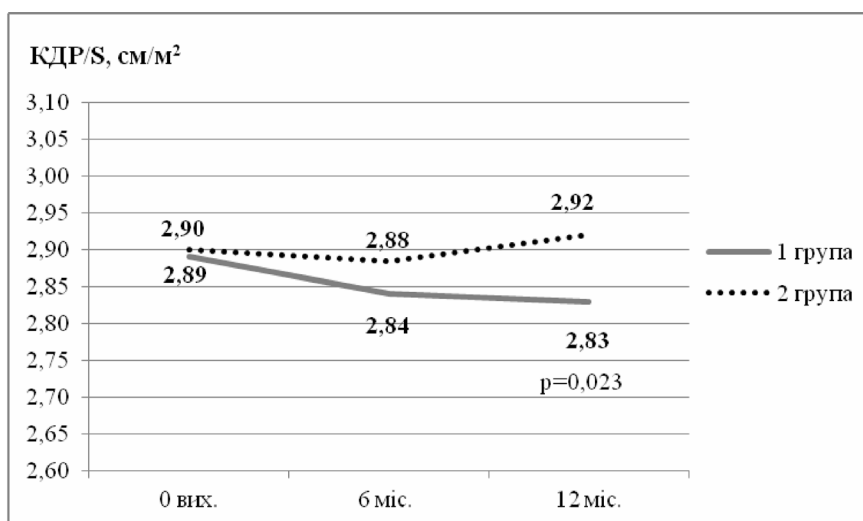


Рис. 2. Динаміка кінцевого діастолічного розміру лівого шлуночка, індексованого до площі тіла залежно від тривалості синусового ритму

Позитивна достовірна динаміка морфометричних характеристик порожнин серця супроводжувалась покращенням функціонального стану міокарда: збільшенням ступеня систолічного укорочення міокарда з  $(28,23 \pm 2,47)$  до  $(32,42 \pm 2,38)$  %,  $p=0,047$ ,

та фракції викиду лівого шлуночка (рис. 3), що за клінічними показниками, поданими вище, відповідало поліпшенню функціонального класу серцевої недостатності.

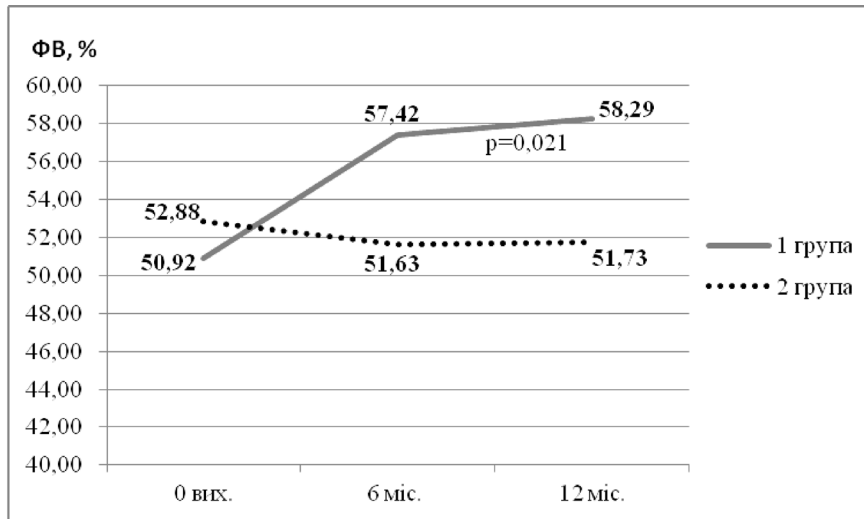


Рис. 3. Динаміка фракції викиду лівого шлуночка залежно від тривалості синусового ритму

Негативні тенденції в морфофункціональному ремоделюванні серця з відсутністю розвитку компенсаторної гіпертрофії на тлі неконтрольованої АГ, можливо, є проявом формування аритмогенної кардіопатії у хворих 2 групи. У той же час недостатній рівень контролю АГ у хворих 1 групи на фоні покращення скоротливості міокарда супроводжувався достовірними збільшенням товщини стінок міокарда та зростанням індекса маси міокарда лівого шлуночка ( $p=0,045$ ).

Підтвердженням позитивних клініко-функціональних змін на фоні стабільного синусового ритму стало покращення характеристик загальної варіабельності серцевого ритму, зокрема збільшення показника SDNN з ( $122,50 \pm 17,47$ ) до ( $177,50 \pm 22,50$ ),  $p=0,001$ .

Незалежні провісники рецидиву ФП визначено за допомогою одно- і багатофакторного регресійного аналізу шляхом створення моделей інтенсивних пропорційностей Кокса для хворих на ІМ і супутній ХОЗЛ. Багатофакторна модель рецидиву ФП була достовірною ( $\chi^2=25,38$ ,  $p<0,001$ ), а найбільшу предикторну цінність для

прогнозування розвитку ФП і її рецидивів виявили такі показники кардіореспіраторної системи, як ФК серцевої недостатності (СШ 2,39; 1,30-4,48 95 % ДІ), пікова швидкість видиху (СШ 1,03; 1,00-1,03 95 % ДІ), збільшення розмірів правого шлуночка (СШ 6,08; 1,69-28,02 95 % ДІ) та зниження фракції викиду (СШ 0,92; 0,87-0,98 95 % ДІ).

#### Висновки

Для коморбідної патології (інфаркт міокарда і ХОЗЛ, незалежно від наявності супутньої артеріальної гіпертензії) найбільшу предикторну цінність для прогнозування розвитку фібриляції передсердь та її рецидивів мають функціональні показники кардіореспіраторної системи (функціональний клас NYHA, пікова швидкість видиху) у поєднанні із морфометричними змінами правого шлуночка за даними ехокардіоскопії.

**Перспективи подальших досліджень.** Розробка прогностичних моделей стабільності ритму для етіологічно гетерогенних форм фібриляції передсердь дозволить поступово перейти від стандартизованих протокольних схем лікування до індивідуалізованих програм терапії.

#### Список літератури

1. Богатирьова Р. Серцево-судинні захворювання – бич сучасного суспільства / Р. Богатирьова // Ваше здоров'я. – 2012. – № 38-39 (1166-1167). – С. 2.
2. Діагностика та лікування фібриляції передсердь. Рекомендації робочої групи по порушеннях серцевого ритму Асоціації кардіологів України. – К., 2011. – 159 с.
3. Маслій С. М. Клінічний «портрет» хворого з фібриляцією передсердь / С. М. Маслій // Вісн. наук. досліджень. – 2012. – №2. – С.110-112.
4. Срібна О. В. Епідеміологічний аналіз поширеності фібриляції передсердь у міській неорганізованій популяції / О. В. Срібна // Здоров'я України. – 2006. – № 21. – С. 16.
5. Срібна О. В. Поширеність порушень ритму та провідності серед сільського населення України / О. В. Срібна, І. М. Горбась. // Укр. кардіологічний журн. – 2008. – № 2. – С. 89–94.
6. Heeringa J. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study / J. Heeringa, D. A. van der Kuip, A. Hofman [et al.] // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 949–953
7. Naccarelli G. V Increasing prevalence of atrial fibrillation and flutter in the United States / G. V. Naccarelli, H. Varker, J. Lin // Am. J. Cardiol. – 2009. – Vol. 104. – P. 1534–1539.

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ**

*С.М. Маслий (Ривне)*

Изучены возможные факторы риска рецидива аритмии и стабильности синусового ритма у больных с фибрилляцией предсердий в условиях коморбидности (постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертензия, ХОЗЛ).

Установлено что наибольшую предикторную ценность для прогнозирования развития фибрилляции предсердий и ее рецидивов имеют функциональные показатели кардиореспираторной системы (функциональный класс NYHA, пиковая скорость выдоха) в сочетании с морфометрическими изменениями правого желудочка по данным эхокардиоскопии.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** нарушение сердечного ритма, фибрилляция предсердий, рецидив, коморбидность.

## **PROGNOSTICATION OF RELAPSE OF ATRIAL FIBRILLATION IN THE CONDITIONS OF COMORBIDITY**

*S.M. Masliy (Rivne)*

The possible factors of relapse of arrhythmia and stability of sinus rhythm are studied in patients with atrial fibrillation in the conditions of comorbidity (postinfarction cardiosclerosis, hypertension, COPD).

It was proved, that the most prognostication value for prognosis of development of atrial fibrillation and its relapses have the functional indices of the cardiorespiratory system (functional class of NYHA, speed of spades of exhalation) in combination with the morphometric changes of the right ventricle.

**KEY WORDS:** disorder of cardiac rhythm, atrial fibrillation, relapse, comorbidity.

Рукопис надійшов до редакції 05.11.2012  
*Рецензент:* д.мед.н., проф. О.М. Голяченко

Ю.М. ФУТУЙМА (Тернопіль)

## ОСОБЛИВОСТІ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВИХ ВИРАЗОК

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Вивчення результатів денситометричного обстеження у віддаленому періоді після різного виду резекцій шлунка з приводу власне шлункових виразок (Johnson I) здійснено у 138 пацієнтів. Дослідження вказують на залежність розвитку вторинної остеопенії та остеопорозу від виконаного методу оперативного лікування виразкової хвороби, що має місце у 58,7% оперованих хворих.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** виразкова хвороба шлунка, денситометрія, мінеральна щільність кісткової тканини.

В останні десятиліття медицина приділяє велику увагу проблемі остеопорозу. На сучасному етапі остеопороз розглядається не тільки як системне метаболічне захворювання скелету, що характеризується зменшенням кісткової маси та низькою густиною кістки, але і як гетерогенне захворювання поліетіологічної природи, що потребує інтенсифікації досліджень щодо його етіології та патогенезу при інших системних захворюваннях [3;8;9]. У публікаціях останніх років є дані про розвиток цього тихого, але підступного захворювання при виразковій хворобі гастродуоденальної зони [1;2;4;5;6]. Нас цікавить проблема вторинного розвитку остеопорозу у віддаленому періоді після хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка (ВХШ) (Johnson I).

**Мета роботи:** вивчити залежність змін кісткової тканини від методу оперативного лікування шлункових виразок у віддаленому періоді.

**Матеріали і методи.** Дослідження виконали 138 пацієнтам, вік яких коливався в межах 30–76 років (середній вік –  $(55,97 \pm 1,01)$  року) через 5–18 років після оперативного втручання. Чоловіків було 103 (74,6%), жінок – 35 (25,4%).

Обстежуваних розподілено на 3 групи за виконаним методом хірургічної корекції шлункових виразок: першу групу склали 44 (31,9%) хворих, яким виконано СПВ з прицільною резекцією ішемічного сегменту шлунка (ПРІС) за Л.Я. Ковальчуком; другу – 49 (35,5%) пацієнтів після резекції за Більрот-I; третю – 45 (32,6%) осіб після резекції за Більрот-II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера.

Обстеження хребців поперекової ділянки хребта проводили за допомогою рентгенівського денситометра DPX-A фірми „Lunar corporation” (США) у консультативно-лікувальному центрі ДВНЗ „Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського” [3;7].

© Ю.М. Футуйма, 2012

### Результати дослідження та їх обговорення.

Дослідження стану мінералізації кістки залежно від методу хірургічного лікування ВХШ показано на рисунку.

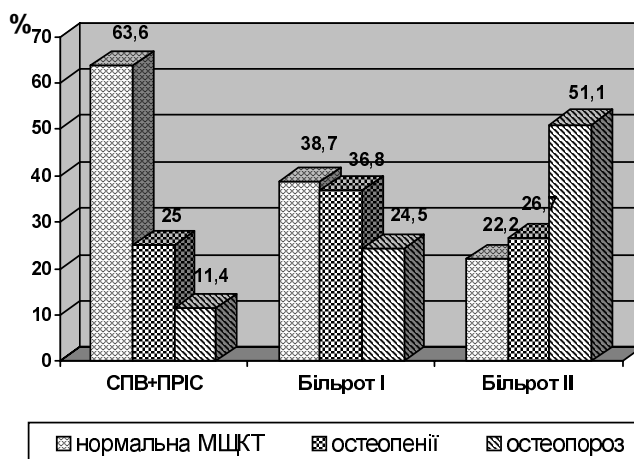


Рис. Стан МЦКТ після хірургічного лікування ВХШ

Так, у оперованих органощадним методом ПРІСШ переважали нормальні показники мінералізації кісткової тканини (КТ) – у 28 (63,6%), остеопенії I-III ступеня зустрічалися у 11 (25%), остеопороз – у 5 (11,4%) осіб. Однак показники помітно змінюються при майже однаковій кількості осіб у групах. Після резекції за Більрот-I мінеральна щільність кісткової тканини (МЦКТ) в нормі виявлена у 19 (38,7%) пацієнтів, остеопенії – у 18 (36,8%) та остеопороз – у 12 (24,5%) обстежених цієї групи. Зниження МЦКТ після резекції за Більрот-II навпаки було на першому місці; остеопороз відмічали у 23 хворих, що становить 51,1%, різного ступеня остеопенії – у 12 (26,7%), а збережена мінералізація виявлялася рідше – у 10 (22,2%) випадках.

Детальну картину змін КТ можна уявити, розглянувши кожний показник окремо. Аналіз показ-

ника BMD (це МЩКТ, виражена в г/см<sup>2</sup> проєкційної густини) виявив зменшення насиченості кістки мінералами залежно від стану кісткового обміну у всіх без винятку післяопераційних групах. З таблиці 1 видно, що при нормальній МЩКТ мінеральна насиченість хребців в ділянці L<sub>1</sub>-L<sub>4</sub> достовірно перевищує значення цих показників при остеопенії та остеопорозі.

У всіх групах показник достовірності правдивий (p<0,001), порівнюючи середні значення при остеопенії щодо норми. А достовірне зниження показників при остеопорозі відносно остеопенії характеризує важчі зміни у мінеральному обміні кісток у цих хворих щодо норми.

Крім того, якщо достовірна різниця між показниками остеопенії та остеопорозу становить p<0,05 після ПРІСШ, то після резекцій за першим і другим методами Більрота – p<0,001, що вказує на важчий перебіг цього захворювання у даній категорії післяопераційних хворих. Порівнюючи результати між органощадним та резекційними методами, слід зазначити, що вже у

пацієнтів з нормальною МЩКТ відмічаються нижчі значення цього показника (p<0,05) після операції за Більрот-II порівняно з ПРІСШ; те саме спостерігається і в групі осіб з остеопорозом, однак зміни між ними недостовірні (p>0,05).

Оцінка середніх значень показників відносно молодих осіб 20–45 років (табл. 2) теж показала достовірну різницю між нормальною МЩКТ і станами остеопенії та остеопорозу в усіх групах з більшою відмінністю після резекцій Більрота, на що вказують як відсотковий показник, так і стандартизований показник T. Якщо дефіцит МЩКТ в 1-й групі з остеопорозом становить 28,6%, T-рахунок – (-2,84±0,27), а в 2-й – 30,42% й (-3,08±0,18), то вже в третій – 32,57% та (-3,27±0,17), що свідчить про більш виражену остеодистрофію та важчий перебіг даного захворювання.

Така різниця відмічена з достовірністю p<0,01 у підгрупі з нормальною МЩКТ, що також вказує на граничний рівень норми в осіб після Більрот II порівняно з ПРІСШ.

Таблиця 1. Мінеральна густина кісткової тканини (BMD) в ділянці L<sub>1</sub>-L<sub>4</sub> оперованих пацієнтів залежно від ступеня остеопенічного синдрому, г/см<sup>2</sup>

Стан МЩКТ	Метод оперативного лікування					
	ПРІСШ		Більрот-I		Більрот-II	
	n	M±m	n	M±m	n	M±m
Нормальна	28	1,191±0,015	19	1,226±0,019	10	1,140±0,013 *
Остеопенії	11	0,990±0,020 <sup>x</sup>	18	1,023±0,013 <sup>x</sup>	12	1,000±0,010 <sup>x</sup>
Остеопороз	5	0,867±0,039 <sup>+</sup>	12	0,838±0,021 <sup>++</sup>	23	0,815±0,021 <sup>++</sup>

Примітки: 1. \* – p<0,05 – достовірність показників порівняно з першою групою.

2. <sup>x</sup> – p<0,001 – достовірність показників порівняно з нормальною МЩКТ в своїй групі.

3. <sup>+</sup> – p<0,05; <sup>++</sup> p<0,001 – достовірність показників порівняно з остеопеніями в своїй групі.

Таблиця 2. МЩКТ в ділянці L<sub>1</sub>-L<sub>4</sub> оперованих пацієнтів відносно молодих осіб (Young adult %, T)

Стан МЩКТ	ПРІСШ		Більрот-I		Більрот-II	
	YA,%	T	YA,%	T	YA,%	T
Нормальна	98,78±1,14	-0,11±0,11	101,57±1,55	0,005±0,15	94,2±0,87 *	-0,58±0,08 *
Остеопенії	82,00±1,67 <sup>x</sup>	-1,82±0,16 <sup>x</sup>	84,88±0,92 <sup>x</sup>	-1,5±0,08 <sup>x</sup>	82,75±0,88 <sup>x</sup>	-1,74±0,09 <sup>x</sup>
Остеопороз	71,4±2,92 <sup>+</sup>	-2,84±0,27 <sup>+</sup>	69,58±1,88 <sup>++</sup>	-3,08±0,18 <sup>++</sup>	67,43±1,69 <sup>++</sup>	-3,27±0,17 <sup>++</sup>

Примітки: 1. \* – p<0,01 – достовірність показників порівняно з першою групою.

2. <sup>x</sup> – p<0,001 – достовірність показників порівняно з нормальною МЩКТ.

3. <sup>+</sup> – p<0,01; <sup>++</sup> p<0,001 – достовірність показників порівняно з остеопеніями.

### Висновки

1. Денситометричні дослідження вказують на розвиток остеопенічного синдрому у всіх без винятку оперованих на шлунку пацієнтів.

2. Зниження мінеральної густини кісткової тканини у кожній окремій групі вказує на більшу втрату маси кістки після резекційних методів

хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка порівняно з органощадним методом СПВ + ПРІСШ за Л.Я. Ковальчуком.

3. Дані дослідження вказують на необхідність включення в алгоритм післяопераційного спостереження таких пацієнтів профілактичних заходів



з метою попередження остеопорозу шляхом призначення вітаміно-кальцієвмісних препаратів.

#### **Перспективи подальших досліджень.**

Проведені дослідження в даній області хірургії

вказують на подальшу потребу моніторингу кісткового обміну у вказаній категорії хворих з метою попередження грізних ускладнень остеопорозу, а саме – переломів.

#### **Список літератури**

1. Беденюк А.Д. Оцінка стану кісткової тканини після хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки / А.Д. Беденюк // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 4. – С. 34 – 36.
2. Казимирко В.К. Остеопороз: патогенез, клініка, профілактика и лечение / В.К. Казимирко, В.Н. Коваленко, В.И. Мальцев – 2-ге вид., стереотип. – К.: МОПІОН, 2006. – 160 с.
3. Проблеми остеопорозу / за ред. проф. Л.Я. Ковальчука – Тернопіль: Укрмедкнига. 2002. – 446 с.
4. Рузібаєв Р.Ю. Мінеральна щільність кісткової тканини після органозберігаючих і органощадних операцій на шлунку та дванадцятипалій кишці з приводу виразкової хвороби у віддаленому періоді / Р. Ю. Рузібаєв // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 3. – С. 62–64.
5. Рузібаєв Р.Ю. Ризик переломів кісток у пацієнтів, що перенесли хірургічне лікування виразкової хвороби гастродуоденальної зони / Р. Ю. Рузібаєв // Наук. вісн. Ужгородського уні-ту., – 2005. – Вип. 25. – С. 140–144 (Серія: Медицина).
6. Рузібаєв Р.Ю. Ефективність застосування кальцій-D<sub>3</sub> нікомеду при вторинному остеодифіциті у пацієнтів після хірургічного лікування виразкової хвороби / Р. Ю. Рузібаєв // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2006. – № 2 (6). – С. 95–98.
7. Чернова Т.О. Визуализация и количественный анализ при остеопорозе и остеомалации / Т.О. Чернова // Мед. визуализация. – 2005. – № 1. – С. 111-121.
8. Johnel O. // Am. J. Med. – 1997. – Vol. 18, №8. – P. 20-25.
9. Ray N.F., Chan I.K., Thamer M., Melton L.J. // J. Bone Miner. Res. – 1997. – Vol 12, №1. – P. 83-89.

#### **ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНЫХ ЯЗВ**

Ю.М. Футуйма (Тернополь)

Изучение результатов денситометрического исследования в отдаленном периоде после разного вида резекций желудка по поводу истинных желудочных язв (Johnson I) произведено у 138 пациентов. Исследования указывают на зависимость развития вторичной остеопении и остеопороза от метода оперативного лечения язвенной болезни, что имеет место у 58,7% оперированных больных.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** язвенная болезнь желудка, денситометрия, минеральная плотность костной ткани.

#### **THE PECULIARITIES OF BONE MINERAL DENSITY IN THE REMOTE PERIOD AFTER THE SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC ULCERS**

Yu. M. Futuyma (Ternopil)

The study of results of densitometric examination in the remote period after various types of gastric resections because of actual gastric ulcers (Johnson I) performed in 138 patients. Studies indicate the dependence of the secondary osteopenia and osteoporosis of the executed method of surgical treatment of ulcer disease, which occurs in 58,7 % of operated patients.

**KEY WORDS:** gastric ulcer, densitometry, bone mineral density.

Рукопис надійшов до редакції 30.10.2012

Рецензент: д.мед.наук, проф. Дзюбановський І.Я.

Д.Д. ДЯЧУК (Київ)

## КОНЦЕПТУАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТА ПОБУДОВА МОДЕЛІ СТІЬКОГО ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

У статті викладено досвід наукового обґрунтування та розробки моделі стійкого удосконалення організаційного розвитку закладу охорони здоров'я. Модель гармонізована із загальноновизнаними підходами – моделлю Європейського фонду управління якістю EFQM та діагностичної самооцінки Т. Конті. Впровадження моделі сприяє виконанню основних місій закладу охорони здоров'я, поліпшенню показників роботи, оптимізації використання ресурсів.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** модель удосконалення діяльності, менеджмент якості, організаційний розвиток.

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України відбувається реформування галузі, яке торкається усіх ланок, складових та елементів системи, включаючи окремі заклади охорони здоров'я (ЗОЗ). Успішність майбутнього медичної установи залежить від її здатності ефективно функціонувати у нових умовах, управляти організаційними змінами.

Одним з підходів управління змінами є організаційний розвиток ЗОЗ. Медична організація є відкритою системою, і можливості її розвитку визначають чотири системоутворюючі чинники: 1) цілі та інтереси лідерів – керівників закладу; 2) цілі та інтереси персоналу; 3) вимоги та обмеження, що задаються технологіями і характеристиками медичного обслуговування; 4) вимоги середовища: економічні, політичні, соціальні тощо. Усі вищезазначені цілі та вимоги мають різну основу, між ними, як правило, виникають протиріччя, які й зумовлюють необхідність змін.

Управління організаційними змінами повинне ґрунтуватися на інноваційних методах менеджменту, реінжинірингу (reengineering) – реструктуризації всієї організації та її процесів та удосконаленні організаційного розвитку ЗОЗ.

Організаційний розвиток неможливий без системного виміру діяльності ЗОЗ. Таке вимірювання повинне оцінювати основні процеси у діяльності організації, надавати керівництву об'єктивні дані про її сильні та слабкі сторони, бути універсальним, ґрунтуватися на світових стандартах, дозволяти використовувати результати оцінки для постійного поліпшення діяльності.

Існуюча у лікувальних закладах традиційна система звітності та аналізу показників діяльності,

незважаючи на певні переваги (єдина програма, простота, дешевизна тощо), має ряд недоліків (низька оперативність, жорстка програма, фрагментарність тощо), які обумовлюють неможливість її використання для об'єктивної оцінки ефективності організаційного розвитку. Аналіз діяльності ЗОЗ, що проводиться з метою оцінки удосконалення діяльності, повинен проводитися не тільки на підставі існуючої статистичної документації, але й за допомогою спеціальних досліджень.

Актуальність цієї проблеми та відсутність єдиного підходу до удосконалення організаційного розвитку медичного закладу і розробленого на його основі відповідного інструментарію оцінок діяльності стали поштовхом для проведення даного дослідження.

**Метою дослідження** було проведення концептуального обґрунтування та побудова моделі стійкого удосконалення діяльності ЗОЗ для поліпшення управління його організаційним розвитком.

**Матеріали і методи.** Вивчалися дані доступних інформаційних ресурсів (публікації, мережа фактичних даних, Інтернет-ресурси фонду EFQM). Використані методи: бібліографічний, порівняльно-аналітичний та концептуального моделювання.

Базою для побудови моделі слугували зразки існуючих моделей ділової досконалості та самооцінки організацій, наявний позитивний досвід їх використання для удосконалення діяльності ЗОЗ.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Діяльність ЗОЗ, що націлена на забезпечення ефективності та якості медичної допомоги, неможлива без постійного удосконалення (поліпшення) роботи. Процес постійного покращення/вдосконалення (в англійській літературі: continual improvement process – постійний про-

цес поліпшення або continuous improvement process – безперервний процес вдосконалення, скорочено CIP або CI) – це безперервна діяльність щодо покращення продукції, послуг чи процесів. Така діяльність може передбачати поетапне вдосконалення з часом або «проривне» (суттєве, одномоментне) поліпшення. Процеси постійно оцінюються та покращуються з урахуванням їх ефективності, результативності та гнучкості.

В арсеналі сучасного менеджменту існує багато різних підходів, методів і моделей, використання яких здатне поліпшити процеси медичного обслуговування. Серед них: цикл Демінга–Шухарта PDCA (plan-do-check-action: плануй-виконуй-перевірйай-корегуй); безперервне поліпшення якості (continuous quality improvement – CQI); тотальне (загальне) управління якістю – (Total quality management – TQM); міжнародні стандарти ISO 9000; модель Європейського фонду управління якістю (European Foundation for Quality Management – модель EFQM); організаційна самооцінка (Organizational Self-Assessment); методики статистичного контролю якості (statistical process control SPC); підхід 6 сигм (Six Sigma та Lean Six Sigma); бенчмаркінг; реінжиніринг (EPR); система загального обслуговування устаткування (TPM); система «упорядкування» (5S); збалансована система показників (Balanced Score card – BSC); клінічний аудит; аудит зі зворотнім зв'язком тощо [2;3;5;6;8;9].

Серед різноманітних інноваційних технологій удосконалення діяльності найбільш всебічний аналіз надають моделі діагностичної самооцінки (модель Тіто Конті) та модель Європейського фонду управління якістю (EFQM). Деякі автори розглядають їх як різні варіації моделі самооцінки діяльності організацій [1;6;8].

Моделі ділової досконалості – ключова структура на допомогу організаціям для досягнення високої конкурентоспроможності і стабільного успіху. Їх використовують як діагностичний інструмент аналізу і контролю за станом «здоров'я» організації, спрямовану на пошук ділянок для поліпшення. Європейський фонд менеджменту якості вважає, що процес самооцінки є каталізатором для удосконалення. Завдяки цьому процесу організація значно краще збалансовує свої пріоритети, розподіляє ресурси і розробляє реалістичні плани. Процес самооцінки дозволяє організації чітко визначити її слабкі та сильні сторони і ланки, в яких можна зробити поліпшення, і досягти високих результатів в організованих заходах з удосконалення [3;5;6;8].

Використання моделей самооцінки передбачає проведення дослідження і вимірювання потужності управлінського потенціалу, оцінки ефективності управління ЗОЗ. Справжній показник ефективності моделей самооцінки – їх широке

використання як системи управління організацією на основі ключової дисципліни менеджменту – організаційної самооцінки [8].

Моделі самооцінки можливо використовувати у незмінному (авторському) вигляді або адаптувати та індивідуалізувати їх. Обидві точки зору мають право на існування, оскільки багато організацій, які застосовують модель з метою інкорпорувати системний підхід у практику управління, переक्रоюють модель з урахуванням своїх потреб і використовують її для діагностичної самооцінки. Уніфіковані моделі використовуються переважно з метою бенчмаркетингу – порівняння своїх показників та процесів із показниками та процесами інших організацій, в першу чергу лідерів у своїй галузі. Враховуючи те, що моделі самооцінки не отримали в охороні здоров'я суттєвого розповсюдження, завдання бенчмаркетингу на підставі проведення діагностичної самооцінки для ЛПЗ на даному етапі розвитку вітчизняної охорони здоров'я не є актуальним завданням.

Слід зазначити, що самі розробники регулярно переглядають свої моделі. Так, Тіто Конті назвав свою розробку моделлю третього покоління, а Європейський фонд управління якістю нещодавно завершив перегляд моделі досконалості EFQM, яка описує європейське бачення «ідеальної» організації, її підходів і результатів і презентувала її 10 жовтня 2012 року на форумі EFQM у Брюсселі.

За словами автора найсучаснішої моделі самооцінки Тіто Конті (2007 р.), систему управління якістю неможливо впровадити, її потрібно зростити [5], тобто самостійно, на рівні ЗОЗ, розробити і опрацювати.

Лікувальним закладам доцільніше використовувати адаптовану для кожної окремої медичної організації модель самооцінки, враховуючи її специфіку. Кожна організація унікальна і не схожа на іншу. Навряд чи знайдеться організація, яку можна повністю вписати у модель. Так, суттєво відрізняються моделі самооцінки для приватних та державних ЗОЗ, враховуючи їх різні стратегічні завдання. Для досягнення цілей приватному ЗОЗ належить вирішувати завдання підвищення конкурентоспроможності за рахунок підвищення самоолатності та рентабельності інвестицій, що дозволить частіше оновлювати медичне обладнання та залучати кваліфіковані медичні кадри. Для державних медичних закладів перше місце посідають соціально значущі цілі щодо підтримки та поліпшення здоров'я обслуговуваного населення.

На початку практики самооцінки найпростіше використовувати стандартну модель, в ситуації, коли система управління закладу стала зрілою, організація зможе сама для себе змінити модель під свою специфіку.

Враховуючі те, що основною метою розробки моделі самооцінки є стійке поліпшення діяльності (тобто самовдосконалення), та специфічну мету діяльності Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС), яка полягає не тільки у наданні медико-санітарної допомоги населенню,

але й у здійсненні прикладних наукових досліджень, розробці та впровадженні нових методів профілактики, діагностики та лікування захворювань тощо, розроблено власну концептуальну модель стійкого вдосконалення організаційного розвитку ЗОЗ (рис.). Опрацювання моделі проводилося на підставі класичних моделей самооцінки (моделі Т. Конті та моделі EFQM).

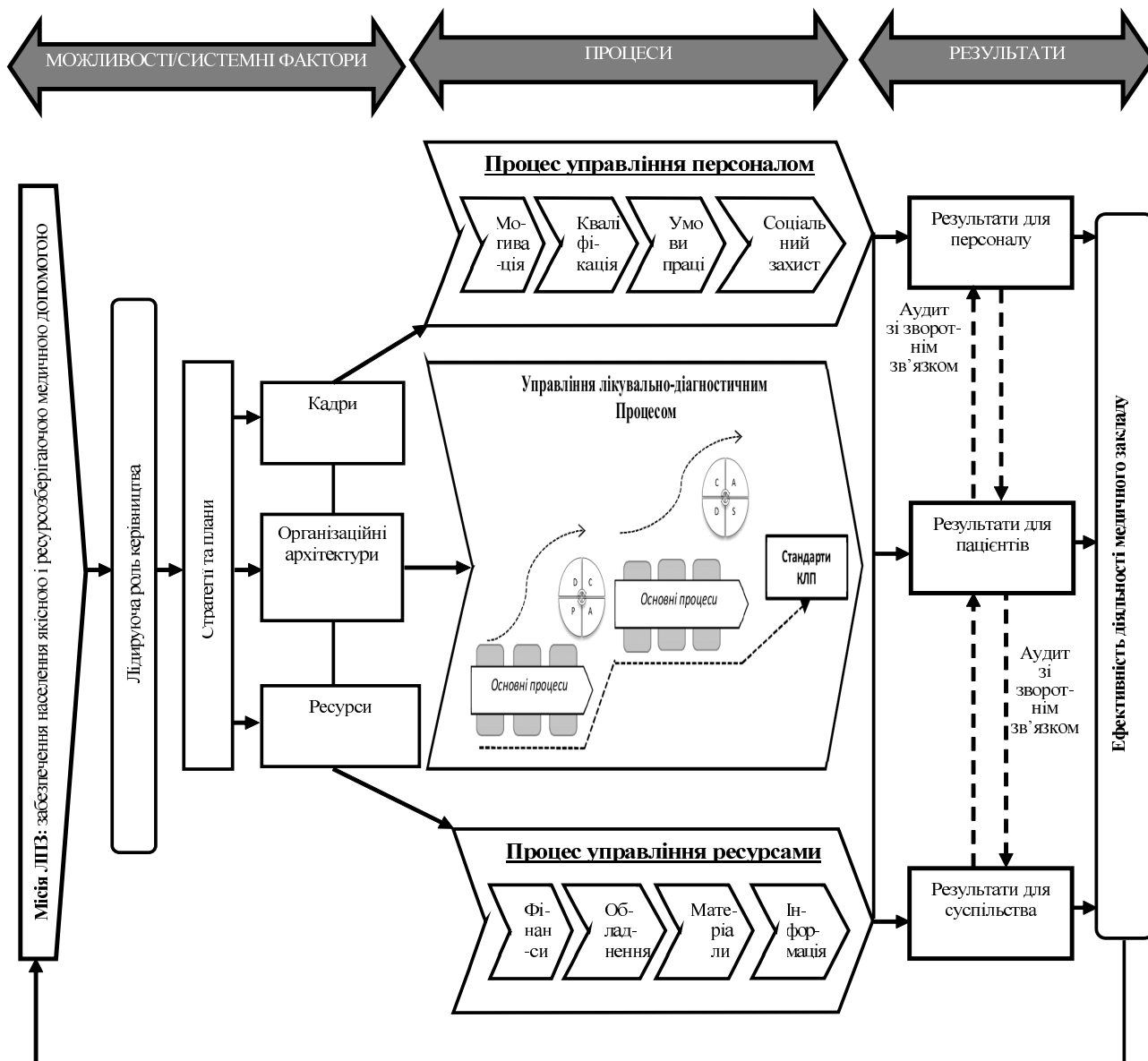


Рис. Концептуальна модель стійкого вдосконалення організаційного розвитку ЗОЗ

Модель складається із трьох основних блоків: системні фактори (можливості), процеси та результати. До блоку системних факторів віднесено: місію ЗОЗ, лідируючу роль керівника, стратегії та плани, кадри (персонал), інші (некадрові) ресурси та організаційні архітектури.

Ефективність, дієвість і гнучкість процесів у досягненні цілей залежать від широкого кола факторів, що утворюють систему організації. Виходячи з термінології забезпечення якості, їх можна вважати «системою якості». Інше позначення «си-

стемні фактори» у моделі EFQM називають «можливостями», підкреслюючи, що через них можливе поліпшення дієвості організації [5;7].

Пусковим критерієм моделі є **місія ЗОЗ**. Модель оцінки не можна побудувати доти, доки організація не визначить своєї місії. Саме щодо неї і пов'язаних з нею стратегічних завдань потрібно оцінювати діяльність медичного закладу.

У деяких моделях ділової досконалості місії не використовуються як критерій, в інших, наприклад у моделі Т. Конті, розташовані з іншого

боку. Ми вважаємо доцільним використовувати місію в якості пускового елемента моделі, а її розташування у нашій розробці не має принципового значення, оскільки в моделі є зворотний зв'язок від ефективності діяльності медичної організації до основної місії. Ефективність трактується як досягнення запланованого результату шляхом мінімального використання ресурсів [10]. Тобто якщо робота закладу неефективна, то він не виконує свою місію (не забезпечує населення якісною і ресурсозберігаючою медичною допомогою), і навпаки: ефективна діяльність – це успішне виконання стратегічних завдань і місії.

Основною місією діяльності ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС є забезпечення населення якісною і ресурсозберігаючою медичною допомогою. Якісне медичне обслуговування – результат багатьох факторів і, насамперед, технічної оснащеності, кваліфікації персоналу, технології надання медичної допомоги, результативності лікування тощо.

Виконуючи цю місію, ЗОЗ приділяє найбільшу увагу якості послуг, заданий рівень якої досягається управлінням процесами та їх результатами, змінами, знаннями і комунікаціями. Поліпшення діяльності найдоцільніше досягти шляхом отримання потрібного клінічного результату при оптимальному використанні ресурсів установи. Все це сприяє сталому розвитку ЗОЗ, підвищенню її ефективності та результативності діяльності [4].

В ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС місія отримує практичну реалізацію шляхом запровадження комплексної програми з підвищення якості надання медичної допомоги (2008–2012 рр.), яка передбачає адекватність, доступність, наступність, безперервність медичної допомоги, задоволення очікувань і потреб пацієнтів, стабільність процесу і результату, постійне вдосконалення та поліпшення медичного обслуговування.

Нова місія ЗОЗ пов'язана з реорганізацією у 2009 р. ДЗ «Клінічна поліклініка №1» ДУС у Державну наукову установу «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» і стосується профілактичного напрямку роботи: проведення фундаментальних і прикладних наукових досліджень у сфері профілактичної медицини, розробки та впровадження нових методів профілактики.

**З критерію «лідуюча роль керівництва (лідерство)»** розпочинається більшість моделей оцінки діяльності, включно з нашою. З рисунку видно, що лідерство – це двигун, який приводить у рух системні чинники і скеровує ЗОЗ через процеси до здійснення своєї місії.

Лідерство потрібно розглядати як «мотор» моделі. Від лідерів залежать сприйняття зовнішнім та внутрішнім оточенням самої організації, її місії та цінностей. Лідери повинні органі-

зовувати людей, залучати ресурси, управляти процесами заради задоволення потреб пацієнтів та інших заінтересованих сторін (працівників, органів управління охороною здоров'я, суспільства). Від лідерів також залежить формування потрібної мотивації у персоналу, роз'яснення йому значення місії закладу і виховання почуття приналежності до нього.

Лідери повинні створити гнучку та економічну організацію, що додержується поставлених цілей та здатна адаптуватися до змін і, якщо можливо, передбачити їх [5].

Лідери розробляють місію, стратегії і плани діяльності ЗОЗ.

За лідерством розташована **категорія «стратегії та плани»**, що підкреслює її важливе значення і складну природу. Ця категорія за допомогою керівництва перетворює місії організації у конкретні цілі, стратегію та плани, що послідовно реалізуються за допомогою ресурсів, організації робіт і процесів. Якість цілей разом з якістю їх реалізації визначає якість результатів діяльності. Отже стійке вдосконалення залежить переважно від цієї фази [5].

Серед факторів, що впливають на вибір стратегії, можна виділити наступні: рівень захворюваності населення, досягнення медичної науки і розвиток технологій лікування та діагностики, стан ринку праці в галузі охорони здоров'я, соціально-економічна ситуація в країні, рівень інфляції, стан законодавчої бази, склад можливих джерел фінансування, управлінська та медична кваліфікація персоналу, структура сильних і слабких сторін організації тощо [4].

Серед найбільш вагомих стратегій для ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС можна виділити стратегії, що націлені на підвищення якості медичних послуг: стратегії інновацій (інноваційні методи управління, розробка та запровадження нових методів профілактики, діагностики та лікування); стратегії реструктуризації (розвиток стаціонарозамінних технологій); стратегія вертикальної інтеграції (додержання наступності у медичному обслуговуванні пацієнтів при їх лікуванні в різних підрозділах ЗОЗ або інших медичних закладах); стратегія підвищення якості (впровадження організаційної системи управління якістю для поліпшення результатів медичного обслуговування, збільшення технічної оснащеності, підвищення кваліфікації медичного персоналу, ефективності процесів надання медичної допомоги).

До системних факторів належить **критерій «кадри (персонал)»**. Місія та цінності організації є відправною точкою при доборі персоналу, його навчанні та створенні корпоративної культури. У більшості медичних закладів люди реалізують лише невелику частину свого потенціалу, а організації, які використовують цей потенціал,



відкривають для себе широкі можливості з підвищення якості обслуговування.

Досконалі організації цінують свій персонал і створюють культуру, що дозволяє взаємовигідно для обох сторін досягати як корпоративних, так і особистих цілей. Вони сприяють реалізації можливостей людей, забезпечуючи справедливість і рівноправ'я. Вони піклуються про персонал, взаємодіють з ним, нагороджують і цінують його, таким чином створюючи мотивацію і прихильність, а також основу для використання його знань і досвіду з користю для організації [7].

До системних факторів також належить **критерій «ресурси»** (за винятком кадрових). Фінансові, технологічні, матеріальні та інформаційні ресурси також потребують всебічного аналізу їх зв'язку з місією організації та безперервним поліпшенням якості. Так, наприклад, інформаційні ресурси відіграють важливу роль у створенні організації, чітко орієнтованої на виконання місії та заснованої на процесах.

Для успішного виконання ЗОЗ своїх цілей із забезпечення якості медичної допомоги необхідна оптимізація використання наявних ресурсів. Для більш раціонального використання фінансових ресурсів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС взяв участь у розробці та опрацюванні методичних рекомендацій щодо методики розрахунків вартості надання платних медичних послуг у державних та комунальних ЗОЗ.

Досконалі організації планують і управляють відносинами із зовнішнім середовищем, а також внутрішніми ресурсами для реалізації своєї стратегії та ефективного функціонування процесів.

**Критерій «організаційні архітектури»** запозичено із моделі самооцінки Т. Конті. Він означає характеристику того, як заклад організовує свої зусилля на терені виконання місії. Організаційний компонент включено також у Японську модель Демінга премії з якості, а от Європейська модель EFQM не має такої складової. Організаційні архітектури охоплюють формальну структуру, методи роботи, неформальну організаційну структуру, стилі менеджменту, які дозволяють організації функціонувати у якості соціального механізму і колективу людей, об'єднаних спільними цілями. Це погляд на медичну організацію як на динамічну соціально-технічну систему, що взаємодіє з оточуючим середовищем [5].

Що стосується відносин між категорією «організаційні архітектури» і категорією ресурсів, то, якщо організація мобілізує ресурси на досягнення цілей через процеси, то ресурси, у свою чергу, роблять внесок у побудову і постійне оновлення організації. Насамперед це стосується людських ресурсів: ступінь готовності людей висувати пропозиції і підтримувати організаційні зміни залежить від рівня індивідуальних і групо-

вих повноважень, здатності закладу бути навчальною організацією. Це справедливо і по відношенню до інформаційних ресурсів – важливих блоків у новій організаційній архітектурі [5].

Отже, організаційні архітектури включають декілька категорій: структурно-функціональну характеристику закладу, стилі управління та структуру управління медичною організацією.

Усі результати діяльності ЗОЗ досягаються за рахунок **процесів**. Блок «Процеси» є центральним компонентом розробленої моделі стійкого вдосконалення організаційного розвитку ЗОЗ (див. рис.). Він являє собою розгляд конкретних процесів, що впливають на ефективність діяльності ЗОЗ: процес управління персоналом, що ґрунтується на мотивації, кваліфікації кадрів, умовах праці та соціальному захисті працівників; процес управління фінансовими, матеріальними та інформаційними ресурсами; і центральний лікувально-діагностичний процес, що охоплює основні процеси з медичного обслуговування. Центральна позиція лікувально-діагностичних процесів вказує на їх найбільше значення та суттєвий вплив на кінцеві результати діяльності.

Процеси являють собою галузь, де сам хід медичної допомоги і її результати можуть бути змінені (реінжиніринг). Оскільки ЗОЗ може оцінювати себе переважно через процеси, аналіз і вимір процесів є основною складовою самооцінки діяльності організації. Відповідність вимірюваних процесів отриманим результатам має абсолютний пріоритет при оцінці діяльності.

В рамках процесного підходу до управління якістю медичної допомоги виконується цикл Демінга–Шухарта PDCA (Plan-Do-Check-Action: плануй – виконуй – перевіряй – корегуй). Одним з основних елементів цієї концепції є те, що спочатку відбувається планування якогось нового процесу. У ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС цей етап було розпочато у 2008 р. при розробці локального клінічного протоколу (ЛКП) хворим на артеріальну гіпертензію.

Процес розробки ЛКП можна розподілити, використовуючи модель PDCA, на чотири етапи:

1. Планування (розробка програми) – визначення патології, планування етапів, ідентифікація персоналу та структур, які будуть задіяні у процесі створення та виконання локального протоколу, визначення послідовності етапів.

2. Дія – аналіз літератури, розробка етапів ЛКП та організація впровадження.

3. Перевірка (аналіз) – оцінка ЛКП: наскільки впровадження ЛКП впливає на якість надання медичної допомоги пацієнтам та наскільки його вимоги виконуються медичним персоналом. Метою цього етапу є також визначення причин невикористання ЛКП при наданні медичної допомоги.

4. Корекція (удосконалення) – це основний етап, на якому намагаються виправити недоліки впровадження та проводиться перегляд положень ЛКП.

Після завершення кожного кола циклу PDCA має відбутися специфікація виконаного процесу, щоб він був стандартизований в організації. Для цього використовується цикл SDCA (Standardize-Do-Check-Act: стандартизуй – роби – перевіряй – впливай) [4;6].

Цикл SDCA часто називають основним циклом контролю за процесом. У цьому циклі є стандарт (S), в нашому випадку КЛП, який використовується для здійснення процесу (D). Потім результати процесу перевіряються (C) і здійснюється певна дія (A). Якщо результати перевірки відповідають специфікації (тобто задовольняють вимоги, що ставляться до локальних клінічних протоколів), то дія повторюється із застосуванням стандарту, і цикл починається знову. Якщо результати не відповідають вимогам, то КЛП коригуються.

При проходженні через цикл PDCA лікувальний заклад надає медичну послугу більш високої якості, а отже, з більш високими вимогами до технології. Після закінчення циклу PDCA починається робота циклу SDCA – закріплення отриманих результатів та затвердження їх в якості необхідних вимог. Потім у справу знову вступає цикл PDCA і відбувається постійне поліпшення діяльності ЗОЗ.

Цикл SDCA покликаний покращувати і стабілізувати існуючі процеси, відображає основні кроки з підтримки і впровадження КЛП у медичну практику ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС (2009–2011 рр.).

Категорія процесів об'єднує конкретні види діяльності ЗОЗ, виходами яких є **результати** (крайній правий блок на рис.). Блок включає оцінку результатів діяльності організації, пов'язаних з дослідженням задоволеності різних груп заінтересованих сторін (споживачів, працівників і суспільства) як важливих результуючих факторів. Результати для пацієнтів та персоналу вимірюються ступенем задоволення їхніх потреб, результати для суспільства відбиваються за допомогою показників громадського здоров'я.

Медичні послуги існують для задоволення потреб споживачів, отже надання медичної допомоги населенню має бути організоване таким чином, щоб задовольняти їх потреби. Така зосередженість дозволяє з'ясувати, чи є кожен етап процесу релевантним для задоволення потреб, і позбутися тих етапів, які в кінцевому підсумку не призводять до задоволення пацієнта або до бажаного результату. Зосередити увагу на потребах споживача можна шляхом збору інформації від них, а потім так організувати систему надання медичної допомоги, щоб вона відповідала виявленим потребам.

Ключові вигоди від задоволення потреб пацієнтів: охоплення медичною допомогою більшої частки контингенту обслуговування; швидка реакція на зміни; більш результативне використання ресурсів медичної організації; підвищена лояльність споживачів; позитивний імідж лікувального закладу тощо.

Результати діяльності системи щодо ключових гравців можливо пов'язати з показниками медичної, соціальної та економічної ефективності. Організації, в яких наголос ставиться на споживача, задовольняють потреби та очікування пацієнтів, тим самим надаючи високоякісну допомогу (медична ефективність). Це, в свою чергу, призводить до того, що більше пацієнтів залишається здоровими та соціально активними (соціальна ефективність), працюють та приносять додатковий прибуток державі (економічна ефективність).

У процесі роботи медичний персонал поперемінно виконує роль постачальника і споживача, встановлюючи певну взаємопов'язаність ролей, необхідну для виконання роботи. Задоволеність медичних працівників (результати для персоналу) дозволяє їм краще виконувати свої обов'язки, а тим самим і повністю задовольняти потреби пацієнтів та суспільства. Лікарі, медсестри, адміністративний і технічний персонал – все це внутрішні споживачі, і роль кожного з них у досягненні спільної цілі надання якісної допомоги дуже важлива.

Взаємозв'язок між результатами для різних ключових фігур системи охорони здоров'я забезпечується за допомогою аудиту зі зворотним зв'язком.

Аудит (перевірка) якості трактується як систематичне незалежне дослідження для встановлення того, чи відповідають планам діяльність в сфері якості і отримані результати, наскільки ефективно реалізуються дані плани і чи підходять вони для досягнення поставлених цілей [10]. Аудит зі зворотним зв'язком – загальний термін, який використовується для опису деяких заходів, що застосовуються для поліпшення професійної практики. Визначається як будь-який звіт про клінічний ефект медико-санітарної допомоги за певний період часу, призначений для надання медичним працівникам інформації, яка дозволяє їм оцінити виконання своїх професійних функцій і внести до них відповідні зміни [9].

У практичному плані медичні працівники можуть отримати оцінку та відгуки про якість виконання своїх професійних функцій з аналізу даних, зібраних у процесі повсякденної роботи. Аудит зі зворотним зв'язком покликаний призводити до поліпшення медичної практики, особливо якщо при цьому буде показано сприятливе співвідношення витрат і результатів. Медичні працівники,

отримавши відгуки про те, що їхня клінічна діяльність не відповідає прийнятним стандартам, повинні зрозуміти, що їм необхідно змінити свою роботу.

Система аудиту може бути побудована за принципом «згори вниз», або «знизу вгору», або їх поєднання. Аудит зі зворотним зв'язком може бути внутрішнім, тобто здійснюватися групами практикуючих фахівців даного закладу, або зовнішнім, тобто здійснюватися професійними організаціями, групами дослідників або державними структурами. На моделі використання аудиту зі зворотним зв'язком для внутрішнього та зовнішнього контролю зображено у вигляді двох блоків та пунктирних зв'язків між ними (рис.).

Результативність медичної допомоги, кадрової роботи та використання ресурсів визначають **ефективність діяльності ЗОЗ**, що формує ключовий критерій оцінки діяльності на шляху виконання визначеної місії (зворотний зв'язок на рисунку моделі). Всі елементи моделі мають причинно-наслідкові взаємозв'язки. Самооцінка націлена на безперервне вивчення зв'язків між результатами, процесами і системними факторами. Це дозволяє виявляти важелі управління системами та процесами організації для реалізації її місії. По мірі освоєння моделі та розуміння зв'язків в організації відбувається вдосконалення організаційного розвитку ЗОЗ.

Для ефективної діяльності ЗОЗ недостатньо структурних реорганізацій та впровадження нових технологій управління. Необхідні послідовні етапи організаційного розвитку з акцентами на зміну стратегій, управлінських рішень, психології керівників та персоналу, корпоративної культури, кадрової політики, взаємин із споживачем та оточуючим середовищем з метою досягнення задоволеності всіх зацікавлених сторін.

Розроблену модель стійкого вдосконалення організаційного розвитку медичного закладу впроваджено у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС в рамках клініко-організаційного експерименту з 2008 р.

Нові розроблені в моделі принципи та технології системного вдосконалення ЗОЗ і лікувально-діагностичного процесу формалізовані та впроваджені у вигляді пакета методичних документів, зокрема методики розрахунків вартості надання платних медичних послуг та клінічного локального протоколу.

Введення процесу самооцінки діяльності у роботу ЗОЗ (впровадження моделі) показало, що вона має такі переваги:

- сприяє виконанню місії організації – забезпеченню населення якісною та ресурсозберігаючою медичною допомогою;
- визначає прогрес організації відповідно до моделі і створює міцну основу для стратегічного планування;

- дозволяє глибоко вивчити природу організації і на основі цього аналізу виділити пріоритети майбутньої діяльності з удосконалення;

- сприяє отриманню об'єктивних, заснованих на фактах, оцінок про сильні і слабкі боки організації;

- надає можливість навчати персонал менеджменту якості й удосконаленню організації та застосуванню знань у повсякденній практиці;

- мотивує персонал до досягнення кращих результатів;

- є одним із факторів мотивації та підвищення інтересу до роботи;

- виявляє та зміцнює зв'язок між можливостями удосконалення та результатами діяльності;

- надає можливість порівняння та обміну досвідом усередині і поза межами організації, як у медичній, так і в інших галузях.

### Висновки

Успішна діяльність будь-якої медичної організації, націлена на підвищення якості та доступності медичної допомоги, неможлива без постійного вдосконалення, яке ґрунтується на регулярному аналізі фактичного стану роботи з якості та її результатів. Такий всебічний аналіз найдоцільніше проводити на підставі моделей постійного поліпшення діяльності.

Для розробки на рівні ЗОЗ власної моделі стійкого вдосконалення організаційного розвитку найдоцільніше використовувати опрацьовані та загальноновизнані підходи – моделі Європейського фонду управління якістю EFQM та діагностичної самооцінки Т. Конті.

Центральним компонентом розробленої моделі є процеси, що охоплюють основні елементи медичної допомоги. Вони формуються на підставі дії системних факторів і мають суттєвий вплив на кінцеві результати діяльності.

В модель організаційного розвитку було інкорпоровано інноваційні методи удосконалення діяльності: цикл PDCA та SDCA; аудит зі зворотним зв'язком; реінжиніринг, що дозволило сконцентрувати ресурси на досягненні найкращого результату медичної допомоги.

Розроблена модель стійкого вдосконалення організаційного розвитку ЗОЗ сприяє виконанню його основних місій та стратегічних завдань і у підсумку призводить до постійного вдосконалення у напрямку поліпшення якості медичної допомоги та оптимізації використання ресурсів.

**Перспективами подальшого розвитку** даного напрямку у сфері наукових досліджень є оцінка ефективності моделі стійкого вдосконалення організаційного розвитку ЗОЗ.

**Список літератури**

1. *Брескина Т. Н.* Самооценка деятельности медицинских организаций – основа их конкурентоспособности и устойчивого развития / Т. Н. Брескина // *Вестн. Росздравнадзора*. – 2010. – № 2. – С. 42–47.
2. *Внедрение* сбалансированной системы показателей : пер. с нем. / Horvath & Partners. – М. : Альпина Бизнес Букс, 2005. – 478 с.
3. *Ефимов В. В.* Внутренний аудит качества и самооценка организации: учебное пособие / В. В. Ефимов, А. Н. Туманова. – Ульяновск : УлГТУ, 2007. – 123 с.
4. *Иванов В. В.* Медицинский менеджмент / В. В. Иванов, П. В. Богаченко. – М. : ИНФРА-М, 2009. – 256 с.
5. *Конти Т.* Качество: упущенная возможность? / Т. Конти. – М. : РИА “Стандарты и качество”, 2007. – 216 с.
6. *Маслов Д. В.* Совершенствование системы управления предприятием на основе организационной самооценки / Д. В. Маслов. – Иваново : ГОУВПО «Ивановский государственный энергетический университет имени В.И. Ленина», 2009. – 180 с.
7. *Модель* досконалості EFQM [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.uaq.org.ua>. – Назва з екрану.
8. *Момот О. І.* Менеджмент якості та елементи системи якості : [навч. посібн.] / О. І. Момот. – К. : Центр учбової літератури, 2007 – 368 с.
9. *Применение* аудита с обратной связью, предполагающей высказывание оценок и отзывов медицинским работником, как способ повышения качества и безопасности медико-санитарной помощи : пер. с англ. / S. A. Flottorp, G. Jamtvedt, B. Gibis, M. McKee. – WHO : Regional Office for Europe, 2010. – 52 с.
10. *Про затвердження* Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги : наказ МОЗ України №427 від 20.07.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.

**КОНЦЕПТУАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПОСТРОЕНИЕ МОДЕЛИ УСТОЙЧИВОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Д.Д. Дячук* (Киев)

В статье показан опыт научного обоснования и разработки модели устойчивого совершенствования организационного развития учреждения здравоохранения. Модель гармонизирована с общепринятыми подходами – моделью Европейского фонда управления качеством EFQM и моделью диагностической самооценки Т. Конти. Внедрение модели способствует выполнению основных миссий учреждения здравоохранения, улучшению показателей работы, оптимизации использования ресурсов.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** модель совершенствования деятельности, менеджмент качества, организационное развитие.

**CONCEPTUAL STUDY AND BUILD OF MODEL OF ORGANIZATIONAL DEVELOPMENT TO IMPROVEMENT OF MEDICAL ESTABLISHMENT**

*D.D. Dyachuk* (Kyiv)

The article described the study and development of the model organizational development to improvement of medical establishment. Model is harmonized with generally accepted approaches – the model of the European Foundation for Quality Management EFQM and model self-assessment diagnostic of T. Conti. Implementation of the model serves the main missions of the medical establishment, improve performance and optimize resource utilization.

**KEY WORDS:** model of activity improvement, quality management, organizational development.

Рукопис надійшов до редакції 12.11.2012 р.  
Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Б. Яценко



Т.В. ЗАЙКОВА (Тернопіль)

## СТАН ІНФОРМОВАНOSTІ ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ ЩОДО СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»

Наведені результати соціологічного дослідження, проведеного серед жінок з метою вивчення рівня їх поінформованості щодо сучасних методів профілактики раку шийки матки.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** рак шийки матки, профілактика, інформованість, жінки.

Актуальність дослідження визначається висновком наради ЄРБ ВООЗ з питань профілактики онкологічних хвороб, що важливою складовою розробки будь-якої ефективної стратегії боротьби з раковими захворюваннями є поведінкові дослідження жінок щодо профілактики та збереження ними репродуктивного здоров'я [9].

**Мета** роботи: вивчити стан інформованості жіночого населення щодо сучасних методів профілактики раку шийки матки.

**Матеріали і методи.** З метою вивчення впливу на профілактику раку шийки матки (РШМ) стану інформованості населення щодо його профілактики проведено соціологічне дослідження шляхом анкетування 400 жінок-пацієнтів за спеціально розробленою анкетой.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Серед опитаного контингенту жінок 50,6% склали мешканки міста, 49,4% – села, що дає можливість зробити висновки про стан інформованості жіночого населення загалом з питань профілактики раку шийки матки.

Основу групи респондентів за віком склали молоді жінки 20–25 років (35,3%). Питома вага опитуваних жінок віком 25–30 років склала 28,4%, 30–35 років – 15,3%, старше 40 років – 12,4%, 35–40 років – 6,3%, до 20 років – 2,3%.

Такий розподіл свідчить, що в Україні найбільше (70%) звертаються за медичною допомогою до лікаря-акушера-гінеколога жінки інтенсивного дітородного віку (у 2011 р. 75,9% жінок народили у віці 18–35 років). Вони і стали об'єктом опитування. Вік респонденток має велике значення ще й тому, що в Україні існує негативна тенденція до так званого «помолодшання» пацієнток, які захворіли на рак шийки матки. За даними Національного канцер-реєстру України, у 2010 р. у віковій групі 18–29 років на рак шийки матки захворіли 12,1% молодих жінок.

Серед опитаних 310 (77,5%) жінок були заміжніми. Їхні знання щодо попередження онкологічної патології позитивно вплинула б не лише на

профілактику раку у жінок, але й чоловіків, оскільки фахівці ВООЗ вважають, що однією з основних причин виникнення онкології є інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Незаміжніми були 16,5% респонденток, розлученими – 4,0%, вдовами – 2,0% (табл. 1).

Таблиця 1. Сімейний стан досліджуваного контингенту жінок

Сімейний стан	Абсолютна кількість	Питома вага (%)
Заміжня	310	77,5
Незаміжня	66	16,5
Розлучена	16	4,0
Вдова	8	2,0

Основна кількість опитаних – 59,6% (239 осіб) – були працюючими. Безробітними були 19,6% (78) осіб, домогосподарками – 12,0% (48), навчалися 6,0% (24) жінок. На пенсії за віком (6 осіб) і за інвалідністю (5 осіб) було 2,8% респонденток.

Загальновідомо, що рівень інформованості населення щодо профілактики захворюваності залежить від рівня освіти. У нашому дослідженні понад половина (54,8%) жінок мали вищу освіту, 12,0% – неповну вищу, 22,8% – середню спеціальну, 7,2% – середню, 0,4% жінок – початкову і 2,8% – неповну середню освіту.

Доведено, що найвагомішим методом профілактики РШМ є профілактика ІПСШ [3;8]. Нами вивчалася поінформованість жінок щодо профілактики ІПСШ. Дослідження показало досить високий рівень (86,4%) інформованості жінок про те, що ІПСШ можна запобігти за допомогою використання презервативу під час статевого акту, проте про використання презервативу під час першого статевого акту вказали лише 45,6%, тобто більше половини жінок належали до групи ризику захворювання на ІПСШ і в перспективі – РШМ.

Водночас значна частина жінок недостатньо інформована про методи захисту від ІПСШ. Вони віднесли до таких бар'єрні методи (24,5%), гормональні оральні контрацептиви (24,1%), пере-



ривання статевого акту (23,7%), календарний метод (15,7%) та ВМС (14,1%). Вагалися з відповіддю 9,2% респондентів.

Наукові дані свідчать про те, що РШМ здебільшого провокується вірусом папіломи людини (ВПЛ), який передається статевим шляхом [3;8]. Нами вивчався рівень інформованості жіночого населення з питань можливих засобів профілактики РШМ. Перелік питань включав сучасні уявлення про первинну профілактику РШМ шляхом запобігання ІПСШ і ВПЛ, заходи вторинної профілактики РШМ, затверджені відповідними нормативними документами (накази МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги

в Україні», від 29.12.2003 р. № 620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні», від 31.12.2004 р. № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»), методики опортуністичного скринінгу через щорічні гінекологічні огляди жінок з цитологічним обстеженням (наказ МОЗ СРСР від 31.12.1976 р. № 1253 «О мерах по улучшению цитологической диагностики злокачественных образований»), а також питання опосередкованого впливу на захворювання РШМ, а саме своєчасність лікування будь-якої патології шийки матки та врахування генетичної схильності до онкозахворювання (табл. 2).

Таблиця 2. Стан інформованості досліджуваного контингенту жінок щодо заходів профілактики РШМ

Захід	Абсолютна кількість	Питома вага (%)
Профілактика ІПСШ	88	22,1
Профілактика вірусу папіломи людини	74	18,5
Своєчасне лікування будь-якої патології шийки матки	104	26,1
Щорічні гінекологічні огляди	242	60,6
Врахування генетичних факторів	56	14,1
Не знаю	117	29,2

Незважаючи на більш ніж тридцятирічну практику вітчизняної системи охорони здоров'я щодо проведення щорічних гінекологічних оглядів жінок з цитологічним обстеженням як основного методу профілактики РШМ в Україні, про нього знали лише 60,6% (242 особи) опитаних респондентів.

Щодо сучасних методів профілактики РШМ рівень інформованості ще нижчий. Так, про запобігання ІПСШ як метод профілактики РШМ знають лише 22,1% опитаних жінок, а конкретно про ВПЛ – 18,5%.

Загальновідомо, що будь-яка патологія шийки матки, особливо з хронічним перебігом, є фактором ризику виникнення РШМ [1;2;15]. За клінічним протоколом «Доброякісні та передракові процеси шийки матки» (наказ МОЗ України від 31.12.2004 № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»), до доброякісних патологічних процесів шийки матки належать такі стани, при яких зберігається нормоплазія епітелію, тобто проходить правильне мітотичне ділення епітеліальних клітин, їх диференціювання, дозрівання, ексфоціація. До передракових станів відносять дисплазії епітелію – патологічні процеси, при яких спостерігають гіперплазію, проліферацію, порушення диференціювання, дозрівання та відторгнення епітеліальних клітин.

Своєчасне лікування означених патологічних станів дає можливість також попередити виник-

нення РШМ. Проте тільки 26,1% респонденток вважають, що подібні заходи є одним із методів профілактики РШМ. І лише 14,1% жінок знають про те, що при веденні здорового способу життя необхідно застосовувати цільові заходи попередження РШМ, у тому числі генетичну схильність.

Третина жінок (29,2%) взагалі не знають жодного методу профілактики РШМ.

РШМ провокується здебільшого в результаті інфікування ВПЛ, що є досить поширеною інфекцією: за розрахунками, понад 3/4 сексуально активних жінок вражається цим вірусом хоча б один раз в житті [3;6]. Встановлено, що ВПЛ 16 і 18 серотипів викликає в світі 70% РШМ [10;12]. Вакцина проти ВПЛ станом на 2011 р. впроваджена у 20 країнах – членах ВООЗ, переважно в країнах Західної Європи [5;9;11;14]. Нами було здійснене дослідження стану інформованості про вакцинопрофілактику РШМ.

Із загального числа опитаних про вакцинопрофілактику знали лише 13,3%, про вік здійснення щеплення проти ВПЛ не мали жодного уявлення 91,6%. Важливим моментом введення вакцини є початок статевих стосунків. Більшість вчених світу вважають, що щеплення проти ВПЛ необхідно робити до початку статевих стосунків [4;7;13]. За даними опитування, 12,9% респонденток вважають, що вакцинацію необхідно робити до початку статевих стосунків, 3,6% – після початку статевих стосунків, для 4,0% це є не-

важливим моментом, що свідчить про відсутність сучасних знань з профілактики РШМ. Неінформованими щодо цього питання були 79,5% жінок.

Рівень інформованості жінок щодо профілактики РШМ мав значні відмінності залежно від рівня освіти (табл. 3).

Таблиця 3. Рівень інформованості жіночого населення щодо методів профілактики РШМ залежно від рівня освіти

Захід	Питома вага жінок з вищою освітою, %	Питома вага жінок із середньою спеціальною освітою, %
Профілактика ІПСШ	26,8	9,3
Профілактика ВПЛ	24,6	9,3
Щорічні гінекологічні огляди	62,3	50,0
Вакцинопрофілактика	11,6	9,3

Про профілактику ІПСШ як метод профілактики РШМ були інформованими 26,8% респонденток з вищою освітою і лише 9,3% із середньою спеціальною освітою. Про профілактику ВПЛ інформовані 24,6% жінок з вищою освітою і 9,3% із середньою спеціальною. Про щорічні гінекологічні огляди інформовані 62,3% жінок з вищою освітою і 50,0% із середньою спеціальною. Про вакцинопрофілактику РШМ знали 11,6% жінок з вищою освітою і 9,3% із середньою спеціальною. Таким чином, рівень інформованості щодо сучасних заходів профілактики РШМ вищий у жінок з вищою освітою, ніж у жінок із се-

редньою спеціальною, проте є недостатнім для ефективної профілактики РШМ.

#### Висновки

Результати дослідження вказують на недостатні знання населення щодо засобів профілактики РШМ, що потребує удосконалення просвітницької діяльності системи охорони здоров'я серед жіночого населення та розробки комплексних заходів профілактики РШМ на всіх рівнях надання медичної допомоги.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням ролі первинної медико-санітарної допомоги в профілактиці РШМ.

#### Список літератури

1. *Герпесвирусные* заболевания как междисциплинарная проблема // Нов. медицины и фармации. – 2007. – № 5 (209). – С. 1–3.
2. *Смерть 30 000 женщин можно предотвратить* – ЕБР ВОЗ призывает к более активным действиям по борьбе с раком шейки матки (Выступление директора отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ). – Копенгаген, 19 октября 2011 г. [Электронный документ]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int>. – Название с экрана.
3. *Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide* // IARC Globocan CancerBase No. 5, version 2.0. Lyons, IARC Press, 2002 [Electronic recourse]. – URL: <http://www-dep.iarc.fr/globocan/downloads.htm>, accessed 26 March 2008. – Title from screen.
4. *Center for Biologics Evaluation and Research. Product approval information. Human papillomavirus quadrivalent (types 6, 11, 16, 18) vaccine, recombinant. Gardasil, Merck & Co, Inc. Rockville MD, U.S. Food and Drug Administration, 2007* [Electronic resource]. – URL : <http://www.fda.gov/cber/products/gardasil.htm>, accessed 6 March 2008.
5. *Council recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC)* [Electronic resource] // Official Journal of the European Union, L 327/34, 16 December 2003. – URL : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF>, accessed 6 March 2008.
6. *Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics* / Quinn M. [et al.] // *British Journal of Medicine*. – 1999. – Vol. 318 (7188). – P. 904–908.
7. *Efficacy of human papillomavirus-16 vaccine to prevent cervical intraepithelial neoplasia: a randomized controlled trial* / Mao C. [et al.] // *Obstetrics & Gynecology*. – 2006. – Vol. 107 (1). – P. 18–27.
8. *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening* / Coleman D. [et al.] // *European Journal of Cancer*. – 1993. – Vol. 29 A (Suppl. 4). – P. 1–38.
9. *European public assessment report (EPAR). Gardasil. London, European Medicines Agency, 2006 (EMA/H/C/703)* [Electronic resource]. – URL : <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/gardasil/070306en1.pdf>, accessed 27 February 2008.
10. *Globocan D. M. 2002. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC CancerBase No. 5, version 2.0. Lyon : IARC Press, 2004.*
11. *Monitoring a national cancer prevention program: successful changes in cervical cancer screening in the Netherlands* / Rebolj M. [et al.] // *International Journal of Cancer*. – 2007. – Vol. 120 (4). – P. 806–812.
12. *Parkin D. M. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers* / D. M. Parkin, F. Bray // *Vaccine*. – 2006. – Vol. 24 (Suppl. 3). – P. 11–25.

13. *Quadrivalent human papillomavirus vaccine* / Markowitz L. [et al.] // *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 56(RR-2).
14. *The burden of cervical cancer in south-east Europe at the beginning of the 21st century* / Arbyn M. [et al.] // *Collegium Antropologicum*. – 2007. – Vol. 31 (Suppl. 2). – P. 7–10.
15. *The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review* / Jepson R., Clegg A., Forbes C. [et al.] // *Health Technology Assessment* 2000;4:14. *cervical cancer screening in developing countries. Report of a WHO Consultation*. – Geneva : WHO, 2004.

### **СОСТОЯНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ О СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

*Т.В. Зайкова* (Тернополь)

Представлены результаты социологического исследования, проведенного среди женщин с целью изучения уровня их информированности о современных методах профилактики рака шейки матки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **рак шейки матки, профилактика, информированность, женщины.**

### **CONDITION OF KNOWLEDGE OF THE FEMALE POPULATION ABOUT MODERN METHODS OF CERVICAL CANCER PREVENTIVE**

*T.V. Zaikova* (Ternopil)

Results of the sociological research which has been carried out among women with the purpose of studying their knowledge of modern methods of cervical cancer prevention have been presented.

KEY WORDS: **cervical cancer, prevention, knowledge, women.**

Рукопис надійшов до редакції 12.11.2012 р.

*Рецензент:* д.мед.н. Н.Я. Жилка

Г.О. СЛАБКІЙ, С.В. ЗБІТНЄВА (Київ)

## ОПТИМІЗОВАНА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНА СИСТЕМА СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Представлено систему оптимізації офтальмологічної допомоги населенню України в рамках реформування галузі охорони здоров'я, яка ґрунтується на трьох основних компонентах – структурі, процесі і результативності – і має п'ять складових: структурна перебудова служби, управління службою, удосконалення кадрового забезпечення, безперервне підвищення якості медичної допомоги, матеріально-технічне та технологічне забезпечення оптимізованої системи служби офтальмологічної допомоги.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** офтальмологічна допомога, система оптимізації, реформування галузі охорони здоров'я.

На даному етапі розвитку системи охорони здоров'я проводиться її реформування, яке визначено Державною програмою «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [8]. Підходи до реформи галузі охорони здоров'я науково обґрунтовані і носять комплексний характер [3;4].

Значне місце в проведенні реформи займає організація офтальмологічної допомоги населенню, враховуючи медичне, економічне та соціальне значення патології органу зору [2;7].

**Мета роботи:** науково обґрунтувати систему оптимізації офтальмологічної допомоги населенню України в умовах реформування галузі охорони здоров'я для підвищення її якості та ефективності.

**Матеріали і методи.** В ході роботи використувалися методи системного підходу, інформаційно-аналітичний, бібліосемантичний.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Організація системи офтальмологічної допомоги – складне і багатокомпонентне поняття, яке об'єднує два аспекти: об'єктивний (організація офтальмологічної допомоги в закладах охорони здоров'я) та суб'єктивний (офтальмологічна допомога, як вона сприймається медичними працівниками та пацієнтами). На рис. 1 наведена модель системи офтальмологічної допомоги, що ґрунтується на трьох основних компонентах – процесі, структурі і результативності, запропонована А. Donabedian для оцінки якості медичної допомоги, яка широко використовується в організації охорони здоров'я в різних країнах світу [13;14].

Структурна компонентна системи офтальмологічної допомоги населенню характеризується і оцінюється можливістю первинної ланки ПМСД надавати медичну допомогу при патології орга-

ну зору, відповідно до компетенцій сімейних лікарів, мережею спеціалізованих офтальмологічних кабінетів та стаціонарних відділень другого та третього рівнів надання медичної допомоги, рівнем забезпечення і якістю ресурсів (фінансових, кадрових, матеріально-технічних, інформаційних) та організаційних форм офтальмологічної допомоги.

Таким чином, структура характеризує умови для забезпечення якісною та доступною офтальмологічною допомогою. Структурний аспект визначається як по відношенню до закладу охорони здоров'я (структурні підрозділи) з їх ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи, так і до кожного медичного працівника системи офтальмологічної допомоги окремо. В цьому випадку оцінюються його професійні якості: сума знань, умінь, навичок з надання офтальмологічної допомоги із застосуванням сучасних клінічних технологій. Крім того, важливим аспектом структурної компоненти є наявність галузевих нормативів офтальмологічної допомоги та їх знання і вміння застосовувати у клінічній практиці медичними працівниками.

Процесна компонента системи офтальмологічної допомоги є складовою сучасного управління організацією медичної допомоги пацієнтам в цілому, оскільки вона задіяна в лікувально-діагностичному процесі на всіх етапах та рівнях надання медичної допомоги та переплітається з іншими медичними спеціальностями. Вона включає технології надання спеціалізованої офтальмологічної медичної допомоги на всіх рівнях, тобто виконання медичним персоналом своїх функцій з офтальмологічної допомоги, взаємовідносин між медичним персоналом в межах локальних клінічних протоколів, лікуючими лікарями та пацієнтами. Лікуючі лікарі повинні використо-

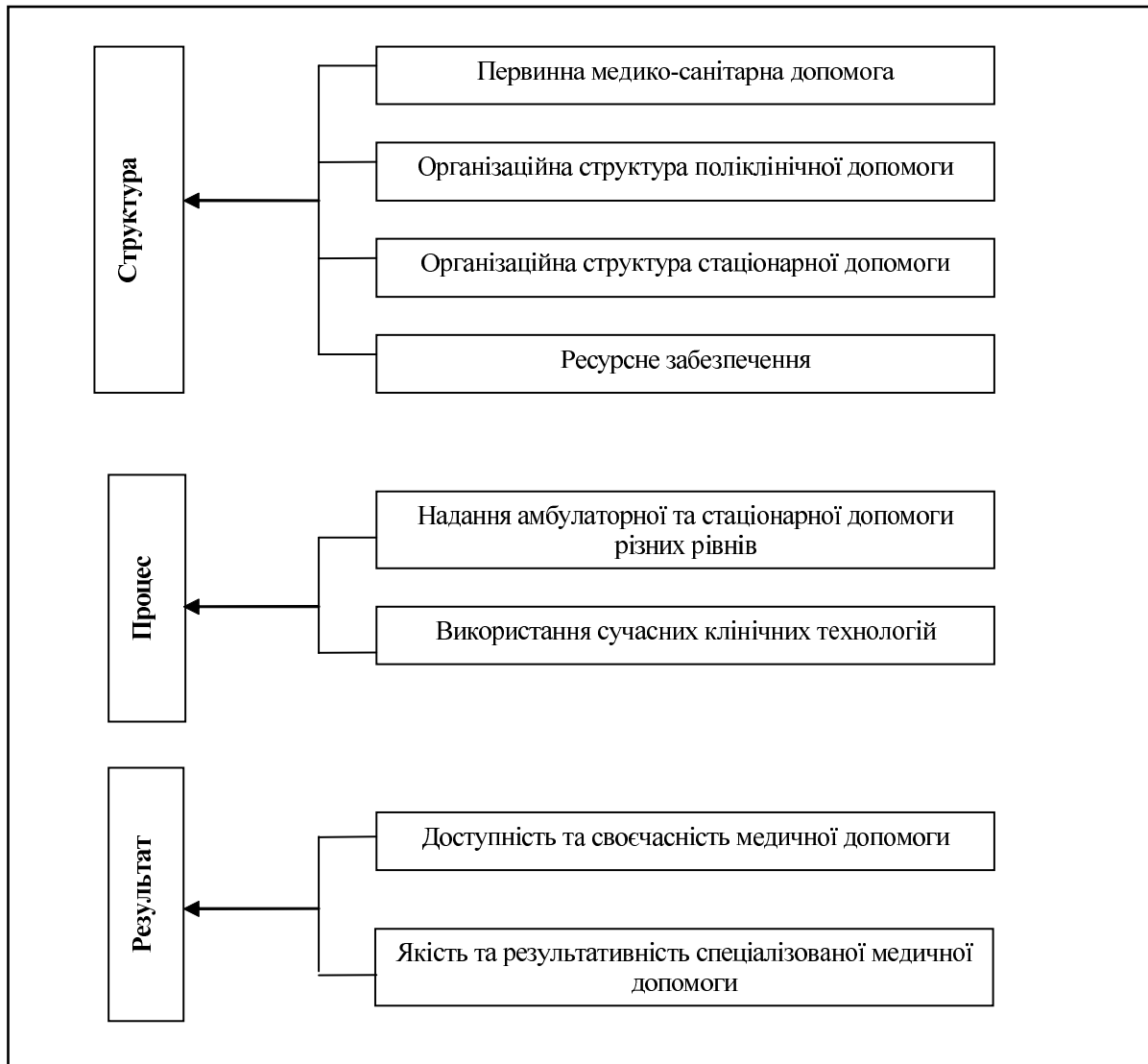


Рис. 1. Організаційна структура служби офтальмологічної допомоги

увати сучасні клінічні протоколи в лікувальному процесі: від профілактики захворювань, постановки діагнозу, лікування, реабілітації пацієнтів.

Результат – це компонента системи офтальмологічної допомоги, що відображає її ефективність. Оцінка за результатами включає своєчасність, якість та ефективність медичної допомоги, у т.ч. зниження рівня втрати зору і ефективність використання ресурсів.

З позиції системного підходу всі вказані компоненти офтальмологічної допомоги пов'язані між собою (рис. 1). Так, на якість та ефективність діяльності офтальмологічної служби впливає наявність та якість обладнання, застосування сучасних клінічних технологій, рівень кваліфікації персоналу, раціональність організаційної структури служби, механізми взаємодії медичних працівників, як за рівнями медичної допомоги, так і клінічних підрозділів закладу охорони здоров'я, тощо. Отже, на результативність діяльності офтальмологічної служби можна впливати через

удосконалення ресурсного забезпечення і заходів організаційно-управлінського характеру (структурної реорганізації офтальмологічної служби в цілому).

За даними наукової літератури [11], результативність медичної допомоги на 80–95% залежить від дефектів організації та управління, рівня професійної підготовки лікарів-офтальмологів, якості обладнання, застосування технологій з доведеною ефективністю, а також від рівня підготовки управлінців охорони здоров'я. Тобто розв'язання проблем щодо підвищення ефективності діяльності служби офтальмологічної допомоги лежить у площині удосконалення її структури із визначенням видів та обсягів медичної допомоги за рівнями її надання, починаючи з первинної ланки, розвиток якої є пріоритетним в країні та в межах госпітальних округів, і створення центрів мікрохірургії ока.

На рівні консультативних поліклінік рекомендується створення кабінетів оптометрії, а в складі



консультативно-діагностичних центрів – офтальмологічних кабінетів. Ці структури створюються для надання спеціалізованої амбулаторної допомоги.

З метою підвищення рівня якості і діагностики захворювань на первинному рівні рекомендується оснащення сімейних амбулаторій офтальмологічним обладнанням відповідно до таблиця оснащення сімейних амбулаторій та створення умов для проведення скринінгових досліджень на раннє виявлення глаукоми та інших хвороб органу зору [10], що підтверджується і досвідом діяльності системи первинної медичної допомоги країн Європи, ЄС та СНД. За допомогою таких скринінгових досліджень можна забезпечити виявлення захворювань, що призводять до втрати зору, на доклінічному етапі їх розвитку та провести своєчасне якісне лікування і реабілітацію.

Стаціонарні офтальмологічні відділення з метою надання стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги другого рівня рекомендовано для створення у лікарнях інтенсивного лікування другого рівня, а центрів мікрохірургії ока – на базі відділень офтальмології обласних лікарень.

Така структурна перебудова служби офтальмологічної допомоги, в якості експерименту, має проводитися в рамках відпрацювання пілотних проектів з оптимізації системи надання медичної допомоги в Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та м. Києві. Вона дозволить забезпечити впровадження сучасних клінічних технологій та підвищити якість медичної допомоги із зниження рівня повної та часткової сліпоти хворих на хвороби органу зору при більш раціональному використанні всіх видів ресурсів: кадрових, фінансових, матеріально-технічних.

При проведенні теоретичного обґрунтування концептуальних підходів до оптимізації системи служби офтальмологічної допомоги в Україні ми спиралися на ряд міжнародних документів.

Так, в Талліннській хартії «Система охорони здоров'я – добробут» (25–27 червня 2008 р.), зокрема, зазначається, що пацієнтам потрібно забезпечити доступ до високоякісної медичної допомоги, і висловлюється впевненість у тому, що постачальники послуг у своїй роботі спираються на найсучасніші і надійні дані в медичній науці, а також використовують найбільш адекватні технології, забезпечуючи ефективність і безпеку втручань.

Щодо питань фінансування системи охорони здоров'я у Хартії зазначається, що механізми фінансування повинні забезпечувати можливість перерозподілу ресурсів з метою оптимального надання медико-санітарних послуг, а «загальний характер розподілу ресурсів повинен забезпечувати необхідний баланс із метою найбільш повного задоволення поточних та прогнозованих потреб охорони здоров'я» [9].

Крім того, нами використано дані вітчизняних досліджень щодо недоліків в організації діяльності офтальмологічної служби [1;6], результати яких вказали на відсутність дієвого контролю якості спеціалізованої медичної офтальмологічної допомоги та індикаторів, за якими має оцінюватися ефективність та якість наданої медичної допомоги. Наслідком цього є високий рівень неконтрольованих дефектів лікувально-діагностичного процесу, підвищення фінансових витрат, відсутність у керівників дієвих інструментів для управління службою, особливо на первинному та вторинному рівнях, що вкрай важливо при організації медичної допомоги населенню в цілому.

Тому нами для подальшого обґрунтування оптимізації системи офтальмологічної служби використані як міжнародні, так і національні стандарти надання офтальмологічної допомоги.

Ми виходили з наступних положень:

- для отримання кращих результатів системи необхідно змінювати;
- результативність системи визначається її властивостями;
- різні вкладення в систему гарантують поліпшення тільки в тій мірі, в якій вони можуть вплинути на зміну системи, тобто будь-яка діяльність (навчання, заохочення, оцінка) призводить до поліпшення тільки якщо має місце відповідне покращення самої системи;
- змінам мають піддаватися не тільки окремі компоненти системи служби офтальмологічної допомоги (структура, процес, результат), але і зв'язки між ними.

Виходячи з цього, безперервне підвищення якості офтальмологічної допомоги передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід, спрямований на поліпшення результатів діяльності системи в цілому (системний підхід) шляхом постійної модифікації і вдосконалення як її складових, так і взаємозв'язків між ними, виявлення і вирішення існуючих проблем [5].

Проведене теоретичне обґрунтування концептуальних підходів було використано при розробці концептуальної моделі розвитку служби офтальмологічної допомоги на регіональному рівні.

Основними складовими концептуальної моделі розвитку служби офтальмологічної допомоги стали її структурна перебудова із створенням системи офтальмологічної допомоги за етапами та рівнями її надання, матеріально-технічне оснащення відповідно до таблицю оснащення та впровадження сучасних клінічних технологій медичної допомоги шляхом розробки і застосування локальних клінічних протоколів на рівні госпітального округу, що поряд з безперервною підготовкою медичних працівників є основними компонентами безперервного підвищення якості медичної допомоги хворим з хворобами органу зору (рис. 2).

Важливою складовою концептуальної моделі розвитку служби офтальмологічної допомоги на регіональному рівні є її кадрове забезпечення, яке передбачає забезпечення офтальмологічної служби кваліфікованими спеціалістами та фахівцями з безперервним підвищенням їх професійної майстерності, включаючи лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Нами науково обґрунтовано систему оптимізації служби офтальмологічної допомоги населенню.

Оптимізація системи охорони здоров'я, яка започаткована Президентом України [8], передбачає необхідність подальшого розвитку системи медичної допомоги на засадах, які мають забезпечити:

- доступність якісних медичних послуг відповідно до медичних показань для всіх тих, хто їх потребує;
- впровадження сучасних високоефективних медичних технологій, заснованих на доказах;
- відповідність структури медичних послуг, які фінансуються за рахунок державних коштів, реальним медичним потребам різних груп населення;
- захист населення від зубожіння, пов'язаного з необхідністю самостійно оплачувати необхідні медичні послуги, у тому числі при отриманні спеціалізованої офтальмологічної допомоги;
- підвищення ефективності використання всіх наявних у системі медичної галузі видів ресурсів.

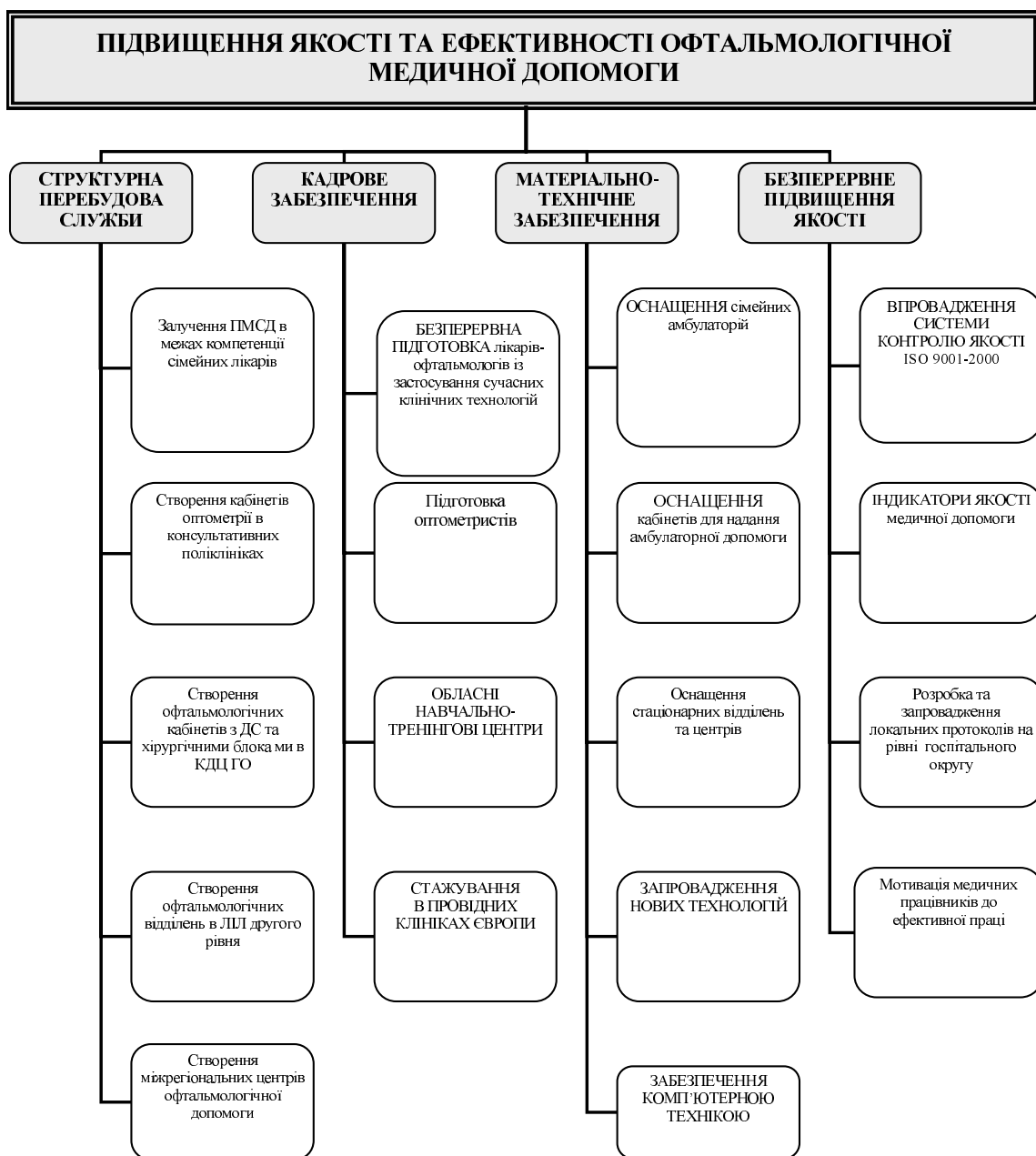


Рис. 2. Концептуальна модель розбудови служби офтальмологічної медичної допомоги

З цією метою в діяльність закладів охорони здоров'я передбачається запровадити сучасні економічні механізми, що дозволяють мотивувати постачальників медичних послуг одночасно і до підвищення якості, і до поліпшення економічної ефективності своєї діяльності.

Базуючись на теоретично обґрунтованих концептуальних підходах розвитку офтальмологічної допомоги, з позиції системного підходу визначено пріоритетні проблеми та можливі шляхи їх усунення. Ключовою ідеєю у вирішенні поставлених задач стало послідовне вирішення проблеми забезпечення пацієнтів доступною та якісною офтальмологічною допомогою, шляхом оптимізації структури і процесів медичної допомоги хворим на хвороби органу зору на основі наукового аналізу даних, отриманих в ході проведення дослідження.

Методологія розбудови задач, сутність кожної з яких спрямована на досягнення кінцевої мети – підвищення якості та ефективності медичної допомоги, потребують вирішення конкретних проблем, а також стратегічних напрямів їх розвитку.

Виходячи із зазначеного, ми виділили групу завдань (рис. 3). Як видно з рисунку, стратегія розвитку служби офтальмологічної допомоги має п'ять складових: структурна перебудова служби, управління службою, удосконалення кадрового забезпечення, безперервне підвищення якості та матеріально-технічне забезпечення.

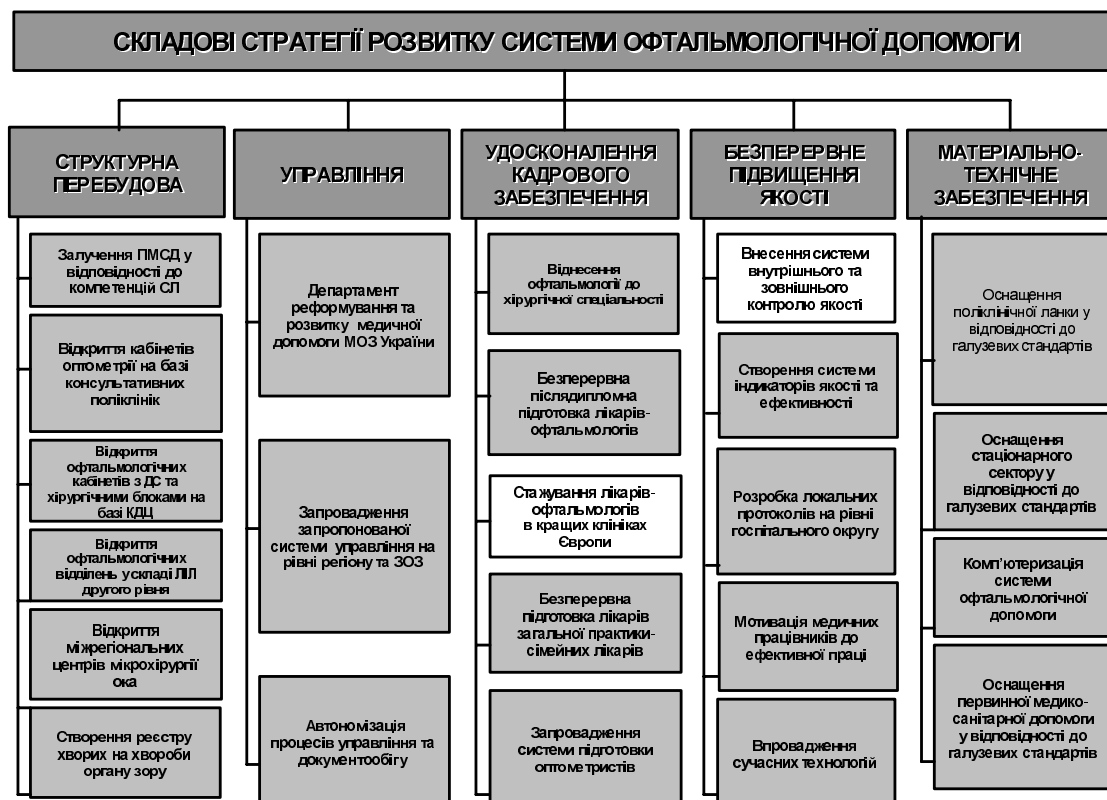
нологічне забезпечення оптимізованої системи служби офтальмологічної допомоги.

Далі розглянемо зміст кожної складової.

#### 1. Структурна перебудова служби

Вирішення цього завдання полягає в наступному:

- посилення первинної ланки надання медичної допомоги при захворюваннях ока шляхом залучення до надання медичної допомоги хворим з хворобами органу зору лікарів загальної практики-сімейних лікарів в межах їх компетенції;
- раціональне використання кадрових ресурсів лікарів-офтальмологів за рахунок створення: на базі консультативної поліклініки кабінету оптометриї з наданням медичної допомоги в межах компетенції оптометриста;
- створення на базі консультативно-діагностичного центру госпітального округу консультативно-лікувального кабінету з хірургічним блоком для проведення амбулаторних хірургічних втручань та денним стаціонаром для лікування хворих з хворобами органу зору, що дозволить провести скорочення ліжкового фонду та більш раціонально використовувати фінансові ресурси;
- створення в складі лікарень інтенсивного лікування другого рівня офтальмологічних відділень для цілодобового надання медичної допомоги пацієнтам, що поступають до лікарні (розроблене положення про офтальмологічне



Примітка: ЗОЗ – заклад охорони здоров'я; СЛ – сімейний лікар; ДС – денний стаціонар; КДЦ – клініко-діагностичний центр; ЛЛІ – лікарня інтенсивного лікування; ПМСД – первинна медико-санітарна допомога

Рис.3. Стратегія розвитку служби офтальмологічної допомоги

відділення затверджено наказом МОЗ України від 30.XII.2011 р. №1008);

- створення на базі офтальмологічних відділень обласних лікарень міжрегіональних центрів мікрохірургії ока з визначенням показань для госпіталізації у відповідні центри, які нами відпрацьовано;

- комп'ютеризація служби із забезпеченням електронного документообігу та єдиного реєстру населення з патологією органу зору.

2. Матеріально-технічне та технологічне забезпечення

Складовими рішення цієї задачі є забезпечення базовим діагностичним та лікувальним обладнанням та комп'ютерною технікою служби офтальмологічної допомоги населенню відповідно до табелів оснащення, які розроблено за нашою участю.

Надзвичайно важливим питанням є впровадження сучасних клінічних технологій, заснованих на доказах, які використовуються в країнах ЄС. Вони мають стати основою національних стандартів та на їх базі здійснена розробка локальних клінічних протоколів на рівні госпітальних округів.

3. Кадрове забезпечення та безперервне підвищення професійної майстерності спеціалістів та фахівців

Ця задача передбачає сучасну підготовку лікарів-офтальмологів та оптометристів відповідно до сучасних технологій клінічної практики, що ґрунтуються на доказах, та використання в діагностичному, лікувальному і реабілітаційному процесах сучасної апаратури. Для цього передбачено:

- первинну підготовку лікарів-офтальмологів на медичних факультетах ВМНЗ IV рівня акредитації;
- безперервну післядипломну підготовку спеціалістів та фахівців шляхом:

- а) організації навчальних тренінгових центрів на базі центрів мікрохірургії ока із залученням до цієї роботи кафедр офтальмології ВМНЗ IV рівня акредитації;

- б) проходження курсів тематичного удосконалення та передатестаційних циклів академії післядипломної освіти;

- в) стажування лікарів-офтальмологів у провідних клініках Європи, що дасть можливість не тільки оволодіти сучасними технологіями медичної допомоги, але й перейняти досвід організації даного виду медичної допомоги.

Надзвичайно важливим питанням є підготовка лікарів загальної практики-сімейних лікарів, в межах їх компетенції, з питань надання первинної медичної допомоги при хворобах органу зору. Це стосується використання профілактичних, скринінгових технологій та надання первинної медичної невідкладної та лікувально-реабілітаційної допомоги. З цією метою рекомендується на додипломному рівні навчання вести курс підготовки студентів з первинної медичної допомоги

при хворобах ока та його додаткового апарату; на післядипломному рівні навчання проходження курсів підготовки на кафедрі офтальмології та короткотривалих тренінгів, які присвячені окремим темам первинної медичної допомоги при патології органу зору на базі обласного тренінгового центру.

Надзвичайно важливим питанням також є запровадження системи підготовки оптометристів.

4. Безперервне підвищення якості медичної допомоги

Основними складовими рішення даної задачі є:

- запровадження системи внутрішнього та зовнішнього контролю якості медичної допомоги;
- розробка та запровадження індикаторів якості та ефективності офтальмологічної медичної допомоги;

- впровадження сучасних клінічних технологій надання офтальмологічної допомоги;

- стандартизація всіх етапів та складових медичної допомоги пацієнтам офтальмологічного профілю;

- розробка та запровадження локальних клінічних протоколів на рівні госпітального округу;

- важливим напрямком підвищення ЯМД є мотивація медичних працівників до ефективної праці.

5. Управління офтальмологічною службою

На базі концептуальної моделі розвитку офтальмологічної служби та представлених моделей, із застосуванням теорії системності, обґрунтована і розроблена модель управління системою офтальмологічної допомоги, яка складається з об'єкту і суб'єкту управління та блоку наукового регулювання.

На рівні МОЗ України відповідальним за організацію офтальмологічної допомоги є Департамент реформування та розвитку медичної допомоги.

Нами розроблена функціонально-організаційна модель управління системою офтальмологічної допомоги, де об'єктом управління є служба, а суб'єктом, який нею керує на рівні закладу охорони здоров'я, є головний лікар закладу охорони здоров'я, а на рівні регіону – керівник управління охорони здоров'я відповідного рівня.

В процесі управління службою офтальмологічної допомоги передбачається наявність та систематичне (щоденне) поповнення всіх видів інформації з питань медичного забезпечення пацієнтів офтальмологічного профілю, наявність ресурсів і управління.

Для цього нормативно-розпорядча інформація стосовно організації та діяльності офтальмологічної служби (постанови Кабінету Міністрів, накази МОЗ щодо нормативів, технологій тощо) своєчасно надходить до закладів охорони здоров'я. Наукова інформація має бути своєчасною і доступною для апарату управління всіх рівнів. Це стосується статистичних, фінансово-еконо-

мічних, кадрових показників, інформації щодо результатів діяльності офтальмологічної служби, яка розповсюджується на кожний ієрархічний рівень за допомогою створеної інформаційно-довідкової системи. Інформація з особистих джерел включає дані медико-соціологічних досліджень, що передбачені в закладах охорони здоров'я стосовно задоволення пацієнтів якістю офтальмологічної допомоги, спілкуванням з медичним персоналом тощо та статистичні дані про діяльність системи.

Отже, в питанні забезпечення права пацієнтів на охорону здоров'я, якісну і доступну медичну допомогу важливою є оптимізація системи забезпечення населення офтальмологічною допомогою на основі трьох головних компонентів (суб'єкта і об'єкта управління та блока наукового регулювання) з використанням шести аспектів системного підходу.

Ключовою ідеєю у досягненні поставлених задач стало послідовне вирішення пріоритетної проблеми забезпечення населення доступною та якісною офтальмологічною медичною допомогою, заснованою на доказах.

Оптимізована система офтальмологічної допомоги ґрунтується на етапності надання медичної допомоги хворим з хворобами органу зору в рамках реформування системи медичної допомоги населенню шляхом:

- на амбулаторно-поліклінічному етапі залучення до її надання ПМСД в рамках компетенції лікарів загальної практики-сімейних лікарів, створення на базі консультативної поліклініки кабінету оптометрії з наданням медичної допомоги в межах компетенції оптометриста; на базі консультативно-діагностичного центру госпітального округу консультативно-лікувального кабінету з хірургічним блоком для проведення амбулаторних хірургічних втручань та денним стаціонаром для лікування пацієнтів з хворобами органа зору;
- на стаціонарному етапі створення в складі лікарень інтенсивного лікування другого рівня офтальмологічних відділень для цілодобового надання медичної допомоги пацієнтам, що поступають до лікарні, та створення на базі офтальмологічних відділень обласних лікарень міжрегіональних центрів мікрохірургії ока з визначенням показань для госпіталізації у відповідні центри;
- безперервна професійна підготовка лікарів-офтальмологів на післядипломному рівні та створення системи підготовки оптометристів;
- забезпечення якості медичної допомоги шляхом застосування сучасних клінічних технологій та запровадження локальних клінічних протоколів на рівні госпітального округу і визначення індикаторів якості та ефективності надання офтальмологічної медичної допомоги на кожному етапі та рівні її надання.

Використання даної системи дозволяє при оптимальних затратах усунути матеріально-технічні фактори ризику несвоєчасного, неповного та неякісного забезпечення населення офтальмологічною допомогою.

Оптимізована система офтальмологічної медичної допомоги побудована на новій організаційній системі надання первинної та вторинної медичної допомоги населенню, що відпрацьовується в пілотних регіонах, і ґрунтується на:

1. Наявних елементах системи охорони здоров'я, причетних до забезпечення населення офтальмологічною медичною допомогою – первинна медико-санітарна допомога.

2. Наявних складових, але частково змінених за рахунок функціональної їх оптимізації: доповнення функцій офтальмологічних кабінетів консультативних поліклінік діяльністю створених кабінетів оптометрії.

3. Якісно нових елементів (створення на базі консультативно-діагностичного центру госпітального округу консультативно-лікувального офтальмологічного відділення з хірургічним блоком для проведення амбулаторних хірургічних втручань та денним стаціонаром для лікування хворих з хворобами органу зору та створення в складі лікарень інтенсивного лікування другого рівня офтальмологічних відділень для цілодобового надання медичної допомоги, що поступають до лікарні, та на базі офтальмологічних відділень обласних лікарень міжрегіональних центрів мікрохірургії ока, запровадження системи управління якістю офтальмологічної медичної допомоги, запровадження системи підготовки оптометристів), інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально удосконаленнями надали системі нових якостей із досягненням головної мети дослідження.

Таким чином, структурну основу системи складають наявні ресурси чинної системи охорони здоров'я. Її впровадження вимагає додаткових фінансових ресурсів на матеріально-технічне забезпечення відповідно до галузевих стандартів існуючих та нових структур за надання офтальмологічної допомоги та створення системи підготовки оптометристів.

### Висновки

Обґрунтовано систему оптимізації офтальмологічної медичної допомоги населенню в рамках реформування системи медичної допомоги.

Інноваційним є обґрунтування принципово нових функціонально-організаційних підходів до організації офтальмологічної допомоги в Україні. Вони полягають у забезпеченні етапності в наданні медичної допомоги хворим на хвороби ока та його придаткового апарату за рівнями медичної допомоги.

Другою інновацією є залучення до надання медичної допомоги хворим з хворобами органу



зору лікарів загальної практики-сімейних лікарів в межах їх компетенції з проведення профілактичної роботи, проведення скринінгу на раннє виявлення патології органу зору та надання невідкладної допомоги, проведення реабілітації пацієнтів.

Третя інновація полягає у створенні на базі консультативної поліклініки кабінету оптометрії з наданням медичної допомоги в межах компетенції оптометриста; а на базі консультативно-діагностичного центру госпітального округу – консультативно-лікувального офтальмологічного відділення з хірургічним блоком для проведення амбулаторних хірургічних втручань та денним стаціонаром для лікування хворих з хворобами органу зору.

Четверта інновація полягає у створенні в складі лікарень інтенсивного лікування другого рівня офтальмологічних відділень для цілодобового надання медичної допомоги пацієнтам, що поступають до лікарні, та створенні на базі офтальмологічних відділень обласних лікарень міжрегіональних центрів мікрохірургії ока з визначенням показань для госпіталізації у відповідні центри.

П'ята інновація – комп'ютеризація служби із забезпеченням електронного документообігу та єдиного реєстру населення з патологією органа зору в рамках єдиного реєстру пацієнтів.

Шостою інновацією є запровадження сучасної системи контролю якості офтальмологічної допомоги, яка ґрунтується на локальних клінічних протоколах, в межах госпітального округу та індикаторах якості та ефективності офтальмологічної медичної допомоги.

Сьома інновація – розробка таблиця оснащення структурних підрозділів, що надають офтальмологічну допомогу, відповідно до кращих світових зразків.

Восьма інновація – запровадження системи підготовки оптометристів та безперервної професійної підготовки медичних працівників, що надають медичну допомогу офтальмологічного профілю.

Дев'ята інновація – віднесення офтальмології до спеціальностей хірургічного профілю.

**Перспективи подальших досліджень** сформульовані на вивчення ефективності запропонованої системи оптимізації офтальмологічної допомоги населенню.

### Список літератури

1. *Здоров'я населення та діяльність охорони здоров'я України : європейський вимір (за даними вибіркового індикатора бази даних Європейського Регіонального Бюро Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я) / Ф. Ф. Ринда, Є. М. Кривенко, Р. Й. Лихотоп [та ін.]; за ред. З. М. Митника. – К. : МОЗ; УІСД, 2010. – 89 с.*
2. *Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення : [аналіт. матеріали] / В. В. Лазоришинець, В. Г. Бідний, М. В. Банчук; за ред. З. М. Митника. – К. : МОЗ, УІСД, 2010. – 107 с.*
3. *Лехан В. М. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні : [спільний звіт] / В. М. Лехан, В. М. Рудий; Світовий банк. Європ. коміс. Швед. Агентство з міжнар. Розвитку; за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 167 с.*
4. *Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 30–31.*
5. *Нагорна А. М. Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.*
6. *Організаційні основи структурної перебудови вторинної медичної допомоги / Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, Н. П. Крижина, С. В. Збітнева // Тези доп. міжнар. наук.-практ. конф., присвячена Всесвітньому дню здоров'я 2012 р. ["Старіння та здоров'я"], (Київ, 5–6 квіт. 2012 р.) // Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 254–255.*
7. *Офтальмологічна допомога в Україні за 2006–2011 роки : [аналіт.-стат. дов.] / за ред. Р. О. Моїсеєнко. – К. : МОЗ України, ДЗ "Центр медичної статистики МОЗ України", НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2012.*
8. *Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / Комітет з економічних реформ при Президентові України, 2010. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва с екрану.*
9. *Системи охорони здоров'я – здоров'я – благополуччя // Матеріали Європейської міністерської конф. ВООЗ по системам охорони здоров'я (Таллінн, 25–27 черв. 2008 р.) – Таллінн, 2008.*
10. *Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря : виявлення захворювань щитовидної залози та глаукоми / за ред. Г. О. Слабкого. – К. : МОЗ, УІСД, 2011. – 29 с.*
11. *Слабкий Г. О. Ставлення медичних працівників дитячих лікарень до рівня матеріальної винагороди та стимулювання ефективної праці / Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко // Совр. педиатрия. – 2011. – № 6 (40). – С. 36–39.*
12. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 / за ред. Р.В. Богатирьової. – К., 2012.*
13. *Donabedian A. The Epidemiology of quality / A. Donabedian // Inquiry. – 1994. – Vol. 22. – P. 292.*
14. *Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol. 260, № 12. – P. 1743–1748.*

**ОПТИМИЗИРОВАННАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СИСТЕМА  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ  
РЕФОРМИРОВАНИЯ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Г.А. Слабкий, С.В. Збитнева (Киев)*

Представлена система оптимизации офтальмологической помощи населению Украины в рамках реформирования отрасли здравоохранения, которая основана на трех главных компонентах – структуре, процессе и результативности – и имеет пять составляющих: структурная перестройка службы, управление службой, усовершенствование кадрового обеспечения, непрерывное повышение качества медицинской помощи, материально-техническое и технологическое обеспечение оптимизированной системы службы офтальмологической помощи.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** офтальмологическая помощь, система оптимизации, реформирование отрасли здравоохранения.

**OPTIMIZED FUNCTIONAL AND ORGANIZATIONAL SYSTEM OF SPECIALIZED OPHTHALMOLOGIC  
AID IN CONDITIONS OF HEALTH CARE REFORMING**

*G.O. Slabkyi, S.V. Zbitneva (Kyiv)*

The system of optimization of the ophthalmologic aid has been submitted to the population of Ukraine within the framework of reforming health care which is based on three basic components – structure, process and effectiveness – and has five components: restructuring services, service management, improving staffing, continuous improvement of health care quality, logistical and technological provision of ophthalmologic aid optimized system.

**KEY WORDS:** ophthalmologic aid, optimization system, reforming of health care.

Рукопис надійшов до редакції 12.11.2012 р.  
*Рецензент:* д.мед.н., проф. С.О. Риков

О.В. МАЗУРЕНКО (Київ)

## ОБГРУНТУВАННЯ ПОТРЕБИ У МІЖНАРОДНІЙ ДОПОМОЗІ ПРИ ПОДОЛАННІ МЕДИКО-САНІТАРНИХ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРУ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Проведено оцінку потреби у міжнародній допомозі та її значущості при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру на основі розрахунків інтегрованого показника, до складових якого віднесено кадрові ресурси ОЗ, лікарські засоби та вироби медичного призначення, ліжковий фонд.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** охорона здоров'я, надзвичайна ситуація природного характеру, медико-санітарні наслідки, потреба, міжнародна допомога.

Відповідно до Національної доповіді про стан техногенної та природної безпеки України, до характерних чинників виникнення надзвичайних ситуацій (НС) природного характеру на території України належать стихійні явища метеорологічного, гідрологічного та геологічного характеру, у тому числі землетруси, розвиток яких є ймовірним з урахуванням глобальної активації сейсмічних процесів. Територія нашої держави на півдні та південному заході належить до сейсмоактивного поясу планети, який включає Карпатську дугу з сильними підкорковими землетрусами в зоні Вранча. Також серед катастроф природного характеру, які можуть призвести до НС, відносять явища гідрометеорологічного походження, у тому числі повені у повене- та селенебезпечних регіонах, таких як Карпати та гірський Крим [6;7].

Вищенаведене обумовлює пошук організаційних рішень щодо подолання медико-санітарних наслідків катастрофи за умов недостатності ресурсів охорони здоров'я (ОЗ). Світова практика свідчить, що одним із можливих шляхів збільшення стійкості структурних елементів системи ОЗ та зменшення часу ізоляції постраждалого регіону є міжнародна допомога, яка до ураженого регіону надходить впродовж 24–48 годин після отримання офіційного запиту. Джерелами її можуть бути не лише провідні міжнародні організації, але й держави-сусіди, відповідно до договорів про основи добросусідства та транскордонне співробітництво, зокрема з приводу специфічних питань, пов'язаних з виникненням НС. Для потенційно небезпечних територій країни актуальним є транскордонне співробітництво в межах об'єднань єврорегіонального співробітництва (ОЕС), в т.ч. ОЕС «Карпати», до якого належать ряд адміністративно-територіальних одиниць України, зокрема Закарпатська, Львівська, Івано-Франківська

та Чернівецька області, території Угорщини, Польщі, Словаччини та Румунії [2;3;5].

**Мета роботи** – обґрунтувати потребу у міжнародній допомозі як фактор ресурсної підтримки охорони здоров'я при подоланні медико-санітарних наслідків НС природного характеру.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано 876 офіційних звітів про подолання наслідків НС природного характеру, які відбулись в світі упродовж 1985–2010 рр., у тому числі 279 землетрусів з 786 відомих та 2395 повеней з 3181 відомих. Групу дослідження склали всі катастрофічні події, які спричиняли розвиток НС для системи ОЗ і за тяжкістю медико-санітарних наслідків відповідали міжнародному рівню. Загальна кількість ураженого землетрусом населення групи дослідження становила 68848823 особи, з них травмовано 1306962 особи, загинуло 491158 відповідно до бази даних [1;8]. Кількісне співвідношення загиблий/травмований при землетрусах дорівнювало 1/3, травмований/уражене населення – 1/53. Така пропорція є закономірною, тобто властивою аналізованим НС, і її закладено як коефіцієнти у прогностичні розрахунки.

Обґрунтування потреби у залученні міжнародних ресурсів для подолання медико-санітарних наслідків НС засноване на оцінці ризику збільшення смертності, захворюваності і ступені вразливості системи ОЗ на уражених територіях. Методологічно доведено, що характеристики, які відбивають зменшення стійкості структурних елементів ОЗ, закономірно змінюються залежно від наявності/відсутності ресурсного потенціалу в ураженому катастрофою осередку, саме тому величина ризику має бути скорегована на ресурсну складову:  $R=D(Vul-Res)$ , де  $R$  – ступінь ризику,  $D$  – показник, який характеризує загрозу,  $Vul$  – характеристики, які відбивають причини зменшення стійкості населення та структурних елементів ОЗ до дії вражаючого фактору,  $Res$  – ресурси ОЗ [4;9;11].

Потреба міжнародної допомоги визначена на основі прогнозу медико-санітарних наслідків на потенційно-небезпечних територіях та розрахунків інтегрованого показника потреб ОЗ, яка складалась з: 1) кадрових ресурсів; 2) лікарських засобів та виробів медичного призначення; 3) ліжкового фонду іноземних мобільних медичних формувань. Розрахунки інтегрованого показника здійснено за формулою:

$$E^i = \frac{\sum_{k=1}^n q_k^i}{\sum_{k=1}^n h_k},$$

де  $q_k^i$  – оцінка вкладу  $k$ -ої складової потреби для  $i$ -території в інтегральний показник оцінки ефективності,  $h_k$  – значущість складової індикатора  $k$  ( $k=0,0,\dots, 1,0$ ). Для об'єднання різноіменних показників в інтегральну оцінку був задіяний елемент стандартизації:

$$q_k^i = \frac{w_k^i - a}{b - a} h_k$$

де  $w_k^i$  значення  $k$  складової індикатора для  $i$  території,  $a$  – найменше значення (найгірші показники для всієї ураженої території)  $a = \min(w_k^i)$ ;  $b$  – найбільше значення (найкращі

показники для всієї ураженої території)  $b = \max(w_k^i)$ .

Значущість та вагу складових визначали на основі емпіричних даних подолання медико-санітарних наслідків НС. Необхідність в міжнародній допомозі тим гостріша, чим більше значення розрахованого за наведеною методикою показника.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз ресурсного забезпечення типових першочергових потреб ОЗ, які спрямовано на зменшення ризику смертності та захворюваності на уражених територіях, здійснено на підставі прогнозу медико-санітарних наслідків НС потенційно небезпечних територій (табл. 1).

Для оцінки ефективності міжнародної допомоги потреби ОЗ гострого періоду розподілено на чотири групи, кожна з яких отримала свій ранг значущості. До найвищого рангу – четвертого («критичного») – віднесено організацію та ресурсне забезпечення екстреної медичної допомоги, у тому числі проведення життєзберігаючих заходів; до третього – організацію надання швидкої медичної допомоги, тобто допомоги, яка для рятування життя має бути наданою впродовж 1 години; до другого – ресурсне забезпечення вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги і до першого рангу – потреби організації первинної медичної допомоги (табл. 2):

Таблиця 1. Прогноз медико-санітарних наслідків землетрусу в зоні Вранча

Потенційно небезпечні території	Кількість постійного населення потенційно небезпечних територій	Оціночна кількість загиблих (осіб)	Оціночна кількість травмованих (осіб)
АРК (Південний берег)	255649	14078	4224
Вінницька область	1634100	10277	30832
Волинська область	1034400	6506	19517
Закарпатська область	1244500	7827	23481
Ів.-Франківська область	1377000	8660	25981
Львівська область	2526400	15890	47668
Тернопільська область	1080900	6798	20394
Чернівецька область	901200	5668	17004

Таблиця 2. Ранг та вага забезпечення основних потреб ОЗ гострого періоду перебігу НС природного характеру міжнародними ресурсами

Показник	Ранг показника					
	землетруси			повені		
	потреба	значущість показника	вага	потреба	значущість показника	вага
Потреби гострого періоду:						
- кадрові ресурси	4	4	0,32	2	0,17	0,2
- ліжковий фонд іноземних мобільних медичних формувань	4	2,35	0,33	1	0,17	0,1
- лікарські засоби та вироби медичного призначення	4	2,0	0,35	4	4	0,7
<b>Разом</b>	<b>12</b>	<b>8,35</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>4,35</b>	<b>1</b>
Ефективність надання допомоги	69,58%			62,14%		

На наш погляд, етапи подолання медико-санітарних наслідків НС міжнародного рівня можливо подати у вигляді блок-схеми (рис.).

Результати проведених досліджень свідчать, що структурна ефективність міжнародної допомоги при землетрусі сягатиме 69,58%, при поєднанні – 62,14%.

Розрахунки інтегрованого показника свідчать, що при потенційно можливому землетрусі в зоні Вранча найвищий ранг потреби міжнародної допомоги належатиме Львівській, Вінницькій областям та АРК, до менш залежних віднесено Волинську і Тернопільську області, де значення інтегрального показника найменші (табл. 3).

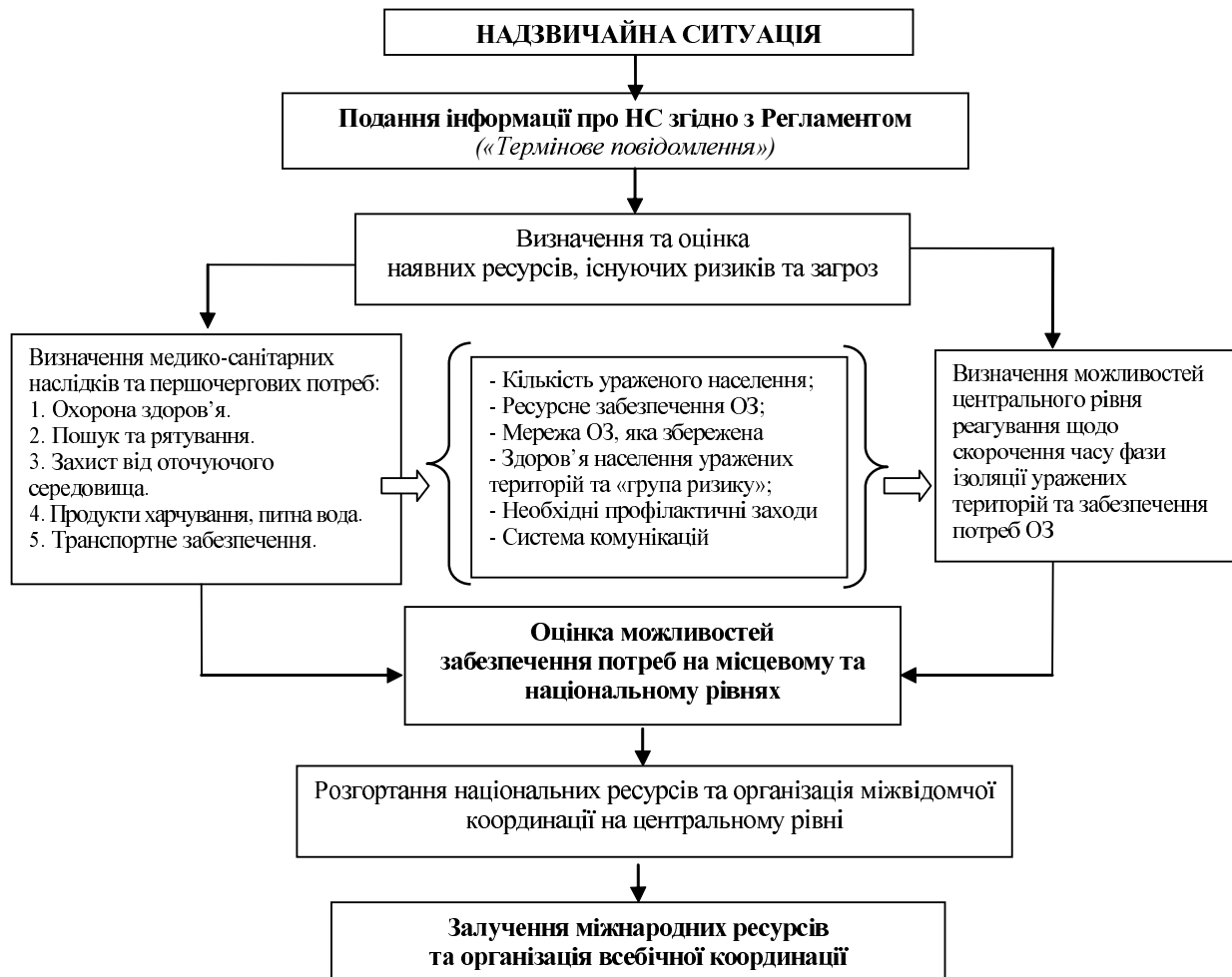


Рис. Схеми реагування системи охорони здоров'я на надзвичайну ситуацію, яка потребує міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків

Таблиця 3. Інтегрований показник потреби у міжнародній допомозі потенційно небезпечних територій в разі землетрусу і в зоні Вранча

Потенційно небезпечні адміністративні території	Складові міжнародної допомоги (потреби)			Інтегрований показник потреби ( $E^1$ )
	заміщення втрат серед медичного персоналу (осіб)	лікарські засоби (наборів ВООЗ)	ліжкофонд (ліжок)	
АРК	411	0,42	4690	0,329
Вінницька	376	3,08	4308	0,48
Волинська	228	1,95	2759	0,129
Закарпатська	311	2,35	3280	0,277
Івано-Франківська	257	2,6	3800	0,295
Львівська	592	4,77	6622	0,999
Тернопільська	263	2,04	3005	0,188
Чернівецька	221	1,7	4306	0,235



За методикою розрахунків стандартизованих показників також визначено поширеність хвороб (G) за шістьма основними класами, в т.ч. хвороби органів дихання, системи кровообігу, інфекційні та паразитарні хвороби, розлади психіки та поведінки і туберкульоз, на топологічно небезпечних територіях (табл. 4).

Встановлено, що в разі катастрофічної повені до регіонів ризику належать Івано-Франківська (G=1,273828), Тернопільська (G=0,983153) та Чернівецька області (G=0,968791), до яких у пер-

шу чергу має бути організовано медичне постачання основних лікарських засобів, виробів медичного призначення та проведення евакуації осіб, які належать до групи ризику.

Таким чином, потреба в міжнародній допомозі обумовлена необхідністю: а) збільшення ресурсного забезпечення подолання медико-санітарних наслідків НС природного характеру; б) скорочення часу надходження відповідних ресурсів на уражені території.

Таблиця 4. Стандартизовані показники поширеності хвороб на топологічно небезпечних територіях

Адміністративна територія (2009)	Хвороби органів дихання	Хвороби системи кровообігу	Інфекційні та паразитарні хвороби	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	Розлади психіки та поведінки	G <sub>вс</sub>	G
АРК	0,680168	0,913914	1,076194	0,903688	1,141519	1,1746905	0,981696
Вінницька	1,863689	1,228118	0,787762	1,146825	0,732137	0,6838407	1,073728
Волинська	0,857626	0,83489	1,426692	1,070427	1,039088	1,0804795	1,051534
Закарпатська	0,828537	1,059617	0,61293	0,748902	1,05428	0,955626	0,876649
Ів.-Франківська	1,410545	0,922669	1,543748	1,597791	1,035542	1,13267	1,273828
Львівська	1,031346	0,827026	0,715041	0,838704	0,969387	1,0775988	0,90985
Тернопільська	0,810174	1,306837	0,942603	1,023	1,051358	0,7649457	0,983153
Чернівецька	1,046052	0,963829	1,071451	0,89657	0,955624	0,8792185	0,968791

### Висновки

1. Міжнародна допомога сприятиме збільшенню ресурсів національної системи ОЗ для подолання медико-санітарних наслідків НС.

2. Структурна ефективність міжнародної допомоги при землетрусах становить 69,58%, при повені – 62,15%.

3. Поглиблення міжнародного співробітництва потенційно небезпечних територій, в т.ч. транскор-

донного, з питань подолання медико-санітарних наслідків НС сприятиме прискоренню отримання додаткових ресурсів охорони здоров'я.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробці моделі координації національної та міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків НС природного характеру.

### Список літератури

- База даних надзвичайних ситуацій Emergency Event Database "EM-DAT" [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.emdat.be>. – Назва з екрану.
- Бюро координації гуманітарних справ ООН. 2012. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.unocha.org/>. – Назва з екрану.
- Європейська рамкова конвенція про транскордонне співробітництво між територіальними общинами або властями від 21 травня 1980 року (м. Мадрид). Додаткові протоколи до неї від 1995 і 1998 рр. / Рада Європи. – 35 с. [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995\\_106](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_106). – Назва з екрану.
- Звягінцева Г. В. Методика з оцінки екологічних ризиків при забрудненні навколишнього природного середовища / Г. В. Звягінцева // Вісн. Донецького національного університету. – 2009. – Вип. 2. – С. 307–316. – (Сер. А: Природничі науки).
- Мікула Н. А. Транскордонне співробітництво : [посібн.] / Н. А. Мікула, В. В. Толкованов. – К. : Крамар, 2011. – 259 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.slg-coe.org.ua/content/docs/Book\\_Trnskordonne\\_final\\_14%20April%202011.pdf](http://www.slg-coe.org.ua/content/docs/Book_Trnskordonne_final_14%20April%202011.pdf). – Назва з екрану.
- Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки України у 2004 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.mns.gov.ua/annual\\_report/2005/1\\_1.pdf](http://www.mns.gov.ua/annual_report/2005/1_1.pdf). – Назва з екрану.
- Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки України у 2010 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.mns.gov.ua/files/2011/5/17/2\\_1\\_2010.pdf](http://www.mns.gov.ua/files/2011/5/17/2_1_2010.pdf). – Назва з екрану.

8. *Centre for Research on the Epidemiology of Disasters CRED* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.cred.be/> – Title from a screen.
9. *Hazard Risk Assessment Instrument* / Kimberley I. Shoaf, Hope A. Selingson, Samuel J. Stratton, Steven J. Rottman / UCLA Center for Public Health and Disaster. –2006. – 83 p. [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.cphd.ucla.edu/npdfs/HRAI\\_Workbook.pdf](http://www.cphd.ucla.edu/npdfs/HRAI_Workbook.pdf) – Title from a screen.
10. [http://www.grid.unep.ch/products/3\\_Reports/article\\_globalrisk.pdf](http://www.grid.unep.ch/products/3_Reports/article_globalrisk.pdf)
11. *Hy Dao* Global evaluation of human risk and vulnerability to natural hazards / Hy Dao, Pascal Peduzzi // *Environfo*. – 2004. – Vol. 1. – P. 435–446.

### **ПОТРЕБНОСТЬ В МЕЖДУНАРОДНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРА**

*О.В. Мазуренко* (Киев)

Проведено оцінку потреби міжнародної допомоги і її значимості при ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру на основі розрахунків інтегрального показателя, складовим якого були кадрові ресурси здоров'я, лікувальні препарати і медичне обладнання, коєчний фонд в лікувальних закладах.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** **здоров'я, надзвичайна ситуація природного характеру, медико-санітарні наслідки, потреби, міжнародна допомога.**

### **GROUNDING OF NECESSITY FOR INTERNATIONAL ASSISTANCE AT OVERCOMING MEDICAL AND SANITARY CONSEQUENCES OF EMERGENCIES OF NATURAL CHARACTER**

*O.V. Mazurenko* (Kyiv)

An assessment of the need of international aid and its importance has been carried out at overcoming medical and sanitary consequences of emergencies of natural character on the basis of calculations of the integrated indicator to which components include health care human resources, pharmaceuticals and medical products, bed fund.

**KEY WORDS:** **health care, emergency of natural character, medical and sanitary consequences, need, international aid, integrated indicator.**

Рукопис надійшов до редакції 25.10.12.  
Рецензент: к.мед.н. О.М. Ціборовський

УДК 312.6:342.827.1 (497.2) (477.74)

*Г.О. СЛАБКИЙ, О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ, В.М. СОРОКА (Київ),  
Г.М. ТЯПКІН (Одеса)*

## ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я І МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ БОЛГАРСЬКОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ МЕНШИНИ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”,  
Управління охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації

Проаналізовано показники стану здоров'я і медичного обслуговування населення одного з районів Одеської області, де болгари проживають компактно і становлять абсолютну більшість населення.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** болгари, здоров'я, медична допомога.

Болгари є однією з груп національних меншин, які компактно проживають у південній частині Одеської області (Південна Бессарабія, Буджак). Їх чисельність в Україні становить 204,6 тис. осіб (0,42% від усього населення), а в Одеській області – 151,0 тис. осіб, що становить 6,1% від усього населення області і 73,8% від усіх болгар України.

У Болградському районі Одеської області мешкає 46,0 тис. болгар, що становить 61,4% від усього населення району і 22,5% від усіх болгар України. Разом з близькими до них за культурою гагаузами вони становлять у районі 80% населення.

Отже наявна чисельність болгар Болградського району є цілком репрезентативною для характеристики стану здоров'я і медичного обслуговування болгарської національної меншини України, яка переважно мешкає у цьому регіоні.

Переважна більшість болгар, що проживають в Болградському і сусідніх Арцизькому і Тарутинському районах, належить до сільського населення. Більшість з них (64,15%, а серед сільського населення – 85,21%) вважає рідною болгарську мову, але володіє українською і російською – 37,16% і 59,36% відповідно (серед сільського населення – відповідно 26,05% і 76,75%). Враховуючи це і близькість болгарської мови як слов'янської, вона не може бути перешкодою для отримання освіти і забезпечення медичної допомоги цій групі національних меншин України. До речі, освітній рівень болгар є вищим, ніж інших національних меншин, і близьким до рівня освіти основного населення України – українців [1;2;4;6;7;10].

**Мета роботи:** дослідити особливості стану здоров'я та медичного обслуговування болгарсь-

кої національної меншини в Україні і визначити відповідність реальної ситуації європейським принципам [8] та правовим нормам України [3;5].

**Завдання дослідження:**

- вивчити і дати характеристику демографічним показникам і захворюваності болгар Одеської області;

- дослідити особливості амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги цій групі національних меншин і визначити її недоліки.

**Матеріали і методи.** Основні методи дослідження: статистичний і соціологічного аналізу. Для характеристики стану здоров'я і медичного обслуговування використовувалися демографічні показники (народжуваності, загальної смертності, природного приросту населення, дитячої смертності тощо), показники захворюваності і поширеності захворювань, мережі закладів охорони здоров'я та їх ресурсної забезпеченості, діяльності амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів [11-13].

Для контролю обрано Котовський район Одеської області, де абсолютну більшість становлять українці (75%) з аналогічним статевовіковим складом.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Значної різниці в основних демографічних показниках Болградського і контрольного району не спостерігається. Проте, якщо звернути увагу на нюанси, народжуваність і загальна смертність серед болгар дещо нижча, ніж серед українців (табл. 1). Природний приріст в обох районах є від'ємним, але дещо кращим в Болградському районі.

Смертність немовлят в Болградському районі у 2009–2010 рр. була нижчою, ніж у контрольному районі (на обласному рівні), але в 2011 р.

Таблиця 1. Основні демографічні показники

Територія/рік	Народжуваність (на 1000 жителів)	Загальна смертність (на 1000 жителів)	Природний приріст (скорочення)	Смертність немовлят (на 1000 народжених живими)	Смертність осіб працездатного віку (на 1000 осіб)	Середня тривалість очікуваного життя
Одеська область						
2009	12,2	15,1	-2,9	9,67	6,5	68,1
2010	12,0	15,2	-3,2	9,15	6,2	68,1
2011	12,3	14,2	-1,9	9,20	5,7	н/д
Дослідний р-н: Болградський						
2009	11,5	15,6	-4,1	9,85	6,3	67,8
2010	11,9	15,6	-3,7	6,89	5,7	67,8
2011	12,7	13,7	-1,0	12,78	4,5	н/д
Контрольний р-н: Котовський						
2009	12,9	17,5	-4,6	10,66	6,5	67,5
2010	12,7	16,6	-3,9	10,65	6,1	67,5
2011	13,3	15,9	-2,6	11,72	5,7	н/д

підвищилася до 12,78 на 1000 народжених живими. Смертність серед працездатного населення Болградського району нижча, ніж серед мешканців контрольного району.

Що стосується показників репродуктивного здоров'я (табл. 2), більшість з них у Болградському районі гірша, ніж у контрольному. Так, кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку (15–49 років) і на 100 пологів, а також захворю-

ваність і поширеність неплідності значно вища. У 2009 р. у дослідному районі було два випадки материнської смертності. Показники недоношуваності у 2011 р., а мертвнонароджуваності у 2010 р. були вищими, ніж у контрольному. За даними державної статистики, перинатальна і рання неонатальна смертність вища, ніж у контрольному районі, але нижча за середньообласні показники.

Таблиця 2. Показники репродуктивного здоров'я

Територія/рік	Кількість абортів		Неплідність жінок (на 100 жінок 15-49 рр.)	Материнська смертність (на 100 тис. народжених живими)	Недоношуваність (на 100 народжених живими)	Перинатальна смертність (на 100 народжених живими і мертвими)	Рання неонатальна смертність (на 1000 народжених живими)	Мертвнонароджуваність (на 1000 народжених живими і мертвими)
	на 1000 жінок фертильного віку	на 100 пологів						
Одеська область								
2009	17,1	36,8	376,9*/133,8**	27,6	4,2	11,91	4,04	7,91
2010	14,3	31,0	392,6*/124,8**	17,4	4,2	11,72	3,42	8,33
2011	13,4	28,1	389,0*/130,1**	6,8	4,5	10,80	3,52	7,30
Дослідний р-н: Болградський								
2009	11,1	29,6	412,3*/153,1**	246,6 (2 осіб)	2,3	7,02	5,63	1,40
2010	10,1	27,3	403,8*/196,0**	-	2,9	9,54	2,74	6,81
2011	9,1	23,3	293,1*/197,4**	-	4,0	6,27	5,02	1,25
Контрольний р-н: Котовський								
2009	8,6	20,2	164,2*/105,6**	-	2,9	7,08	3,55	3,54
2010	5,5	11,4	171,7*/112,5**	-	3,2	3,54	2,36	1,18
2011	4,2	9,6	173,4*/89,7**	-	2,5	3,46	1,16	2,31

Примітки: \* – поширеність; \*\* – захворюваність.

При аналізі смертності за основними причинами смерті встановлено, що смертність від новоутворень в Болградському районі вища за показники контрольного району і середньообласні, від хвороб

системи кровообігу, органів дихання і зовнішніх причин – відповідно нижча, від туберкульозу – нижча від середньообласних показників, але майже не відрізняється від контрольного району (табл. 3).

Таблиця 3. Смертність населення за основними причинами смерті (на 100 тис. осіб)

Територія/рік	Причини смерті					
	від новоутворень	від хвороб системи кровообігу	від хвороб органів дихання	від зовнішніх причин	від туберкульозу	від СНІДу
Одеська область						
2009	198,1	954,2	36,4	119,7	21,6	5,7
2010	201,4	971,1	37,6	112,2	21,0	9,2
2011	194,5	900,2	31,2	104,7	19,6	18,5
Дослідний р-н: Болградський						
2009	205,1	957,7	41,0	116,0	14,1	-
2010	215,6	1000,2	36,9	120,6	19,9	-
2011	208,7	900,4	39,7	72,4	12,7	7,1
Контрольний р-н: Котовський						
2009	197,2	1153,0	47,5	159,8	11,5	5,8
2010	177,5	1098,0	47,6	163,0	20,2	1,4
2011	150,4	1093,1	40,5	117,1	13,0	11,6

Слід зазначити, що смертність від СНІДу у Болградському районі зареєстровано лише в 2011 р., коли вона зростає і в контрольному районі, і загалом по області.

Загальний показник захворюваності у Болградському районі вищий, ніж у контрольному, але нижчий за середньообласний (табл. 4).

Таблиця 4. Захворюваність та поширеність захворювань серед населення (на 100 тис. населення)

Територія/рік	Захворюваність	Поширеність захворювань
Одеська область		
2009	72300,0	188591,8
2010	72617,7	190360,1
2011	73225,8	193061,1
Дослідний р-н: Болградський		
2009	60104,1	159205,9
2010	63634,8	161440,0
2011	66898,2	169911,8
Контрольний р-н: Котовський		
2009	58617,0	166002,6
2010	59158,8	169728,0
2011	56628,5	169412,8

В дослідному районі спостерігаються вищі показники захворюваності за окремими класами хвороб: ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин; хвороби крові й кровотворних органів; розлади психіки та поведінки; хвороби вуха і соскоподібного відростка; хвороби органів дихання; хвороби органів травлення; хвороби сечостатевої системи, кістково-м'язової системи та сполучної тканини; природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії та, особливо, хвороби шкіри та підшкірної клітковини.

Серед болгар рідше реєструвалися первинні захворювання на інфекційні та паразитарні хвороби, новоутворення, ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду, травми і отруєння. Щоправда у 2011 рр. спостерігалось помітне підвищення захворюваності на інфекційні хвороби.

Загальні показники поширеності хвороб серед населення Болградського району суттєво не відрізнялися від показників контрольного району і були нижчими за середньообласні показники (табл. 4). Вищими, ніж у контрольному районі,



були показники поширеності хвороб органів дихання, травлення, сечостатевої системи, хвороб шкіри та підшкірної клітковини, природжених вад розвитку; нижчими – показники поширеності новоутворень, хвороб ендокринної системи, розладів харчування, порушень обміну речовин та імунітету, хвороб крові та кровотворних органів, хвороб системи кровообігу, ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду, хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

Важливе соціальне значення мають показники захворюваності та поширеності таких соціально

значущих і соціально небезпечних хвороб, як туберкульоз, ВІЛ/СНІД, венеричні хвороби, алкоголізм, наркоманії, психічні розлади, та організація медичної допомоги таким хворим.

Щодо туберкульозу, то в Болградському районі хворих з діагнозом активного туберкульозу, в т.ч. з активним туберкульозом органів дихання, вперше встановлено менше, ніж у контрольному районі і області, а тих, хто знаходиться на обліку з цього приводу, – більше (табл. 5). На нашу думку, цей факт може свідчити про кращий стан диспансерного нагляду за такими хворими.

Таблиця 5. Захворюваність населення на активний туберкульоз (на 100 тис. населення)

Територія/рік	Чисельність хворих з діагнозом активного туберкульозу, встановленим вперше	У т.ч. з діагнозом активного туберкульозу органів дихання	Чисельність хворих з діагнозом активного туберкульозу, що знаходяться на обліку
Одеська область			
2009	78,7	70,2	222,7
2010	77,4	74,7	186,7
2011	87,8	79,4	161,3
Дослідний р-н: Болградський			
2009	62,2	52,3	253,2
2010	61,0	59,6	153,2
2011	92,3	85,2	153,4
Контрольний р-н: Котовський			
2009	76,3	70,5	210,2
2010	77,9	70,8	151,5
2011	88,2	81,0	144,6

Чисельність хворих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції та СНІДу, а також хворих, що знаходяться на обліку з цього приво-

ду, у Болградському районі менша, ніж у контрольному районі, і значно менша, ніж в області (табл. 6).

Таблиця 6. Захворюваність населення на ВІЛ-інфекцію та СНІД (на 100 тис. населення)

Територія/рік	Чисельність хворих з уперше в житті встановленим діагнозом		Чисельність хворих, що знаходяться на обліку (на кінець року)	
	ВІЛ-інфекція	СНІД	ВІЛ-інфекція	СНІД
Область				
2009	65,9	6,9	470,5	48,9
2010	90,0	19,4	520,8	59,0
2011	87,5	33,6	559,5	80,2
Дослідний р-н: Болградський				
2009	21,2	1,4	114,6	4,2
2010	27,5	5,7	133,4	9,9
2011	24,1	12,8	146,3	15,6
Контрольний р-н: Котовський				
2009	44,6	4,3	227,4	5,8
2010	73,6	4,3	282,8	8,7
2011	79,5	27,5	309,4	24,6

Чисельність хворих з діагнозом сифілісу та гонореї, встановленим вперше, у Болградському районі менша, ніж у контрольному, але тих, хто знаходиться на обліку з діагнозом сифілісу, значно більше, ніж у контрольному районі і навіть в області (табл. 7).

Трохи інша картина спостерігається при аналізі захворюваності на алкоголізм і алкогольні психози, наркоманії та токсикоманії, психічні розлади (табл. 8).

У Болградському районі виявлено менше хворих на алкоголізм та алкогольні психози, як з уперше в житті встановленим діагнозом, так і тих, що знаходяться на обліку. Чисельність хворих з уперше встановленим діагнозом наркоманії і токсико-

маній більша, ніж у контрольному районі, а тих, хто знаходиться на обліку, – значно менша.

Хворих з психічними розладами у Болградському районі, як з уперше встановленим діагнозом, так і тих, що знаходяться на обліку, значно більше, ніж у контрольному районі.

Мережа медичних закладів у Болградському районі, особливо амбулаторно-поліклінічних, більша, ніж у контрольному (табл. 9). Привертає увагу, що в ньому більше амбулаторій (відділень) сімейного лікаря, сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень. Ліжковий фонд майже однаковий в обох районах, але в 2009–2010 рр. забезпеченість населення лікарняними ліжками була меншою, а у 2011 р. – майже зрівнялася.

Таблиця 7. Захворюваність населення на венеричні хвороби (на 100 тис. населення)

Територія/рік	Чисельність хворих з діагнозом сифілісу, встановленим вперше	Чисельність хворих з діагнозом гонореї, встановленим вперше	Чисельність хворих з діагнозом сифілісу, які знаходяться на обліку
Область			
2009	37,9	26,2	135,9
2010	31,1	22,3	118,4
2011	31,2	21,4	105,1
Дослідний р-н: Болградський			
2009	24,0	33,9	144,3
2010	22,7	34,0	150,4
2011	24,1	24,1	149,1
Контрольний р-н: Котовський			
2009	46,1	46,1	107,9
2010	36,1	50,5	122,6
2011	34,7	26,0	130,1

Таблиця 8. Захворюваність населення на алкоголізм, наркоманії та психічні розлади (на 100 тис. населення)

Територія/рік	Чисельність хворих з вперше в житті встановленим діагнозом			Чисельність хворих, що знаходяться на обліку (на кінець року)		
	алкоголізм і алкогольні психози	наркоманії та токсикоманії	психічні розлади	алкоголізм і алкогольні психози	наркоманії та токсикоманії	психічні розлади
Область						
2009	94,1	21,6	225,2	1411,7	281,5	94,1
2010	78,9	21,1	216,5	1375,8	272,3	78,9
2011	74,8	15,6	216,6	1356,8	262,9	74,8
Дослідний р-н: Болградський						
2009	99,0	5,7	271,6	1005,7	59,4	99,0
2010	53,9	1,4	273,8	995,9	53,9	53,9
2011	82,4	5,7	267,0	1031,1	58,2	82,4
Контрольний р-н: Котовський						
2009	106,5	2,9	97,9	1666,8	103,6	106,5
2010	99,6	1,4	90,9	1636,2	98,1	99,6
2011	91,1	4,3	114,2	1616,5	99,8	91,1

У Болградському районі виявлено менше хворих на алкоголізм та алкогольні психози, як з уперше в житті встановленим діагнозом, так і тих, що знаходяться на обліку. Чисельність хворих з уперше встановленим діагнозом наркоманій і токсикоманій більша, ніж у контрольному районі, а тих, хто знаходиться на обліку, – значно менша.

Хворих з психічними розладами у Болградському районі, як з уперше встановленим діагнозом, так і тих, що знаходяться на обліку, значно більше, ніж у контрольному районі.

Мережа медичних закладів у Болградському районі, особливо амбулаторно-поліклінічних,

більша, ніж у контрольному (табл. 9). Привертає увагу, що в ньому більше амбулаторій (відділень) сімейного лікаря, сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень. Ліжковий фонд майже однаковий в обох районах, але в 2009–2010 рр. забезпеченість населення лікарняними ліжками була меншою, а у 2011 р. – майже зрівнялася.

Чисельність лікарів, у т.ч. сімейних, та середніх медичних працівників і забезпеченість ними населення у Болградському районі вища, ніж у контрольному, але витрати на охорону здоров'я на одну особу – дещо нижчі (табл. 10).

Таблиця 9. Мережа закладів охорони здоров'я

Територія/рік	Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів	у т. ч.		Кількість лікарняних закладів	у т. ч. дільничних лікарень	Кількість лікарняних ліжок	Забезпеченість населення лікарняними ліжками (на 10 тис. осіб)
		амбулаторій (відділень сімейного лікаря)	сільських лікарських амбулаторій				
Одеська область							
2009	326	124	142	125	35	20100	84,4
2010	327	126	145	123	33	20015	84,1
2011	327	167	156	108	24	18840	79,2
Дослідний р-н: Болградський							
2009	15	7	10	5	4	435	61,7
2010	16	8	11	5	4	435	61,7
2011	16	8	11	5	4	410	58,2
Контрольний р-н: Котовський							
2009	7	3	3	4	3	490	70,7
2010	7	3	3	4	3	490	70,7
2011	11	9	9	2	1	415	60,0

Таблиця 10. Кадрове та фінансове забезпечення медичної допомоги

Територія/рік	Чисельність лікарів (із зубними)	Чисельність лікарів (без зубних)	У т. ч. сімейних лікарів	Забезпеченість населення (на 10 тис. осіб)					Витрати на охорону здоров'я на 1 особу
				лікарями (із зубними)	лікарями (без зубних)	лікарями, що безпосередньо зайняті медичною практикою	сімейними лікарями	середніми медичними працівниками	
Одеська область									
2009	10308	10280	263	43,3	43,2	42,9	1,1	85,1	581,57
2010	10277	10250	269	43,2	43,1	42,2	1,1	85,3	714,32
2011	10211	10185	544	42,9	42,8	41,8	2,3	83,4	788,90
Дослідний р-н: Болградський									
2009	130	130	5	18,4	18,4	21,1	0,7	64,9	359,89
2010	135	135	8	19,2	19,2	21,5	1,1	64,0	454,55
2011	131	131	25	18,6	18,6	21,6	3,6	64,5	459,18
Контрольний р-н: Котовський									
2009	120	120	4	17,3	19,2	0,6	58,8	17,3	406,80.
2010	117	117	4	16,9	18,9	0,6	59,6	16,9	477,20
2011	118	118	15	17,1	19,3	2,2	60,0	17,1	525,80

Аналіз показників амбулаторно-поліклінічної допомоги засвідчує, що число відвідувань до всіх лікарів, у т.ч. і до стоматологів, менше, ніж у контрольному районі, але відсоток відвідувань хворих вдома – дещо вищий (табл. 11).

Рівень госпіталізації в обох районах майже не відрізняється. Середнє число днів зайнятості

лікарняних ліжок у Болградському районі вище, ніж у контрольному районі, але середня тривалість перебування хворого на ліжку, навпаки, нижча. Летальність хворих у дослідному районі вища, ніж у Котовському районі. Кількість оперативних втручань менша, а післяопераційна летальність в Болградському районі – вища (табл. 12).

Таблиця 11. Показники діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів

Територія/рік	Число відвідувань				Число відвідувань вдома на 100 жителів	% відвідувань вдома до всіх відвідувань	Число відвідувань в поліклініці на 1 жителя
	до всіх лікарів		у т. ч. до стоматологів				
	абс. число	на 1 жителя	абс. число	на 1 жителя			
Область: Одеська							
2009	25771892	10,8	2597491	1,1	89,3	9,2	8,6
2010	25786758	10,8	2620787	1,1	87,9	9,0	8,6
2011	25730727	10,8	2615577	1,1	87,5	9,0	8,6
Дослідний р-н: Болградський							
2009	489034	6,9	59623	0,8	48,3	8,0	5,4
2010	477527	6,7	57853	0,8	47,2	7,9	5,3
2011	488680	6,9	64376	0,9	43,6	7,2	5,3
Контрольний р-н: Котовський							
2009	570245	8,2	87644	1,3	52,6	7,6	6,1
2010	566186	8,1	88312	1,3	49,9	7,2	6,1
2011	559349	8,0	87516	1,3	50,2	7,4	6,0

Таблиця 12. Показники діяльності лікарняних закладів (стаціонарної медичної допомоги)

Територія/рік	Рівень госпіталізації на 100 осіб	Середнє число днів зайнятості ліжка	Середня тривалість перебування хворого на ліжку	Летальність (на 1000 виписаних)	Кількість оперативних втручань	Післяопераційна летальність (на 100 виписаних)
Область: Одеська						
2009	19,5	322	14,0	12,05	107453	0,63
2010	19,8	323	13,8	11,74	109995	0,57
2011	19,7	327	13,5	11,69	111569	0,54
Дослідний р-н: Болградський						
2009	17,1	319	11,6	10,99	1839	0,44
2010	18,1	335	11,4	10,96	1817	0,39
2011	17,4	327	11,0	9,04	1854	0,22
Контрольний р-н: Котовський						
2009	16,8	295	12,3	6,36	2307	0,22
2010	18,0	308	12,1	5,75	2347	0,09
2011	17,2	304	12,1	6,64	2417	-

На наше звернення до національно-культурних і громадських організацій болгарської національної меншини не тільки зауважень та пропозицій, але навіть і відповіді ми не одержали.

#### Висновки

1. На основі обґрунтованої методики характеристики стану здоров'я і медичного обслуговування репрезентативної сукупності болгарської національної меншини в Україні досліджено шля-

хом порівняльного аналізу показників Болградського району Одеської області з абсолютною більшістю болгарського населення з показниками Косовського району з переважною більшістю українців, які проживають в аналогічних умовах, особливості стану здоров'я та медичного обслуговування болгарської національної меншини.

2. Аналіз основних демографічних показників засвідчує, що серед болгар та українців вони

майже не відрізняються, але показники народжуваності і загальної смертності дещо нижчі у Болградському районі.

Смертність немовлят (крім 2010 р.) і працездатного населення була нижчою серед болгар, але показники репродуктивного здоров'я (кількість абортів, захворюваність і поширеність неплідності, перинатальна і рання неонатальна смертність, а часом недоношеність і мертвонародженість) – гіршими, ніж у контрольному районі.

Смертність від новоутворень у Болградському районі вища, а від хвороб системи кровообігу, органів дихання і зовнішніх причин – нижча, ніж у контрольному районі.

3. Загальний показник захворюваності у Болградському районі вищий, ніж у контрольному районі, зокрема на хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин та імунітету, хвороби крові та кровотворних органів, психічні розлади, хвороби нервової системи та органів чуття, органів дихання, травлення, сечостатевої системи, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, природжених аномалій (вади розвитку) і, особливо, на хвороби шкіри та підшкірної клітковини.

4. Загальні показники поширеності хвороб дослідного і контрольного районів суттєво не відрізняються, але серед населення Болградського району спостерігаються вищі показники поширеності хвороб органів дихання, травлення, сечостатевої системи, хвороб шкіри та підшкірної клітковини, природжених вад розвитку.

5. Аналіз захворюваності та поширеності соціально значущих і соціально небезпечних хвороб свідчить, що в Болградському районі чисельність

хворих із уперше встановленим діагнозом активного туберкульозу, сифілісу та гонореї менша, а тих, хто знаходиться на обліку з приводу активного туберкульозу та сифілісу, – більша, ніж у контрольному районі.

Чисельність хворих на алкоголізм та алкогольні психози менша, а хворих з уперше встановленим діагнозом наркоманій і токсикоманій – більша, ніж у контрольному районі.

6. Витрати на охорону здоров'я на одну особу в Болградському районі дещо нижчі, проте мережа закладів охорони здоров'я, особливо амбулаторно-поліклінічних, чисельність лікарів, у т.ч. сімейних, та середніх медичних працівників і забезпеченість ними населення більша, але число відвідувань до всіх лікарів, у т.ч. і до стоматологів, менше, ніж у контрольному районі.

Рівень госпіталізації в обох районах майже не відрізняється. Середнє число днів зайнятості ліжка у Болградському районі вище, а середня тривалість перебування хворого на ліжку – нижча, ніж у контрольному районі. Показники летальності і післяопераційної летальності в закладах Болградського району дещо вищі.

7. Обсяги та рівень медичної допомоги в Болградському районі з переважно болгарським населенням і в Котовському районі, де в аналогічних умовах проживають українці, принципово не відрізняються, що свідчить про її відповідність Європейським стандартам і правовим нормам України, які стосуються національних меншин.

**Перспективи подальших досліджень** стану здоров'я і медичного обслуговування національних меншин полягають в обґрунтуванні заходів з удосконалення організації охорони здоров'я тих груп населення, які його потребують.

### Список літератури

1. Демиденко Л. А. Семейный быт, общественная и культурная жизнь болгарского населения УССР (на материалах колхозов Болградского района Одесской обл.) : Историко-этнографическое исследование : автореф. дис. канд. ист. наук / Л. А. Демиденко. – К., 1967. – 26 с.
2. Дністрянський М. С. Етнополітична географія України: проблеми теорії, методології, практики / М. С. Дністрянський; МОН України, Львівський нац. ун-т ім. Івана Франка. – Л., 2006. – С. 448–478.
3. История и культура болгар и гагаузов Молдовы и Украины : сб. статей. – Кишинев : SSB, 1999. – 276 с.
4. Конституція України. – К. : Преса України, 1997. – С. 9–10.
5. Національний склад населення України та його мовні ознаки: за даними Всеукраїнського перепису населення 2001 року / за ред. О. Г. Осауленко. – К., 2003. – 246 с. : карти.
6. Національні меншини в Україні: Інформаційно-бібліографічний показник / упор. : І. Винниченко, В. Горовий; Інститут досліджень діаспори. – К. : Стило, 2009. – 252 с.
7. Про національні меншини в Україні : Закон України // ВВР. – 1992. – № 36. – С. 529.
8. Рамкова Конвенція про захист національних меншин. – Страсбург, 1995. – 7 с.
9. Розподіл населення найбільш численних національностей за статтю і віком, шлюбним станом, мовними ознаками та рівнем освіти: за даними Всеукраїнського перепису населення 2001 року / за ред. О. Г. Осауленко. – К., 2004. – 374 с.
10. Страницы истории и этнографии болгар Молдовы и Украины / за ред С. З. Новакова [и др.]. – Кишинев : Штиинца, 1995. – 108 с.
11. Ціборовський О. М. Динаміка демографічної ситуації у зв'язку з соціально-економічними умовами в Україні: історико-медичне дослідження (1991–2008 рр.) / О. М. Ціборовський. – К., 2010. – 49 с.
12. Ціборовський О. М. Захворюваність як показник стану здоров'я населення України і основні ризики її підвищення в сучасних історичних умовах (1991–2008 рр.) / О. М. Ціборовський. – К., 2010. – 63 с.



13. Ціборовський О. М. Проблеми системи охорони здоров'я України і шляхи їх розв'язання в сучасних історичних умовах (1991–2008 рр.) / О. М. Ціборовський. – К., 2010. – 41 с.

### **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БОЛГАРСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕНЬШИНСТВА В ОДЕССКОЙ ОБЛАСТИ**

*Г.А. Слабкий, О.М. Циборовский, В.М. Сорока (Киев), Г.М. Тяпкин (Одесса)*

Проанализированы показатели состояния здоровья и медицинского обслуживания одного из районов Одесской области, где болгары проживают компактно и составляют большинство населения.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** болгары, здоровье, медицинская помощь.

### **FEATURES OF HEALTH STATE AND HEALTH SERVICES OF THE BULGARIAN NATIONAL MINORITY IN ODESSA REGION**

*G.O. Slabkyi, O.M. Tsiborovskyi, V.M. Soroka (Kyiv), G.M. Tyapkin (Odesa)*

Indicators of health state and health services of the population of one of districts of Odessa region, where Bulgarians live compactly and constitute the absolute majority of the population have been analysed.

**KEY WORDS:** Bulgarians, health, medical aid.

Рукопис надійшов до редакції 31.10.2012 р.  
*Рецензент:* д.мед.н., проф. Л.А. Чепелевська

І.Д. ШКРОБАНЕЦЬ (Чернівці)

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ

Буковинський державний медичний університет

В роботі наведені результати аналізу медико-демографічних показників здоров'я дитячого населення та показників неврологічної захворюваності дітей Чернівецької області та її окремих районів. Показана значна роль неврологічних захворювань у формуванні хронічної патології та інвалідності у дітей. Підсумовані результати роботи спеціального створеного об'єднаного центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи і опорно-рухового апарату.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** дитяче населення, здоров'я, неврологічні захворювання, медико-соціальна реабілітація.

На сучасному етапі в Україні спостерігається поглиблення депопуляційних процесів, зі зниженням народжуваності, загостренням проблем перинатальної патології дітей і відповідним зростанням показників неврологічної захворюваності. Ці процеси визначають перспективи національного медико-демографічного розвитку, а також здоров'я нації загалом [1]. Прийняття управлінських рішень в органах охорони здоров'я щодо покращення стану здоров'я дітей, профілактики та корекції неврологічних станів, як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях, повинно ґрунтуватися на вірогідних висновках, отриманих в ході сучасного аналізу показників демографічної та медичної статистики, спеціальних наукових досліджень [4].

Враховуючи відносно високий рівень перинатальних уражень нервової системи та нервової патології у дітей Чернівецької області, на перші рангові місця варто поставити визначення вузлових процесів, вирішення яких потрібно розпочинати ще задовго до народження дитини, а також застосовувати їх при прийнятті управлінських рішень [2].

**Метою дослідження** був аналіз стану здоров'я дітей із хронічною патологією нервової системи та ефективності їх реабілітації в Чернівецькій області.

**Матеріали і методи.** У ході дослідження вивчалися показники дитячої неврологічної захворюваності у Чернівецькій області за останні 5 років (стратифіковані на вікові групи 0–6 років та 7–14 років) за даними офіційної статистики; проаналізовані звіти та документи диспансеризації дитячих неврологів області та центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи [2]. Статистичну обробку результатів проводили за стандартними методиками варіаційної статистики та кореляційного ана-

лізу із використанням пакету комп'ютерних програм Statistica 6.0 for Windows та QuattroPro 12.0 for Windows. Вірогідність різниці оцінювали за критерієм Стьюдента ( $p < 0,05$ ).

### **Результати дослідження та їх обговорення.**

У 2008 р. серед дитячого населення Чернівецької області (0–14 років) всього було зареєстровано 245698 випадків захворювань (за 1–14 класами МКХ-10), у тому числі 181596 випадків вперше в житті. Отже за цими даними, первинна захворюваність становила 1201,3‰, загальна – 1625,3‰. Переважна частина (73,9%) первинних звернень з приводу захворювань припадала на нові, вперше виявлені хвороби. У віці до 6 років їх частка становила 83,7%, 7–14 років – 67,0%. Останній показник свідчить про суттєву хронізацію перебігу хвороб вже у перші шкільні роки – вона збільшується порівняно з дошкільним періодом удвічі. Стратифікований розподіл хвороб у вікових групах 0–6 років і 7–14 років має наступні відмінності: у віці 0–6 років у структурі первинної захворюваності вдвічі переважають хвороби крові та кровотворних органів, на 7–11% – інфекційні та паразитарні хвороби, а також хвороби органу слуху, а у віці 7–14 років у структурі захворюваності вдвічі більше хвороб нервової системи. Це свідчить, швидше за все, про недостатню їх діагностику у попередньому віковому періоді [3], оскільки у понад 80% дітей з цією патологією є вказівки на наявність перинатальних уражень в анамнезі. З цих причин зараз індекс «накопичення» і/або хронізації хвороб нервової системи і органів чуття серед дитячого населення 0–14 років становить 15,9 порівняно, наприклад, із хворобами системи кровообігу – 13,5. Медико-соціальна значущість неврологічної патології визначається не тільки показниками захворюваності та смертності, але й тим, що хворі з цією патологією у багатьох випадках збільшують рівень інвалідності серед населення, а їх життя, як правило, стає трагедією як для

сім'ї, так і для суспільства в цілому. Це вимагає невідкладної істотної корекції у роботі системи контролю профілактичної і лікувальної діяльності лікарів-педіатрів первинної ланки і вузьких фахівців – дитячих неврологів, а також забезпечення доступності медичних послуг.

Просторовий аналіз вказує на нерівномірність розподілу показників неврологічної захворюваності (поширеності) та диспансерного спостереження за дітьми із цією патологією у районах області (рис. 1). Низькі показники неврологічної захворюваності у Хотинському, Сторожинецькому, Путильському, Герцаївському районах вимагають ретельного аналізу, зіставлення у стратифікованих вікових групах та із показниками дитячої неврологічної інвалідності. Так само потребують вивчення і високі показники у Кіцманському, Кельменецькому та Новоселицькому районах з метою виключення гіпердіагностики цього виду патології у дітей та виявлення можливих причин і факторів ризику неврологічних уражень. Причому такий аналіз повинен включати і акушерські аспекти впливу, оскільки перинатальні причини неврологічних порушень є провідним фактором не тільки захворюваності, але й відставання у розвитку дітей, психологічних та когнітивних девіацій, функціональних та регуляторних відхилень у дитячому організмі.

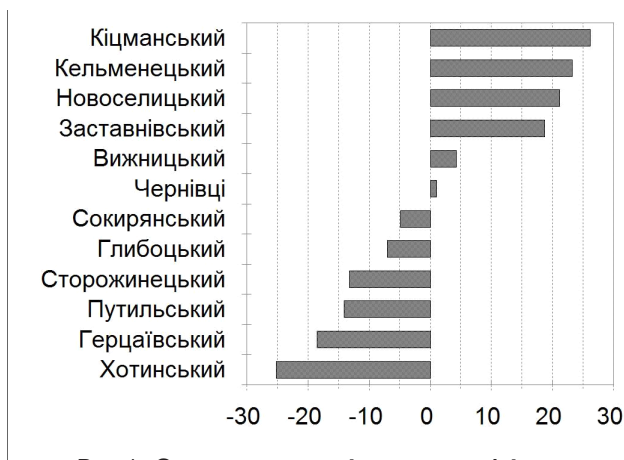


Рис. 1. Стандартизовані показники (відносно середньообласного рівня) поширеності неврологічних захворювань серед дітей Чернівецької області за районами (на 1000 дітей)

Таким чином, на основі проведеного аналізу можна відмітити значну роль неврологічної патології дітей у формуванні інвалідності населення, акцентувати увагу на ролі перинатальної патології [6]. Слід провести додатковий поглиблений аналіз причин різниці у показниках між прилеглими районами із однаковою демографічно-соціальною та природною структурою (в парах Хотинський – Заставнівський, Новоселицький – Герцаївський тощо).

Значний рівень дітей з хронічною неврологічною патологією є причиною формування дитя-

чої інвалідності і, відповідно, потребує створення умов для їх реабілітації [5;6]. В області налічується близько 2500 дітей-інвалідів з хворобами нервової системи, з вродженими аномаліями, розладами психіки та хворобами опорно-рухового апарату. Але якщо врахувати, що реабілітаційного лікування потребують ще близько 70% дітей із хронічною патологією нервової системи (близько 8000 дітей), то виникає потреба у створенні спеціального центру для збереження та покращення здоров'я цих дітей. Враховуючи це, обласною державною адміністрацією була реалізована ідея співпраці між центрами соціальної та медичної реабілітації дітей і був створений Центр медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи і опорно-рухового апарату із об'єднаними джерелами фінансування [4]. Клініка отримала відповідне приміщення, оснащене сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням. Реабілітаційні заходи організовані за європейськими та світовими стандартами. Медична реабілітація передбачає медикаментозну терапію на засадах доказової медицини, фізіотерапію, гідрокінезотерапію, спеціальну систему масажу, лікувальну хореографію та іпотерапію, нейроортопедичну корекцію тощо. Блок соціальної реабілітації включає різні види корекції – психологічну, педагогічну, логопедичну, сенсорну, а також трудотерапію та ранню профорієнтацію. З моменту створення центру в стаціонарі та в поліклінічному відділенні працюють лікарі (педіатр, невролог, психіатр, медичний психолог, ортопед) та педагоги (дефектологи, реабілітологи, логопеди, вчителі інформатики та музики, вихователі). Тут пройшли обстеження і проліковані понад 1600 дітей, серед яких діти з неврологічною патологією склали 89,6%. У нозологічній структурі хворих переважає затримка психомоторного та мовного розвитку, рухові порушення органічного генезу (парези, паралічі, природжені вади розвитку), перинатальні стани (наслідки пологових травм, гіпоксії та асфіксії, гідроцефалія, дитячий церебральний параліч), наслідки інфекційно-запальних процесів (перенесені менінгіти та енцефаліти, мієліти та полірадікулоневрити, неврити та неспецифічні захворювання нервової системи), спадково-дегенеративні хвороби, епілепсія тощо. Загальні результати реабілітації та лікування мають досить високу ефективність (рис. 2).

Однак існуючих потужностей центру недостатньо для повної медичної та соціальної реабілітації, існує потреба у створенні санаторного відділення на базі одного із не функціонуючих нині дитячих санаторіїв. Це дозволить раціональніше використовувати фінансові ресурси та сприяти подовженню реабілітації, ранній професійній орієнтації, здобуттю освіти та подальшому працевлаштуванню дітей із обмеженими можливостями.

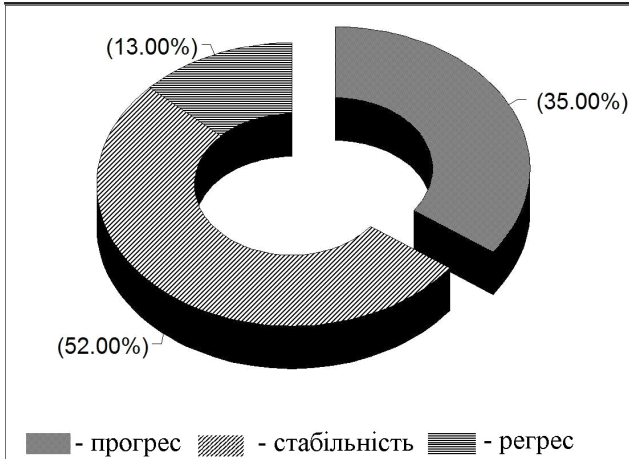


Рис. 2. Функціональні результати лікувально-реабілітаційних заходів у дітей з хронічною неврологічною патологією

### Висновки

1. Неврологічна патологія у дітей має високі показники хронізації, що посилює її негативні

медико-соціальні наслідки. Відмічена недостатня діагностика неврологічних відхилень у дитячій популяції у стратифікованій віковій групі 0–6 років.

2. В окремих районах Чернівецької області потребують невідкладного аналізу та вирішення проблемні питання організації діяльності дитячої неврологічної та педіатричної служб.

3. Створення об'єднаного центру медичної та соціальної реабілітації є ефективним управлінським рішенням, яке покращує діагностику, лікування та реабілітацію дітей з неврологічною патологією.

**Перспективи подальших досліджень.** На основі отриманих результатів перспективним є з'ясування факторів ризику, які призводять до формування неврологічної захворюваності, вивчення причин пізньої діагностики та розробка скринінгово-профілактичних заходів для даної патології.

### Список літератури

1. Моїсеєнко Р. О. Проблеми дитячої інвалідності і смертності в Україні та шляхи їх зниження / Р. О. Моїсеєнко // Здоров'я жінки. – 2009. – № 3 (39). – С. 13–17.
2. Основні показники діяльності педіатричної служби в Чернівецькій області (статистично-аналітичний довідник 2006–2008 рр.). – Чернівці : ЧОДА-ОДКЛ, 2009. – 307 с.
3. Шкробанець І. Д. Доцільність використання інструментальних методів дослідження нервової системи в дітей / І. Д. Шкробанець, С. Є. Фокіна, І. Б. Регульська // ПАГ. – 2008. – № 4. – С. 134–135.
4. Шкробанець І. Д. Стан та пріоритети розвитку галузі охорони здоров'я Чернівецької області / І. Д. Шкробанець // Матеріали конф. [«Соціально-медичні аспекти комплексної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я»], (Чернівці, 23–24 квіт. 2009). – Чернівці. 2009. – С. 13–14.
5. Whitehead M. Концепции и принципы равенства в вопросах охраны здоровья. – Копенгаген : ВОЗ ЕРБ, 1991. – 29 с.
6. Wilson-Costello D. Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight infants in the 1990s / D. Wilson-Costello, H. Friedman, N. Minich // Pediatrics. – 2005. – Vol. 115, № 4. – P. 997–1003.

## ЕПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ

И.Д. Шкробанец (Черновцы)

В работе приведены результаты анализа медико-демографических показателей здоровья детского населения и показателей неврологической заболеваемости детей Черновицкой области и ее отдельных районов. Показана значительная роль неврологических заболеваний в формировании хронической патологии и инвалидности у детей. Подитожены результаты работы специально созданного объединенного центра медико-социальной реабилитации детей с органическими поражениями нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** детское население, здоровье, неврологические заболевания, медико-социальная реабилитация.

## EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF NEUROLOGICAL PATHOLOGY IN CHILDREN AND ORGANIZATION OF REHABILITATION PROGRAMS

I.D. Shcrobanets (Chernivtsi)

The results of analysis of medical and demographical indexes of children population health and indexes of neurological morbidity of children of the Chernivtsi region and its separate districts have been presented. In forming chronic pathology and disability in children the considerable role belongs to neurological diseases. The results of work of specially created center of medical and social rehabilitation for children with neurological and locomotors disabilities were summarized.

**KEY WORDS:** children population, health, neurological diseases, medilal and social rehabilitation.

Рукопис надійшов до редакції 15.11.2012 р.

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

УДК 616-093.75.007

*Ж.М. ЗОЛОТАРЬОВА* (Івано-Франківськ)

## ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В СИСТЕМІ ПАЛІАТИВНОЇ І ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Опитано 211 медичних працівників, які надають паліативну і хоспісну допомогу (ПХД) на базі різних закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська. Встановлено, що основними постачальниками ПХД залишаються медичні працівники, безпосередньо задіяні у цій сфері (70–80%), а внесок решти можливих членів команди ПХД (лікарів загальної практики, психологів, соціальних працівників, священнослужителів, волонтерів) не відповідає потребі. Основний тягар (80%) догляду за інкурабельними пацієнтами припадає на родичів (які насправді самі повинні бути об'єктом ПХД внаслідок високого рівня психотравматизації) або молодший медичний персонал (який у нашій країні не має жодної спеціальної підготовки). Лікарі і середній медичний персонал, задіяні у сфері ПХД, не володіють достатнім рівнем спеціальних знань та вмінь (74%) і внаслідок значного психоемоційного навантаження (54% мають ознаки синдрому емоційного вигорання та 86% не бажають працювати з інкурабельними хворими) відчують потребу у командній роботі та делегуванні частини своїх обов'язків соціальним працівникам, психологам, представникам державних та неурядових організацій.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** паліативна і хоспісна допомога, мультидисциплінарний підхід, кадрове забезпечення.

Зростання потреби у паліативній та хоспісній допомозі (ПХД) в світі, і в Україні зокрема, зумовлене цілим рядом об'єктивних причин: постарінням населення, поширенням частоти тяжких невиліковних хвороб (онкологічних, серцево-судинних, нейродегенеративних, ВІЛ-інфекції, туберкульозу тощо), які супроводжуються хронічним больовим синдромом, важкими розладами життєдіяльності та обмеженим прогнозом життя [3;7;8].

Підходи, властиві паліативній і хоспісній допомозі, дозволяють підтримати максимально можливу якість життя інкурабельних хворих та членів їхніх родин, значно полегшити фізичні і моральні страждання, зберегти людську гідність пацієнта на порозі неминучого [7;8]. Згідно рекомендацій Європейської асоціації паліативної допомоги (ЄАПД), найважливішим чинником забезпечення якості надання ПХД є ефективна координація роботи спеціалізованих та неспеціалізованих служб. В якості такого координатора можуть виступати як окремі спеціалісти з паліативної допомоги, так і мультидисциплінарна команда [7]. На думку міжнародних експертів, найкращим способом організації ПХД є мультидисциплінарний підхід, який дозволяє найбільш цілісно вирішити складний комплекс медичних, соціальних, психологічних та духовних проблем інкурабельного хворого і його близьких. Такий підхід ґрунтується на постійній командній співпраці медичних, соціальних працівників, психологів, волонтерів, священнослужителів тощо. Це відповідає принципам так

званого «кейс-менеджменту» (кейс – випадок, проблемна ситуація, яка порушує стабільність у життєвому устрої людини і веде до погіршення її стану), тобто добре організованого процесу забезпечення усіх потреб пацієнта доступом до відповідних послуг [6;7].

Крім того, оскільки робота в цій сфері супроводжується постійними стресами, значним емоційним та фізичним навантаженням, такий підхід дозволяє зменшити вірогідність розвитку синдрому емоційного вигорання (СЕВ) у медичного персоналу та інших учасників ПХД шляхом чіткого розподілу функціональних обов'язків, з одного боку, та комплементарністю командних дій – з іншого [5;7].

В нашій країні застосування мультидисциплінарного підходу регламентується відповідними нормативно-правовими документами, які переважно стосуються обслуговування ВІЛ-інфікованих та сфери соціального захисту громадян [1]. Однак в паліативній та хоспісній допомозі така комплексна багатофасова робота, на жаль, майже зовсім не розвинена, і весь її обсяг виконується головним чином медичним персоналом, що, зрозуміло, не забезпечує нашим громадянам повноцінний доступ до якісної ПХД. Тому питання активного впровадження мультидисциплінарного підходу в сферу паліативної допомоги, формування вмінь та навичок командної роботи у медичного персоналу, який працює в цій галузі, є досить актуальними.

**Мета дослідження:** вивчити проблеми запровадження мультидисциплінарного підходу при наданні паліативної і хоспісної допомоги.

© Ж.М. Золотарьова, 2012



**Матеріали і методи.** За спеціально розробленою програмою опитано 211 осіб медичного персоналу, які працюють з важкохворими та інкурабельними пацієнтами, з них 93 лікарі, решта – середній медичний персонал. Дослідження проводилось на базі закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська (обласний онкологічний диспансер, хоспіс, обласна клінічна лікарня, центральна міська клінічна лікарня, обласний центр СНІДу). Прояви синдрому емоційного вигорання оцінювались за методикою В.В. Бойка [4].

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 [2].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено, що абсолютна більшість опитаних медичних працівників ( $85,2 \pm 2,5$ )% підтри-

мали думку міжнародних експертів, що для забезпечення якості надання повноцінної паліативної і хоспісної допомоги необхідне об'єднання зусиль різних фахівців.

Однак на несформованість мультидисциплінарного підходу у вітчизняній системі ПХД вказують відповіді респондентів щодо конкретного внеску всіх можливих провайдерів цього виду допомоги у теперішній час (рис. 1). Так, основними та найвагомішими постачальниками послуг опитані вважають самих медиків, головним чином середній і молодший медперсонал – ( $80,0 \pm 2,9$ )% і ( $78,7 \pm 3,0$ )% відповідно. Дві третини респондентів ( $70,2 \pm 3,3$ )% визнали вагомість лікарів-спеціалістів у наданні ПХД. А от внесок лікарів загальної практики оцінили тільки ( $43,4 \pm 3,7$ )%, що може свідчити як про незнання ролі лікаря первинної ланки у забезпеченні ПХД, так і про недостатню його участь у цьому процесі.

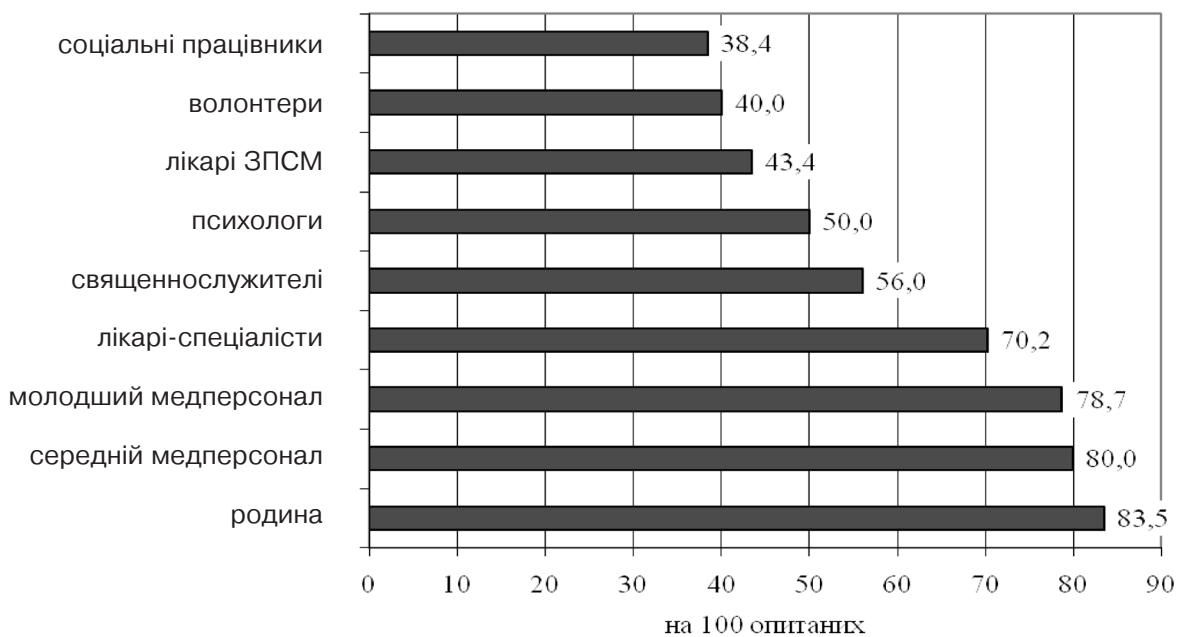


Рис. 1. Сучасний внесок постачальників ПХД в її забезпечення (за даними опитування медичних працівників)

Щодо можливих інших членів команди ПХД (рис. 1), то їх складову в наданні допомоги респонденти оцінили як досить посередню. Зокрема про те, що священнослужителі беруть участь у комплексі ПХД, вказала тільки половина ( $56,0 \pm 3,7$ )% опитаних і майже така ж частка ( $50,0 \pm 3,7$ )% припала на оцінку ролі психологів. Це явно недостатньо, враховуючи, що саме ці члени команди відповідальні за зменшення психоемоційних страждань, як інкурабельних хворих, так і членів їхньої родини, а отже 100% повинні бути задіяні при наданні ПХД. Занадто малим на сьогодні є й внесок волонтерів ( $40,0 \pm 3,7$ )%, очевидно через поки що недостатній розвиток цьо-

го громадського інституту в українському суспільстві. Теперішній внесок соціальних працівників ( $38,4 \pm 3,7$ )% у забезпечення ПХД також не відповідає вимогам та потребам.

Як наслідок, більшість опитаних медичних працівників ( $83,5 \pm 2,7$ )% визнали, що основний тягар догляду за інкурабельним хворим падає на плечі його родини (рис. 1). Це суперечить міжнародним стандартам ПХД, оскільки родичі чи близькі люди таких пацієнтів теж є цільовою групою для надання цього виду допомоги. За даними багатьох наукових досліджень [7;8], для найближчого оточення інкурабельних хворих характерний той чи інший ступінь, насамперед,

психологічної травматизації, спровокованої почуттям вини перед тим, хто йде з життя, депресією у зв'язку з втратою близької людини, страхом захворіти, втратити роботу. Це часто супроводжується агресією до медиків, держави, суїцидальними думками, а часом і закінчується суїцидами внаслідок почуття страху, приреченості на самотність тощо.

Очевидно, що й самі медичні працівники, які працюють в сфері ПХД, відчували свого роду "брак робочих рук", оскільки вказали на бажаність співпраці з представниками практично всіх зацікавлених сторін (рис. 2): із соціальними працівниками (68,2±3,2)%, добродійними організаціями

(56,9±3,4)%, релігійними конфесіями (45,0±3,4)%, волонтерами (43,6±3,4)% та різного роду державними інституціями (38,9±3,4)%.

Як видно з рис. 2, найбільшу потребу опитані медичні працівники, які працюють у сфері ПХД, відчують у співпраці із соціальними працівниками. На фоні об'єктивної необхідності у такому співробітництві реальний стан справ свідчить про дефіцит задоволення цієї потреби (рис. 3). Майже половина (47,4±3,5)% опитаних медичних працівників вважають співпрацю медичної та соціальної служб відсутньою, ще (49,3±3,5)% оцінили її як частково налагоджену і лише (3,3±1,2)% респондентів були нею повністю задоволені.

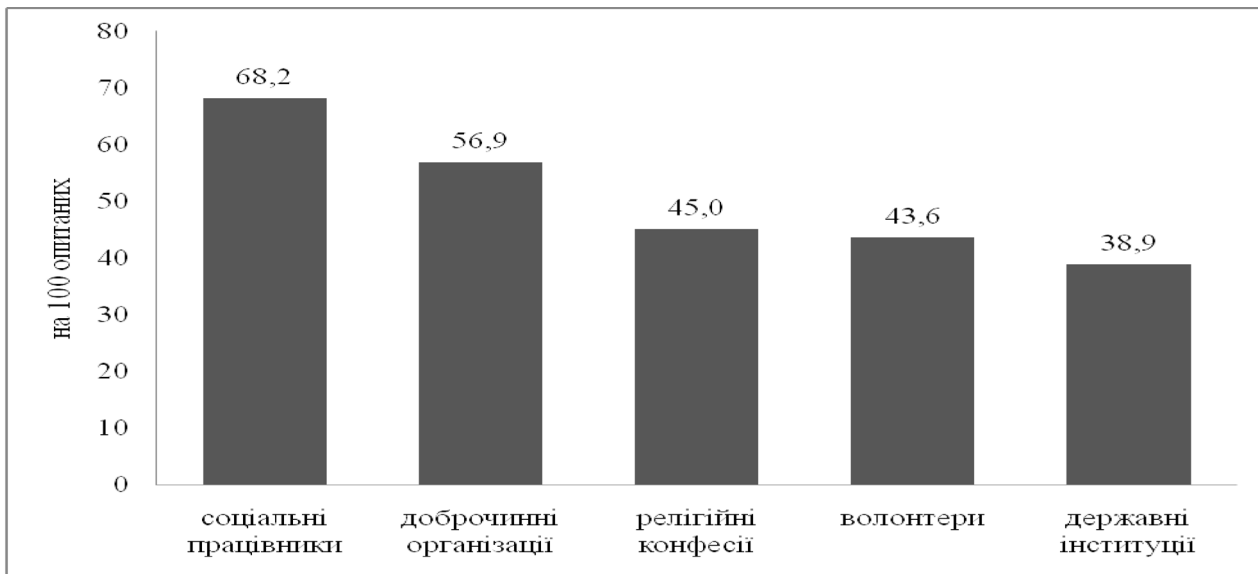


Рис. 2. Потреба опитаних медпрацівників у співпраці з іншими учасниками надання ПХД, %

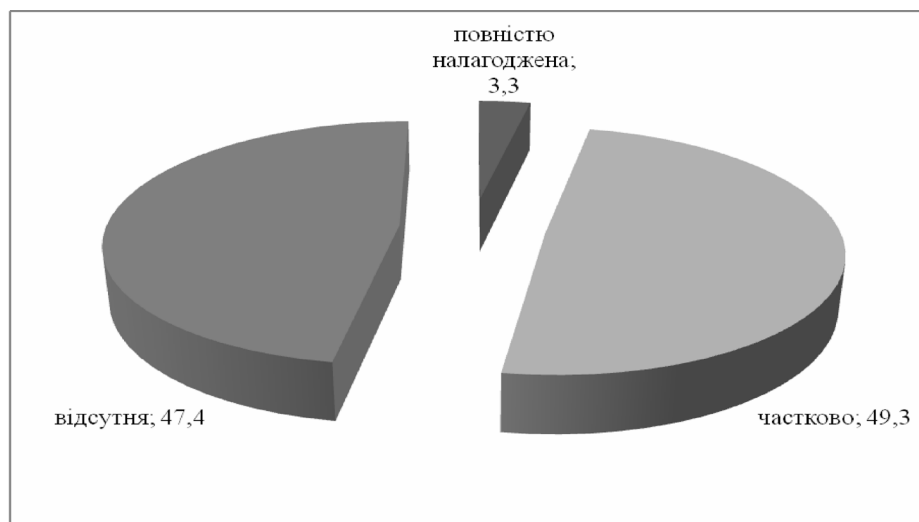


Рис. 3. Рівень взаємодії медичних і соціальних працівників, задіяних у ПХД, %

Міждисциплінарному командному стилю роботи притаманні спільна праця з однаковими цілями та, водночас, чітким розподілом завдань, колегіальне прийняття рішень, за результати яких

члени команди несуть як загальну, так і індивідуальну відповідальність, виявлення та обговорення недоліків роботи з розробленням шляхів їх усунення. Зрозуміло, що медична складова па-

ліативної допомоги у рамках мультидисциплінарної команди вимагає спеціальних знань та навичок такої роботи, що відповідає й рекомендаціям Європейської асоціації паліативної допомоги [6;7].

Слід зауважити, що результати нашого дослідження продемонстрували недостатній рівень професійної компетенції опитаних медичних працівників, задіяних в цій сфері, у тому числі й щодо елементарних базових понять ПХД. Так, майже у п'ятій частині (16,6±2,6)% респондентів виникали труднощі навіть з інтерпретацією терміну «паліативна допомога», третина (34,1±3,3)% опитаного медичного персоналу не змогла ідентифікувати інкурабельних пацієнтів, менше половини медиків (40,4±3,4)% знали достеменно, коли саме повинна надаватись ПХД. Крім того, при оцінці респондентами ролі можливих членів мультидисциплінарної команди у виконанні певних функцій по догляду за важкохворими чи інкурабельними пацієнтами виявилось, що медичний персонал, який в реальному часі працює з цим контингентом хворих, не володіє належними знаннями і керується хибними традиційно сформованими підходами до цього. Так, більшість з них вважали, що основні складові догляду за важкохворими та інкурабельними пацієнтами повинні здійснювати родичі (які, як уже зазначалося, насправді самі повинні бути об'єктом ПХД) або молодший медичний персонал (який у нашій країні не має жодної спеціальної підготовки), зокрема: перевдягання таких пацієнтів – (57,6±3,4)% та (56,7±3,4)% відповідно; допомога при відправленні фізіологічних потреб – (45,5±4,1)% і (67,0±3,9)%; при проведенні туалету – (50,0±3,5)% і (54,3±3,4)%; годування паліативних хворих – (49,5±3,5)% і (45,2±3,5)%; піднімання – (48,1±3,4)% і (54,8±3,4)%; зміна постелі – (26,8±3,1) і (78,0±2,9)%. Такі відповіді насправді є досить очікуваними, оскільки лише четверта частина (26,1±3,0)% опитаних медпрацівників, які обслуговували важкохворих та інкурабельних пацієнтів, вказали, що володіють у повній мірі необхідними знаннями із надання паліативної та хоспісної допомоги. І показовим є те, що отримали вони їх, головним чином, або самостійно, опрацьовуючи спеціальну літературу (29,4±3,2)%, або ж з власного досвіду (56,5±3,4)%.

Відсутність спеціальних знань та навичок із ПХД, несформованість мультидисциплінарного

командного підходу до організації її надання, чітко не визначений розподіл функцій між необхідними учасниками такої команди значною мірою призводять до того, що для самих медичних працівників робота у сфері ПХД є мало привабливою (тільки (14,2±2,4)% респондентів визнали, що насправді хочуть працювати в цій сфері) і супроводжується їх швидким психоемоційним виснаженням (більше половини опитаних (56,4±3,4)% мали ознаки СЕВ різного ступеня). Це, безумовно, негативно впливає на повноту надання ПХД, супроводжується плинністю кадрів та погіршує їх якість (як відомо, постійний психоемоційний стрес рано чи пізно виливається у хронічні захворювання самих медичних працівників).

### Висновки

1. Встановлено, що мультидисциплінарний підхід при наданні ПХД в Україні знаходиться на стадії формування. Основними постачальниками паліативної та хоспісної допомоги залишаються медичні працівники, безпосередньо задіяні у цій сфері (70–80%). Внесок решти можливих членів команди ПХД (лікарів загальної практики, психологів, соціальних працівників, священнослужителів, волонтерів) не відповідає потребі.

2. Показано, що фактичний основний тягар (80%) догляду за інкурабельними пацієнтами припадає на родичів (які насправді самі повинні бути об'єктом ПХД внаслідок високого рівня психотравматизації) або молодший медичний персонал (який у нашій країні не має жодної спеціальної підготовки).

3. Виявлено, що лікарі і середній медичний персонал, задіяні у сфері ПХД, не володіють достатнім рівнем спеціальних знань та вмій (74%) і внаслідок значного психоемоційного навантаження (54% мають ознаки синдрому емоційного вигорання та 86% не бажають працювати з інкурабельними хворими) відчувають потребу у командній роботі і делегуванні частини своїх обов'язків, в першу чергу соціальним працівникам, а також психологам, представникам державних, релігійних та громадських організацій.

**Перспективи подальших досліджень.** Отримані результати дослідження будуть використані при розробці удосконаленої системи підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу, який працює в сфері паліативної і хоспісної допомоги.

### Список літератури

1. Вольф О. О. Взаємодія між державними та недержавними організаціями заради розвитку паліативної і хоспісної допомоги у Печерському районі Києва [Електронний ресурс] / О. О. Вольф // Вісн. Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». – 2011. – № 1. – Режим доступу: [http://visnyk-psp.kpi.ua/uk/2011-1/11%20-%2019\\_%20-%2019.pdf](http://visnyk-psp.kpi.ua/uk/2011-1/11%20-%2019_%20-%2019.pdf). – Титул з екрану.
2. Децик О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Гал. лікар. вісн. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5–8.

3. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты* : [учебн. пособ.]. – Самара, 2002. – С. 161–169.
4. *Про організацію паліативної допомоги* : проект наказу МОЗ України від 07.03. 2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20120307\\_p.html#3](http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120307_p.html#3). – Титул з екрану.
5. Kovacs M. Emotion work and burnout: Cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary / M. Kovacs, E. Kovacs, K. Hegedus [Electronic resource] // *Croat. Med. J.* – 2010. – Vol. 51(5). – P. 432–442. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2969138/> – Title from a screen.
6. *Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine* [Electronic resource] // Milano, EAPC, 2009. – 44 p. – Access mode : [http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=2DHXbM1zaMI%3d\\_](http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=2DHXbM1zaMI%3d_). – Title from a screen.
7. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part II* // *Eur. J of Palliative Care.* – 2010. – Vol. 17 (1). – P. 22–33.
8. *World Health Organization. Palliative Care (Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5)* [Electronic resource] – Geneva, WHO, 2007. – Access mode : <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>. – Title from a screen.

### ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ВНЕДРЕНИЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В СИСТЕМЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ И ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Ж.Н. Золотарева (Ивано-Франковск)

Опрошено 211 медичинських працівників, надають паліативну та хоспісну допомогу (ПХП) на базі установ закладів охорони здоров'я г. Івано-Франківська. Встановлено, що основними постачальниками ПХП є медичні працівники, безпосередньо зайняті в цій сфері (70–80%), а внесок інших членів команди ПХП (лікарів загальної практики, психологів, соціальних працівників, священнослужителів, волонтерів) не відповідає потребам. Ухаживают за інкурабельними пацієнтами в основному (80%) родичами (які самі повинні бути об'єктом ПХП внаслідок високого рівня психотравматизації) або молодшим медичинським персоналом (не маючим ніякої спеціальної підготовки в нашій країні). Лікарі та середній медичинський персонал сфери ПХП не володіють достатнім рівнем спеціальних знань і навичок (74%) і, внаслідок значущої психоемоційної навантаженості (54% мають синдром емоційного вигорання, 86% не хочуть працювати з інкурабельними хворими), відчувають потребу в командній роботі, делегуванні частини своїх обов'язків соціальним працівникам, психологам, представникам державних та неправительствених організацій.

КЛЮЧЕВІ СЛОВА: **паліативна та хоспісна допомога, мультидисциплінарний підхід, кадрове забезпечення.**

### PROBLEMS OF FORMING AND IMPLEMENTATION OF MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN PALLIATIVE AND HOSPICE CARE

Zh.M. Zolotarova (Ivano-Frankivsk)

The study involved 211 health care workers providing palliative and hospice care (PHC) on the basis of health care facilities in Ivano-Frankivsk. It was founded that the major providers of PHC are health professionals directly involved in this sphere (70–80%), and a contribution of other team members to PHC (general practitioners, psychologists, social workers, clergy, volunteers) doesn't satisfy the needs. The main burden (80%) care for incurable patients lies on their relative (who actually themselves are subject of PHC due to high psychological trauma) or medical attendants (who in our country hasn't any special training). The doctors and nurses involved in PHC, haven't a sufficient level of special knowledge and skills (74%) and due to the high psychological and emotional stress (54% have symptoms of burnout and 86% don't want to work with the incurable patients) have a need of teamwork and delegation their duties to social workers, psychologists, representatives of governmental and non-governmental organizations.

KEY WORDS: **palliative and hospice care, multidisciplinary approach, staff assistance.**

Рукопис надійшов до редакції 21.11.2012.  
Рецензент: д.мед.н., проф. В.М. Лехан

В.І. КЛИМЕНКО (Запоріжжя)

## ПІДГОТОВКА ЛІКАРЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ “ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА” НА КАФЕДРАХ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ ВИЩИХ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ III–IV РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ

Запорізький державний медичний університет

У статті розглядаються питання щодо організації та проведення навчального процесу з навчальних дисциплін “Соціальна медицина та організація охорони здоров’я”, “Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров’я” на IV–VI курсах згідно типових програм додипломного етапу навчання та необхідність вивчення даних тем лікарями-інтернами за фахом “Загальна практика – сімейна медицина”.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** освіта, первинна медико-санітарна допомога, лікар загальної практики – сімейної медицини, організація охорони здоров’я.

Державна політика України у сфері охорони здоров’я спрямована на поліпшення стану здоров’я та якості життя населення, збереження генофонду українського народу. Ще в 1978 р. (Декларація ВООЗ, Алма-Ата) було визнано значення первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Після цього більшість країн Європейського регіону зміцнили ПМСД за рахунок надання загальної практики – сімейній медицині (ЗП/СМ) статусу головної медичної спеціальності, представники якої відповідають за надання медичної допомоги при першому контакті з пацієнтом та подальше спостереження за хворими, а також за зміцнення здоров’я та профілактику захворювань. У зв’язку зі зменшенням ролі, авторитету та престижу лікарів первинної ланки, втратою комплексності та наступності при наданні медичної допомоги, зниженням ефективності профілактичної та майже відсутністю диспансерної роботи серед населення була розроблена державна політика щодо реформування охорони здоров’я України.

ПМСД на засадах сімейної медицини почала широкий розвиток в Україні у 2000 р., після прийняття постанови Кабінету Міністрів України №989 від 20 червня 2000 р. “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я”. МОЗ України почало розробляти нормативно-правову базу для переходу роботи ПМСД на засади сімейної медицини, але з різних причин цей процес був занадто повільним. Потім, як відомо, було проведено оцінку впливу системи охорони здоров’я України на стан здоров’я населення та науково обґрунтовано потребу у реформуванні загальної системи охоро-

ни здоров’я держави [1]. Основною метою реформи задекларовано доступність та якість медичної допомоги, особливо на рівні ПМСД [2;3].

Все вищезазначене збільшує актуальність введення тем практичних занять та лекцій для студентів IV–VI курсів, а також лікарів-інтернів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина” на кафедрах соціальної медицини та охорони здоров’я медичних факультетів вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації [4;5].

**Мета роботи** – аналіз типових програм з навчальних дисциплін «Соціальна медицина та організація охорони здоров’я» та «Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров’я», що викладаються на профільних кафедрах студентам IV–VI курсів медичних факультетів за спеціальностями «Лікувальна справа» та «Педіатрія» вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Протягом останніх 4-х років студенти медичних факультетів вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації навчаються за новими типовими програмами (після переходу на Болонську систему навчання), в яких нарешті виділено як лекційні години, так і години для практичних занять з тематики організації роботи лікаря ЗП/СМ. У програмі з навчальної дисципліни «Соціальна медицина та організація охорони здоров’я», яка вивчається студентами протягом 2-х семестрів (IV–V курси) та налічує разом 135 годин (30 – лекції, 50 – практичні заняття, 55 – самостійна робота), в змістовому модулі 4 «Організація лікувально-профілактичної допомоги міському та сільському населенню» роботі лікаря ЗП/СМ присвячено 2 години лекції, 2,5 години – практичне заняття та 3 години самостійної роботи, що ра-



зом складає 7,5 години, або 5,6% від загальних годин з дисципліни. Аналогічна ситуація і з годинами при вивченні навчальної дисципліни «Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я», що викладається на профільних кафедрах студентам VI курсів медичних факультетів вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації), де змісту роботи лікаря ЗП/СМ відведено 3 години практичних занять та 1 годину самостійної підготовки, питома вага цих годин разом складає 5,9% від усіх годин навчальної дисципліни.

Таким чином, провівши аналіз існуючих типових програм, можна зробити висновок, що, враховуючи перебудову системи організації медичної допомоги в державі, наразі недостатньо годин, відведених на вивчення даної тематики. Незважаючи на те, що сьогодні як лікарі ЗП/СМ, так і організатори охорони здоров'я досить часто піднімають питання про перегляд освітньо-кваліфікаційної характеристики (ОКХ) і освітньо-професійної програми (ОПП) підготовки фахівців за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина», перелік облікових, звітних та обліково-звітних документів, які повинен вміти використовувати в своїй практиці лікар ЗП/СМ, залишиться незмінним, а можливо, їх перелік і збільшиться залежно від перегляду компетенції даного фахівця.

Ще гірше становище із забезпеченням навчального процесу лікарів ЗП/СМ на післядипломному етапі під час проходження інтернатури. В Україні проведено значну організаційну, науково-методичну, педагогічну та практичну роботу щодо реформування ПМСД за принципами ЗП/СМ. У зв'язку з цим виникає необхідність поглибленого вивчення нормативно-правової бази організації медичної допомоги населенню, яка доповнюється та змінюється майже щоденно, але програмами не передбачено жодної лекції стосовно даних питань і навіть не відведено годин для навчання на кафедрах організації охорони здоров'я та соціальної медицини, а сьогодні більшість випускників отримують розподіл як лікарі ЗП/СМ.

Все це потребує перегляду деяких положень щодо викладання студентам навчальної дисципліни «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я» та вдосконалення дворічної програми навчання лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина», а головною метою повинно стати удосконалення форм

та методів їх підготовки як майбутніх лікарів-організаторів охорони здоров'я, які можуть працювати в сільській лікарській амбулаторії, виконуючи обов'язки не тільки лікаря ЗП/СМ, але й головного лікаря. Саме вивченню законодавчої та нормативно-правової бази щодо організації ПМСД на засадах ЗП/СМ в Україні, змісту роботи лікаря ЗП/СМ та організації функціонування закладів (підрозділів) ЗП/СМ, видів позалікарняних форм надання медичної допомоги населенню та змісту їхньої роботи, особливостей заповнення облікової та звітної документації щодо діяльності закладів ПМСД повинна приділятися велика увага під час навчання в інтернатурі. Лікар-інтерн вже є мотивованим учнем, який знає про необхідність отримання знань з питань організації та управління охороною здоров'я. Ми, в свою чергу, у медичних вузах сьогодні навчаємо студентів лікувати, діагностувати, попереджувати хвороби, але не управляти цими процесами, що суперечить умовам ринкових відносин у системі охорони здоров'я.

Сімейний лікар – це не тільки лікар, але і менеджер сім'ї з питань здоров'я, а будь-який процес, пов'язаний із здоров'ям людини, вимагає індивідуального підходу та ретельного управління. Тому він повинен добре знати основні організаційні принципи вітчизняної та закордонної системи охорони здоров'я, володіти питаннями управління та керівництвом колективом медичних працівників. В основі роботи лікаря ЗП/СМ лежить профілактична робота, якій останнім часом приділяється недостатньо уваги.

Таким чином, виникла потреба перегляду годин типових навчальних програм з вищезазначених дисциплін з урахуванням змін, які відбуваються в державі, а також доцільно ввести години для вивчення питань організації та управління охороною здоров'я для лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина», яким вони повинні навчатися на профільних кафедрах.

#### Висновки

1. Показано, що кількість годин за навчальними типовими програмами, відведеними для вивчення організації та змісту роботи лікаря загальної практики-сімейної медицини, недостатньо.

2. Доцільно ввести змістовий модуль з питань організації, змісту роботи та вивчення нормативно-правової бази під час проходження інтернатури за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина».

#### Список літератури

1. Др. Амалия Розенцвейг Маркус Значение первичной медицины для системы здравоохранения и здоровья нации / Др. Амалия Розенцвейг Маркус, др. Ян Пресс // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 4 (20). – С. 66–72.
2. Петряєва О. Б. Реформування системи охорони здоров'я у великому промисловому регіоні: проблеми та ризики / О. Б. Петряєва // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3 (22–23). – С. 32–36.
3. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI [Електронний ресурс] // ВВР. – 2012. – № 12–13. – С. 81. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/%203612-vi>. – Назва з екрану.

4. *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я* (програма для студентів медичних факультетів вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації). – К., 2008. – 38 с.
5. *Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я* (програма для студентів медичних факультетів вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації). – К., 2009. – 31 с.

**ПОДГОТОВКА ВРАЧА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТІ «ОБЩАЯ ПРАКТИКА – СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА» НА КАФЕДРАХ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ III–IV УРОВНЕЙ АККРЕДИТАЦИИ**

*В.И. Клименко (Запорожье)*

В статье рассмотрены вопросы организации и проведения учебного процесса по учебным дисциплинам «Социальная медицина и организация здравоохранения», «Социальная медицина, организация и экономика здравоохранения» на IV–VI курсах согласно типовым программам додипломного этапа обучения и необходимость изучения данных тем врачами-интернами по специальности «Общая практика – семейная медицина».

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** образование, первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики – семейной медицины, организация здравоохранения.

**TRAINING OF THE DOCTOR BY SPECIALTY “GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE” ON THE DEPARTMENTS OF “SOCIAL MEDICINE AND ORGANIZATION OF HEALTH CARE” ON MEDICAL FACULTIES IN INSTITUTIONS OF HIGHER EDUCATION OF III-IV LEVELS OF ACCREDITATIONS**

*V.I. Klimenko (Zaporizhzhya)*

In this article are considered questions according with organization and conducting of studying process of discipline “Social medicine, organization and economic of health care” on V–VI courses of medical faculty and doctors-interns by specialty “General practice / family medicine”.

**KEY WORDS:** education, primary medical care, doctor of general practice/family medicine, organization of health care.

Рукопис надійшов до редакції 22.11.2012 р.  
Рецензент: д.мед.н. Л.Ф. Матюха

О.Л. САМОТОВКА (Івано-Франківськ)

## ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМ ОБ'ЄКТИВНОГО ОЦІНЮВАННЯ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ ЗА БОЛОНСЬКОЮ СИСТЕМОЮ НА ПРИКЛАДІ РЕЗУЛЬТАТІВ ВИВЧЕННЯ БІОСТАТИСТИКИ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вивчалися проблеми об'єктивного оцінювання успішності студентів за Болонською системою на прикладі результатів вивчення біостатистики. Серед основних недоліків кредитно-модульної системи освіти є відносність шкали оцінювання – ті самі бали студентів різних спеціальностей відповідають різним оцінкам (за традиційною шкалою) з дисципліни. Для усунення диспропорції в оцінюванні знань студентів за Болонською системою можливе введення фіксованої шкали або внесення у додаток до диплома про вищу освіту, крім традиційної оцінки, абсолютної кількості балів. Показано, що залежність отримання стипендії від рівня знань є доброю мотивацією студентів бюджетної форми навчання до кращих знань і вищих балів. Тому в межах університетської автономії слід активніше використовувати методи економічного стимулювання студентів-контрактників (пільги в оплаті за навчання, премії тощо).

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** біостатистика, студент, навчання, кредитно-модульна система освіти.

Біостатистика – нормативна дисципліна, яка вивчається на четвертому курсі студентами медичного факультету, завершується підсумковим модульним контролем та отриманням рейтингової оцінки за шкалою ECTS (European credit transfer system) [1]. Відповідно до тимчасового положення про кредитно-модульну систему організації навчального процесу в ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», оцінку А отримують 10% найкращих студентів, В – наступні 25% студентів, С – наступні 30% студентів, D – наступні 25% студентів та Е – останні 10% студентів [3;4]. Рейтингова оцінка з дисципліни є відносною та залежить від успішності курсу студентів, які закінчили вивчення дисципліни в поточному році, проте вона не показує рівень засвоєння в достатній мірі, особливо якщо порівнювати успішність студентів різних факультетів [2]. Так, студентам медичного факультету для того, щоб отримати відмінну або добру оцінку, потрібно мати значно більше балів, ніж студентам стоматологічного факультету. Це є одним з головних недоліків рейтингової шкали оцінювання, який потребує подальшого обговорення з метою оптимізації навчання за Болонською системою.

**Мета дослідження:** виявити проблеми об'єктивного оцінювання успішності студентів за Болонською системою на прикладі результатів вивчення біостатистики.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз успішності навчання студентів з біостатистики за чотири роки (з початку викладання предмету у 2008 р. відповідно до положень Болонської системи) на кафедрі соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного правознавства ДВНЗ

«Івано-Франківський національний медичний університет». У другому семестрі 2011–2012 навчального року проведено анонімне анкетування студентів четвертого курсу медичного факультету щодо якості викладання біостатистики. Обробка отриманих даних проводилась з використанням стандартного пакету статистичних програм для MS Excel.

### **Результати дослідження та їх обговорення.**

Оскільки оцінка, яку отримує студент після вивчення предмету, є рейтинговою та залежить від загальної успішності всіх студентів відповідної спеціальності, важливо проаналізувати, чи змінюється успішність залежно від курсу. З часу викладання біостатистики на кафедрі у 2008 р. цей предмет вивчили уже чотири курси студентів спеціальності «Лікувальна справа» та три курси студентів спеціальності «Педіатрія» (у 2008–2009 н. р. цієї спеціальності не було), що є достатнім для проведення аналізу.

У табл. 1 і 2 показано відповідність отриманих студентами спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія» балів оцінці за шкалою ECTS. Слід зазначити, що жодного року студенти не отримували більше 190 балів, очевидно тому, що ця дисципліна є досить складною для сприйняття і засвоєння. Для того, щоб отримати відмінну оцінку (А), студенту спеціальності «Лікувальна справа» потрібно було заробити, як мінімум, 161–168 балів, тоді як студенту спеціальності «Педіатрія» значно менше – 148–163 бали. Вищими на спеціальності «Лікувальна справа» є і максимальні бали: 179–189 проти 171–177 на спеціальності «Педіатрія». Для того, щоб отримати оцінку «добре» (В і С), достатньо мати 127–130 балів на спеціальності «Лікувальна справа» і 123–127 балів на спеціальності «Педіатрія».

На наш погляд, саме у цьому полягає основний недолік рейтингової системи оцінювання. Адже у додатку до диплома про вищу освіту у студента, який мав 160–167 балів, і у студента, який мав 127–130 балів, вказано оцінку «добре», хоча рівень їхніх знань з предмету суттєво

відрізняється. Для усунення такої диспропорції можливим є введення фіксованої шкали, наприклад: оцінку А отримують студенти, які мають більше 180 балів, В – 160–179 балів, С – 140–159 балів, D – 120–139 балів, Е – менше 119 балів.

Таблиця 1. Відповідність рейтингової оцінки з біостатистики за шкалою ECTS кількості отриманих балів в динаміці за період викладання (IV курс медичного факультету, спеціальність «Лікувальна справа»)

Рік \ ECTS	A (відмінно)	B (добре)	C (добре)	D (задовільно)	E (задовільно)
2008	168–189	152–167	128–151	117–127	113–116
2009	163–189	148–162	127–147	117–126	113–116
2010	161–184	143–160	127–142	117–126	113–116
2011	168–179	147–167	130–146	115–129	106–114

Таблиця 2. Відповідність рейтингової оцінки з біостатистики за шкалою ECTS кількості отриманих балів в динаміці за період викладання (IV курс медичного факультету, спеціальність «Педіатрія»)

Рік \ ECTS	A (відмінно)	B (добре)	C (добре)	D (задовільно)	E (задовільно)
2009	163–176	140–157	124–138	115–123	113
2010	148–177	138–147	123–137	115–122	113–114
2011	161–171	141–160	127–140	119–126	108–116

Як видно з табл. 1 і 2, у динаміці за роки викладання кількість балів, необхідних для отримання відмінної чи доброї оцінки, практично не відрізняється. Традиційно бали є вищими серед студентів спеціальності «Лікувальна справа».

Цікаво було визначити середній бал, який відповідав тій чи іншій оцінці за шкалою ECTS. Як видно з рис. 1, на спеціальності «Лікувальна справа» найвищим середнім балом відмінної оцінки (А) був у 2008 р., а найнижчим – у 2010 р. (175,8±1,1 та 170,2±1,2 балів відповідно,  $p < 0,001$ ).

Аналогічною ситуація була і для оцінки «добре» – середній бал оцінки В максимальним був у 2008 р. – 157,8±0,5, а мінімальним – у 2010 р. – 149,7±0,6 бала ( $p < 0,001$ ); середній бал оцінки С становив 139,6±0,8 та 135,9±0,5 балів за відповідні роки ( $p < 0,001$ ).

Ще одним можливим вирішенням ситуації з відмінністю абсолютної кількості балів, необхідних для отримання оцінки, є внесення у додаток до диплома про вищу освіту, крім традиційної оцінки, абсолютної кількості балів, як це робиться у результатах зовнішнього незалежного оцінювання якості середньої освіти.

Подібною є ситуація щодо середнього бала і на спеціальності «Педіатрія» (рис. 2). Найбільш значущою різниця середніх балів була у 2010 та 2011 рр. для оцінки В – 142,3±1,0 та 151,4±2,2 бала відповідно ( $p < 0,01$ ).

З метою вивчення якості викладання біостатистики, на кафедрі соціальної медицини, органі-

зації охорони здоров'я та медичного правознавства у другому семестрі 2011–2012 н. р. проводилось анонімне опитування студентів IV курсу за допомогою спеціально розробленої анкети, яка складалась з 28 запитань. Було опитано 284 студенти медичного факультету, що становить 96,9% та дає змогу стверджувати про достовірність отриманих даних. Серед опитаних 251 студент навчається за спеціальністю «Лікувальна справа» (88,3±1,9%) та 33 студенти за спеціальністю «Педіатрія» (11,6±1,9%).

Ряд запитань анкети стосувалися успішності студентів на підсумковому модульному контролі (ПМК) та в цілому з предмету. За даними анкетування, 17,3±2,2% (49 студентів) вказали, що склали ПМК на перездачі, а 0,7±0,5% (2 студентів) – на комісійній перездачі. Отримані результати практично не відрізняються від даних відомостей складання та перескладання ПМК – 19,8% (58 студентів) склали ПМК на перездачі і 1,4% (4 студенти) на комісійній перездачі. Слід зазначити, що в опитуванні не брали участі 9 студентів (3,2±1,0%) через відсутність у день проведення анкетування.

За даними опитування, менше 120 балів отримали 9,2±1,7% (26 студентів), від 121 до 140 – 33,8±2,8%, від 141 до 160 балів – 38,0±2,9%, від 161 до 180 балів – 18,3±2,3% студентів, і тільки двоє студентів вказали, що отримали більше 181 бала. Тоді як за даними ранжування найвищим балом на курсі є 179, крім того менше 120 балів

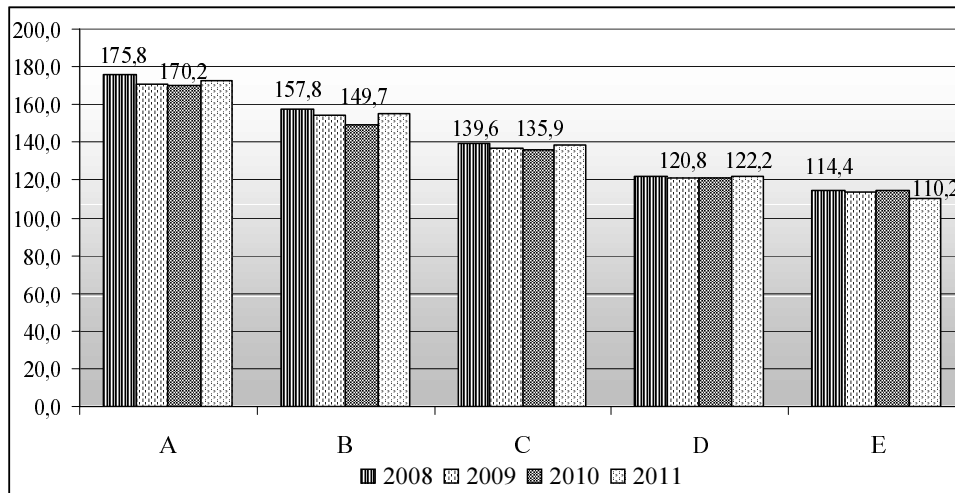


Рис. 1. Середній бал рейтингових оцінок за ECTS з біостатистики (IV курс медичного факультету, спеціальність «Лікувальна справа»)

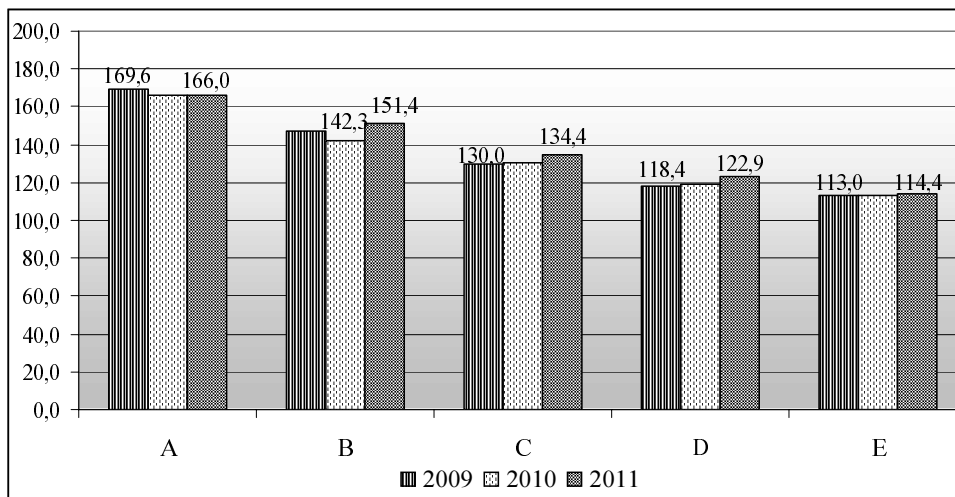


Рис. 2. Середній бал рейтингових оцінок за ECTS з біостатистики (IV курс медичного факультету, спеціальність «Педіатрія»)

мають  $16,0 \pm 2,1\%$  (47 студентів). Можна припустити, що студентам соромно вказувати такі низькі бали, і під час опитування вони трохи підвищили власні результати, хоча анкетування і було анонімним.

Середній бал студентів спеціальності «Лікувальна справа» дещо вищий –  $139,7 \pm 1,2$  бала, ніж спеціальності «Педіатрія» –  $136,7 \pm 2,9$  ( $p > 0,05$ ).

Оскільки офіційний загальноуніверситетський рейтинг студентів робиться в межах спеціальності, для вивчення залежності рівня успішності від форми навчання ми використали результати анкетування. Встановлено значні відмінності в успішності студентів ( $p < 0,01$ ), що навчаються на бюджетній та контрактній формах навчання. За даними опитування, менше 120 балів з біостатистики отримали  $4,4 \pm 1,6\%$  студентів, що навчаються на бюджетній формі, та  $15,4 \pm 3,2\%$  студентів-контрактників, тоді як більше 161 бала, навпаки, серед студентів-бюджетників отримали  $30,0 \pm 3,6\%$ , а серед контра-

ктників – лише  $4,8 \pm 1,9\%$ . Від 121 до 140 балів отримали  $20,6 \pm 3,2\%$  студентів бюджетної форми та  $50,8 \pm 4,5\%$  контрактної; від 141 до 160 –  $45,0 \pm 3,9\%$  та  $29,0 \pm 4,1\%$  студентів відповідно (рис. 3).

Таким чином, студенти бюджетної форми отримують вищі бали, що, мабуть, можна пояснити їх вмотивованістю. Біостатистика належить до дисциплін, вивчення яких триває лише один семестр, тому оцінка з предмету впливає на стипендію. На наш погляд, для підвищення успішності студентів-контрактників слід активніше використовувати метод економічного стимулювання (пільги в оплаті навчання, премії тощо). На даний час економічні методи впливу в межах університету уже засвідчили свою ефективність. Так, підвищення оплати за пропущені заняття суттєво зменшило кількість пропусків з неповажної причини. Доцільним є також проведення із студентами спеціальних виховних бесід, спрямованих на формування чіткого усвідомлення того,



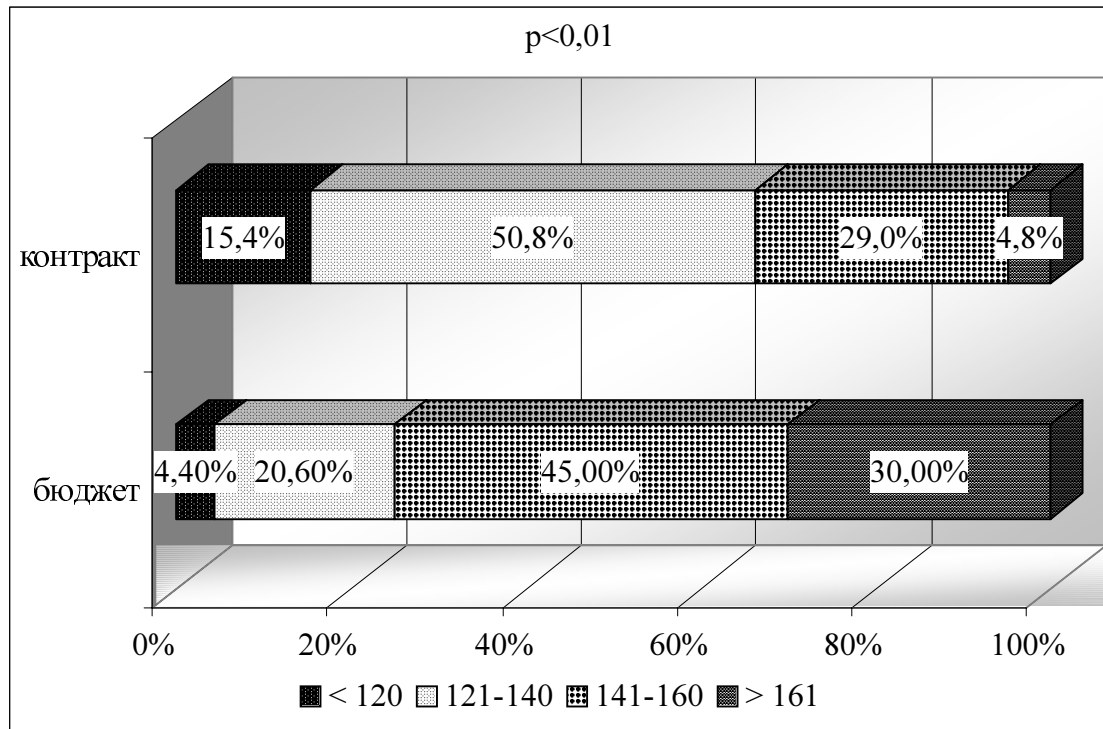


Рис. 3. Успішність студентів за даними опитування, залежно від форми навчання (кількість балів з предмету)

що предмети вивчаються не для отримання оцінки чи стипендії, а для формування комплексу знань і навичок, які згодом будуть використовуватись у практичній роботі.

#### Висновки

1. Серед основних недоліків кредитно-модульної системи освіти слід зазначити відносність шкали оцінювання – ті самі бали студентів різних спеціальностей відповідають різним оцінкам (за традиційною шкалою) з дисципліни.

2. Для усунення диспропорції в оцінюванні знань студентів за Болонською системою можливим є введення фіксованої шкали або внесен-

ня у додаток до диплома про вищу освіту, крім традиційної оцінки, абсолютної кількості балів.

3. Показано, що залежність отримання стипендії від рівня знань є доброю мотивацією студентів бюджетної форми навчання до кращих знань і вищих балів. Тому в межах університетської автономії слід активніше використовувати методи економічного стимулювання студентів-контрактників (пільги в оплаті за навчання, премії тощо).

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вивченні можливостей оптимізації системи оцінювання за кредитно-модульною системою.

#### Список літератури

1. *Біостатистика* (програма навчальної дисципліни для студентів вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації). – К., 2008. – 20 с.
2. *Кривчик Г. Г.* Вища школа і Болонський процес : [конспект лекцій] / Г. Г. Кривчик. – Дніпропетровськ : ПДАБА, ДРІДУ НАДУ, 2008. – 34 с.
3. *Про впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу* : наказ МОН України № 774 від 30.12.2005 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.udhtu.com.ua/> – Назва з екрану.
4. *Тимчасове положення про кредитно-модульну систему організації навчального процесу (КМСОНП) в Івано-Франківському національному медичному університеті (нова редакція)* / протокол № 6 засідання Вченої Ради ІФНМУ від 24 травня 2011 року. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.ifdmu.edu.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=146&Itemid=195&lang=uk](http://www.ifdmu.edu.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=146&Itemid=195&lang=uk). – Назва з екрану.

#### ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ ОБЪЕКТИВНОГО ОЦЕНИВАНИЯ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ ПО БОЛОНСКОЙ СИСТЕМЕ НА ПРИМЕРЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗУЧЕНИЯ БИОСТАТИСТИКИ

О. Л. Самотовка (Ивано-Франковск)

Изучались проблемы объективного оценивания успеваемости студентов по Болонской системе на примере результатов изучения биостатистики. Среди главных недостатков кредитно-модульной системы

образования находится относительность шкалы оценивания – одинаковые баллы студентов разных специальностей соответствуют различным оценкам (по традиционной шкале) по предмету. Для устранения диспропорции в оценивании знаний студентов по Болонской системе возможно введение фиксированной шкалы либо занесение в приложение к диплому о высшем образовании, кроме традиционной оценки, абсолютного количества баллов. Показано, что зависимость получения стипендии от уровня знаний является хорошей мотивацией для студентов бюджетной формы обучения к лучшим знаниям и высшим баллам. Поэтому в рамках университетской автономии следует активнее использовать методы экономического стимулирования студентов-контрактников (льготы по оплате за обучение, премии и т.п.).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **биостатистика, студент, обучение, кредитно-модульная система образования.**

### **PROBLEMS OF STUDENT'S KNOWLEDGE OBJECTIVE ESTIMATION IN BOLOGNA PROCESS – AN EXAMPLE OF BIostatISTICS STUDY RESULTS**

*O. L. Samotovka (Ivano-Frankivsk)*

Problems of students' objective estimation score in Bologna process were studied by the example of results of studying of biostatistics. Relative scale of evaluating is one of the main disadvantages of European credit transfer system – the same points of the students among different specialties are corresponding to different marks (traditional scale) from the subject. Usages of fixed scale or insert in supplement for the diploma absolute quantity of point are possible ways for elimination of this disproportion in evaluation of student's knowledge in Bologna system. Connection between marks and scholarship is good motivation for students of the budget form of study to get better knowledge higher points. That's why it is positive to use in the university methods of economical stimulation of contract form of study students (benefits in paymenty, rewards etc).

KEY WORDS: **biostatistics, student, education, credit transfer system.**

Рукопис надійшов до редакції 23.11.2012  
Рецензент: д.мед.н., доц. В.І. Клименко

П.Р. СЕЛЬСЬКИЙ (Тернопіль)

## ОБГРУНТУВАННЯ ОБ'ЄКТИВНОСТІ СИСТЕМИ ДИСТАНЦІЙНОГО ТЕСТОВОГО ОЦІНЮВАННЯ ІЗ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

У статті показано досвід впровадження новітніх оцінювальних методик при викладанні соціальної медицини та організації охорони здоров'я у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського, обґрунтовано об'єктивність щоденного тестового контролю із тем дисципліни за допомогою системи дистанційного тестового оцінювання “Moodle”.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **інноваційні методики, соціальна медицина, дистанційне тестове оцінювання.**

Останніми роками розвиток інформаційних технологій відкриває численні можливості для індивідуального навчання та контролю [4]. Впровадження інноваційних технологій у медичній освіті вимагає нового підходу до організації навчального процесу і, зокрема, системи оцінювання [6-8]. В освітніх установах активно впроваджуються системи дистанційного навчання [1;2;5]. Проте актуальною проблемою залишається розробка справді об'єктивної та незалежної системи дистанційного контролю.

У Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського впроваджено методику щоденного контролю знань студентів за допомогою системи дистанційного тестового оцінювання “Moodle” [3].

**Мета роботи:** обґрунтувати об'єктивність оцінювання знань із соціальної медицини та організації охорони здоров'я за допомогою системи дистанційного тестового оцінювання “Moodle”.

**Матеріали і методи.** Для щоденного дистанційного тестового оцінювання використовувалися запитання з багатьма варіантами відповідей. Відмінності між групами відносних і середніх величин та їх похибками оцінювались за допомогою критерію Стьюдента. Відмінності вважали достовірними при рівні  $p < 0,05$ . Для обробки використані пакети програм MS Excel (Microsoft Office 2003).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Навчальний процес на кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою та історією медицини організовано за методикою “Єдиного дня”. Практичне заняття складається із практичної частини, семінарського обговорення та тестового контролю знань. За кожну частину заняття студент одержує оцінку за 12-бальною шкалою та се-

редньоарифметичну оцінку за заняття в цілому. Запроваджена система дистанційного контролю знань “Moodle” дозволяє студенту пройти тестовий контроль напередодні заняття і після семінарської частини працювати за своїм планом. Таким чином, значно більше часу виділяється для самостійної роботи.

База тестових завдань із соціальної медицини та організації охорони здоров'я для проведення щоденного тестового контролю містить 1600 тестових завдань. У частині тестів використовуються графічні зображення, на яких представлені гістограми, таблиці, схеми видів та рівнів медичного забезпечення тощо. При формуванні тестових завдань у вигляді ситуаційних задач обов'язково використовуються статистичні показники роботи медичних закладів.

Про ефективність щоденного оцінювання знань студентів із соціальної медицини та організації охорони здоров'я за СДТО “Moodle” свідчать результати тестування 217 студентів 4-го курсу (2011/2012 н.р.) з модулю “Статистика здоров'я. Організація основних видів медичного забезпечення населення на сучасних його рівнях”. Спостерігалася досить висока активність студентів на тестуванні (рис. 1). Пересічна кількість спроб складала 160,3 спроби на одне заняття –  $(73,73 \pm 2,99)\%$ .

За результатами дистанційного тестування студентів із кожної теми соціальної медицини та організації охорони здоров'я формувалися гістограми успішності. За результатами аналізу гістограм успішності щоденного тестування (рис. 2) загальна частка незадовільних оцінок становила  $(15,76 \pm 1,44)\%$ , задовільних оцінок –  $(15,60 \pm 1,43)\%$ , добрих оцінок –  $(35,57 \pm 1,89)\%$ , а відмінних оцінок –  $(33,07 \pm 1,86)\%$ . Таким чином, якісна успішність становила 68,64%.

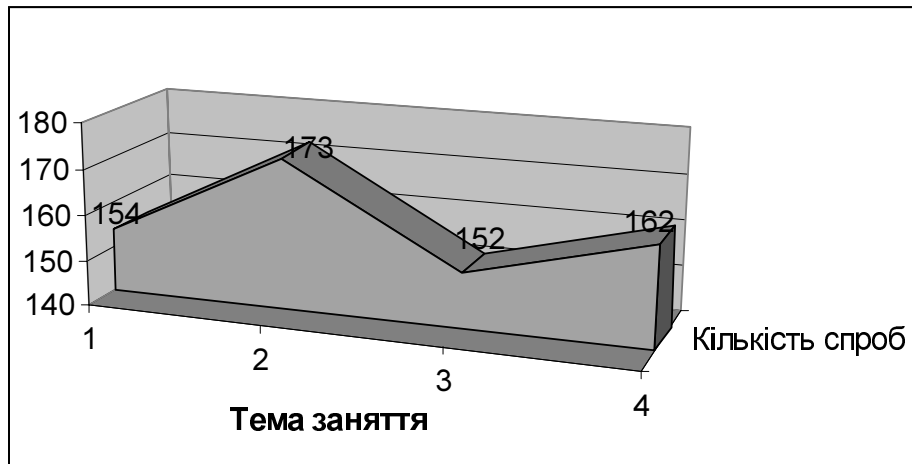


Рис. 1. Активність студентів на тестуванні за системою дистанційного оцінювання "Moodle" із соціальної медицини та організації охорони здоров'я

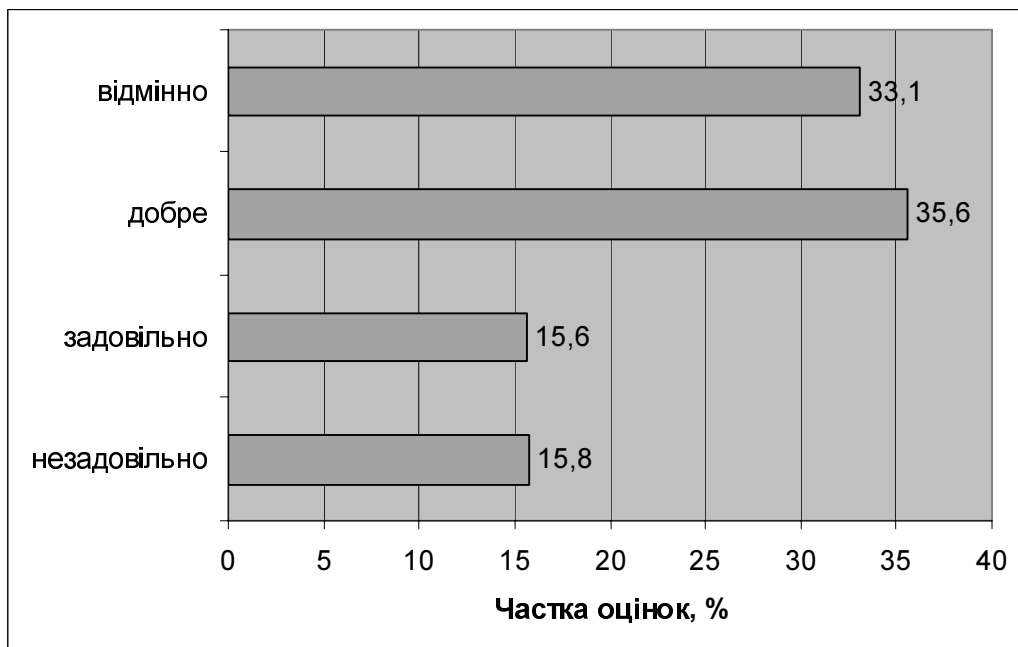


Рис. 2. Успішність із соціальної медицини та організації охорони здоров'я за результатами щоденного тестового контролю ("Moodle") за 2011/2012 н.р.

За результатами щоденного тестування за СДТО "Moodle" середній бал з модулю "Статистика здоров'я. Організація основних видів медичного забезпечення населення на сучасних його рівнях" становив  $(7,02 \pm 1,65)$  бала. Загальний показник середнього бала поточної успішності з даного модулю був дещо вищий і становив  $(8,25 \pm 0,06)$  бала, проте достовірної відмінності не виявлялось ( $p > 0,05$ ).

#### Висновки

Висока активність студентів у системі дистанційного оцінювання "Moodle" свідчить про ефективність даної системи для засвоєння знань із соціальної медицини та організації охорони здоров'я.

Відсутність суттєвих відмінностей між середнім балом щоденного дистанційного тестування та загальним показником середнього бала поточної успішності із соціальної медицини та організації охорони здоров'я вказує на те, що система дистанційного оцінювання "Moodle" є об'єктивною формою незалежного оцінювання знань із дисципліни.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальші дослідження з удосконалення навчальних та оцінювальних методик при викладанні соціальної медицини та організації охорони здоров'я суттєво покращать якість підготовки висококваліфікованих спеціалістів.

**Список літератури**

1. Агапонов С. В. Система управления обучением Learning Server 3000 v 2.0 / С. В. Агапонов, Д. Л. Кречман, Е. А. Кузьмина // Educational Technology & Society. – 2003. – Vol.6, № 4. – P. 177–185.
2. Капустин В. А. Инструментальные средства технологического обеспечения и платформы дистанционного обучения / В. А. Капустин // Открытое образование. – 2003. – № 1. – С. 23–34.
3. Ковальчук Л. Я. Впровадження новітніх методик і систем навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук // Мед. освіта. – 2009.–№ 2. – С. 10–14.
4. Левченко А. Использование программных агентов в электронном обучении для решения задач цепей поставок / А. Левченко, И. Смышляев // Educational Technology & Society. – 2003. – Vol. 6, № 4. – P. 231–237.
5. Средства дистанционного обучения. Методика, технология, инструментарий / С. В. Агапонов, З. О. Джалишвили, Д. Л. Кречман, И.С. [та ін.] – СПб. : БХВ-Петербург, 2003. – 336 с.
6. Роберт И. В. Теория и методика информатизации образования (психологопедагогический и технологический аспекты) Текст. / И.В. Роберт. 2-е издание, дополненное. - М.: ИИО РАО, 2008. - 274 с.
7. Jozefowicz R. F. The quality of in-house examination / R. F. Jozefowicz, B. M. Koeppen, S. Case, R. Galbraith, D. Swanson, R. H. Glew // Acad. Med. – 2002. – №. 77, P. 156-161.
8. Schuwirth L. W. T. Clinical review. ABC of learning and teaching in medicine. Written assessment / L. W. T. Schuwirth; C. P. M. van der Vleuten // British Medical Journal. – 2003. - № 326, P. 643-645.

**ОБОСНОВАНИЕ ОБЪЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ДИСТАНЦИОННОГО ТЕСТОВОГО ОЦЕНИВАНИЯ ПО СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*П.Р. Сельский* (Тернополь)

В статье показан опыт внедрения инновационных методик оценки при преподавании социальной медицины и организации здравоохранения в Тернопольском государственном медицинском университете имени И.Я. Горбачевского, обоснована объективность ежедневного тестового контроля по темам дисциплины с помощью системы дистанционного тестового оценивания "Moodle".

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** инновационные методики, социальная медицина, дистанционное тестовое оценивание.

**THE SUBSTANTIATION OF DISTANCE TEST ASSESSMENT SYSTEM OBJECTIVITY IN THE SOCIAL MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION**

*P.R. Selskyi* (Ternopil)

The article describes the experience of implementation innovative assessment methods while teaching Social Medicine and Health Care Organization in I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University; according to the results of our research the objectivity of everyday test control on the topics of the discipline modules by means of distance test assessment system "Moodle" has been substantiated.

**KEY WORDS:** innovative methods, Social Medicine, distance test assessment.

Рукопис надійшов до редакції 15.10.2012

Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда



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

## ІСТОРІЯ ГІРУДОТЕРАПІЇ З НАЙДАВНІШИХ ЧАСІВ ДО ПОЧАТКУ 18-ГО СТОЛІТТЯ Н.Е.

ДП “Клінічний санаторій “Авангард” ЗАТ „Укрпрофоздоровниця”  
Вінницький національний технічний університет

Вивчено та узагальнено світовий досвід розвитку гірудотерапії до початку 18-го століття. Наведено короткі відомості про подвижників у галузі лікування п'явками.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** історія, медична п'явка, гірудотерапія, гірудологія.

Авторами зроблена спроба узагальнити історію розвитку лікування п'явками (гірудотерапія) та накопичення знань про життя п'явки (гірудологія) з позицій періодизації історії медицини, яка, втім, збігається з періодизацією історії людства: первісні часи (3 млн років тому – 5 тис. років до н.е.); стародавнього світу (5 тис. років до н.е. – V ст. н.е.); доби середньовіччя (V–XVII ст.); XVIII ст.; XIX ст.; XX ст.; XXI ст. Гірудотерапія виникла значно раніше гірудології. Є свідчення про її використання ще у 1567–1308 рр. до н.е. в Єгипті, хоча піонером методу прийнято вважати лікаря Никандра з Колофону (200–130 рр. до н.е.).

П'явка (*Hirudinea*) ідентифікована як клас серед кільчастих червів лише у 1758 році шведським природодослідником К. Ліннеєм. З цього часу гірудотерапія і гірудологія розвивались паралельно. Черви (ймовірно і п'явки) з'явилися 700 млн років тому (в докембрійському періоді докембрійської ери), а *Homo sapiens* – у четвертичному періоді кайнозойської ери. Таким чином, співіснування людини та п'явок розпочалось принаймні уже в ті прадавні часи (53 млн років тому).

Вивчаючи літературу з гірудології і гірудотерапії (біля 500 джерел, переважно російського походження), автори звернули увагу на майже повну відсутність подібних видань в Україні та ще й державною мовою. І перше, і друге свідчить про те, що в умовах недостатньої інформованості лікарів важко сподіватися на широке впровадження гірудотерапії в практику вітчизняної медицини. Відсутність в Україні ареалу медичних п'явок в природних умовах через екологічні проблеми, певні труднощі в отриманні відповідної підготовки з гірудотерапії для лікарів та середніх медичних працівників, відсутність вітчизняної організаційно-методичної бази для гірудотерапії також не дають підстав для оптимістичних прогнозів. Крім того, наявна слабка сировинна база (біофабрики, поодинокі любителі-ентузіасти)

орієнтована на реалізацію п'явок для потреб парфюмерної та фармацевтичної промисловості, тобто на вторинні продукти переробки п'явок. Також значно зросла зацікавленість в штучному синтезі відкритих вченими майже 120 біологічно активних речовин, які виділяє медична п'явка. І це в той час, коли виникли колосальні проблеми, пов'язані з натиском на натуротерапевтичні засоби фармацевтичної індустрії, а ВООЗ вже віднесла лікарські препарати до факторів, що забруднюють оточуюче середовище. В умовах поширення ускладнень фармакотерапії, необхідність більш широкого впровадження та розвитку гірудотерапії, як і інших натуротерапевтичних засобів, є актуальною і очевидною.

Сьогодні п'явками лікують, хоча вони є і потужним профілактичним засобом, в поодиноких комерційних, частіше приватних, лікувальних закладах нашої держави. Незаперечним є той факт, що наше сучасне освічене та досить інформоване суспільство активно шукає можливості це лікування отримати.

Враховуючи досвід використання гірудотерапії в Україні, коли в будь-якій аптеці можна було придбати п'явок, і всі земські лікарі володіли методикою лікування ними, зрозуміло, що гірудотерапія виникла не на порожньому місці, і автори дуже сподіваються, що вона просто приречена на більш активне відродження і розвиток в сучасній науковій і практичній вітчизняній медицині. До речі, в 1991 році якраз в Україні (в Донецьку) була проведена перша Всесоюзна нарада, присвячена проблемі використання медичної п'явки в охороні здоров'я.

**Мета:** дослідити історичні, теоретичні та практичні аспекти розвитку гірудотерапії.

**Матеріали і методи.** Вивчено та узагальнено світовий досвід розвитку гірудотерапії та гірудології.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Хронологію розвитку гірудотерапії наведено у таблиці.

Таблиця. Хронологія розвитку гірудотерапії

Історичний період	Застосування медичної п'явки
1567–1308 рр. до н.е.	зроблені настінні розписи в гробницях єгипетських фараонів 18-ї династії, в яких наявні свідчення про використання п'явок з лікувальною метою
2 ст. до н.е.	древньогрецький лікар Никандр із Колофону вперше почав використовувати п'явки з лікувальною метою
1 ст. до н.е.	лікар Темізон володів методами лікування п'явками
1 ст.	Пліній знав і користувався п'явками для кровопускання при “ломоті та різних лихоманках”
2 ст.	Галеном описані методики лікування п'явками
4 ст.	Антіллус описав використання п'явок при окремих захворюваннях
5 ст.	Аецій наводить літературні дані про досвід лікування п'явками
п. 10 ст. – п. 11 ст	Авіценна використовував і описав методики лікування п'явками при багатьох захворюваннях
50 р.	в Таїланді п'явки почали використовувати для боротьби з ожирінням. Флорентійський принц Марчіоні наказав прикладати п'явки, чим попередив захворювання на чуму
1552 р	італійський лікар Г. Фаллопій вперше використав п'явки для лікування хвороб жіночої статеві сфери
1561 р.	імпорт п'явок в Толедо (Італія) досяг біля 3 млн штук на рік
17 ст.	цар Олексій Михайлович звелів викопати ставки в Ізмайлові і запустити туди п'явки, “дабы использовать их с лекарской целью”

Медицина первісних часів орієнтовно обіймає період від 3-х до 5 млн років до н.е. Він характеризується набуванням *Homo sapiens* рис сучасної людини, розвитком мови, застосуванням вогню, використанням продуктів рослинного та тваринного походження з лікувальною метою, першими оперативними втручаннями, пошуком причин хвороб та способів їх лікування; особливого значення надавалось духам предків.

Медицина стародавнього світу. У цей період (від V тисячоліття до н.е. до V століття н.е.) виникають рабовласницькі відносини, а згодом – і держави, з яких найбільш розвинутими були Єгипет, Китай, Індія, Вавилон, Ассирія, Греція та Рим.

Для медицини Єгипту того часу характерна вузька спеціалізація лікарів. За даними О.М. Голяченка та Я.В. Ганіткевича (2004 р.), тодішні лікарі мали деякі знання з анатомії (розтин тіл фараонів перед бальзамуванням) та теорії медицини. Широко застосовувались ліки рослинного та тваринного походження. Настінні розписи в усипальницях єгипетських фараонів 18-ї династії (1567–1308 рр. до н.е.) свідчать про використання п'явок з лікувальною метою. Це перші історичні факти стосовно використання п'явок як лікувального засобу.

Для медицини Китаю тих часів характерні збирання лікарями анамнезу, огляд тіла, діагностика за пульсом, дослідження сечі. Надавалось великого значення співвідношенню між п'ятьма

першоелементами (вогню, земля, вода, дерево та метал), з яких, за уявленнями китайців, складається організм людини. Широко використовувалось лікування травами, мінералами, уколами, припіканнями, а також ліками тваринного походження. Для лікування використовували і п'явки.

Індійські медики вважали, що тіло людини складається із п'яти елементів: землі, води, вогню, повітря й ефіру. З лікувальних засобів вони переважно використовували проносні, блювотні засоби та кровопускання. Останнє здійснювалось у тому числі за допомогою п'явок. Відомо, що вони використовувались для лікування венеричних захворювань (Я.М. Єна, Е.А. Сушко, А.В. Соловійов, 1998).

У вавилонян гірудотерапія була настільки популярною, що свого бога лікування вони зображували з п'явкою в руках.

Розквіт медицини стародавньої Греції припадає на I тисячоліття до н.е. Найвидатнішим лікарем тієї доби був Гіппократ (450–370 рр. до н.е.) – батько клінічної медицини (О.О. Голяченко, Я.В. Ганіткевич, 2004). Основна засада терапії – протилежне лікувати протилежним: переповнення – спорожненням, працю – відпочинком тощо. При цьому головним вважався принцип «не зашкодь». Морально-етичні засади лікарського мистецтва ним викладені в клятві Гіппократа. Зберігся “Кодекс Гіппократа”, який складається з 32 книг з різних галузей медицини, які прислужились багатьом наступним поколінням лікарів.

За часів царювання династії Птолемеїв (305–30 рр. до н.е.) п'явки використовувались як з лікувальною метою, так і в якості товару. Птолемей I, засновник династії і колишній воєначальник О. Македонського, наказав продавати п'явки з Єгипту в Азію та Африку. Це перші відомості про їх експорт. А остання правителька Єгипту з цієї династії Клеопатра VII успішно скористалась п'явками за порадою лікаря Клеомена для лікування власного безпліддя (Л. Геращенко, Г. Ніконов, 2005).

Письмові згадки про п'явок зустрічаються в Притчах Соломонових в Біблії. Існують відомості про них і в Корані.

З точки зору авторства використання методу гірудотерапії пальма першості належить римському лікарю Никандру з Колофону (II ст. до н.е.), який в праці "Thegiaca" рекомендував прикладати п'явки навколо рани при укусах отруйними зміями, ящірками, скорпіонами тощо.

**НИКАНДР КОЛОФОНСЬКИЙ** – грецький письменник олександрійської епохи (народився біля 202 р. до н.е.). Із 17 його прозаїчних та поетичних праць, відомих по заголовках, до нашого часу дійшло тільки дві: про засоби проти укусів отруйних тварин та про засоби проти отруєння харчовими продуктами. У першому випадку рекомендувалось прикладання п'явок.

Послідовником Никандра Колофонського в питаннях гірудотерапії був Темісон (123–43 рр. до н.е.), учень відомого давньогрецького лікаря Асклепіада. Древньо-римський лікар Пліній Старший у відомій праці «Природня (натуральна) історія» рекомендував приставляти п'явки для кровопускання при «ломоті та різних лихоманках» та інших патологічних станах. Окрім лікування, він радив використовувати їх з косметичною метою (фарбування волосся в чорний колір, видалення надмірної кількості волосся тощо).

**АСКЛЕПІАД (Asclepiades, біля 128–56 рр. до н.е.)** – давньогрецький лікар. Освіту отримав в Александрії та Афінах. Вчителем А. був Клеофант. У віці 33 років А. оселився в Римі, де здобув велику популярність. Як і Демокрит і Епікур, А. виходив з того, що організм, як і матерія, складається з частинок, що постійно рухаються в пустотах (каналах), а хвороби виникають при частковому або повному їх закритті, що затруднює (унеможлиблює) рух частинок. Особливе значення А. надавав диханню шкіри (випаровуванню) – "perspiratio insensibilis". Це дихання, як загальний рух частинок в тілі, необхідно підтримувати чистотою, теплим обмиванням, розтиранням, фізичними вправами. Велике значення в його системі лікування займало кліматолікування та масаж. Не сприймаючи складні та тортуроподібні способи лікування, пропонуючи просте та в гармонії з природою лікування, А. висунув принцип:

*"лікувати надійно, швидко та приємно"* ("tuto, celeriter, et jucunde curari").

А. радив рух у будь-якому вигляді: ходьба, біг, їзда верхи, гребля на човні тощо. "Приємне" лікування за системою А. протистояло грубим втручанням в організм деякими хірургами.

До ліків А. ставився дуже обережно і часто давав пацієнтам під виглядом ліків чисту воду. А. приписують винахід трахеотомії як засобу порятунку життя дитини при крупі.

Із багатьох учнів А. найбільш відомим став Темісон з Лаодіхеї, який широко використовував для лікування п'явки.

Праці А. (в оригіналі не збереглися) відомі завдяки древньоримському лікарю-письменнику Целію Авреліану (Цельзу Авлу Корнелію).

**ЦЕЛЬЗ АВЛ КОРНЕЛІЙ (130 р. до н.е. – 45 н.е.)** – римський вчений епохи Тіберія, який помер в кінці керування Нерона. Маючи широкий світогляд, набутий завдяки вивченню грецьких джерел, Ц. зібрав велику енциклопедію ("Artes"), що включала філософію, риторику, юриспруденцію, сільське господарство, військове мистецтво та медицину. Зберігся тільки розділ про медицину у вигляді трактату з 8 книг ("De medicina"), в яких викладено дієтетику, патологію, терапію і хірургію на основі грецьких джерел, переважно Гіппократа і Асклепіада. Хірургія викладена почасти і на основі особистої практики. Це – єдиний медичний твір, який дійшов до нас від кращих часів римської літератури. За чистоту та витонченість мови Ц. називають Цицероном серед лікарів. Кредо Цельза: хвороба сама по собі – медицина сама по собі.

**ПЛІНІЙ СТАРШИЙ (23–79 рр. н.е.)**, давньоримський письменник і вчений. Відомий працею "Натуральна історія" в 37 книгах, по суті – енциклопедією, в якій присутня численна інформація стосовно космографії, біології, географії, етнографії, медицини, мінералогії, а також історії мистецтв та цінні дані з історії, побуту та економіки Риму. Пліній рекомендував призначати п'явки при лихоманці різноманітного походження та багатьох інших захворюваннях. Дає поради щодо використання препаратів з п'явок з косметичною метою.

Гален К. Користувався відтягувальним кровопусканням п'явками, приставляючи їх біля хворого органу для ліквідації застійних явищ.

**ГАЛЕН КЛАВДІЙ (Claudias Galenus; 129 р. н.е., м. Пергам – 201 р. н.е., Рим; за ін. даними 130–200 рр. н.е.; 131–201 рр. н.е.)** – давньоримський лікар і природодослідник. Автор понад 400 праць з філософії і медицини. Засновник експериментальної медицини і анатомії.

Найвидатніший лікар Римської імперії Орибазій (325–403 рр. н.е.) також призначав п'явки при цілому ряді захворювань.



ОРИБАЗІЙ (325-403 рр. н.е.) – лікар, грек, родом з Пергаму. Виходець з олександрійської лікарської школи. Придворний лікар римського імператора Юліана Відступника, за дорученням якого систематизував медичні знання від Гіппократа до Галена – “Синопис” в 70 книгах, який називають першою медичною енциклопедією в Європі.

Відомостей про застосування п'явок в медицині стародавніх народів Америки та на українських землях не збереглося.

У Вірменії чоловіки та жінки у віці 20–35 років користувались п'явками для покращення якості потомства, а після 65 років – для продовження власного життя (А.І. Крашенюк).

Лікарі Римської імперії Аецій (502–572 рр.н.е.), Олександр Тралльський (525–605 рр. н.е.), Павло Егінський (625–690 рр.н.е.) призначали п'явки при захворюваннях шкіри, печінки, лихоманці, головних болях, порушеннях менструального циклу, укусах тварин (Я.М. Єна і співавт., 1998).

Коротка біографія лікаря Аеція наведена в Енциклопедичному словнику Брокгауза–Ефрона, згідно якої дата народження невідома, а дата смерті – 367 р. н.е. не співпадає з датами (502–572 рр.н.е.), наведеними в роботі Я.М. Єна і співавт., 1998. Вважаємо за доцільне все-таки навести біографію Аеція-лікаря з огляду на те, що в доступних джерелах інших варіантів не знайдено. Щоправда, в роботі Г.Г. Щоголева та М.С. Федорової (1955 р.) згадується римський лікар Аецій, який жив в період 335–454 рр. н.е.

АЕЦІЙ (помер в 367 р.) – еретик; був послідовно рабом, слюсарем-мандрівником, золотих справ майстром, лікарем, шевцем взуття, богословом і, насамкінець, апостолом нової церкви. Був представником найбільш поширеної секції аріан; вчив, що Син не подібний до Батька, іншої сутності, створений з нічого, внаслідок чого прибічників Аеція називали аноміанами, етерусіанами або ексуконтіанами. Вони називались також евноміанами, по імені Евномія, учня і товариша Аеція.

В цей час лікування п'явками широке визнання отримало в арабів. Так, Розес (850–925 рр.) використовував п'явки при захворюваннях шкіри. За життя Авіценни широковідомою була праця “Царська книга про лікарське мистецтво Алі Ібн Аббаса” (помер 990 чи 994 р.).

Найвидатнішим лікарем не лише арабського світу, але й усієї доби середньовіччя був **Абу Алі Хусейн ібн Абдаллах ібн Сіна (Авіценна, 990–1037 рр.)**. Він написав найбільш відомі свої праці “Книга зцілення” та “Канон лікарської науки”. Остання протягом п'яти століть була основним посібником з медицини як в арабських країнах, так і в країнах Європи.

Попередницею “Канона” вважають 30-томну працю Абу Бакра ар-Разі (965–925 рр.н.е.) “ал-Ки-

тоб ал-Хаві” – “Всеохоплююча книга” (Б.Д. Петров, 1981). В цю книгу включено багато відомостей, запозичених з праць Гіппократа, Галена, Орибазія, Егінського, які ар-Разі доповнив своїми спостереженнями. Так само вчинив і Авіценна, прагнучи компактно подати лікарям найнеобхідніші знання з медицини, не претендуючи на повну їх вичерпність, мотивуючи такий підхід неможливістю охопити все і зразу. “Ранок лікарської науки” (Китаб ал-Канун Фі-т-Тіб), написаний Авіценною в 1012–1020 рр., приніс йому світову славу. В “Каноні” пропонується використання п'явок для відтягувального кровопускання при захворюваннях шкіри, укусах отруйних тварин, лікуванні головного болю при лихоманці та гострих захворюваннях, патології очей, гірудинозі, захворюваннях статевих органів, гангрені, проказі, гнійних та злякисних виразках, укусах отруйних тварин. Окрім того, надано рекомендації щодо методики лікування п'явками та догляду за ними, які дотепер залишаються актуальними при проведенні гірудотерапії.

У вперше перекладених з дарі на українську мову працях Авіценни “Поема про медицину” та “Касиди” (М.В. Попов, 2005) наведені дані про лікування п'явками.

Наукова спадщина Алі Абу Ібн Сіна має величезне значення, особливо для медицини, його праці сприяли збереженню та розвитку знань в галузі гірудотерапії аж до середини ХІХ ст., в т.ч. у Європі та Росії.

У Західній Європі використання п'явок з лікувальною метою офіційно було заборонено аж до початку епохи Відродження. Під страхом покарання з боку інквізиції п'явками лікували народні лікарі та знахарі. Медицина України–Руси була переважно монастирською. Даних за використання нею п'явок не залишилось. Громадська медицина з'явилась в ХІІІ ст. і була презентована шпиталями для хворих і бідних, в яких широко користувались методам кровопускання, можливо і за допомогою п'явок. Виконували цю процедуру цирульники – в лазнях та вдома.

У 1350 р. Флорентійський принц Марчіані наказав прикладати п'явки всім, без винятку, жителям країни, чим попередив захворювання їх на чуму. У тому ж 1350 р. в Таїланді почали використовувати п'явки для боротьби з ожирінням.

В епоху Відродження набуло широкого розповсюдження кровопускання, в т.ч. і за допомогою п'явок. П'явки використовували і дипломовані лікарі. Так, французький лікар А. Паре (1517–1590) призначав п'явки при затримці менструації.

**ПАРЕ Амбруаз** (Pare Ambroise, 1509 або 1510–1590) – французький хірург і акушер. Лікарської освіти не отримав, вчився хірургічному ремеслу в Парижі, в лікарні Отель-Д'є, де рахувався

підмайстром-цирульником. Відвідував заняття у анатома Я. Сільвіуса та операції хірургів Отель-Д'є протягом трьох років. З 1536 р. служив в армії в якості циркульника-хірурга, брав участь у військових походах. У 1545 р. опублікував свою першу працю з військової хірургії – “Спосіб лікувати вогнепальні рани, а також рани, нанесені стрілами, списами та ін.” (перевидана у 1552 р.). Після повернення до Парижу практикував як хірург та акушер. У 1549 р. опублікував працю “Керівництво з витягнення новонароджених, як живих, так і мертвих, з черева матері”. У 1554 р. був прийнятий в братство хірургів-практиків. Не маючи лікарського звання, він став хірургом і акушером при дворі короля (1559) і головним хірургом Отель-Д'є.

Найвагомішою науковою заслугою А. Паре є його внесок у лікування вогнепальних поранень. Він відмовився від прийнятого в середньовічній медицині припалювання їх розжареним залізом або заливання киплячим розчином (“бальзамом”) і вперше застосував для цього чисту пов'язку. Він покращив техніку та наслідки ампутації, застосував перев'язку судин замість їх перекручування, здавлювання або припалювання, створив ряд нових інструментів; першим діагностував перелом шийки стегна; запропонував спеціальні пов'язки, жерстяні корсети, корегувальне взуття для лікування переломів та вивихів, скривлення хребта, клишоногості, а також складні ортопедичні прилади – штучні суглоби з системою зубчастих коліс для верхньої кінцівки, протези нижніх кінцівок тощо. Хоча йому не вдавалось особисто втілити більшість запропонованих ним ортопедичних удосконалень, але детальні малюнки А. Паре зіграли суттєву роль в наступному розвитку ортопедії. Для покращення кровообігу він застосував масаж. Його узагальнююча праця “Регламент надання допомоги пораненим” (1594) перевидавалася і слугувала настановою для військових хірургів.

В акушерстві А. Паре застосував та описав поворот на ніжку, а також кесаревий розтин після смерті породіллі. Призначав п'явки при затримці менструації. Не володіючи латиною, А. Паре всі свої твори писав рідною французькою мовою, що слугувало приводом для одного із головних звинувачень, висунутих проти нього представниками офіційної науки – професорами Паризького університету, які не могли пробачити колишньому циркульнику його виключної лікувальної і наукової слави і безуспішно добивались, щоб він залишив посаду та заборони публікацій його праць.

Діяльність А. Паре зіграла виключну роль у становленні хірургії як наукової дисципліни. Зібрання праць А. Паре в обробленому вигляді опубліковано хірургом Ж. Мальгеном (1840–1841).

У 1552 р. італійський лікар Г. Фаллопій вперше використав п'явки для лікування хвороб жіночої статеві сфери. Загалом у цей період Італія стрімко розвивала гірудотерапію при багатьох захворюваннях, про що свідчить факт імпорту п'явок (біля 3-х млн штук на рік) тільки в м. Толедо.

ФАЛЛОПІЙ ГАБРИЕЛ (1523–1562) – анатом, навчався в Феррарі та Падуї, при Везанії. З 1547 р. викладав в Феррарі, Пізі та Падуї анатомію та хірургію, водночас завідував в падуанському університеті ботанічним садом. Фаллопій збагатив анатомію багатьма відкриттями, і багато ділянок людського тіла названі на його честь (фалопієвий водопровід у скроневій кістці, фалопієве сухожилля тощо). Праці: “*Observationes anatomicae*” (Венеція, 1561; Париж, 1562, “*Opera genuina optia*” (Венеція, 1584; Франкфурт, 1600).

В Росії у XVII ст. цар Олексій Михайлович звелів викопати ставки в Ізмайлові і запустити туди п'явок, “дабы использовать их с лекарской целью”.

У 1665 р. Нігрисолі Ієронім написав працю “Про прикладання п'явок до внутрішніх частин матки”, чим започаткував вивчення їх біологічних та лікувальних властивостей. Англійський лікар Сіденгам (1624–1689) нерідко застосовував кровопускання.

СІДЕНГАМ, **Сіденхем Томас** (*Sydenham Thomas; 1624-1689*) – англійський лікар, один із основоположників клінічної медицини. В 1642 р. вступив в Оксфордський ун-т, у тому ж році взяв участь в Англійській буржуазній революції на боці О. Кромвеля. Перші медичні навички набув під керівництвом генерал-штаб-лікаря Дж. Кокса. Після закінчення Оксфордського ун-ту отримав ступінь бакалавра медицини (1649) і був прийнятий в оксфордську лікарську колегію “Всіх святих”. У 1659 р. навчався практичній медицині в Монпельє у Барбейрака (*Barbeyrac*). З 1665 р. практикував в Лондоні. Докторський ступінь присвоєний Кембриджським ун-том за роботу “Медичні спостереження над гострими захворюваннями...” (1676).

Виключний дар клінічного спостереження і узагальнення забезпечив успіх практичної та наукової праці Т. Сіденгама: він був найпопулярнішим лікарем в Лондоні; його діяльність сприяла подальшим радикальним змінам в методології клінічної медицини, у формуванні мислення клініциста-дослідника, у навчанні молодого лікаря. В 17 ст., для подальшого розвитку клінічної медицини, необхідно було відкинути безплідну теоретику і замінити її лікарськими спостереженнями і систематизацією отриманих фактів. Це визначило позицію Т. Сіденгама з питання підготовки лікаря – він виступав проти схоластичного навчання на користь практичного ремісницького учнівства.



Праці Т. Сіденгама в перекладах на латинь, здійснених самим автором або його учнями і добровільним секретарем – відомим філософом-матеріалістом Локком (J. Locke), виходили в Лондоні і в Амстердамі, починаючи з 1666 р., і склали дійсну енциклопедію практичної медицини 17 ст., засновану на спостереженнях біля ліжка хворого. Англійською мовою вони були видані лише після смерті вченого. Т. Сіденгам розглядав хворобу як процес боротьби “природи” (організму) з потраплянням в нього хвороботворного агента (за основну одиницю спостереження бралось гостре захворювання) і слідом за Гіппократом вважав, що лікар повинен підтримувати зцілюючі сили організму. Відмічаючи нерідко схожість клінічної картини різноманітних за природою захворювань та можливість різних проявів однієї і тієї ж хвороби, він, подібно до ботаніків, що класифікують рослини, прагнув дати об’єктивний опис певних форм хвороби (*species*) і цим сприяв розвитку нозологічного напрямку в медицині. Він чітко розрізняв гострі і хронічні хвороби, оскільки “гострі – від Бога, хронічні – від нас самих” (тобто обумовлені конституційною схильністю, порушенням дієти та іншими порушеннями здорового способу життя).

Т. Сіденгаму належать детальні та точні описи клінічної картини багатьох хвороб, в т.ч. коклюшу, кору, віспи, істерії (він називав її “хамелеоном”, який безперервно міняє свої кольори). Але особливо велика його роль у вивченні скарлатини, ревматизму і подагри. Він вперше точно описав ознаки скарлатини, виділив її як самостійну клінічну форму із групи гострих лихоманок, які супроводжуються висипанням, і дав їй сучасну назву (“scarlet fever”). Він же із різнорідної групи хореї і судомних станів, куди включали істерію, епілепсію та ін., виділив (1686) ревматичну малу хорею, яка ввійшла в літературу, як хорея Сіденгама. Серед артритів він розпізнавав судомний ревматизм. В 1683 р. він дав класичний опис гострого подагричного артриту і виділив подагру як самостійне захворювання, відмінне від ревматизму. Він шукав специфічні засоби лікування хвороб, головним чином, серед речовин рослинного походження. Його лікарському авторитету європейська медицина

зобов’язана тим, що завезена з Південної Америки кора хінного дерева отримала поширення як протималарійний засіб. Він вважав, що терапія повинна починатися тільки після того, як встановлений діагноз, та лікував малокрів’я препаратами заліза, подагру – дієтою і гімнастикою, застосовував опій при проносах і як заспокійливий засіб. Він нерідко звертався до кровопускання у осіб середнього віку та міцної будови тіла, але був супротивником потогінних, жарознижувальних засобів, оскільки бачив в лихоманці зцілюючу реакцію організму. “Досвідчений лікар повинен інколи утримуватися від всякого лікування, а в інший час застосовувати вельми енергійні засоби...” – навчав Сіденгам. В своїй лікувальній практиці він нерідко обмежувався психотерапевтичними методами. Існують відомості, що серед сучасників йому не було рівних у мистецтві встановлювати контакт з хворим.

Т. Сіденгам не був професором і не заснував якої-небудь нової медичної системи, не залишив після себе і великої літературної спадщини (всі його праці вміщуються в одному томі), ні наукової школи в загальноприйнятому значенні цього слова. Однак його вплив на розвиток медицини був настільки очевидним та тривалим, що це принесло йому славу “англійського Гіппократа” і класика клінічної медицини. Послідовниками Т. Сіденгама були Г. Бургов, Мортон (R. Morton), який описав туберкульоз, Ланчізі (G.M. Lancisi) – автор класичних праць про хвороби серця, Б. Рамаццил та багато інших лікарів кінця 17 – початку 18 століття.

### Висновки

Багатовіковий досвід гірудотерапії створив підґрунтя для подальшого розвитку методу та утворення спорідненого напрямку – гірудології. Популяризації цього методу профілактики та лікування сприяла та обставина, що ним користувались корифеї медицини тих часів. Починаючи з 18-го століття, гірудологія та гірудотерапія будуть крокувати разом, про це йтиметься в нашій наступній роботі.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у поглибленому пошуку розробок українських вчених в галузі гірудотерапії.

### Список літератури

1. Абу Али Ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки / Абу Али Ибн Сина. — Ташкент : Фан, 1980. — Кн. 4. — С. 236, 270, 275, 338, 339, 457, 518, 521, 531, 543, 555, 558, 585.
2. Абу Али Ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки / Абу Али Ибн Сина. — Ташкент : Фан, 1980. — Кн. 4, Т. 1. — С. 61, 76, 227, 284, 375, 398, 400, 468, 676.
3. Абу Али Ибн Сина (Авиценна) Канон врачебной науки / Абу Али Ибн Сина. — Ташкент : Фан, 1980. — Кн. 4, Т. 2. — С. 68, 387, 391.
4. Абу Али Ибн Сина. Вибране / Абу Али Ибн Сина ; пер. з дарі М. В. Попова. — К., 2005. — 112 с.
5. Геращенко Л. Вам поможет медицинская пиявка. Энциклопедия гирудотерапии / Л. Геращенко, Г. Никонов. М. : Астрель, 2005. — 235 с.

6. *Голяченко О. М.* Історія медицини / О. М. Голяченко, Я. В. Ганіткевич. – Тернопіль : Лілея, 2004. – 248 с.
7. *Ена Я. М.* Історія гірудотерапії / Я. М. Ена, Е. А. Сушко, А. В. Солов'єв // Лікар. справа. – 1998. – № 5. – С. 26–30.
8. *Килівник В. С.* Гірудотерапія за часів Авіценни та його попередників / В. С. Килівник // Матеріали міжнар. наук. конф., присвяч. ювілею Абу Алі Ібн Сіні. – К., 2005. – С. 31–33.
9. *Килівник В. С.* Історія гірудотерапії / В. С. Килівник. – Немирів, 2007. – 150 с. – (КВВ газети «Прибузькі новини»).
10. *Щеголев Г. Г.* Медицинская пиявка и её применение / Г. Г. Щеголев, М. С. Федорова. – М. : Медгиз, 1955. – 66 с.

## **ИСТОРИЯ ГИРУДОТЕРАПИИ С ДРЕВНЕЙШИХ ВРЕМЕН ДО НАЧАЛА 18-ГО ВЕКА Н.Э.**

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

Изучен и обобщен мировой опыт развития гирудотерапии до начала 18-го века. Приведены краткие данные о подвижниках в области лечения пиявками.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **история, медицинская пиявка, гирудотерапия, гирудология.**

## **HISTORY OF HIRUDOTHERAPY FROM ANCIENT TIMES TO THE EARLY 18TH CENTURY AD**

*V.S. Kylyvnyk, P.V. Tsven, I.V. Kuzmin* (Nemirov, Vinnitsa)

The world experience of hirudotherapy to the early 18th century was studied and generalized. The brief information about the ascetics of treatment with leeches was given.

KEY WORDS: **history, medical leech, hirudotherapy, hirudology.**

Рукопис надійшов до редакції 24.10.2012  
Рецензент: проф., д-р мед наук 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 візю 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-річну давність.

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

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеєю (Х,ХІ). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.
- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.
- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті.
- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.
- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 35 грн 90 коп. З приводу придбання звертатися за тел. : (0352) 52-80-09.

**Редакційна Рада**





## 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 клейці: 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 к.держ.упр.

С.О. Линник

## 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**.

Директор Українського  
інституту стратегічних досліджень МОЗ України, к. держ. упр.

*С.О. Линник*

---

Редактор: О. В. Шумило  
Художнє оформлення: І. В. Бутенко  
Технічний редактор: С. Т. Демчишин  
Комп'ютерна верстка: О. І. Пухальська  
Перекладачі: Н. Т. Кучеренко

---

Підп. до друку 28.11.2012. Формат 60x84/8. Папір офсет.  
Друк офсет. Ум. друк. арк 11,16. Обл.-вид. арк. 10,82. Наклад 600. Зам. № 1